

Aide complémentaire santé (ACS) : restes à charge et coût d'accès aux soins des bénéficiaires

Auteurs : Adelin Bouchet, Jocelyn Courtois et Christophe Le Guéhenneq, département veille et stratégie (DVS), direction stratégie, études et statistiques (DSES), Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS)

Mots clés : Aide complémentaire santé (ACS) ; reste-à-charge ; accès financier aux soins

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005, l'aide complémentaire santé ou ACS est un dispositif réservé aux foyers dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35 %¹. En 2015, pour une personne seule, vivant en métropole, cela correspond à des ressources mensuelles comprises entre 720 € et 973 €. A titre de comparaison, le seuil de pauvreté, égal à 60 % du revenu médian, s'élevait à 1 000 € en 2013².

Parmi les droits ouverts³, les bénéficiaires de l'ACS perçoivent une aide financière, le chèque santé, couvrant une partie du coût de la complémentaire de leur choix⁴.

Il a paru intéressant, au moment où le Gouvernement vient de réformer ce dispositif en procédant à un appel d'offres national sur des contrats-types, pour améliorer le rapport coût-qualité des contrats auxquels les bénéficiaires de l'ACS accèdent⁵, de tenter d'approcher la couverture financière des soins, telle qu'elle résulte du dispositif avant la réforme.

Pour cela, faute de pouvoir disposer de données détaillées, chaînant les remboursements de l'assurance obligatoire et ceux des assurances complémentaires, des techniques de simulation statistique ont été utilisées, en rapprochant les dépenses de santé présentées au remboursement par les bénéficiaires et les garanties des principaux contrats des complémentaires santé recueillies dans l'enquête annuelle de la Drees (partie 1).

Il ressort de ces travaux que la part des dépenses de soins couverte par l'assurance maladie est relativement élevée pour les bénéficiaires de l'ACS. Et l'aide financière, où chèque santé, permet de réduire de moitié le poids du poste santé dans le budget des ménages (partie 2).

¹ Depuis 2005, le plafond de l'ACS a été revalorisé à trois reprises. Initialement fixé à 15 % du plafond de la CMUC, il est passé à + 20 % en 2007, + 26 % en 2011 et + 35 % en 2012.

² Pour plus de détails, voir sur le site de l'Insee, [les seuils de pauvreté mensuels en 2013](#)

³ En plus du chèque santé à déduire du montant de la cotisation à une complémentaires individuelle de son choix, l'ACS ouvre droit, pendant 18 mois, au tiers payant social pour les dépenses de soins couvertes par le régime obligatoire et aux tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le parcours de soins coordonnés. Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS ouvre également droit au tiers payant sur la part des dépenses prises en charge par la complémentaire santé et dispense de participation forfaitaire et de franchise (pour plus de précisions voir <http://www.info-acs.fr/>).

⁴ 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € de 16 à 59 ans, 350 € de 50 à 59 ans et 550 € pour les 60 ans et plus.

⁵ Décret no 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

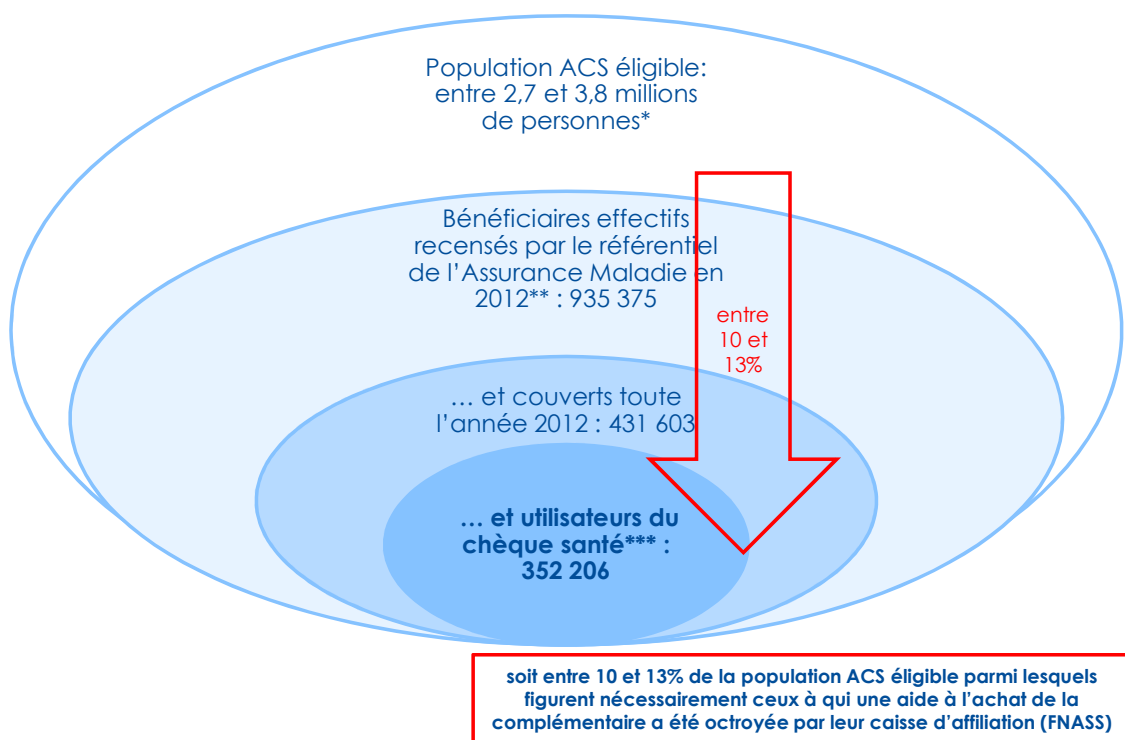
1. Méthode

Etape 1, sélection des bénéficiaires et foyers bénéficiaires de l'ACS dans le système d'information de l'assurance maladie

