



Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2009

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

Juin 2010

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
1.1.1 L'APPROCHE DE LA SITUATION DES FOYERS À TRAVERS LE TAUX D'EFFORT.....	5
1.1.2 UNE TRÈS FAIBLE PROPORTION DE CONTRATS AVEC DES RESTES À CHARGE NULS	6
1.1.3 UNE ÉVOLUTION DU PRIX MOYEN DES CONTRATS ACS CONFORME À L'ÉVOLUTION DU PRIX DES CONTRATS EN GÉNÉRAL.....	7
1.2. LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR CONTRAT ACS	8
1.2.1 UNE RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES SELON LA TAILLE DU FOYER QUI DEMEURE TRÈS STABLE DANS LE TEMPS	8
1.2.2 UN ÂGE DU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT DIFFÉRENCIÉ SELON LA TAILLE DU FOYER	8
1.3. CHAMP DE L'ENQUÊTE	9
1.4. L'ACS CONSTITUE UNE CLÉ D'ENTRÉE DANS LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	10
2. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU PRIX DES CONTRATS ET DU MONTANT DE PRIME APRÈS ACS	11
2.1 IMPACT DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES COUVERTS PAR LE CONTRAT	11
2.1.1 MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE.....	11
2.1.2. MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE « TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS ».....	13
2.2. IMPACT DE L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES	15
2.2.1. MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE.....	15
2.2.2. EFFET DE L'ÂGE « TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS ».....	18
2.3. EFFET DE LA RÉGION DE RÉSIDENCE DU SOUSCRIPTEUR «TOUTES CHOSES EGALES PAR AILLEURS »	20
3. DESCRIPTION DES CONTRATS ACS À PARTIR DE LA CLASSIFICATION DREES	22
3.1. L'ADOPTION DE LA CLASSIFICATION UTILISÉE PAR LA DREES POUR SON ENQUÊTE ANNUELLE SUR LES CONTRATS LES PLUS SOUSCRITS	22
3.2. RAPPEL SUR L'ENQUÊTE DREES SUR LES CONTRATS MODAUX	23
3.3 RAPPELS SUR LA CLASSIFICATION DES CONTRATS UTILISÉS PAR LA DREES	23
3.4 LES CONTRATS ACS DANS LA CLASSIFICATION DREES	24
3.5 DES NIVEAUX DE GARANTIES NETTEMENT MOINS ÉLEVÉS POUR L'ACS QUE POUR LES CONTRATS INDIVIDUELS EN GÉNÉRAL	25
3.6 LES GARANTIES DES CONTRATS ACS SOUS LE PRISME DE LA CLASSIFICATION DREES	25
3.7 MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE SUR LE PRIX DES CONTRATS ACS	26
ANNEXES	27
☞ ANNEXE 1	28
L'ACS EN 2009	28

1) La stabilité du nombre de bénéficiaires de l'aide	28
2) Un taux d'utilisation de l'ACS qui demeure élevé	29
☞ ANNEXE 2	30
REVENU DU FOYER ACS SELON LA COMPOSITION FAMILIALE.....	30
☞ ANNEXE 3	31
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES REMONTÉES	31
I) Liste des contrôles que le Fonds demande aux OC d'appliquer.....	31
II) Le contrôle du caractère annuel de la donnée « Prix du contrat » à partir d'une régression statistique	33
☞ ANNEXE 4	35
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE SUR L'ANALYSE DESCRIPTIVE ET L'ANALYSE	
ECONOMÉTRIQUE	35
I) Analyse descriptive et analyse économétrique : deux approches complémentaires.....	35
II) Un résultat issu de l'analyse économétrique : la mesure de l'impact relatif de chaque facteur sur le prix des contrats dans l'enquête	37
☞ ANNEXE 5	38
POSITION DES CONTRATS A L'INTÉRIEUR D'UNE CLASSE : EXISTE-T-IL DES	
DIFFÉRENCES ENTRE LES CONTRATS ACS ET LES AUTRES ?	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 cinquième rapport depuis la création du dispositif, qui porte sur les données arrêtées au 30 novembre 2009.

59 OC ont répondu à la demande, couvrant plus de 66 % des bénéficiaires permettant ainsi aux données récoltées d'atteindre un très bon niveau de représentativité.

Fait marquant cette année, l'adoption dans le cadre de l'enquête de la classification des contrats de couverture complémentaire santé, utilisée par la DREES pour son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits.

Les lecteurs pourront ainsi disposer d'un point de comparaison inédit pour situer les « contrats ACS » par rapport aux contrats individuels et même collectifs, représentatifs du marché, en se référant à l'étude de la DREES. Ce changement de méthode non seulement permet cette comparaison, mais allège aussi la charge de travail des OC que nous questionnons.

On rappellera que le Fonds CMU s'est engagé, auprès des OC participants, sur la confidentialité des informations transmises à propos des contrats et de 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 priori, ils ne sont donc pas totalement représentatifs des chiffres qui seraient obtenus à partir d'un travail sur l'exhaustivité des bénéficiaires.

Le Fonds CMU se félicite que ce rapport constitue un outil de réflexion et de décision politique. On retiendra en effet en particulier que grâce à cette étude, le montant de l'ACS a été régulièrement augmenté pour les plus âgés et qu'on a créé en 2009, une tranche d'âge supplémentaire pour les personnes âgées de 50 à 59 ans.

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 2009.

1. Principales données globales

1.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES DONNÉES

Pour les 59 OC et leurs 332 786 bénéficiaires couverts par 205 352 contrats souscrits au titre de l'ACS :

- . le prix moyen du contrat s'établit à 764 € (par contrat couvrant en moyenne 1,62 personnes) ;
- . le montant moyen de déduction s'élève à 375 €, le reste à charge moyen à 389 € (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 50,9 %.

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

	Enquête 2009	Enquête 2008	Evolution (%)
Nombre d'OC	59	47	
Nombre contrats	205 352	160 013	
Nombre personnes enquêtées	332 786	262 803	
Part bénéficiaires ACS concernés par l'enquête	66 %	60 %	
Nombre personnes par contrat	1,62	1,64	
Prix moyen par contrat	764 €	734 €	+ 4,1
Montant déduction moyenne par contrat	375 €	357 €	+ 5,0
RAC (*) moyen par contrat	389 €	377 €	+ 3,2
Taux RAC (*) moyen	50,9 %	51,4 %	
Taux d'effort	4,1 %	4,0 %	

(*) 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)

1.1.1 L'APPROCHE DE LA SITUATION DES FOYERS À TRAVERS LE TAUX D'EFFORT

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 basé sur les 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 2009, le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 4,1 % des ressources annuelles (3,8 % hors prise en compte du forfait logement), chiffre quasiment stable par rapport à 2008. On constate une évolution du prix des contrats bien supérieure à celle du revenu des foyers calculé dans le cadre de cette enquête : un peu moins de 0,9 % en moyenne compte tenu de l'évolution du plafond ACS en 2009. La revalorisation du plafond ACS sur l'indice des prix hors tabac induit en effet un écrasement des ressources de référence. En outre, les nouvelles mesures de réévaluation du montant des déductions, entrées en vigueur à compter du 1^{er} août 2009 (création de la tranche à 350 euros pour les « 50-59 ans » et montant porté de 400 à 500 euros pour les « 60 ans et plus »), ne sont donc prises en compte que très partiellement.

