

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°1 : assurer un égal accès aux soins

Indicateur n° 1-2 : Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages

1^{er} sous-indicateur : Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques.

Finalité : les régimes obligatoires d'assurance maladie et, pour une contribution plus modeste le budget de l'État, le Fonds CMU et les collectivités locales, concourent de façon décisive à la prise en charge des dépenses de santé au moyen d'une mutualisation complète des risques individuels de maladie. L'évolution de leur contribution au financement de l'ensemble des dépenses de santé fournit donc un indicateur agrégé des conditions de l'accès aux soins de l'ensemble de la population, même s'il ne rend pas compte des inégalités qui peuvent exister entre individus selon les niveaux de revenu.

Résultats :

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	Objectif 2012
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des administrations publiques								
- Régimes obligatoires d'assurance maladie (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,1	75,5	
- État, le Fonds CMU, les collectivités locales (2)	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	
Ensemble des administrations publiques (1) + (2)	78,2	78,3	78,5	78,4	77,7	77,5	76,9	Pas de diminution
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des acteurs privés								
- Opérateurs de couvertures maladie complémentaires	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7	
- Ménages (reste à charge)	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4	
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

Les administrations publiques prennent en charge une part prépondérante (76,9 % en 2008) de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ce sont les régimes obligatoires d'assurance maladie qui contribuent le plus à ce financement public (75,5 % en 2005), la part des autres administrations publiques étant réduite (1,3 %) et essentiellement limitée au financement de la couverture universelle maladie complémentaire (CMUc). Le solde du financement de la CSBM est assuré d'une part par les opérateurs de couvertures maladie complémentaires (13,7 % en 2008) et d'autre part par les dépenses qui restent à la charge des ménages (9,4 % en 2008).

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé bénéficiant d'une prise en charge publique a été stable autour de 78,5 %. Cette stabilité était le résultat de deux évolutions divergentes : le ratio tendait à diminuer en raison de la déformation de la structure de la CSBM en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments, optique, honoraires dans un contexte d'augmentation des dépassements), mais il était à l'inverse tiré à la hausse par le nombre croissant des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée.

La part des dépenses de santé prises en charge par les organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires croît quant à elle de façon tendancielle, en raison des facteurs évoqués ci-dessus qui conduisent ces organismes à se substituer partiellement à la sécurité sociale dont la contribution diminue, ainsi que de la diffusion régulière de ces couvertures parmi la population : 86 % des ménages disposaient d'une couverture maladie complémentaire en 2006, selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES. Du fait de la croissance de la part des administrations publiques et des organismes complémentaires, le reste à charge des ménages a diminué de plus d'un point de 1995 à 2004.

L'année 2005 a cependant initié une inflexion par rapport à ces évolutions tendanciennes : la part financée par les régimes obligatoires d'assurance maladie est en diminution (baisse de plus d'un point et demi de 2004 à 2008) et le reste à charge des ménages progresse légèrement (+1,1 point de 2004 à 2008), tandis que la part des organismes complémentaires poursuit sa progression. Ces évolutions découlent en partie de la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la sécurité sociale (médicaments non remboursables, dépassements d'honoraires), mais surtout de diverses mesures d'économies prises afin de limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale. L'année 2005 avait ainsi vu la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro déduite du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale. En 2006 a été introduite une majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins, ainsi que de nombreux déremboursements de médicaments. En 2007, ces mesures ont été amplifiées. Enfin, en 2008, des franchises ont été instaurées sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports. Ces franchises se sont reportées sur le reste à charge des ménages, puisque les organismes complémentaires sont incités fiscalement à ne pas les prendre en charge. Cette tendance, ainsi que la progression toujours soutenue de la consommation de médicaments non remboursés, ont entraîné une hausse du reste à charge des ménages de 0,4 point en 2008.

