

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 : la répartition du financement de la consommation de soins et de biens médicaux entre les régimes obligatoires et complémentaires, l'Etat et les ménages évolue de la manière suivante :

	INSEE, base2000		INSEE, base 2005						Objectif 2012
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des administrations publiques									
- Régimes obligatoires d'assurance maladie (1)	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8	Pas de diminution
- État, le Fonds CMU, les collectivités locales (2)	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	
Ensemble des administrations publiques (1) + (2)	78,3	78,3	78,1	77,6	77,6	77,0	77,0	77,1	
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des acteurs privés									
- Opérateurs de couvertures maladie complémentaires	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	Pas de diminution
- Ménages (reste à charge)	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4	
Ensemble	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010.

Les administrations publiques prennent en charge une part prépondérante (77,1 % en 2010) 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 (75,8 % en 2010), la part des autres administrations publiques étant réduite (1,2 %) et essentiellement limitée au financement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Le solde du financement de la CSBM est assuré d'une part par les opérateurs de couvertures maladie complémentaires (13,5 % en 2010) et d'autre part par les dépenses qui restent à la charge des ménages (9,4 % en 2010).

De 1995 à 2005, la part de la dépense financée par la Sécurité sociale était restée globalement stable, autour de 77 %. Cette stabilité était le résultat de plusieurs évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou biens médicaux faiblement remboursés comme l'optique) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression. Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économies prises pour limiter le déficit de la branche maladie. En 2009 - 2010, on observe un retour à la tendance des années antérieures : la progression des dépenses des assurés en ALD fait légèrement augmenter la part de la Sécurité sociale.

La prise en charge par les organismes complémentaires est tendanciellement orientée à la hausse. Elle atteint 23,7 milliards d'euros en 2010, soit 13,5 % de la CSBM contre 13,4 % en 2009. Cette progression est essentiellement imputable à la dynamique de la croissance des biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires (+ 6,8 % en 2010, après + 5,5 % en 2009). Entre 2005 et 2010, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a en effet augmenté d'un demi-point,

passant de 13,0 % en 2005 à 13,5 % en 2010. Cette progression est le résultat de deux évolutions contraires : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers (due aux hausses du forfait journalier à l'hôpital, des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics, la mise en place de la participation de 18 € sur les actes lourds), les soins de ville (à cause des dépassements d'honoraires) et les biens médicaux (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés...), et une réduction de leur prise en charge des médicaments. L'augmentation des postes « Soins hospitaliers » et « Autres biens médicaux », ce dernier étant le poste de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis neuf ans (35,7 % en 2010 alors qu'il n'était que de 26,3 % en 2000), dans les prestations des organismes complémentaires avait de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments. Ces organismes occupent en effet une part moins importante dans les dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, ce qui a augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs dont les organismes complémentaires (17,6 % en 2005 *versus* 16,3 % en 2010). Si l'on ajoute la contribution des organismes complémentaires au Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires représente 14,3 % de la CSBM.

Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2005, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse, passant de 9,0 % en 2005 à 9,4 % en 2006 et 9,7 % en 2008. Une explication réside dans les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100 % par les régimes de base. Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques,...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique. En 2009 - 2010, en l'absence de mesure tarifaire importante affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reprend sa tendance antérieure de lente diminution.

La France est 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. Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Islande, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France.

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 2010 », DREES, *Études et Résultats*, septembre 2011.

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

2^{ème} sous-indicateur : taux d'effort des ménages pour leur dépense de santé après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires

Finalité : en complément du sous-indicateur précédent, l'intérêt de cet indicateur est de mesurer la part de revenu que les ménages consacrent à la santé en fonction de leur niveau de vie. Cet indicateur mesure la part du revenu disponible moyen consacrée par les ménages aux dépenses de santé qui demeurent à leur charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires. Il se fonde sur une approche « ménage », ce qui permet de tenir compte de la mutualisation du risque, des ressources et des dépenses que celui-ci opère. Il donne une mesure de l'accessibilité financière des soins.