Le nombre de personnes éligibles à l'ACS est compris entre 2,7 et 3,8 millions⁶. Parmi ces personnes, l'assurance maladie a recensé pour l'année 2012, date de l'étude, plus de 930 000 ouvertures de droit à l'ACS, correspondant à des bénéficiaires effectifs du régime général (hors sections locales mutualistes). Environ 430 000 bénéficiaires ont eu des droits ouverts du 1^{er} janvier au 31 décembre (figure 1).

On sait que certains bénéficiaires n'utilisent pas le chèque santé, soit parce qu'ils sont déjà assurés auprès d'une complémentaire collective ou individuelle, soit parce qu'ils n'ont pas entrepris les démarches nécessaires et se retrouvent sans couverture⁷. Dans tous les cas, le système d'information de l'assurance maladie ne permet pas d'identifier, parmi les personnes bénéficiant des droits à l'ACS, celles qui n'utilisent pas le chèque santé.

Figure 1 : sélection des bénéficiaires de l'ACS



* Estimation Drees, décembre 2014

** Personnes pour lesquelles une ouverture de droit a été recensée

*** Selon le rapport du Fonds CMU sur l'ACS, 20% des bénéficiaires effectifs n'utilisent pas le chèque santé

Source : système d'informations de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)

⁶ Drees, 2013, Estimation du nombre d'éligibles à la CMUc et à l'ACS et des taux de recours, santé protection sociale, jeudi 17 octobre

⁷ Fonds CMU, 2014, Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2013. A partir du tableau page 35, calcul de la moyenne des mois de février, mai, août et novembre 2012 des taux d'utilisation des attestations, soit un taux de 81,6 % sur l'année et donc de non utilisation de 18,4 %.

Les seules informations disponibles sont :

- une estimation du fonds CMU selon laquelle un peu moins de 18,4 % des bénéficiaires de l'ACS ne feraient pas valoir leur chèque santé ;
- la possibilité de repérer les bénéficiaires de l'ACS qui ont perçu en 2012 une aide complémentaire au chèque santé, octroyée par leur caisse primaire d'assurance maladie et financée sur le fonds d'actions sociale et sanitaire (FNASS). Cette « aide FNASS » est conditionnée à l'achat d'une complémentaire santé.

En définitive, la population retenue est celle des personnes ayant bénéficié de l'ACS, toute l'année 2012, moins 18,4 %, sélectionnés par tirage aléatoire. Parmi les bénéficiaires qui ne sont pas retenus, ne peuvent figurer les bénéficiaires de l'aide FNASS.

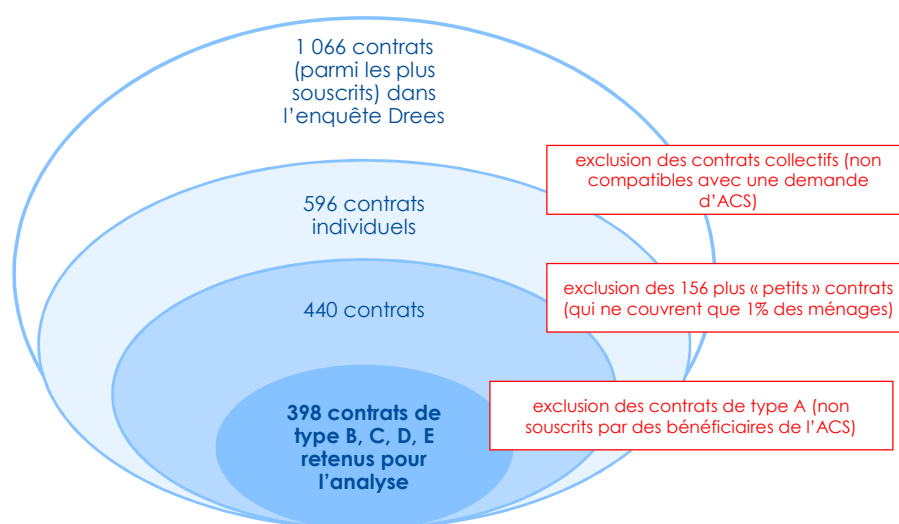
Au sein de cette population, le regroupement des ouvrants droit et de leurs ayants droit permet de reconstituer 236 356 foyers bénéficiaires ACS, soit environ 1,5 bénéficiaire par foyer. Ce résultat est proche des 1,66 personne par contrat auquel aboutit le fonds CMU (2013) sur la base d'une enquête auprès de 52 complémentaires, représentant 309 692 contrats et couvrant 514 341 bénéficiaires ACS, tous régimes confondus (Fonds CMU, 2013).

Etape 2 : affectation d'une assurance complémentaire santé à chaque foyer bénéficiaire de l'ACS

On fait l'hypothèse que les personnes appartenant à un même foyer sont couvertes par le même contrat.