La progression de la part financée par les organismes complémentaires résulte des hausses successives du forfait journalier à l'hôpital (+1 euro par an en 2005, 2006 et 2007), de l'augmentation des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public, et en 2007 de la mise en place de la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou dont le coût est supérieur à coût 91 euros), ces différentes dépenses étant essentiellement prises en charge par les organismes complémentaires. En sens inverse, l'augmentation rapide de la population souffrant d'une affection de longue durée et bénéficiant de la prise en charge à 100 % de ses soins par un régime de base obligatoire d'assurance maladie continue à modérer la croissance de la part des organismes complémentaires.

La France reste cependant un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité. En 2006, seuls le Luxembourg, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée, avec toutefois des restes à charge des ménages plus élevés. D'une façon plus générale, l'évolution future de la part de la consommation des soins et de biens médicaux bénéficiant d'une prise en charge par les administrations publiques sera tributaire des dynamiques respectives des dépenses hospitalières et ambulatoires, des évolutions des dépassements tarifaires, de la progression de la consommation de médicaments non remboursés ainsi que du rythme des admissions en affections de longue durée.

Construction de l'indicateur : l'indicateur calcule la contribution de chaque acteur – Sécurité sociale, État, Fonds CMU et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires, ménages – à l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. Cet agrégat regroupe l'ensemble des dépenses correspondant à des soins fournis aux patients par un professionnel de santé à l'hôpital ou en ville (à l'exclusion des actes de prévention, des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, et des dépenses de gestion, de formation et de recherche et d'éducation à la santé mises en œuvre par le système de santé).

Le Fonds CMU apparaît ici uniquement pour les prestations versées aux bénéficiaires affiliés aux régimes de base, les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux organismes complémentaires n'étant pas distinguées des autres prestations versées par des dernières. Précisons également que la contribution de chaque organisme correspond aux montants qu'il verse, sans prendre en compte la façon dont ces dépenses sont financées : en particulier, les dépenses des organismes complémentaires ne prennent pas en compte les taxes qu'ils paient au Fonds CMU ; de même, le déficit des hôpitaux publics n'est pas identifié en tant que tel, et est intégré dans la part financée par la Sécurité sociale.

Précisions méthodologiques : les données permettant de calculer l'indicateur sont élaborées annuellement par la Drees dans le cadre des comptes nationaux de la santé, qui constituent un compte satellite des comptes nationaux. Pour plus d'information, se référer à « Les Comptes nationaux de la santé en 2008 », Drees, *Études et Résultats*, septembre 2009 (à paraître).

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n°1 : assurer un égal accès aux soins

Indicateur n° 1-2 : Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages.

2ème sous-indicateur : Reste à charge des 10 % de ménages les plus pauvres sur leurs dépenses de santé.

Finalité : en complément du sous-indicateur précédent qui porte sur le reste à charge des ménages sur leurs dépenses de santé au niveau agrégé, l'intérêt de ce second sous-indicateur est de suivre dans le temps l'évolution du reste à charge des 10 % de ménages les plus modestes, afin de fournir un éclairage sur l'incidence par catégorie de ménages des conditions générales de financement des dépenses de santé. Cet indicateur mesure les dépenses qui demeurent à la seule charge des ménages après remboursement des organismes complémentaires.

Résultats :

	2004	2006	Objectif
Reste à charge moyen des ménages du 1 ^{er} décile	402 €	419 €	
Taux d'effort	3,5 %	3,6 %	Pas d'augmentation

Source : IRDES – enquêtes SPS 2004 et 2006, enquêtes revenus fiscaux 2004 et 2006, Insee-DGI, calcul DREES.

Le reste à charge moyen après remboursement des organismes complémentaires des 10 % de ménages les plus modestes est de 419 € courants en 2006. Il a augmenté de 4,2 % en 2 ans, soit une augmentation annuelle de 2,1 %.

