

Indicateur n°1-2 : Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages**Sous-indicateur n°1-2-1 : 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 (CSBM) entre les régimes obligatoires, l'État et les ménages évolue de la manière suivante :

En %	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif 2013
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des administrations publiques (en %)	77,9	78,1	77,6	77,0	77,0	77,0	76,7	76,7	Pas de diminution
Régimes obligatoires d'assurance maladie	76,7	76,8	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5	75,5	
État, le Fonds CMU, les collectivités locales	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des acteurs privés	22,1	21,9	22,4	23,0	23,0	23,0	23,3	23,3	
Opérateurs de couvertures maladie complémentaires	12,4	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7	13,7	
Ménages (reste à charge)	9,7	9,0	9,3	9,7	9,6	9,5	9,6	9,6	
Total	100,0	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 (76,7% en 2012) 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 2012), 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 (13,7% en 2012) et d'autre part par les dépenses qui restent à la charge des ménages (9,6% en 2012).

De 2000 à 2005, la part de la dépense financée par la Sécurité sociale était restée globalement stable, autour de 77%. Cette stabilité résultait de plusieurs évolutions de sens contraire : 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 complémentaires³), mais le nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une

³ Depuis 1995, la part des dépassements d'honoraires s'est sensiblement accru dans le reste à charge des ménages car leur montant augmente beaucoup plus vite que la CSBM (doublement en 15 ans entre 1990 et 2005) – cf. le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux.

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'est en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie. Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale s'est stabilisée à 75,7%. Elle a légèrement reculé en 2011 en raison du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux. Malgré la réalisation de nouvelles économies (baisses de tarifs ciblées sur certains médicaments à service médical rendu insuffisant et certains actes médicaux,...), elle reste stable en 2012 car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux, en particulier rétrocession hospitalière) qui constituent les postes les plus dynamiques.

La prise en charge par les organismes complémentaires atteint 25,2 milliards d'euros en 2012, soit 13,7% de la CSBM, comme en 2011. Elle est tendanciellement orientée à la hausse.

En une douzaine d'année, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a effet augmenté de 1,3 point, passant de 12,4% en 2000 à 13,7% en 2012. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville, au sens de la CSBM, et les biens médicaux, et une réduction continue de leur prise en charge des médicaments.

Entre 2005 et 2007, cette progression s'est expliquée notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008, s'est ajoutée la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds (de plus de 91 euros) et en 2010, la hausse du forfait journalier hospitalier, passé de 16 à 18 euros par jour.

À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une augmentation lente mais continue de prise en charge des prestations de soins de ville (dépassements d'honoraires des médecins et soins prothétiques des dentistes) et une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les autres biens médicaux (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés et autres produits de la LPP...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis douze ans : elle atteint 39% en 2012 alors qu'elle n'était que de 26% en 2000.

L'augmentation des postes « soins hospitaliers », « soins de ville » et « autres biens médicaux » dans les prestations des organismes complémentaires a de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments. Ces organismes occupent une part moins importante dans la prise en charge des dépenses de médicaments en raison principalement des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. Ces mesures ont augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires sur les médicaments est ainsi passée de 18,7% en 2000 à 16,2% en 2008, puis à seulement 14,6% en 2012 avec la poursuite des déremboursements et le désengagement de nombreux organismes complémentaires du champ des médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie.

Si l'on ajoute leur contribution au financement du fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires ressort au global à 14,5% de la CSBM en 2012 (contre 13,7% sans prise en compte de cette taxe).

Le reste à charge des ménages atteint 17,6 milliards d'euros en 2012, soit 9,6% de la CSBM comme en 2011. Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3%).

Le reste à charge des ménages a diminué de 1995 à 2004, 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 est orientée à la hausse puisqu'il est passé de 9,0% en 2005 à 9,7% en 2008. Cette augmentation s'explique par 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 (assurés en ALD). Le reste à charge a 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'est accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux).

Sur la période 2009-2012, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM à leur charge reste stable. La hausse de la part des ménages dans la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur part dans les autres types de soins. Cette stabilité résulte, en effet, de deux phénomènes qui jouent en sens opposés : le déremboursement de certains médicaments (et la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale) qui tend à faire augmenter le reste à charge, tandis que la meilleure prise en charge par les organismes complémentaires des biens médicaux a l'effet inverse.

La France demeure l'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 l'Autriche, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, 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 ces dernières.

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 2012 », DREES, *Études et Résultats n°851*, septembre 2013.

Sous-indicateur n°1-2-2 : Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires

Finalité : en complément du sous-indicateur précédent, cet indicateur mesure la part du revenu disponible moyen (diminué des primes de couverture maladie complémentaire) consacré par les ménages pour leurs dépenses de santé demeurant 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. Il donne une mesure de l'accessibilité financière aux soins.