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, 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 assez proche de 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 s'établirait en moyenne à 8,3 %. 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 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 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.

C'est cependant sans compter les 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 « 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 (ACS), afin de limiter le montant des restes à charge.

1.1.2 UNE TRÈS FAIBLE PROPORTION DE CONTRATS AVEC DES RESTES À CHARGE NULS

Dans certaines situations, le montant de la déduction ACS est égal à celui du prix du contrat. Les bénéficiaires n'ont alors rien à payer, le contrat devient gratuit grâce à l'ACS.

Cependant, ces situations sont très rares car elles ne concernent que 1,6 % des contrats ACS. Il s'agit de contrats couvrant des personnes âgées à faible niveau de garantie ou des familles avec enfants. Les contrats sont assez nettement concentrés sur les organismes complémentaires puisque 2 OC regroupent 30 % de ces contrats.

1.1.3 UNE ÉVOLUTION DU PRIX MOYEN DES CONTRATS ACS CONFORME À L'ÉVOLUTION DU PRIX DES CONTRATS EN GÉNÉRAL

Le prix moyen du contrat augmente conformément aux évolutions qui avaient été annoncées dans la presse spécialisée pour 2009 (entre 5 et 6 % en moyenne) compte tenu de la très légère diminution du nombre de personnes couvertes par contrat. Cette évolution est cohérente avec celle du chiffre d'affaires constatée sur le secteur, à partir des données recensées par le Fonds CMU.

1.2. LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR CONTRAT ACS

Dans l'enquête en 2009, un contrat couvre en moyenne 1,62 personnes (1,64 en 2008, 1,69 en 2007).

1.2.1 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 74 % du nombre des contrats (45 % et 73 % en 2008), ceux couvrant 2 personnes, 12 % du nombre de bénéficiaires et 10 % du nombre des contrats (idem 2008).

Répartition des bénéficiaires au sein des contrats

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de contrats	Répartition	Nombre de personnes	Répartition
1	151 228	73,6	151 228	45,4
2	20 480	10,0	40 960	12,3
3	12 593	6,1	37 779	11,4
4	9 469	4,6	37 876	11,4
5	6 846	3,3	34 230	10,3
6	3 152	1,5	18 912	5,7
7	1 088	0,5	7 616	2,3
8	358	0,2	2 864	0,9
9	89	0,0	801	0,2
10	29	0,0	290	0,1
11	13	0,0	143	0,0
12	5	0,0	60	0,0
13	1	0,0	13	0,0
14	1	0,0	14	0,0
TOTAL	205 352	100,0	332 786	100,0

La structure, demeure parfaitement stable dans le temps.

1.2.2 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	151 228	58,5	3,3	4,0	10,1	14,6	19,4	18,2	15,9	14,5	100,0
2	40 960	51,5	4,1	7,5	15,8	19,9	17,7	18,8	11,1	5,0	100,0
3	37 779	42,3	3,4	10,0	32,2	29,9	14,1	8,3	1,9	0,1	100,0
4	37 876	40,8	1,4	9,3	40,0	33,2	9,8	5,0	1,2	0,1	100,0
5	34 230	41,3	0,7	5,4	41,7	36,7	10,2	4,4	0,8	0,1	100,0
6	18 912	42,8	0,2	3,5	35,3	43,3	11,5	4,9	1,1	0,1	100,0
7 et plus	11 801	44,8	0,1	1,8	27,8	44,8	17,2	7,2	1,0	0,2	100,0
TOTAL	332 786	55,1	2,6	5,7	22,0	24,1	16,0	13,1	9,1	7,2	100,0

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

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, correspondant 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 (48,6 %, chiffre identique à 2008). 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. CHAMP DE L'ENQUÊTE

La quasi-totalité des OC sollicités ont effectivement répondu à l'enquête 2009 (59 sur 62). Les données relatives à 205 352 contrats couvrant 332 786 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 2009).

La répartition des bénéficiaires dans l'enquête, selon la nature des OC, est proche de celle des utilisateurs d'attestations ACS à fin 2009 :

Nature OC	<i>En %</i>	
	Bénéficiaires ACS enquête	Bénéficiaires ACS au 30/11/09 (*)
Mutuelles	69,2	71,2
IP	3,4	2,8
Assurances	27,4	26,0
TOTAL	100,0	100,0

(*) Source : déclarations contribution CMU-C – Fonds CMU

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 2009. 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, 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.

1.4. L'ACS CONSTITUE UNE CLÉ D'ENTRÉE DANS LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Il a également été demandé aux OC, de dénombrer parmi les bénéficiaires de l'ACS au 30 novembre 2009, ceux qui avaient déjà un contrat de couverture complémentaire santé un an plus tôt (y compris les renouvellements ACS).

52 OC (82 % des bénéficiaires étudiés dans l'enquête) ont répondu à cette question d'où il ressort que 51 % des bénéficiaires avaient un contrat dans l'organisme un an plus tôt, ce qui signifie à l'inverse que 49 % n'en avaient pas. Ce chiffre mérite d'être relativisé (personnes ayant changé d'OC au moment d'exercer leur droit à l'ACS, personnes bénéficiant de la CMU-C, erreurs possibles dans les remontées). Toutefois, au regard de cet indicateur, l'ACS ressort comme un dispositif contribuant à un meilleur accès à la couverture complémentaire santé.

Les études disponibles sur le sujet montrent que le recours à une complémentaire santé est très lié au niveau du revenu (Insee Première n° 1142 – juin 2007 ; Questions d'économie de la Santé – « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui demeure inégalitaire - IRDES – Mai 2008). On peut donc supposer qu'une partie des bénéficiaires de l'ACS, qui font justement partie des ménages les plus modestes, ont pu bénéficier grâce à l'aide d'un transfert de ressources permettant d'améliorer leur accès à la complémentaire santé. Les résultats obtenus dans le cadre de l'enquête, même s'ils doivent être interprétés avec prudence, vont en tous cas dans ce sens.

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

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, région de résidence, niveau de garantie du contrat) et quelques caractéristiques des contrats ACS (niveau de prix, montant et taux de RAC, taux d'effort). Pour plus de clarté dans l'exposé, l'impact du niveau de garantie sera cependant mesuré dans la partie 3.4, après présentation de la classification DREES.

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 « économétrie »). Pour plus de précisions sur des deux types d'analyse, nous vous invitons à vous reporter à l'annexe méthodologique n° 4.

2.1 IMPACT DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES COUVERTS PAR LE CONTRAT

2.1.1 MESURE À PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE

Les résultats obtenus sont les suivants :

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	151 228	45,4	648	310	337	52,0	4,4
2	40 960	12,3	988	483	506	51,2	4,6
3	37 779	11,4	1004	469	534	53,2	4,0
4	37 876	11,4	1145	575	571	49,9	3,6
5	34 230	10,3	1256	695	561	44,7	2,9
6	18 912	5,7	1333	803	530	39,8	2,4
7 et plus	11 801	3,5	1462	958	504	34,5	1,9
TOTAL	332 786	100,0%	764	375	389	50,9	4,1

(*) Taux RAC = RAC/Prix

conduisant aux évolutions suivantes :

Évolution de l'effort financier entre 2008 et 2009 selon le nombre de bénéficiaires par contrat

En %

Nombre personnes couvertes par contrat	2009			2008		
	Evol Prix / classe précédente	Taux moyen de RAC	Taux moyen effort	Evol Prix / classe précédente	Taux moyen de RAC	Taux moyen effort
1	—	52,0	4,4	—	52,2	4,2
2	52,62	51,2	4,6	53,50	51,1	4,3
3	1,53	53,2	4,0	3,00	52,6	3,9
4	14,13	49,9	3,6	16,30	48,8	3,5
5	9,68	44,7	2,9	13,50	44,6	3,0
6	6,11	39,8	2,4	9,30	41,1	2,6
7 et plus	9,70	34,5	1,9	14,40	38	2,2

A partir de l'analyse descriptive, on note que les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 131 % 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 ci-dessous).