L'enquête 2012 de la Drees sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé recensait 1 066 contrats dont 596 individuels. Parmi les contrats individuels, 156 ne couvrant qu'un nombre restreint d'assurés – moins de 1 % au total – sont exclus de la simulation (figure 2).

Figure 2 : sélection des contrats individuels



Sur les 398 contrats retenus, l'enquête renseigne le niveau de qualité de la couverture proposée en distinguant 5 classes. La classe A regroupe les contrats qualifiés de haut de gamme et la classe E les contrats d'entrée de gamme (Garnero & Le Palud, 2013).

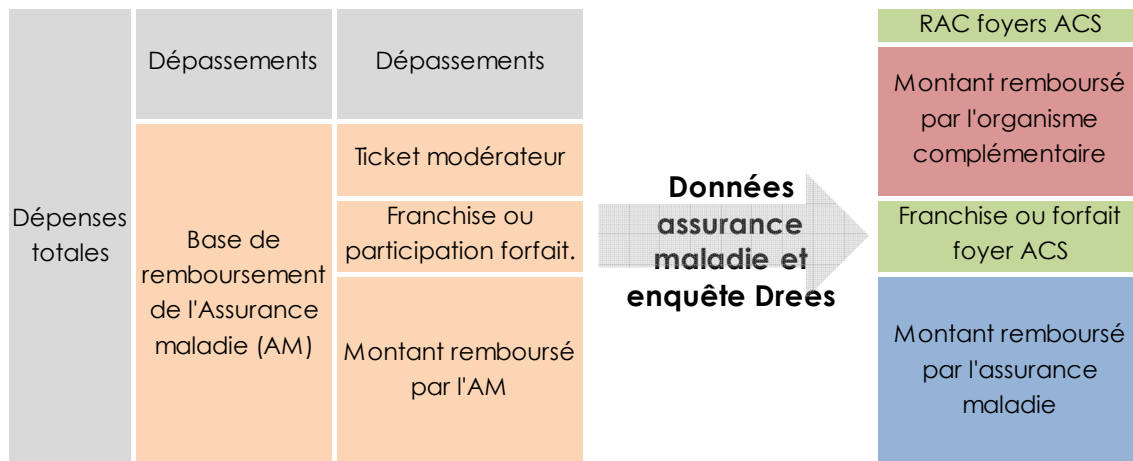
Dans un premier temps, chaque foyer se voit attribuer une qualité de couverture par tirage aléatoire avec remise. Ce tirage tient compte de la répartition des bénéficiaires de l'ACS par classe de contrat, telle qu'elle ressort de l'enquête du fonds CMU (2013, tableau page 21) : en 2012, 47 % des foyers bénéficiaires de l'ACS ont souscrit un contrat d'entrée de gamme (contre 18 % de la population générale) ; 36,2 % un contrat de classe D ; 13,1 % un contrat de classe C et 3,9 % un contrat de classe B. Aucun foyer bénéficiaire de l'ACS n'a souscrit un contrat de classe A ou haut de gamme.

Dans un deuxième temps, au sein de chaque classe (B, C, D et E), un contrat est attribué à chaque foyer, de nouveau, par tirage aléatoire avec remise. Ce tirage tient compte de la fréquence de souscription ainsi que de la composition du foyer et de l'âge de ses membres. Des contrats sont souscrits majoritairement par des jeunes adultes, célibataires et sans enfant (contrats jeunes), ou par des personnes âgées de 50 ans et plus, sans enfant (contrats « seniors ») ou par des couples sans enfant... Par conséquent, un contrat « senior » ne peut être attribué à un jeune adulte et inversement. Ou un foyer sans enfant, ne peut souscrire un contrat « jeune adulte » ou « senior » (schéma et définition des règles d'affectation des contrats en annexe).

Etape 3 : appariement des données de l'assurance maladie et de l'enquête sur les contrats les plus souscrits

En rapprochant les données de consommation des soins en ambulatoire (SNIIRAM) et à l'hôpital (PMSI) des caractéristiques des contrats (enquête DREES) affectés aux foyers ACS, il est possible de calculer la partie des dépenses restant à leur charge (RAC dépenses, en vert dans la figure 3) :

Figure 3 : appariement des données de l'assurance maladie et de l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé (Drees)



Les données de l'assurance maladie portent sur les consommations de soins et de biens médicaux remboursables. Ainsi, les chambres individuelles à l'hôpital ou les actes d'ostéopathie, par exemple, ne sont pas couverts.

Par ailleurs, l'enquête sur les complémentaires renseigne les garanties pour les dépenses de médicaments, de certains soins dentaires (prothèses et orthodontie), d'optique, d'audioprothèses, de spécialistes en secteur 2 (dans le respect du parcours de soins) et des honoraires des praticiens hospitaliers. Pour les autres postes de dépenses (médecins généralistes, auxiliaires médicaux, soins dentaires conservateurs, actes de biologie ou

transports), les garanties n'étant pas renseignées, on suppose que les prestations servies par les complémentaires ne couvrent que le ticket modérateur.