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

Niveau de vie	Reste-à-charge final	Taux d'effort	Objectif
1 ^{er} décile	178 €	1,6%	Limitation
2 ^e décile	266 €	1,5%	
3 ^e décile	243 €	1,2%	
4 ^e décile	275 €	1,2%	
5 ^e décile	292 €	1,1%	
6 ^e décile	336 €	1,1%	
7 ^e décile	331 €	0,9%	
8 ^e décile	362 €	0,9%	
9 ^e décile	378 €	0,8%	
10 ^e décile	576 €	0,7%	

Sources : INES-OMAR 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 180€ en moyenne pour le financement direct de ses dépenses de santé. Rapporté au revenu disponible, ce montant représente un taux d'effort de 1,6%.

Le reste-à-charge moyen après remboursements des organismes complémentaires est croissant en fonction du niveau de vie (de 180€ pour les ménages du premier décile à 570€ pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible moyen qui y est consacrée diminue fortement : 1,6% du revenu disponible des ménages appartenant au premier décile de niveau de vie sont consacrés aux dépenses de santé effectives alors que seulement 0,7% 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 le reste-à-charge après AMO et AMC et le revenu disponible annuel des ménages auquel sont retranchées les primes versées au titre de l'AMC (hors aide à la complémentaire Santé, ACS) pour chaque décile de niveau de vie. Cet indicateur permet de mesurer les disparités existant entre différents niveaux de vie.

Précisions méthodologiques : le reste-à-charge des ménages par décile de niveau de vie après intervention des organismes complémentaires a été calculé à partir de l'appariement des deux outils de microsimulation INES-OMAR (Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes-à-charge).

Les valeurs présentées ici diffèrent de celles qui figuraient dans la dernière édition du PQE pour plusieurs raisons. D'abord, ces nouvelles valeurs s'appuient sur une formule de calcul de l'indicateur légèrement différente dans laquelle les primes d'assurance sont prises en compte au dénominateur. Ensuite, le calcul est mené sur une source légèrement différente : INES-OMAR (versus OMAR dans la première édition). Enfin, pour le calcul des valeurs présentées ici, plusieurs jeux de simulation ont

été réalisés pour lisser l'aléa de tirage au sort existant au moment de l'imputation des dépenses et des contrats, ce qui n'était pas le cas dans la première version.

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.

OMAR est construit à partir de l'enquête SPS 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 l'EPAS donne le montant remboursé par la Sécurité sociale, il ne fournit pas le montant remboursé par les organismes complémentaires et les dépenses payées directement par les ménages. La simulation des remboursements complémentaires est obtenue par l'imputation des garanties de contrats modaux déclarées dans l'enquête DREES sur les contrats les plus souscrits.

INES est un outil de microsimulation géré conjointement par l'INSEE et la DREES. Il repose sur l'Enquête Emploi en Continu et l'Enquête sur les Revenus Fiscaux et Sociaux. Cet outil couvre un échantillon représentatif de la population métropolitaine de 161 000 individus, soit 70 000 ménages. INES fournit donc les valeurs des différents revenus des ménages et des cotisations sociales et CSG notamment.

La population INES étant plus nombreuse que la population OMAR, INES-OMAR est construit comme la greffe d'un module OMAR sur l'outil INES. Utilisant des méthodes de tirages aléatoires (*hot deck*), le rapprochement des deux sources se fait en trois temps :

- 1) imputation au niveau ménage d'une éventuelle couverture maladie complémentaire pour les ménages ne recourant pas à la CMU-C. Le recours à la CMU-C est déterminé suivant un calcul d'éligibilité et un tirage aléatoire ;
- 2) imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel. Seules les dépenses disponibles directement dans l'appariement ESPS-EPAS sont utilisées (10 000 individus) ;
- 3) application des taux de remboursements complémentaires aux dépenses imputées.

In fine, INES-OMAR permet de connaître les revenus, cotisations sociales, CSG, primes AMC, dépenses de santé et remboursements AMO et AMC pour 70 000 ménages.

Le revenu disponible utilisé pour le calcul de cet indicateur provient de l'ERFS. Il comprend les revenus déclarés au fisc, les revenus financiers non déclarés imputés et les prestations sociales, nets des impôts directs. Ce revenu disponible est ainsi proche du concept de revenu disponible brut (RDB) au sens de la comptabilité nationale, mais son champ est un peu moins étendu.

Les dépenses de santé considérées dans cette fiche sont les dépenses de santé remboursables et présentées au remboursement, hors secteur médico-social.

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