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 1,9 % dans le cas des familles les plus nombreuses, soit précisément la moitié de celui supporté par les cadres et professions intellectuelles (cf. l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, mai 2008, IRDES).

Cependant, en 2009 (comme sur 2007 et 2008), 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 2009	Age moyen 2008
1	58,5	58,4
2	51,5	50,7
3	42,3	41,3
4	40,8	40,2
5	41,3	40,7
6	42,8	42,6
7 et plus	44,8	45,0
Total	55,1	54,7

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.

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 donc a priori la bonne approche 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 »*

En %

Nombre de bénéficiaires	2009		2008	
	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	64,8	63,3	63,3	58,1
3	24,7	24,0	25,7	26,6
4	16,7	5,2	17,0	6,3
5	9,6	-6,3	9,9	-7,7
6	3,7	-10,4	3,5	-10,7
7 et +	5,7	-15,4	6,0	-18,7

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 €.

Comme dans les précédentes enquêtes, le prix augmente 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.

Ces résultats sont logiques du fait du contrôle du biais résultant de la différence d'âges selon le nombre de personnes couvertes et on aboutit donc au global à une amplification des évolutions constatées : les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 188 % de plus que ceux couvrant une personne (189 % en 2008).

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, on peut supposer qu'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 on le sait, un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne par ailleurs l'observation du taux d'effort.

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

2.2. IMPACT DE L'ÂGE 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 74 % des contrats. Dans ce cas de figure, le nombre de contrats correspond exactement au nombre de bénéficiaires.

Sur ce champ, une analyse affinée des situations individuelles conduit à constater que quelques organismes ne tarifient pas ou quasiment pas selon l'âge (évolutions par tranches d'âges très larges). Deux OC de taille assez importante sont effectivement concernés.

Afin de mesurer un impact réel de la variable, il a été décidé de conduire l'analyse hors ces quelques situations qui contribueraient dans le cas contraire à lisser les évolutions constatées au global. En outre, un OC n'a pas été pris en compte puisque la quasi-totalité de ses bénéficiaires était concentrée sur une seule classe d'âge.

Notre démarche consiste donc à mesurer les évolutions à attendre d'un OC qui tarifie précisément selon l'âge, logique qui prévaut d'ailleurs sur le marché*, ainsi que dans l'enquête. Les trois OC écartés représentent 17 % des bénéficiaires.

* 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)

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	4 627	3,7	285	100	185	64,9	2,4
25-29 ans	5 201	4,2	355	191	164	46,2	2,2
30-39 ans	12 696	10,2	415	200	216	52,0	2,8
40-49 ans	18 093	14,5	493	200	293	59,4	3,8
50-59 ans	24 743	19,8	590	244	345	58,5	4,5
60-69 ans	24 256	19,4	744	414	330	44,4	4,3
70-79 ans	19 637	15,7	862	422	439	50,9	5,8
80 ans et plus	15 706	12,6	913	421	492	53,9	6,5
TOTAL	124 959	100,0	650	309	341	52,5	4,5

Soit en évolutions :

*Évolution de l'effort financier entre 2008 et 2009
selon l'âge du souscripteur (champ : contrats couvrant une personne uniquement)
En %*

	2009		2008	
	Évolution prix / classe précédente	Évolution RAC / classe précédente	Évolution prix / classe précédente	Évolution RAC / classe précédente
16-24 ans	—	—	—	—
25-29 ans	24,5	-11,4	21,8	-16,5
30-39 ans	17,0	31,4	17,6	34,0
40-49 ans	18,6	35,8	19,3	38,4
50-59 ans	19,7	18,1	19,2	33,0
60-69 ans	26,2	-4,5	25,9	-10,6
70-79 ans	15,8	33,2	13,5	26,0
80 ans et Plus	5,9	12,1	5,7	11,0

Hors la neutralisation des données des 3 OC écartés, les évolutions seraient sensiblement moins marquées.

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 assez constant sur les tranches allant de 30 à 59 ans, l'évolution oscillant alors entre 17 et 20 %. Elle est plus marquée lors du passage de la tranche des « 16-24 ans » à celle des « 25-29 ans ». Ce constat vaut également lors du passage dans la tranche 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 285 € à 913 € soit une hausse de 220 %. Il passe de 285 € à 744 € soit 161 % entre les « 16-24 ans » et les « 60-69 ans ».

On ne constate pas encore l'effet en année pleine des mesures de la loi HPST (passage de 200 € à 350 € pour les « 50-59 ans », passage de 400 € à 500 € pour les 60 ans et plus) entrées en vigueur en août 2009.

Une simulation de ces mesures (ainsi que de celle relevant le montant pour les « 16-24 ans » de 100 à 200 € à compter du 1^{er} janvier 2010), en année pleine, conduirait aux résultats suivants sur le périmètre étudié et les tranches d'âge impactées :

Effet de la réévaluation des forfaits ACS sur l'effort financier des individus

	Situation actuelle 2009		Situation simulée 2009(*)		M Montant de l'aide M
	Montant RAC €	Taux d'effort %	Montant RAC €	Taux d'effort %	
16-24 ans	185	2,4	85	1,2	100 à 200 €(1 ^{er} janvier 2010)
50-59 ans	345	4,5	242	3,2	200 à 350 €(1 ^{er} août 2009)
60-69 ans	330	4,3	251	3,3	400 à 500 €(1 ^{er} août 2009)
70-79 ans	439	5,8	367	4,8	
80 ans et plus	492	6,5	417	5,5	
TOTAL *	341	4,5	281	3,7	

(*)Les nouvelles mesures sont prises en compte comme si elles étaient entrées en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2009 (en année pleine). Les nouvelles situations déjà prises en compte dans la « situation actuelle 2009 » ont été maintenues à l'identique.

Grâce aux nouvelles mesures, le taux d'effort baisse d'un point à partir de 60 ans, davantage pour les « 16-24 ans » et les « 50-59 ans », respectivement 1,2 et 1,3 points.

Notons que le RAC moyen ne baisse pas exactement du montant de l'augmentation du forfait ACS puisque les personnes ayant exercé leur droit après le 1^{er} août bénéficient déjà de l'augmentation de l'aide.

Sur la base de la simulation, on constate que les très jeunes connaissent un taux d'effort de loin le plus faible, les « 50-59 ans » et les « 60-69 ans » rejoignent un niveau équivalent à celui des personnes âgées de 40 ans. Nous travaillons ici sur les foyers composés d'une unique personne, or, le taux d'effort diminue de surcroît avec la taille de foyer. Par contre, en termes de taux d'effort, la situation des plus âgés demeure la moins favorable compte tenu du niveau élevé de leurs primes.