Les tirages effectués pour sélectionner les bénéficiaires de l'ACS (étape 1) et affecter aux foyers bénéficiaires un contrat (étape 2) sont répétées une centaine de fois. Il ressort de ce travail des résultats très resserrés autour de la moyenne, pour la simulation des primes et des dépenses. Par exemple, la prime moyenne la plus basse s'élève à 803,5 € et la plus haute est de 807,5 €, soit une différence de 2 €. Autre exemple, les montants moyens des restes à charge pour les consommateurs d'audioprothèses (1 % des consommateurs) varient entre 336 € et 384 €. Pour des postes de dépenses où le nombre de consommateurs est important, comme les médicaments (83 % des consommateurs), l'écart est très faible, quelques centimes d'euros (annexe).

2. Résultats

Dépenses de soins, une couverture de l'assurance maladie élevée

Sur l'année 2012, on estime que les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire⁸ ont, à 93%, bénéficié d'au moins un soin en ville ou à l'hôpital, pour une dépense annuelle moyenne de l'ordre de 5 900 euros.

L'analyse des données de remboursement met en évidence que l'Assurance Maladie prend en charge une large partie de ces dépenses : 91 %, soit en moyenne 5 364 euros. Ceci est cohérent avec les taux élevés d'ALD dans cette population, mentionnés plus haut.

Les 9 % restants (550 euros en moyenne) se répartissent donc entre les ménages et les assureurs complémentaires. Cette répartition, estimée par la Cnamts à partir du modèle de micro-simulation, serait de 435 euros pour les assureurs complémentaires et de 117 euros de reste à charge final pour les personnes.

Ce reste à charge moyen recouvre néanmoins de fortes disparités : si l'on répartit la population en déciles en fonction de la dépense totale de soins, la prise en charge des complémentaires varie entre 19 euros pour le premier décile d'assurés à 1 116 euros pour le dernier décile ; les restes à charge des assurés s'échelonnent quant à eux de 3 euros à plus de 200 euros (tableau 1).

⁸ En 2012, plus de 930 000 personnes ont bénéficié du droit à l'ACS au moins un jour, mais on ne considère ici que les 432 000 assurés qui en ont bénéficié durant toute l'année. Parmi ceux-ci, on fait l'hypothèse que 80 % ont utilisé effectivement le chèque santé (source Fonds CMU) : c'est sur cette population que porte l'étude.

Rappelons d'autre part que le champ est différent de celui de l'analyse précédente : on considère ici les personnes ayant bénéficié de l'ACS toute l'année, quel que soit leur âge, alors que précédemment il s'agissait de la population de moins de 60 ans ayant bénéficié de l'ACS pendant tout ou partie de l'année.

Tableau 1: déciles des restes à charge en fonction de la dépense totale de soins

Déciles de consommateurs	Assurance Maladie	Organismes complémentaires	Bénéficiaires ACS
1	37€	17€	3€
2	110	55	8
3	200€	108	24€
4	337€	174	50
5	571€	250	83
6	940	333	121
7	1 577€	414	163
8	2776	518	218
9	6084	710	255€
10	26429	1317	220

Source : Cnamts, modèle de micro-simulation des restes à charge des bénéficiaires ACS

Champ : Assurés du régime général hors SLM bénéficiaires de l'ACS en 2012. Dépenses remboursables en 2012 y compris forfaits journaliers en établissements publics psy et SSR.

Le niveau de prise en charge apparaît également très variable selon le type de prestation (tableau 2) :

- les soins de ville dans leur ensemble sont remboursés à hauteur de 85 % par l'Assurance Maladie et à 11 % par les assureurs complémentaires, alors que les soins hospitaliers sont pris en charge à 95 % par le régime obligatoire ;
- dans les secteurs où existe une certaine liberté tarifaire, la complémentaire acquise par les bénéficiaires de l'ACS ne permet pas de couvrir l'ensemble des dépenses. Ainsi, pour les 6 % de bénéficiaires de l'ACS ayant recours à des soins prothétiques dentaires, le reste à charge demeure relativement lourd : 400 euros en moyenne, soit 50 % des dépenses. De même en optique, malgré une prise en charge de près de 132 euros en moyenne des assureurs complémentaires, les bénéficiaires doivent contribuer de leur poche d'un montant quasi équivalent.

Tableau 2 : Taux de recours, dépenses de soins et restes à charge par bénéficiaire ACS ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2012

Postes	Taux de recours	Dépenses totales	Assurance maladie	Organismes complémentaires	Bénéficiaires ACS
Médecins	89%	396 €	324	53 €	18 €
Auxiliaires	41%	933 €	871 €	54 €	8 €
Dentaire dont...	32%	290	117 €	88	85
<i>Soins conservateurs</i>	22%	104 €	76 €	27 €	1 €
<i>Soins prothétiques</i>	6%	806 €	165	245	397
<i>Orthodontie</i>	2%	555 €	165	245	146 €
Biologie	52%	166 €	129 €	37 €	0 €
Médicaments	87%	855 €	714	114 €	27 €
Liste Produits Prestations dont	47%	521€	372	83 €	66
<i>Appareils de surdité</i>	1%	787 €	162	283 €	342 €
<i>Optique</i>	15%	287 €	19	132	136
Transports	17%	956 €	919 €	25 €	11 €
Soins de ville	93%	2 668	2 275	281 €	112 €
Hôpital	22%	13 650 €	12 985 €	647 €	19 €
Total ville hôpital	93%	5 913	5 364	435	117

Source : Cnamts, DREES. Modèle de micro-simulation des restes à charge des bénéficiaires de l'ACS.

Champ : Assurés du régime général hors SLM bénéficiaires de l'ACS tout au long de l'année 2012.