En 2006, le taux d'effort s'établit à 3,6% du revenu disponible annuel moyen des ménages du premier décile de niveau de vie, contre 3,5 % en 2004. Cette légère croissance par rapport à 2004 s'explique par la hausse plus rapide du reste à charge que des revenus disponibles (+2,7 % entre 2004 et 2006). Cependant, sa faible ampleur invite à ne pas la considérer comme très significative.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est égal à la moyenne des restes à charge (ticket modérateur et dépassements) après remboursement des organismes complémentaires des ménages du premier décile de revenu par unité de consommation. L'unité de consommation est fondée sur l'échelle INSEE (cf. *Précisions méthodologiques*). Le reste à charge comprend les dépenses hospitalières, ambulatoires et médico-sociales. Les données sur l'hôpital et le médico-social ne sont pas encore disponibles pour l'année 2006. Elles ont du être extrapolées à partir des taux de croissance entre 2004 et 2006 de ces deux postes de dépenses. Ces taux ont été calculés à partir des comptes de la santé et des comptes de la sécurité sociale.

Pour distinguer la part du reste à charge remboursée par les organismes complémentaires de celle incombant aux ménages, les hypothèses suivantes ont été retenues :

- Pour les individus bénéficiaires de la CMUC : on considère que le ticket modérateur est intégralement pris en charge au titre du dispositif d'exonération. En revanche, les dépassements incombent aux individus à l'exception des dépassements en optique et en dentaire. Sur ces deux derniers postes, il existe des forfaits intégralement pris en charge qui couvrent les dépenses de base.
- Pour les individus bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée : on considère que le ticket modérateur est pris en charge intégralement par l'organisme complémentaire. En effet, une étude de la Drees (*Études et Résultats*, n° 575, mai 2007) montre que la quasi-totalité des contrats de couverture complémentaire rembourse le ticket modérateur. En revanche, on considère que les dépassements ne sont

pas remboursés et demeurent donc à la charge de l'assuré. Une étude de l'Irdes (Question d'économie de la santé, n°80, février 2004) met en évidence le fait que les individus qui ont un faible niveau socio-économique optent pour des contrats complémentaires bas de gamme qui couvrent peu les dépassements.

- pour les individus ne bénéficiant pas de couverture complémentaire : le ticket modérateur et les dépassements demeurent à la charge de l'individu.

Précisions méthodologiques : cet indicateur est fourni par la DREES à partir de l'appariement entre l'Échantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) et l'enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES (SPS).

L'EPAS est un échantillon représentatif au 1/600^{ème} de l'ensemble des assurés sociaux et de leurs ayants droit. Il est complété par deux échantillons des assurés du RSI et de la MSA. Les données de ces échantillons décrivent les dépenses de santé des individus: dépense totale, ticket modérateur, dépassements etc. Seules 50 % environ des dépenses hospitalières sont répertoriées dans l'EPAS. Dans le calcul de l'indicateur, il a été tenu compte de cette sous-représentation par le biais d'un redressement des dépenses hospitalière opéré par la Drees afin d'obtenir des montants totaux conformes à l'agrégat des comptes de la santé. En définitive, ce redressement, bien qu'utile, a relativement peu d'impact sur la valeur de l'indicateur étant donné que 92 % des dépenses hospitalières sont prises en charge par le régime obligatoire.

L'enquête SPS a lieu tous les deux ans et interroge, environ 8 000 ménages, soit 22 000 personnes. Elle est représentative des ménages ordinaires (ne vivant pas en institution) dont au moins un membre est couvert par l'une des trois principales caisses de la sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). Elle est ainsi représentative de plus de 96% de la population vivant en France métropolitaine.

Le taux d'effort est calculé en rapportant le reste à charge moyen des ménages du premier décile de niveau de vie de l'appariement EPAS-SPS au revenu disponible annuel moyen des ménages du premier décile de niveau de vie de l'enquête Revenus Fiscaux (Insee-DGI). Ce revenu était de 11 378 € en 2004 et 11 684 € en 2006. Ces revenus sont exprimés en euros courant de l'année considérée.

Pour calculer le nombre d'unités de consommation INSEE, on attribue un coefficient 1 à la première personne du foyer, un coefficient de 0,5 par personne supplémentaire dont l'âge est supérieur ou égal à 14 ans et un coefficient de 0,3 par personne supplémentaire dont l'âge est inférieur à 14 ans. Cette nomenclature correspond à l'échelle de l'OCDE.

Compte tenu de la périodicité des sources, cet indicateur peut être actualisé tous les deux ans.