* Incluant l'ensemble des tranches d'âges et pas seulement celles impactées

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 2009

En %

Classe d'âge	Évolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2009	Évolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2009	Évolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2008	Évolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2008
16-24 ans	-	-	-	-
25-29 ans	21,6	-16,3	19,8	-17,7
30-39 ans	15,1	32,7	13,9	29,7
40-49 ans	13,7	30,3	13,4	30,0
50-59 ans	17,9	12,5	18,0	31,7
60-69 ans	24,7	-9,6	26,3	-13,6
70-79 ans	14,0	29,2	12,1	23,0
80 ans et plus	3,4	7,8	2,8	6,2
Évolution entre classes extrêmes	175,9	105,3	165,9	106,4

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 particulièrement fort lors du passage de la tranche « 50-59 ans » à la tranche « 60-69 ans », dans une moindre mesure de « 25-29 ans » à la tranche d'âge suivante. 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 176 % et le montant de prime ou cotisation après ACS de 105 %.

L'âge du souscripteur a un fort impact sur le prix des contrats, en particulier à partir de 60 ans. Sur la base des données issues du rapport 2008, on constatait pourtant que les personnes âgées ont des contrats d'un niveau de garantie globalement inférieur à celui des autres classes d'âge. Le même travail effectué sur les données 2009 en ayant recours à la classification DREES, ne permet pas d'aboutir aussi clairement au même résultat. Le niveau des contrats souscrits par les plus âgés est en effet d'un niveau que très légèrement inférieur à celui du reste de la population.

Il convient de retenir que l'âge ressort comme le second facteur le plus influent sur le prix des contrats (cf. le II de l'annexe méthodologique n° 4), après la taille du foyer.

On retiendra donc qu'en raisonnant à partir du taux d'effort pour les contrats ne couvrant qu'une personne, une simulation en année pleine des mesures de réévaluation des montants de déduction ACS intervenues en août 2009 (et en janvier 2010 pour l'ACS « jeunes »), montre une amélioration sensible de la situation relative des populations visées (à partir de 50 ans).

On soulignera désormais la situation « privilégiée » des « 16-24 ans ».

Par contre, la situation des plus âgés (à partir de 70 ans) demeure la moins favorable. Ils bénéficient en effet d'une aide d'un montant égal à celui des « 60-69 ans » mais doivent supporter des niveaux de primes ou cotisations sensiblement plus importants.

Sans aller jusqu'à envisager la création de nouvelles tranches d'âge, source de complexité pour le dispositif, il conviendra d'informer la CNAMTS de ces constats dans la mesure où elle définit actuellement ses orientations pour favoriser l'accès à une complémentaire santé.

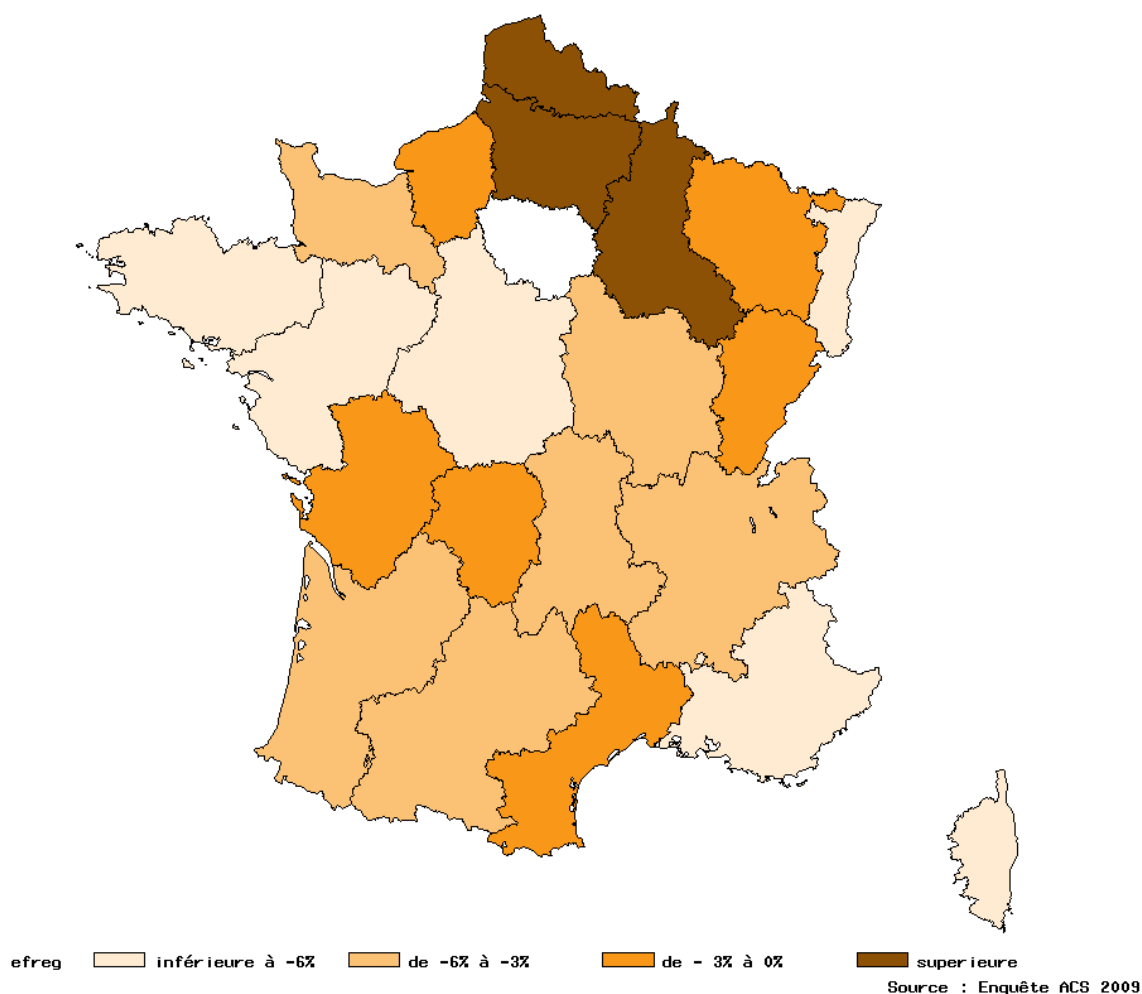
2.3. EFFET DE LA RÉGION DE RÉSIDENCE DU SOUSCRIPTEUR «TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS »

L'analyse économétrique confirme des effets régions limités. Ceux-ci font apparaître une hiérarchie des régions similaire à celles observées dans les enquêtes précédentes. Par rapport à l'Ile-de-France prise comme référence, on peut ainsi constater :

- Des niveaux de primes ou cotisations plus élevés en Champagne-Ardenne (+ 3,8 %), en Picardie (+3,1%), dans le Nord-Pas-de-Calais (+ 2,4 %).
- De faibles niveaux de primes ou cotisations dans les Pays-de-la-Loire (- 8,9 %), le Centre (- 9,2 %) et en Alsace (- 17,6 %).

Le différentiel de primes entre régions « extrêmes » (hors Alsace) s'est resserré : il se chiffre à 13 % en 2009 contre 17% en 2008.

*Différences de niveaux de prime ou cotisation par rapport à l'Ile-de-France (référence)
« toutes choses égales par ailleurs »*



Comme déjà constaté dans de précédents rapports, des niveaux de primes légèrement plus élevées observés dans les régions au nord du bassin parisien posent *a priori* question car ces régions ne se caractérisent pas par de fortes densités médicales. Par contre, il s'agit d'une zone géographique où l'état de santé est, à structure démographique comparable, moins bon que dans le reste de la France (avec en particulier des taux de mortalité élevés) avec des surcoûts possibles pour les assureurs traduits éventuellement dans leur tarification.