Dépenses remboursables en 2012 y compris forfaits journaliers en établissements publics psychiatriques et SSR.

Ainsi, les complémentaires acquises par les bénéficiaires de l'ACS couvrent le ticket modérateur des soins courants en ambulatoire (médecins et auxiliaires médicaux) et le reste à charge des hospitalisations. En revanche, les restes à charge supportés sont relativement importants pour les soins prothétiques, l'optique et les appareils de surdité. Cette situation correspond au choix des ACS qui privilégient des contrats d'entrée de gamme (niveau E de la classification de la Drees^{9,10}) dans la moitié des cas contre seulement 18 % de la population générale ayant souscrit un contrat individuel.

Le coût d'accès à une complémentaire réduit de moitié à un tiers

Ces niveaux de garanties sont à mettre en regard avec le coût d'accès à ces couvertures complémentaires. En effet le chèque santé dont bénéficient les ACS couvre une partie de la prime. À partir des données recueillies dans l'enquête de la Drees et de la composition des ménages bénéficiaires de l'ACS, on estime le montant moyen de la prime à plus de 800 euros par foyer, le chèque santé en couvrant environ la moitié. Un peu moins de 400 euros restent ainsi à la charge des ménages (tableau 3), ce montant variant en fonction

⁹ Marguerite GARNERO et Vincent LE PALUD (2013) « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », DREES, Etudes et Résultats n°837, avril 2013.

¹⁰ Fonds CMU (2013), « Rapport sur l'évolution des prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2012 », avril 2013.

de la qualité du contrat adopté¹¹. Il faut noter cependant qu'un tiers des bénéficiaires de l'ACS utilisant le chèque bénéficiaire également d'une aide du Fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass). En moyenne, cette aide supplémentaire s'élève à 134 euros, ce qui permet de réduire le reste à charge des ménages sur la prime d'acquisition de la complémentaire à 268 euros environ, soit 32% de la prime totale (tableau 4).

Tableau 3 : part de la prime/cotisation de la complémentaire santé à la charge des foyers bénéficiaires de l'ACS (taux de RAC)

Année 2012	CNAMTS	Fonds CMU
Nombre de foyers	236 356	309 844
Nombre de bénéficiaires	352 206	514 341
Bénéficiaires par foyer	1,5	1,66
Montant prime/cotisation	806 €	884 €
par personne couverte	541 €	533 €
Montant du chèque santé	420 €	456 €
RAC par contrat	386 €	428 €
Taux de RAC	47,9%	48,4%

Commentaire : d'après l'enquête du fonds CMU (2013), le coût de la complémentaire et le reste à charge par contrat sont plus élevés. Mais ces montants correspondent aussi à un nombre de bénéficiaires par foyer plus important que celui retenu dans la cadre de cette simulation, respectivement 1,66 et 1,5. La part du coût de la couverture restant à la charge des foyers ACS ou taux de RAC (hors FNASS) sont très proches.

Tableau 4 : taux de RAC sans et avec aide FNASS

Année 2012	Sans FNASS	Avec FNASS
Nombre de foyers	158 623	77 733
Nombre de bénéficiaires	237 819	114 387
Bénéficiaires par foyer	1,50	1,47
Montant prime/cotisation	793 €	833 €
par personne couverte	529 €	566 €
Montant du chèque	414 €	430 €
Aide FNASS	- €	134 €
RAC par contrat	378 €	268 €
Taux de RAC	47,7%	32,2%

Un rapport prestations sur prime inférieur au marché

On peut estimer qu'au total le rapport entre le remboursement des assureurs complémentaires et la prime versée est de l'ordre de 75 %. Ce rapport devrait être modifié par l'effet des nouveaux contrats négociés dans le cadre de l'appel d'offres et qui s'appliquent à partir du 1er juillet 2015.

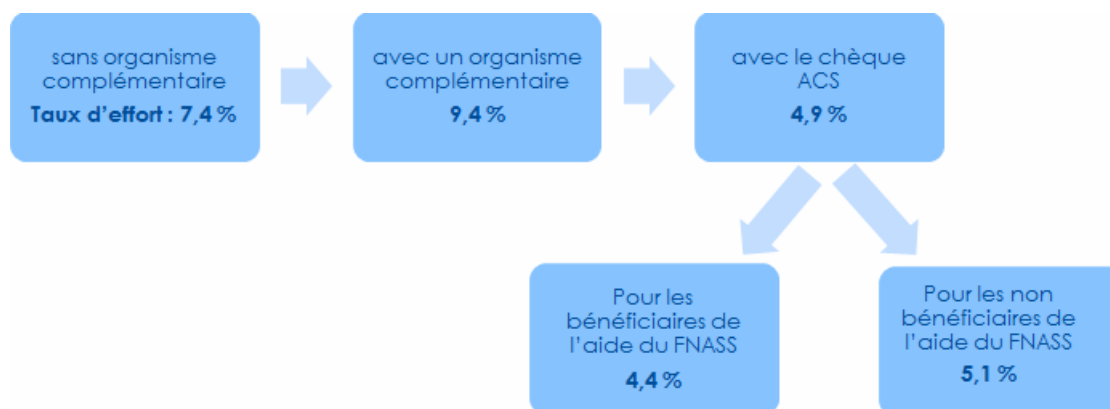
Une réduction de moitié du coût de la santé dans le budget des foyers ACS

Compte tenu de leur consommation de soins, en 2012 les bénéficiaires de l'ACS auraient consacré 7,4 % de leurs ressources pour se soigner s'ils n'avaient pas acquis de complémentaires santé. Pour la même consommation de soins, avec une complémentaire santé, mais sans le bénéfice du chèque, ce taux d'effort augmente à 9,4 % (dans la mesure où en moyenne les remboursements des complémentaires sont inférieurs au montant de la prime). Grâce au chèque ACS, le taux d'effort est largement atténué (5,1 %), et il est abaissé encore pour ceux qui bénéficient de l'aide du Fnass (4,4%)¹² (figure 4).