Résultats : le reste à charge annuel moyen par ménage et le taux d'effort correspondant, par décile de niveau de vie, sur leurs dépenses de santé en 2008 s'établit à :

	Reste à charge final (€)	Taux d'effort correspondant (en %)	Objectif
1 ^{er} décile	260	2,1	Limitation
2 ^{ème} décile	340	1,9	
3 ^{ème} décile	330	1,5	
4 ^{ème} décile	360	1,5	
5 ^{ème} décile	300	1,1	
6 ^{ème} décile	320	1,0	
7 ^{ème} décile	370	1,0	
8 ^{ème} décile	400	1,0	
9 ^{ème} décile	390	0,8	
10 ^{ème} décile	450	0,5	

Sources : EPAS - ESPS 2008, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Omar - INSEE - DGFIP - CNAF - CNAV - CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008.

Champ : ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : en 2008, en prenant en compte l'ensemble des remboursements (assurance maladie et couverture maladie complémentaire), un ménage appartenant au premier décile de niveau de vie devait s'acquitter de 260 € en moyenne pour le financement direct de ses dépenses de santé. Rapporté au revenu disponible, ce montant représente un taux d'effort de 2,1%.

Le reste-à-charge moyen après remboursements des organismes obligatoires et complémentaires est croissant en fonction du niveau de vie (de 260 € pour les ménages du premier décile à 450 € pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible moyen qui y est consacrée diminue fortement : 2,3 % du revenu disponible des ménages appartenant au premier décile de niveau de vie sont consacrés aux dépenses de santé effectives alors que seulement 0,5 % du revenu disponible des 10 % des ménages les plus aisés sont affectés au même poste.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est le rapport entre d'une part le reste à charge final moyen par niveau de vie des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires, et d'autre part le revenu disponible annuel moyen des ménages pour chaque décile de niveau de vie. Une diminution du taux d'effort s'interprète comme un allègement de la charge financière directe qui pèse sur les ménages en matière de soins remboursables.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur retenu : le reste-à-charge des ménages par décile de niveau de vie après intervention des organismes complémentaires a été calculé à partir de l'Outil de Micro-simulation pour l'Analyse des Restes-à-charge (OMAR). Avant toute chose, il convient de préciser que cet outil est pertinent pour

l'étude des montants et de la structure des dépenses de santé pour une année donnée mais ne convient pas pour une analyse précise des évolutions de celles-ci. En effet, l'outil de microsimulation OMAR sur lequel s'appuie l'indicateur évolue tous les deux ans, à mesure de l'amélioration des sources d'informations sur lesquelles il s'appuie (enquête SPS de l'IRDES, enquête DREES sur les organismes complémentaires...). L'avantage est l'amélioration de la méthode et la fiabilité des résultats, l'inconvénient est la difficulté de comparer les évolutions temporelles. Les restes à charge et taux d'effort présentés dans cet indicateur ne peuvent donc pas être comparés à ceux publiés dans le PQE de l'an dernier.

Ce modèle est construit à partir de l'enquête soins et protection sociale (ESPS) 2008 de l'IRDES qui interroge 8 000 ménages et 22 000 individus. L'appariement de cette enquête avec les données de la CNAMTS, du RSI et de la MSA (base EPAS) permet de connaître les dépenses pour 10 000 individus. Si la base EPAS donne le montant remboursé par la Sécurité Sociale, elle ne fournit pas le montant remboursé par les organismes complémentaires et les dépenses payées directement par les ménages.

A partir de cette base de départ, deux étapes sont nécessaires pour élaborer le modèle de micro-simulation. Le premier travail consiste à imputer les dépenses de santé pour les 10 000 individus de ESPS qui ne sont pas dans la base EPAS. Ce sont des techniques de tirage aléatoire (*hot deck*) qui ont été mobilisées ici. Ce travail permet de reconstituer les dépenses au niveau du ménage.

La deuxième étape est d'imputer le partage entre les dépenses remboursées par les complémentaires et celles payées directement par les ménages, partage qui n'est pas connu dans la base EPAS. Ce partage a été réalisé en utilisant l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires réalisée par la DREES.

Pour élaborer cet indicateur, le niveau de vie des ménages a été calculé à partir de l'échelle d'unité de consommation de l'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. Les dépenses de santé considérées dans cette fiche sont les dépenses de santé remboursables et présentées au remboursement, hors secteur médico-social.

Les informations sur le revenu disponible moyen des ménages par décile de niveau de vie est issu de l'Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux (INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, 2008). Les données de ESPS n'ont pas été utilisées car elles tendent à sous-estimer les revenus. Elles servent uniquement à classer les ménages dans les différents niveaux de vie.

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