

L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?

Avis.

I. La démarche et sa première application.

Le HCAAM entend proposer un ensemble d'indicateurs d'évaluation de l'assurance maladie, sous la forme d'un « tableau de bord » qui :

- ne se limite pas aux seuls aspects financiers, mais englobe aussi les dimensions du recours efficient au système de soins ;
- renforce les analyses et les comparaisons, notamment avec les systèmes étrangers de protection sociale ;
- contribue à la qualité du débat public, en vue des nécessaires adaptations du système d'assurance maladie au regard du respect de ses objectifs fondamentaux.

Le suivi de ces indicateurs servira de base aux considérations des « rapports annuels » du HCAAM.

La première étape de ce travail porte sur « l'accessibilité financière des soins » pour tous.

Cet objectif est en effet une des conditions essentielles du principe d'égal accès aux soins et de respect du droit constitutionnel de « protection de la santé ».

Sa mesure fait aujourd'hui l'objet de débats :

Doit-on se rassurer, avec ceux qui rappellent que la combinaison de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires aboutit à une couverture moyenne de plus de 90% des frais de soins ?

Doit-on au contraire s'inquiéter, avec ceux qui soulignent que le taux de couverture des « soins courants » est beaucoup plus faible, qu'il tend à diminuer et s'établit aujourd'hui autour de 55% pour les personnes qui ne sont pas en ALD ?

En réponse, la démarche du HCAAM consiste à s'interroger d'abord sur ce que l'on veut mesurer avant de choisir les indicateurs chiffrés qui serviront à la mesure.

Car, en réalité, aucun des deux chiffres qu'on vient de citer ne renseigne :

- ni sur la solidarité face à la maladie, qui se joue et se mesure sur toute la durée d'une vie, et dépend moins du 'taux' de couverture que du montant total qui reste à charge ;
- ni sur l'accessibilité financière concrète, qui exige de tenir compte de tous les coûts – y compris les primes d'assurance et les prélèvements sociaux – et de les rapporter aux revenus du ménage ;
- ni sur ce que coûtent vraiment aux malades et à la collectivité les soins qui répondent à un cheminement optimal dans le système.

C'est pourquoi, **au terme d'une analyse de ce qu'implique l'objectif « d'accessibilité financière des soins », le HCAAM se propose de retenir, sur ce premier volet de son tableau de bord, un ensemble restreint d'indicateurs qui permettront de suivre cet objectif fondamental, selon trois angles d'approche :**

- **la solidarité entre bien portants et malades**, au regard du coût de la maladie et quels que soient les revenus du malade ;
- la **garantie d'accessibilité financière pour les revenus les plus faibles** ;
- le **financement de l'accès optimal au système de soins**.

En somme, **pour dépasser les confrontations limitées à quelques chiffres, le HCAAM suggère d'opter pour une démarche « descendante », qui part des objectifs** (selon quels principes voulons-nous couvrir les coûts de santé ?) **pour aller vers les indicateurs** (comment peut-on mesurer la façon dont ces principes sont tenus dans le temps ?).

II. Les forces et limites des ratios macroéconomiques actuels.

II.1. Les indicateurs courants établissent la force de notre système de prise en charge collective de la dépense de santé.

Globalement, l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire assurent une très forte mutualisation de notre dépense de santé.

Le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire est de 75,5% en 2009¹. Ce taux de couverture est pratiquement stable depuis plus de trente ans (entre 75% et 80%), même s'il a connu un léger fléchissement sur les années récentes². Et au total **les remboursements de l'assurance maladie obligatoire ont progressé, depuis dix ans, pratiquement à la même vitesse que les dépenses de santé** (+59,6% pour l'ONDAM entre 1999 et 2009 et +60% pour la CSBM, alors que la richesse nationale ne progressait, sur la même période, que de 39,4%).

De son côté, le remboursement complémentaire contribue pour près de 14% à la couverture de la dépense de santé, soit plus que dans la quasi-totalité des autres pays européens.

Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladies complémentaires combinent ainsi leurs rôles³ :

- L'assurance publique assure une forte couverture des dépenses les plus élevées et réduit les écarts de reste à charge, ce qui limite la disparité des risques à mutualiser par l'assurance privée.

¹ Calculé sur la Consommation des soins et biens médicaux (CSBM). Il est de 76,4% si l'on le calcule sur une CSBM « élargie » prenant en compte les dépenses de prévention individuelle et de soins médico-sociaux.

² Le taux de 75,5% s'élevait en effet à 77% au début des années 2000.

³ Ce constat, à dire vrai, ne s'établit pas à partir des seuls indicateurs macroéconomiques « standards », mais a requis des travaux conduits par le HCAAM grâce à la collaboration des trois familles de complémentaires membres du Haut conseil. Ces résultats sont tout à fait convergents avec ceux d'une récente étude de la DREES pour la Commission des comptes de la santé de septembre 2010.

- L'assurance privée, par son complément de couverture, opère à la fois une mutualisation des aléas restants et une atténuation générale des restes à charge.

On peut donc dire, au vu de ces chiffres globaux, que les ménages français ne financent directement, en moyenne, qu'une part très modeste de leurs dépenses de santé : moins de 10%, soit à peine plus de 20 euros en moyenne par personne et par mois⁴.

II.2. Il est toutefois nécessaire d'aller plus loin qu'un taux global de remboursement ou qu'un montant moyen de paiement direct.

Premièrement, mesurer l'accessibilité financière par des chiffres de reste à charge laisse de côté – sans qu'on en ait toujours conscience – toute la « zone aveugle » qu'est le non-recours aux soins.

Les soins auxquels on renonce ne figureront jamais dans aucun agrégat, ni de remboursement d'assurance maladie, ni même de dépense totale de santé.

Il est donc indispensable de connaître ce phénomène, en le mesurant par des enquêtes régulières. **Ces indicateurs sont d'une extrême importance, bien que les chiffres avancés et leurs évolutions doivent être accueillis avec une certaine prudence⁵ :**

- Peut-on additionner ou comparer des réponses recueillies auprès de personnes vivant dans des environnements économiques et culturels très différents ?
- Que sait-on de la nécessité des soins auxquels on déclare avoir renoncé ?
- N'y a-t-il pas d'importants renoncements inconscients ou sous-estimés par les personnes enquêtées ?

Le HCAAM, qui souhaite introduire ces indicateurs dans son tableau de bord, suivra donc attentivement les travaux actuellement engagés pour renforcer la méthodologie et la qualité des enquêtes.

Deuxièmement, la dispersion des dépenses et des remboursements est très importante : 10% des patients concentrent environ 60% des dépenses de soins – 10% des patients (pas forcément les mêmes que les précédents) concentrent environ 40% du reste à charge.

Dès lors, les chiffres moyens ne décrivent pas, la plupart du temps, la réalité telle qu'elle est vécue individuellement par les usagers.

On peut en citer deux illustrations bien connues :

- L'existence de forts contrastes géographiques. Le HCAAM les a mis en évidence dans son rapport de l'année 2009 s'agissant des dépassements médicaux, point très sensible

⁴ Calculés sur la CSBM « élargie » définie en note 1. Par comparaison, la dépense moyenne annuelle par personne est d'environ 3000 euros.

⁵ Ces enquêtes existent tant au niveau français (enquête « santé protection sociale » de l'IRDES) qu'au niveau européen. L'enquête SPS de l'IRDES fait par exemple apparaître 15% de renoncements aux soins pour motif financier en 2008 au cours des 12 derniers mois, pour les personnes ayant une couverture complémentaire privée.

du « ressenti » de l'accessibilité financière des soins, ou s'agissant de la répartition territoriale des praticiens pratiquant des tarifs opposables.