¹¹ De 632 € pour un contrat de classe B (55 % du coût total) à 288 € pour un contrat de classe E ou entrée de gamme (35 % du coût total).

¹² À titre de comparaison, le Hcaam, dans son rapport de 2011, estimait un taux d'effort des dépenses volontaires (incluant l'ensemble des dépenses de santé remboursables et non remboursables) à 4,9 % pour les ménages du décile médian de niveau de vie. Le taux d'effort volontaire fait figurer au numérateur un montant consolidé des restes à charge après assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire et primes versées aux organismes complémentaires et au dénominateur un revenu net des versements à l'assurance maladie obligatoire. Source : Hcaam, « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? », janvier 2011.

Figure 4 : l'impact des complémentaires et du chèque santé sur le taux d'effort volontaire



3. Discussion

Apports

L'élaboration d'un référentiel des bénéficiaires de l'ACS, couverts par le régime général, permet de connaître les dépenses de soins de cette population et la part prise en charge par l'assurance maladie.

Une fois déduite la part des dépenses couvertes par l'assurance maladie, le rapprochement avec les données de l'enquête 2012 de la Drees sur les contrats les plus souscrits a permis de simuler la répartition du reste à charge après assurance maladie obligatoire, entre les complémentaires et les bénéficiaires de l'ACS.

Il a aussi été possible de simuler la part de la prime ou de la cotisation à une couverture santé complémentaire restant à la charge des bénéficiaires, une fois déduit le chèque santé (le reste à charge sur prime).

Enfin, avec un taux d'effort d'environ 5 %, le chèque santé permet de réduire de moitié le coût de ce poste dans le revenu des foyers bénéficiaire de l'ACS. Toutefois, comparé aux travaux de Kambia-Chopin (2008), ce taux d'effort reste supérieur de 2 points à celui des foyers plus aisés (dont les ressources mensuelles par unité de consommation sont supérieures à 1 867 €), foyers qui bénéficient aussi de couvertures complémentaires de meilleure qualité.

Limites

La méconnaissance des profils des bénéficiaires de l'ACS n'utilisant pas le chèque santé ne permet pas de cibler cette population autrement qu'en procédant par tirage aléatoire. Quant à l'affectation des contrats aux utilisateurs du chèque, les règles retenues ne tiennent pas compte de la nature des dépenses de soins des foyers. Or, le choix d'une complémentaire répond aussi en partie à une anticipation de la consommation de soins futurs comme l'achat d'une paire de lunettes ou des soins dentaires.

Toutefois, sur un marché où coexistent de nombreuses offres et dont les modalités de prises en charge sont différentes, il semble difficile de sélectionner le contrat qui offrira le meilleur rapport prestations servies sur prime.

Perspective

L'évolution de l'ACS ne retient plus qu'une dizaine d'organismes complémentaires, sélectionnés sur appel d'offre et classés par niveau de qualité (A entrée de gamme, B moyenne gamme et C haut de gamme), avec pour chaque niveau la définition réglementaire d'exigences minimales en terme de prise en charge¹³.

Les offres des quelques complémentaires retenues, pour une durée 3 ans, sont donc aujourd'hui plus lisibles, permettant de sélectionner le contrat qui correspond davantage aux besoins anticipés.

La simulation réalisée pourrait être remobilisée pour apprécier l'impact de cet appel d'offre sur les restes à charge et le taux d'effort des ACS.

Bibliographie

Chauveaud, C., & Warin, P. (2009, novembre). Favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires des minima sociaux. Expliquer la CMU C et l'ACS aux populations potentiellement éligibles. (Odenore, Éd.)

Fonds CMU. (2013). *Rapport sur l'évaluation du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS)*. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Fonds CMU. (2013). *Rapport sur l'évaluation du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2012*.

Garnero, M., & Le Palud, V. (2013, avril). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010. (Drees, Éd.) *études et résultats*(837).

Garnero, M., & Le Palud, V. (2013, avril). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010. *études et résultats*(837). (Drees, Éd.)

Grignon, M., & Kambia-Chopin, B. (2010, avril). Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ? *Questions d'Economie de la Santé*(153). (Irdes, Éd.)

Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J., & Després, C. (2010, décembre). Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. *document de travail*(36). (Irdes, Éd.)

HCAAM. (2011). *Rapport annuel 2011. L'assurance maladie face à la crise. Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins*. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

¹³ <http://www.info-accs.fr/>

Jacod, O., & Zaidman, C. (2014). *Rapport 2013. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Ministère des finances et des comptes publics, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social, Drees.

Kambia-Chopin, B., Perronnin, M., Pierre, A., & Rochereau, T. (2008, mai). La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. *Questions d'Economie de la Santé*(132). (Irdes, Éd.)