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

3.1. L'ADOPTION DE LA CLASSIFICATION UTILISÉE PAR LA DREES POUR SON ENQUÊTE ANNUELLE SUR LES CONTRATS LES PLUS SOUSCRITS

En 2009 le Fonds CMU, la DREES et l'IRDES ont évalué l'opportunité de mobiliser dorénavant la typologie des contrats complémentaires santé élaborée par la DREES (à partir de l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats modaux) au lieu de la typologie utilisée jusqu'alors, qui reposait sur les données de contrats individuels des quelques 45 organismes complémentaires enquêtés par l'enquête ACS.

Il est ressorti de cette réflexion que l'adoption de la typologie DREES offrait plusieurs avantages.

D'une part, l'enquête DREES offre une source de données plus représentative que les données mobilisées jusqu'alors. En effet, elle s'appuie sur des données de quelque 28 millions de personnes en individuel, alors que celles du Fonds CMU ne concernait qu'un peu plus de 8 millions de personnes en 2008.

D'autre part, d'un point de vue pratique, l'adoption de la typologie DREES apparaît beaucoup plus simple. Grâce à elle, les organismes complémentaires enquêtés par le Fonds n'ont plus à transmettre les informations relatives à leurs autres contrats individuels : ils se contentent de fournir uniquement les informations relatives à leurs contrats ACS. L'allègement de la charge de travail qui en résulte pour eux et pour le Fonds CMU est conséquente.

Par contre, il existe un léger décalage dans le temps puisque les dernières données disponibles dans le cadre de l'enquête DREES concernent l'année 2007.

Au final, forts de ces observations, les 3 partenaires ont proposé d'un commun accord, d'adopter la classification DREES. Ce choix a ensuite été validé par le comité de pilotage (principales fédérations d'OC, OC associés...).

3.2. RAPPEL 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 collectif*. De par son plan de sondage stratifié, cette enquête permet d'obtenir un bon niveau de représentativité**. Par exemple, l'enquête 2009 (portant sur les contrats 2008) a permis de collecter les données de 255 OC pour un total de 989*** contrats « modaux**** ». 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.

3.3 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 couvrants*+. 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 collectifs*++.

* 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.

** 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.

*** dont 626 en individuel et 331 en collectif. Ces contrats émanent des 258 OC ayant répondu à l'enquête.

**** Ces contrats représentant 65% des personnes couvertes en individuel et 30% des personnes couvertes en collectif.

*+ 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.

*++ Les résultats de la comparaison entre les contrats individuels et les contrats collectifs 2007 illustrent ce constat puisque si la classe A regroupe 31 % 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 auditive*, 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'IRDES**.

3.4 LES 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 des quelques 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.

A l'issue de cet exercice, le Fonds CMU entend souligner la très grande diversité de présentation des niveaux de remboursement des contrats, qui rend quasiment impossible toute comparaison par un public non spécialiste de la question.

« Répondant à une injonction régulière de la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, les assureurs complémentaires viennent de prendre des engagements formels pour améliorer la transparence et la lisibilité des contrats » (Les Échos du 27 janvier 2010).

Pour y parvenir, l'Unocam a identifié 3 axes de travail en cours d'approfondissement à ce jour :

- l'élaboration de préconisations sur l'expression des remboursements par type de poste de dépenses et par nature ainsi que sur le libellé des garanties ;*
- la rédaction d'un glossaire de l'assurance complémentaire mis en ligne sur le site de l'UNOCAM et des fédérations d'organismes complémentaires volontaires ;*
- la formalisation de questions pour bien choisir son contrat.*

Des résultats concrets sont attendus avant la fin de l'année 2010 et qui devraient sensiblement améliorer l'information des assurés sur cette question récurrente de la lisibilité des contrats.

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

** cf annexe 5 p.38 du rapport de l'an dernier pour plus de détails sur la méthodologie précédente.

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*.

3.5 DES NIVEAUX DE GARANTIES NETTEMENT MOINS ÉLEVÉS POUR L'ACS QUE POUR LES CONTRATS INDIVIDUELS EN GÉNÉRAL

Sur la base de ces classes de couverture, il est maintenant possible de comparer facilement les niveaux de garantie des contrats ACS par rapport aux contrats individuels DREES. Le résultat de cette comparaison est 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

En % des personnes couvertes

	Contrats ACS (*)	Contrats individuels (DREES 2007)**
Classe A	0,7	4,3
Classe B	10,7	36,9
Classe C	50,7	47,4
Classe D	37,9	11,4
TOTAL	100	100

(*): le tableau a été édité après retrait de 3 organismes pour lesquels le pourcentage des contrats non classifiés était le plus important (15 % des bénéficiaires)

La différence est particulièrement marquée sur la classe B (+ 26,2 points pour les contrats individuels DREES) et la classe D (+ 21,6 points pour les contrats ACS).

3.6 LES GARANTIES DES CONTRATS ACS SOUS LE PRISME DE LA CLASSIFICATION DREES

Au sein de l'ACS, les contrats 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 + 133 % et + 200 % sur les moyennes constatées (cf annexe 5).

* 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).

** Garnero M., Rattier M-O (2009) : « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 », *Etudes et Résultats* n°698, DREES, août 2009.

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 + 25 %) et par une augmentation encore plus sensible des niveaux de remboursement du dentaire et de l'optique (le remboursement moyen augmentant respectivement de + 86 % et de + 63 %). Notons que ces mêmes tendances sont observées par la DREES sur les contrats modaux issus de l'enquête.

Les classes A, B, C et D sont construites de manière à minimiser la variance intra classe et à maximiser la variance inter classes. Pour autant, une variance intra classes subsiste néanmoins dans les classes fournies par la classification ascendante hiérarchique. Ainsi, il se pourrait que les contrats ACS en D soient moins bons que les contrats individuels DREES en D (idem pour C et B). Pourtant, en y regardant de plus près, un tel phénomène ne semble pas exister (cf annexe 5).

3.7 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)*. 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	En %	
	Évolution de la prime (%)	Évolution du RAC moyen par contrat
Passage de la classe D à C	+ 13,3 %	+ 30,9 %
Passage de la classe C à B	+ 18,8 %	+ 40,0 %
Passage de D à B	+ 34,6 %	+ 83,3 %

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

On constate qu'il y a bel et bien un impact du niveau de garantie sur le prix même si ses effets sont 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 35 %. En comparaison, l'augmentation du prix du contrat entre les classes extrêmes s'élevait à 45 % dans l'enquête 2008. Les résultats ressortent donc assez stables entre les deux enquêtes.

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.

* 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.

ANNEXES

Pour suivre la montée en charge du dispositif ACS, deux indicateurs sont à notre disposition : le nombre de bénéficiaires de l'ACS / le nombre de bénéficiaires ayant fait usage de leur droit auprès d'un OC suite à la remise de leur attestation.