- La concentration progressive des remboursements de l'assurance maladie au profit des personnes les plus malades (ALD) et sur les soins lourds ou de longue durée (hospitaliers ou médico-sociaux). Ainsi, le taux moyen de couverture par l'assurance maladie obligatoire masque par exemple, sur les soins de ville, un contraste entre le taux de remboursement des personnes qui ne sont pas en ALD (57,2% en 2008)⁶ et le même taux pour les personnes en ALD (85,1%).

Troisièmement, un taux de remboursement ne renseigne que sur « l'emprise », en pourcentage, de tel ou tel financement public ou privé, mais pas sur le montant qui reste à payer par le patient.

Certes, toute la réglementation de l'assurance maladie obligatoire – et la plupart des clauses de contrats complémentaires – repose sur la notion de taux de remboursement. Mais ce que l'on attend, consciemment ou non, d'un système d'assurance maladie est qu'il fournisse une forme de garantie – un « bouclier » – contre les dépenses qu'on ne pourrait pas payer⁷.

Or des soins très coûteux ou répétés peuvent laisser, même à des taux de remboursement élevés, des restes à charge importants.

Ainsi par exemple, et le HCCAM l'avait signalé dès 2005, les personnes en ALD – pourtant les mieux couvertes en « taux de remboursement » - sont exposées en moyenne aux plus forts restes à charge⁸.

Quatrièmement, l'assurance obligatoire comme l'assurance complémentaire ont des coûts, dont il faut tenir compte, car ils sont eux aussi, in fine, supportés par les usagers.

Les modes de financement de deux systèmes assurantiels ont un impact sur le coût total d'une couverture financière contre la maladie et sur sa répartition.

Pour approcher cet effort global, on ne peut pas se contenter du reste à charge dans sa définition courante : il faut aussi tenir compte des primes d'assurance et du montant des prélèvements sociaux.

⁶ Il s'agit de ce qu'on appelle parfois le taux de remboursement des soins « courants », calculé ici hors frais d'optique mais incluant les dépassements médicaux et l'ensemble des soins dentaires.

⁷ Comme l'ont rappelé les débats récents sur le « bouclier sanitaire ».

⁸ Sur la base des dépenses présentées au remboursement (échantillon EGB) : RAC soins de ville après AMO de 702 euros par an en 2008 contre 373 euros pour les « non ALD ».

III. Ces observations conduisent le HCAAM à proposer d'autres indicateurs, en préconisant une vision en « trois dimensions » de l'objectif d'accessibilité financière des soins.

« Première dimension » de l'accessibilité financière des soins :

Notre pays a choisi de faire reposer prioritairement l'accessibilité financière des soins sur une solidarité entre bien-portants et malades face aux coûts de la maladie.

Cette solidarité « universelle » entre bien portants et malades consiste à couvrir le coût des soins par des prestations dont le niveau est indépendant de la richesse de la personne malade, et dont le financement, collectif, repose sur des prélèvements indépendants du « risque » individuel de tomber malade.

« De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins » : la santé de chacun, prise en charge par tous, devient ainsi une fonction d'utilité collective.

Il s'agit d'un choix exigeant, qui ne s'imposait pas⁹. C'est une option très forte de « philosophie politique » de notre système d'assurance maladie.

Il est en effet très structurant, en ce qu'il a pour conséquences que :