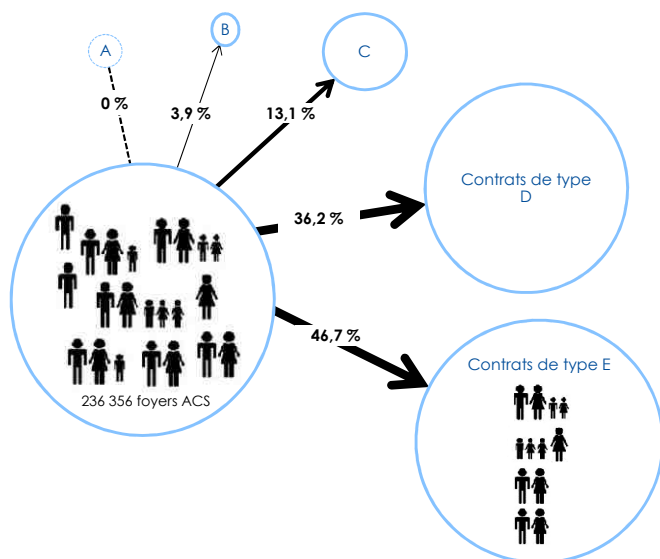
Lardellier, R., Legal, R., Raynaud, D., & Vidal, G. (2012, avril). Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar. *document de travail, série sources et méthodes*(34). (Drees, Éd.)

Moisy, M. (2014, juin). Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. (DREES, Éd.) *Etudes et résultats*(882).

Annexes

Annexe 1 : règles d'affectation de contrats aux bénéficiaires de l'ACS

Les 236 356 foyers (soit 352 206 bénéficiaires ouvrants droits et ayants droits) sont répartis par tirage, avec remise, dans les classes de contrats B à E, en fonction de la répartition des ACS dans ces différents types de contrats (enquête Fonds CMU, 2013)



Puis, au sein de chaque classe de contrat, un contrat spécifique est affecté au foyer par un 2^e tirage avec remise en tenant compte de la fréquence de souscription et des caractéristiques suivantes des contrats :

Pour les contrats jeunes adultes (moins de 30 ans), célibataires et sans enfant :

- Nombre d'adhérents ouvrant droit rapporté au nombre de bénéficiaire du contrat supérieur ou égal à 85%

- ET part des adhérents ouvrant droit de moins de 24 ans supérieure à 70 %. OU part des adhérents ouvrant droit de moins de 24 ans inférieure ou égale à 70% mais pas de tarif renseigné pour les 40 ans et plus.
- ET part du Nombre d'adhérents ouvrant droit de 60 ans et plus moins de 1%.

Pour les contrats des personnes âgées de 50 ans et plus, sans enfant (« contrats seniors ») :

- Part du Nombre d'adhérents ouvrant droit de moins de 24 ans inférieur à 1%.
- Et part du nombre d'adhérents ouvrant droit de 60 ans et plus supérieur ou égal à 90%. OU si la part du nombre d'adhérents ouvrant droit de 60 ans et plus inférieure à 90% alors pas de tarif pour les 40 ans et moins.

Pour les couples sans enfant :

- Pas de prise en charge des enfants.
- ET pas « 50 ans et plus ».
- ET pas de jeune célibataire.

Il reste alors un quatrième type de contrats, regroupant les contrats qui ne correspondent à aucun des trois types précédent.

Ainsi, un contrat « senior » ne peut être attribué à un jeune adulte et inversement. Ou un foyer sans enfant, ne peut souscrire un contrat « jeune adulte » ou « senior ».

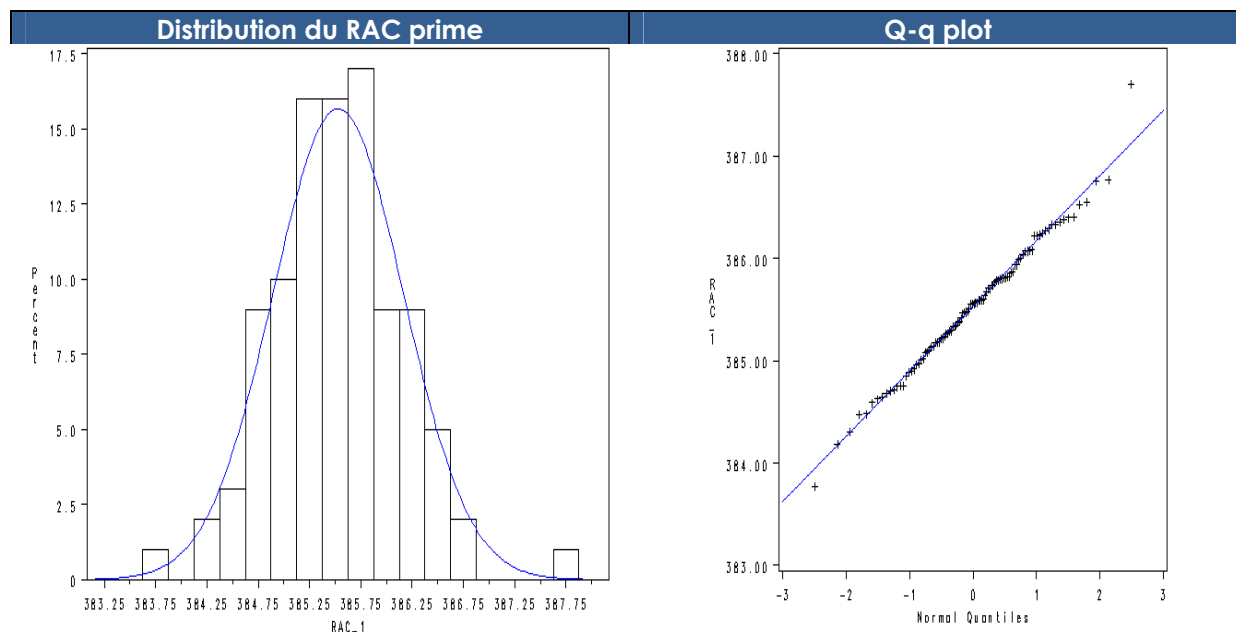
Annexe 2 : présentation de quelques résultats des 100 tirages effectués pour sélectionner les bénéficiaires de l'ACS et leur affecter un contrat