1) La stabilité du nombre de bénéficiaires de l'aide

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

	Nombre de bénéficiaires de l'ACS	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Coût pour le Fonds CMU	Montant moyen déduction annuelle
févr-08	89 920	360 095	20 036 646 €	223 €
mai-08	231 416	382 069	21 047 049 €	220 €
août-08	355 328	410 262	22 590 072 €	220 €
nov-08	541 143	442 283	24 272 662 €	220 €
déc-08	596 626	-	87 946 429 €	-
févr-09	112 234	465 316	25 962 400 €	223 €
mai-09	258 353	492 419	27 681 090 €	225 €
août-09	395 629	500 045	27 613 139 €	221 €
nov-09	546 509	501 681	28 620 490 €	228 €
déc-09	600 336	-	109 877 119 €	-

Sources : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI

* Remise à 0 des décomptes au 1^{er} janvier

Le nombre de bénéficiaires de l'ACS, tous régimes confondus, est stable en 2009 par rapport à 2008 : + 0,62 % d'évolution. L'augmentation était de + 16,73 % entre 2007 et 2008. Fin 2009, les attestations délivrées couvrent 600 336 personnes.

Pour la CNAMTS, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une attestation s'élève à 548 986 (- 0,3 % par rapport à 2008), pour le RSI à 18 468 (+ 10,11 %). Pour la CCMSA, on constate une évolution sensible de + 7,07 % (32 882 bénéficiaires).

La campagne « CAF / CPAM » avait amené une augmentation importante du nombre de bénéficiaires d'attestations (50 à 55 000) au dernier trimestre 2008 (près de + 40 % par rapport à la même période un an plus tôt) puis, plus légèrement sur le premier trimestre 2009. Cette tendance n'a pas été confirmée sur les mois suivants, les effets de l'opération s'étant estompés. Il est en effet important de préciser que la campagne n'a eu lieu qu'une seule fois.

On se situe désormais dans une situation intermédiaire entre « avant » et « durant » la campagne, la croissance du nombre de bénéficiaires d'attestations étant cependant à la légère reprise sur le dernier trimestre 2009 :

Nombre de bénéficiaires de l'aide
(données mensuelles Cnamts)

Janvier-09	52 062
Février-09	50 172
Mars-09	50 988
Avril-09	40 995
Mai-09	41 400
Juin-09	46 948
Juillet-09	42 510
Août-09	36 467
Septembre-09	45 559
Octobre-09	46 199
Novembre-09	46 309
Décembre-09	49 377

La structure par âge des bénéficiaires d'attestations du régime général est stable entre 2008 et 2009 :

	01/01/09 au 31/08/09	Année 2008
Moins de 25 ans	35 %	35 %
Entre 25 et 59 ans	45 %	45 %
60 ans et plus	20 %	20 %

	01/01/09 au 30/11/09
Moins de 25 ans	35 %
Entre 25 et 49 ans	33 %
Entre 50 et 59 ans	13 %
60 ans et plus	19 %

2) Un taux d'utilisation de l'ACS qui demeure élevé

S'agissant de l'utilisation effective des attestations remises par les caisses d'assurance maladie par les bénéficiaires, le nombre de personnes concernées, selon les déclarations des organismes complémentaires reçues au Fonds CMU, s'élève à 501 681 au 30 novembre 2009. Il s'élevait à 442 283 un an plus tôt, correspondant à une évolution annuelle de 13,4 %, mais de seulement 0,3 % en 3 mois.

Le rapprochement avec le chiffre des bénéficiaires d'attestations conduit à un taux d'utilisation très élevé, situé autour de 80 %. Toutefois, même avec un taux de ce niveau, le tassement dans la délivrance des attestations se répercute sur le nombre de personnes les ayant utilisées.

Parmi les bénéficiaires, 71 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 26 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans une institution de prévoyance.

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 2009	Plafond CMU C plus 20% 2009	Forfait logement 2009(*)	Montant de ressources du foyer
1	7 521	9 025	655	7 618
2	11 282	13 538	1 309	11 100
3	13 538	16 245	1 620	13 271
4	15 794	18 953	1 620	15 753
Par personne supplémentaire	+ 3 0008,444	+ 3 610,1328	1 620	

(*) Forfait logement applicable pour les "Bénéficiaires d'une aide au logement".

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 recalcul 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.

I) 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 a 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.

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

Un certain 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 *pro rata 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 normative 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 bénéficiaires[†], 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 studentisé[‡] 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.

[†] 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 introduit 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).

[‡] 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.

I) 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 : $[p(x=x_1) \cdot \exp(b_{01}) - p(x=x_0)] / p(x=x_0)$.

II) 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	39,1 (41,3)
Age	24,4 (23,0)
Niveau de garantie	1,8 (2,4)
Région de résidence	2,0 (1,7)
Total expliqué	67,3 (68,3)
Résidus	32,7 (31,7)

En italiques et parenthèses : résultats de l'étude 2007 à titre de comparaison.

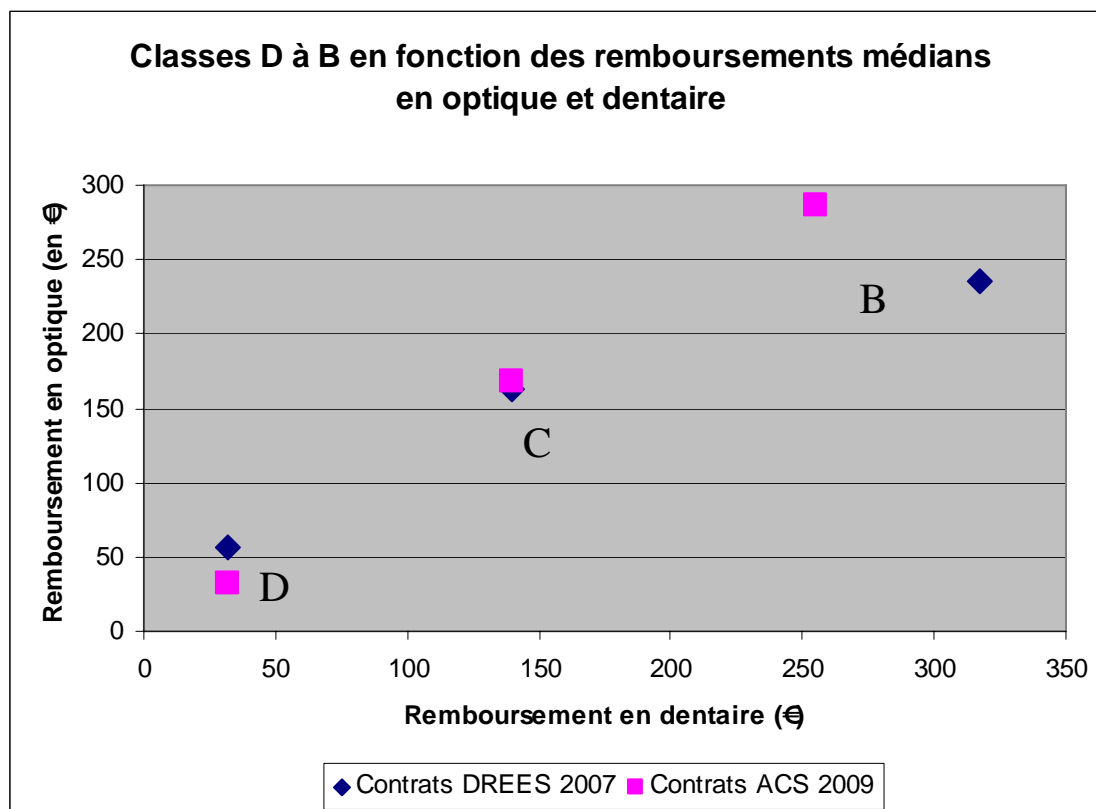
Le nombre de bénéficiaires du contrat ressort toujours fortement, suivi de l'âge.