- Les dépenses d'assurance maladie sont celles de l'ensemble de la population et évoluent donc, par construction, comme les dépenses de santé « tout court ». La maîtrise de la croissance des dépenses *remboursées* invite donc à mobiliser prioritairement les instruments de maîtrise de la croissance *globale* des dépenses de santé. Le Haut conseil l'a récemment réaffirmé dans son rapport annuel pour 2010.
- Les dépenses de remboursement se concentrent mécaniquement sur les maladies les plus lourdes et les soins les plus coûteux. Ainsi, c'est avant tout parce qu'ils concentrent une majorité des dépenses (55% du total) que les 15% de personnes en ALD concentrent une majorité des remboursements (62%). Le meilleur taux de remboursement de leurs soins ne joue que marginalement en sus de ce phénomène mécanique.
- Il n'est pas illégitime, au regard de ce principe, que les soins les moins lourds (soins de ville) des personnes les moins malades (non ALD) soient moins couverts que les autres. Du coup, puisque les temps de maladie coûteuse restent l'exception, l'assuré se trouve plus fréquemment en position de bien-portant contributeur qu'en position de malade bénéficiaire.
- Mais comme il est du sort de chacun de connaître les deux situations sur la durée de son existence, **l'assurance maladie offre en réalité le visage d'une assurance de long terme**¹⁰.

⁹ D'autres choix auraient été possibles, et notamment celui d'aides exclusivement destinées aux situations financières critiques (soins extrêmement coûteux et/ou malades à très bas revenus).

¹⁰ Pour fixer les idées, le Haut conseil a procédé au calcul, purement indicatif, d'un taux de remboursement « longitudinal », c'est-à-dire qui tient compte de l'historique du remboursement tout au long d'une vie, par une approche analogue dans son principe aux calculs « d'espérance de vie à la naissance » : on aboutit à un taux de 80% (à comparer au taux moyen de remboursement des soins courants de la personne en « bonne santé » égal à 56,7%)

Pour surveiller cette « pierre angulaire » de l’accessibilité financière qu’est la solidarité entre bien-portants et malades, il faut des indicateurs spécifiques.

Le reste à charge doit être calculé :

- avant intervention de la couverture complémentaire¹¹, pour s’en tenir aux remboursements assis sur des cotisations liées aux revenus et indépendantes du risque ;
- en montant (observé sur une certaine période de temps) et non pas en taux de remboursement. L’idéal serait par exemple de pouvoir suivre le montant du reste à charge cumulé, pour chaque personne, sur quatre ou cinq années « glissantes » ;
- en portant une attention particulière à l’égalité de traitement, c’est-à-dire aux écarts qui séparent les valeurs médianes des valeurs extrêmes ;

Sur ces bases, les premiers travaux du HCAAM attirent l’attention sur la dispersion des restes à charge.

Certes, l’assurance maladie obligatoire réduit nettement l’inégalité devant la maladie : la dépense de santé des personnes du « centile le plus élevé » est près de quarante fois supérieure à celle des personnes ayant une dépense médiane, alors que le reste à charge des personnes du « centile le plus élevé » n’est que dix fois supérieur à celui des personnes se situant dans la médiane¹².

Mais le seuil de ce dernier centile de reste à charge est très élevé (de l’ordre de 3000 € par an)¹³.

Surtout, le seul fait qu’il y ait une dispersion importante porte atteinte à l’égalité face à la maladie. Concrètement, ces écarts introduisent le risque que les assurés sociaux ne soient pas égaux quant à leur « assurabilité », à un même niveau de primes, sur le marché de l’assurance complémentaire.

Dès lors, le HCAAM place le suivi de la dispersion des restes à charge au cœur des indicateurs de l’objectif de solidarité entre bien-portants et malades.

Il poursuivra ses études visant à **caractériser et expliquer les restes à charge « extrêmes »**, afin de connaître leurs composantes, leur éventuelle récurrence¹⁴, ainsi que les possibles phénomènes de cumul entre restes à charge extrêmes en soins hospitaliers et restes à charge extrêmes en soins de ville.

¹¹ Qu’on appelle couramment le « reste à charge après assurance maladie obligatoire » (RAC après AMO).

¹² Le « centile le plus élevé de dépense » correspond au chiffre de dépenses *au dessus duquel* se trouve le centième de population qui a les dépenses les plus élevées. Il est à distinguer de la *dépense moyenne* de ce même centième de population.