Test de la robustesse des résultats : afin de vérifier que différents tirages ne modifient pas significativement les résultats, la simulation a été répétée 100 fois pour s'assurer 1) que les résultats obtenus suivent une loi normale et 2) que la dispersion des résultats est restreinte à un intervalle suffisamment faible pour ne pas remettre en cause les résultats présentés dans la partie 2.

Restes à charge sur primes :

		Test de normalité				
Nb simulation	100	Test	Statistic		p Value	
Moyenne	385,53 €	Shapiro-Wilk	W	0,992	Pr < W	0,79
Ecart type	0,64 €	Kolmogorov-Smirnov	D	0,042	Pr > D	>0,15
		Cramer-von Mises	W-Sq	0,017	Pr > W-Sq	>0,25
		Anderson-Darling	A-Sq	0,153	Pr > A-Sq	>0,25

Les résultats des différents tests de normalité fournis par SAS Enterprise Guide© version 4.3 permettent de ne pas rejeter l'hypothèse de normalité (les p-value sont toutes plus ou moins importantes). De plus, les différents graphiques (courbe de distribution et q-q plot) permettent de valider l'hypothèse de normalité de nos données.

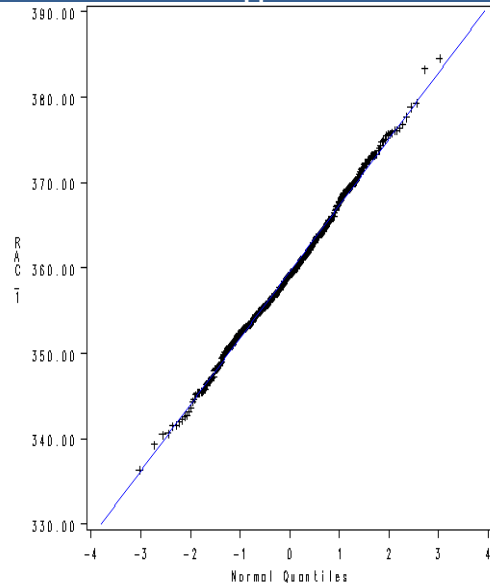
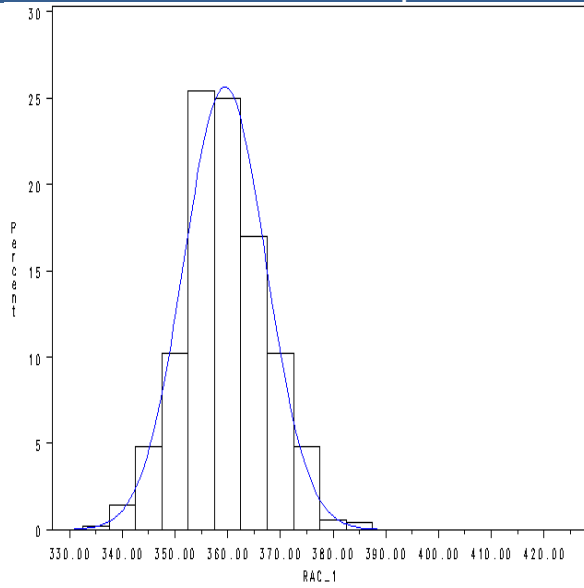


Restes à charge sur les dépenses d'audioprothèses :

		Test de normalité				
Nb simulation	100	Test	Statistic		p Value	
Moyenne	359,46 €	Shapiro-Wilk	W	0,997	Pr < W	0,42
Ecart type	7,78 €	Kolmogorov-Smirnov	D	0,030	Pr > D	>0,15

Cramer-von Mises	W-Sq	0,111	Pr > W-Sq	0,08
Anderson-Darling	A-Sq	0,637	Pr > A-Sq	0,09

Distribution du RAC audioprothèses	Q-q plot
-------------------------------------------	-----------------



Restes à charge sur les dépenses médicaments :

Test de normalité

Nb simulation	100
Moyenne	27,10 €
Ecart type	0,05 €

Test	Statistic		p Value	
Shapiro-Wilk	W	0,985	Pr < W	0,31
Kolmogorov-Smirnov	D	0,064	Pr > D	>0,15
Cramer-von Mises	W-Sq	0,060	Pr > W-Sq	>0,25
Anderson-Darling	A-Sq	0,430	Pr > A-Sq	>0,25

Distribution du RAC médicaments	Q-q plot
----------------------------------------	-----------------