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)

POSITION DES CONTRATS A L'INTÉRIEUR D'UNE CLASSE : EXISTE-T-IL DES DIFFÉRENCES ENTRE LES CONTRATS ACS ET LES AUTRES ?

Il peut être 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 que nous obtenons :



Le graphique met très clairement en évidence la logique de couverture des contrats : la couverture augmente sur tous les postes à la fois (dentaire, optique et dépassements) quand on s'élève dans la classification (de D vers A). Notons qu'il n'est pas apparu pertinent de faire apparaître les contrats de la classe A sur le graphique[§].

S'agissant des classes D et C, les caractéristiques des contrats ACS sont assez 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 consultations chez un spécialiste et les remboursements de prothèses dentaires. Par contre, le niveau de remboursement de l'optique est légèrement moins élevé.

[§] En effet, seulement 0,6% 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).

Quelques critères de dispersion 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	Dernier décile
Contrats ACS	Classe A	206 (43)	200	200	250	274
	Classe B	135 (45)	100	120	150	200
	Classe C	108 (17)	100	100	100	125
	Classe D	104 (14)	100	100	100	100
Contrats DREES (individuels)	Classe A	179	125	200	200	Frais réels
	Classe B	122	100	100	150	166
	Classe C	110	100	100	100	140
	Classe D	99	100	100	100	100

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

		Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Dernier décile
Contrats ACS	Classe A	308 (98)	247	301	339	540
	Classe B	273 (74)	226	255	301	355
	Classe C	147 (58)	113	140	192	231
	Classe D	63 (62)	32	32	59	140
Contrats DREES (individuels)	Classe A	370	269	376	483	516
	Classe B	304	274	317	317	355
	Classe C	160	113	140	199	247
	Classe D	49	32	32	54	92

- **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	Dernier décile
Contrats ACS	Classe A	225 (186)	36	191	409	432
	Classe B	293 (57)	270	286	330	376
	Classe C	174 (62)	135	168	210	225
	Classe D	58 (72)	8	32	105	140
Contrats DREES (individuels)	Classe A	409	409	427	479	Frais réels
	Classe B	255	230	235	288	328
	Classe C	174	148	163	208	225
	Classe D	65	8	57	100	143

- **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	Dernier décile
Contrats ACS	Classe A	437 (148)	325	420	575	575
	Classe B	200 (79)	140	185	225	300
	Classe C	169 (74)	100	150	225	250
	Classe D	140 (122)	100	100	100	222
Contrats DREES (individuels)	Classe A	369	200	330	550	600
	Classe B	292	228	309	320	420
	Classe C	196	138	175	253	294
	Classe D	100	100	100	100	100

- **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	Dernier décile
Contrats ACS	Classe A	67 (15)	50	80	80	80
	Classe B	45 (21)	33	46	50	80
	Classe C	35 (24)	25	35	50	66
	Classe D	13 (20)	0	0	25	40
Contrats DREES (individuels)	Classe A	50	35	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Classe B	38	30	30	50	Frais réels
	Classe C	38	27	38	Frais réels	Frais réels
	Classe D	18	0	11	30	55

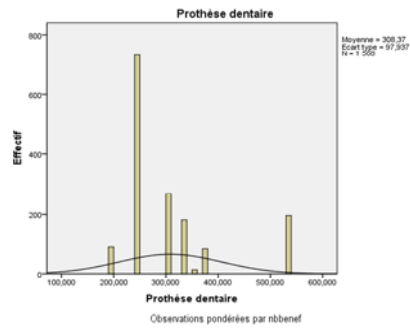
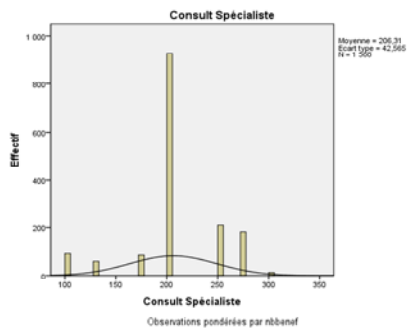
- **Durée de prise en charge du forfait hospitalier psychiatrique** [durée en jour de prise en charge du forfait hospitalier lors de séjours en psychiatrie, en jours par an (999 si illimité)]

		Moyenne (*)	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Dernier décile
Contrats ACS	Classe A	-	30	30	180	Illimité
	Classe B	-	45	90	90	Illimité
	Classe C	-	30	90	90	Illimité
	Classe D	-	30	45	90	Illimité
Contrats DREES (individuels)	Classe A	-	90	Illimité	Illimité	Illimité
	Classe B	-	365	Illimité	Illimité	Illimité
	Classe C	-	45	90	Illimité	Illimité
	Classe D	-	60	Illimité	Illimité	Illimité

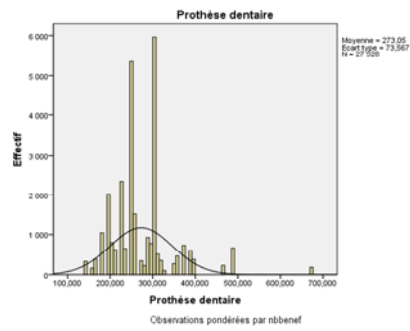
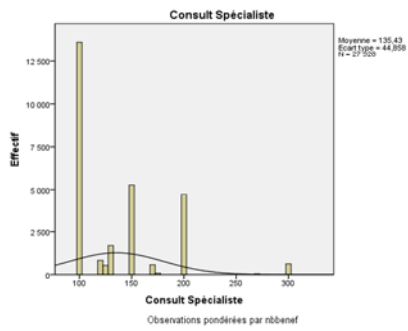
(*) Moyenne : non significatif sur ce champ, du fait d'une valeur égale à 999 si illimité

Répartition des effectifs par classe d'appartenance à un contrat selon leur niveau de remboursement sur les 6 variables actives de la classification DREES

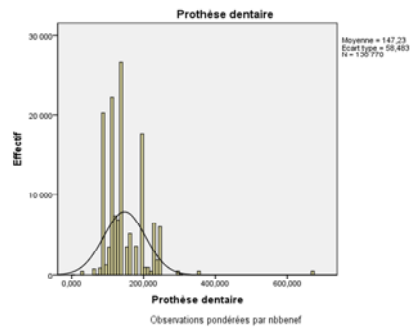
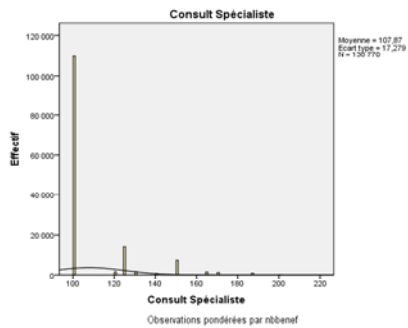
Contrats niveau A