¹³ On doit, il est vrai, rappeler que ce chiffre ne tient pas compte des remboursements par l’assurance complémentaire. Mais comme ce remboursement va dépendre des garanties du contrat et donc du montant des primes versées, il faudrait alors tenir compte aussi du montant de ces primes. On est donc renvoyé, sur ce point, aux indicateurs de « taux d’effort » dont il est question plus loin.

¹⁴ Quelle est la probabilité d’avoir un gros RAC de soins de ville ou de soins hospitaliers une année N si l’on a connu un RAC élevé l’année N-1 ?

Pour autant, l'accessibilité financière des soins ne saurait évidemment se mesurer au seul suivi des dépenses et des restes à charge les plus lourds.

En effet, même si l'effort prioritaire sur les grosses dépenses de soins s'inscrit naturellement dans la logique de solidarité entre bien portants et malades, il faut rester vigilant sur tous les niveaux de dépenses.

- On peut estimer ainsi qu'une trop forte polarisation sur les malades les plus graves et les dépenses les plus lourdes risque de remettre en cause l'universalité du système, telle qu'elle est concrètement attendue par tous ceux qui ne présentent chaque année que de modestes dépenses au remboursement¹⁵. Avec, à la clé, le risque d'une désaffection pour une solidarité dont on ne perçoit pas le « retour », et qui pourrait déboucher sur un rétrécissement de la base de mutualisation.
- On doit aussi faire davantage de pédagogie sur le fait que « l'universalité » de l'assurance maladie obligatoire ne signifie pas prise en charge identique de tous les soins, mais veut seulement dire que les montants distribués le sont en fonction des seuls coûts de la maladie, quels que soient les revenus du malade.
- En somme, **l'accessibilité financière des soins doit aussi faire l'objet d'un suivi sur les soins peu coûteux :**
 - Afin de veiller à ce **que les restes à charge peu élevés ne constituent pas un obstacle à l'accès aux soins pour les niveaux de revenus les plus faibles.**
 - Afin de veiller aussi à **la cohérence entre les règles de remboursement et la priorité donnée au développement de la prévention, des soins de proximité et du juste recours à l'hôpital.**

D'où les deux autres dimensions de la mesure de l'accessibilité financière des soins :

« Deuxième dimension » de l'accessibilité financière des soins :

Le principe de solidarité entre bien portants et malades se complète d'un principe d'accessibilité financière des soins pour tous les revenus, y compris les plus faibles.

Si la solidarité « entre bien portants et malades », fondement de l'assurance maladie, ne passe pas nécessairement par la gratuité des soins¹⁶, c'est à la condition de veiller à l'existence simultanée d'une solidarité spécifique à l'égard des bas revenus.

C'est à cette préoccupation qu'a répondu, très tôt, l'aide sociale des collectivités locales et des caisses d'assurance maladie, et qu'ont répondu ensuite la CMU-C et l'instauration de l'aide à la couverture complémentaire (ACS). C'est à cette même préoccupation que doivent répondre des indicateurs mesurant l'impact de la dépense de santé au regard du revenu.

Dès lors, le HCAAM souhaite disposer d'un « taux d'effort », par tranches de revenu ou de niveau de vie :

- qui exprime le montant des dépenses de santé rapporté au revenu des ménages¹⁷ ;

¹⁵ Un tiers de la population n'a, au cours de l'année 2009, soit rien présenté au remboursement, soit présenté une somme de moins de 25 euros par mois.

¹⁶ Le principe du copaiement par l'assuré a été posé dès l'origine de l'assurance maladie, avec notamment pour but de responsabiliser le consommateur de soins (ticket modérateur, plus récemment forfaits et « franchises »). A la fonction régulatrice s'ajoute l'« effet de levier » pour l'argent public, qui peut ainsi solvabiliser sans tout payer.