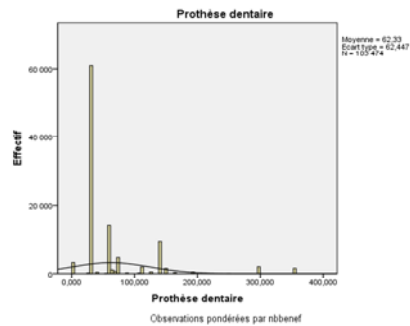
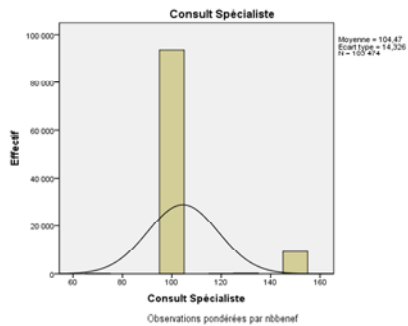
Contrats niveau B



Contrats niveau C

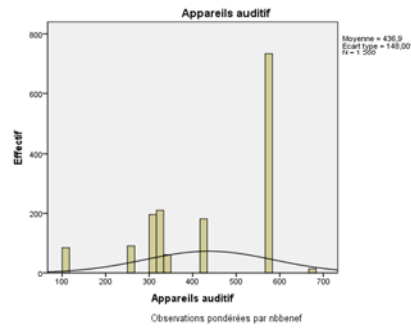
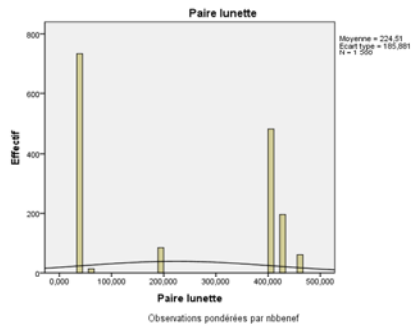


Contrats niveau D

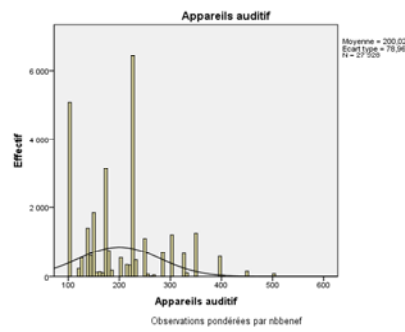
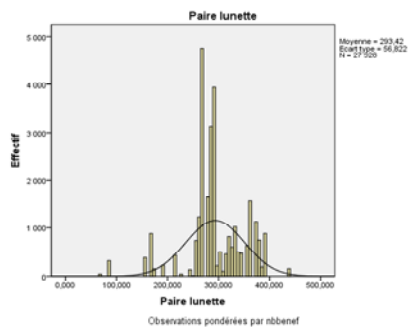


Répartition des effectifs par classe d'appartenance à un contrat selon leur niveau de remboursement sur les 6 variables actives de la classification DREES

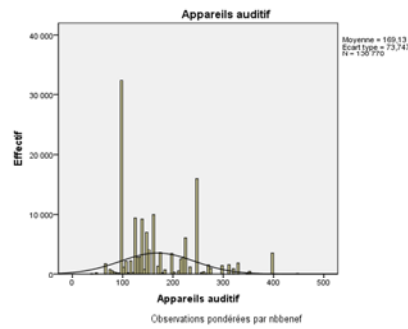
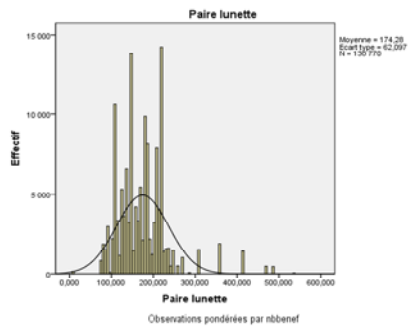
Contrats niveau A



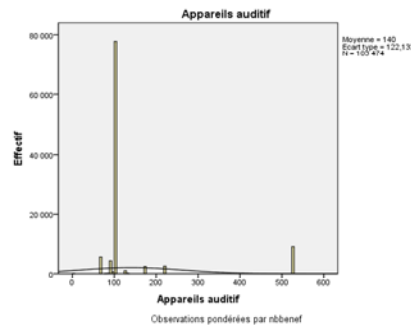
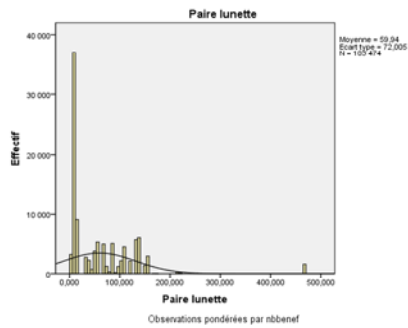
Contrats niveau B



Contrats niveau C

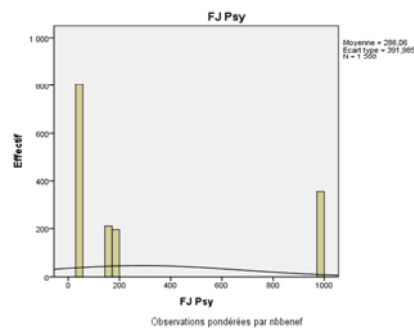
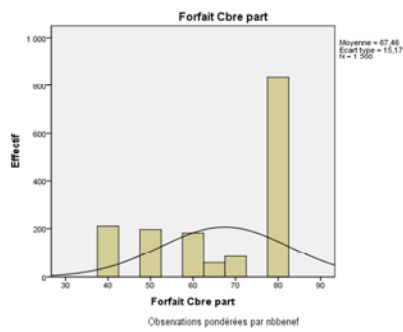


Contrats niveau D

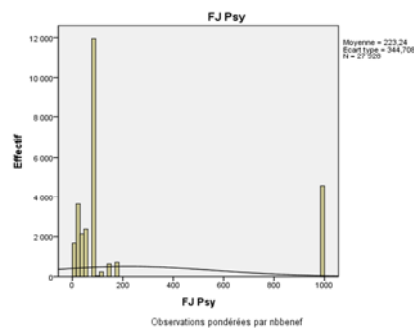
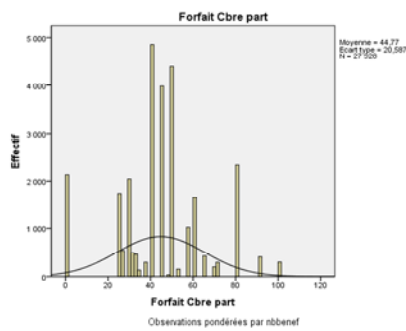


Répartition des effectifs par classe d'appartenance à un contrat selon leur niveau de remboursement sur les 6 variables actives de la classification DREES

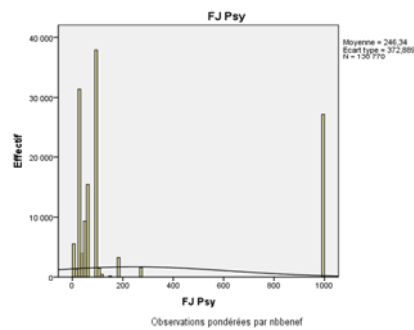
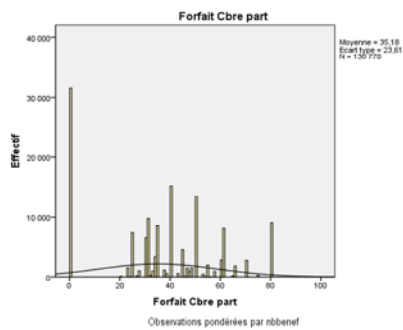
Contrats niveau A



Contrats niveau B



Contrats niveau C



Contrats niveau D