- qui prend en compte les remboursements de l'assurance maladie obligatoire mais aussi ceux issus de la mutualisation assurancielle ;
- qui ne limite pas la mesure du coût des soins au seul « reste à charge », mais intègre le coût des primes d'assurance, et le montant des cotisations obligatoires¹⁸ ;
- et qui est en conséquence calculé par « ménages », au sens économique du terme, et non pas par individus.

Le HCAAM attire l'attention sur le fait que le « taux d'effort » peut avoir plusieurs définitions différentes, selon qu'on le calcule en données nettes (les dépenses de santé étant diminuées de tous les remboursements, et les ressources des ménages étant nettes de leurs versements et cotisations) **ou en données brutes** (c'est-à-dire calculées avant l'impact des transferts obligatoires ou assurantiels).

Selon la définition que l'on retient, le taux d'effort varie du simple au décuple et n'est pas sensible aux mêmes formes de hausse des coûts¹⁹.

Cela invite donc à une grande précision, dans le débat public, sur le chiffre que l'on choisit et la cohérence des agrégats économiques qui servent à son calcul.

Cela invite surtout à disposer de plusieurs indicateurs de taux d'effort, calculés selon les différentes options, qu'on puisse suivre dans le temps en procédant à des comparaisons par tranche de revenu ou de niveau de vie. **Or les seules données aujourd'hui disponibles, issues de la comptabilité nationale, ne permettent le suivi que d'une seule des définitions possibles du taux d'effort** (le reste à charge après assurance maladie obligatoire, rapporté au revenu disponible brut), **qui n'est de surcroît pas détaillée par tranche de niveau de vie.**

Le HCAAM observe ainsi qu'il n'est pour l'instant pas possible d'assurer un suivi crédible du principe d'accessibilité financière des soins pour tous les revenus.

Tout en saluant la possibilité de disposer de résultats approchés grâce à l'outil de « micro-simulation » élaboré par la DREES avec l'IRDES et la DGT, le HCAAM souhaite que des efforts résolus soient engagés pour disposer d'un suivi sur données réelles, en prenant notamment appui sur le rôle et les compétences de l'Institut des données de santé.

« Troisième dimension » de l'accessibilité financière des soins :

L'accessibilité financière doit se conjuguer avec la qualité du recours au système de soins.

Aucun système de financement ne saurait faire l'économie de l'optimisation de la qualité des soins remboursés. C'est même une exigence pour une assurance obligatoire, car **la solidarité face au coût des soins n'a pas de raison d'être en dehors des soins réellement pertinents.**

Cette qualité des soins doit s'apprécier à la fois par rapport aux actes et produits eux-mêmes (leur « service médical rendu ») et par rapport à la manière dont ils sont administrés (le « juste recours » aux différents niveaux du système de soins, le bon cheminement dans ce système).

C'est ainsi que l'accessibilité financière des soins doit contribuer à la qualité de la prise en charge, en favorisant les actes et produits à fort service médical rendu, les modalités

¹⁷ Afin de pouvoir suivre plus spécifiquement les ménages situés dans les premiers « déciles » de niveau de vie.

¹⁸ Qui varient, il faut le rappeler, non seulement selon le revenu mais aussi selon le régime d'affiliation.

¹⁹ Il s'agit ici d'une estimation à partir de cas-types, car ainsi qu'il est indiqué, le HCAAM a constaté qu'il n'était pas possible de disposer de statistiques permettant de calculer, et donc de comparer, ces différentes définitions du « taux d'effort » à partir de données réelles.

de recours au système de soins et les objectifs de santé publique que l'on veut encourager : on pense ici, très particulièrement, au suivi continu et coordonné, par une médecine de prévention et de proximité, organisée autour du médecin généraliste²⁰ ; on pense aussi à l'application des protocoles de soins pour le traitement de certaines maladies chroniques.

Par ailleurs, il convient que les règles incitatives soient particulièrement claires et lisibles, et d'effet prévisible pour les assurés, faute de quoi elles ne pourront pas susciter un comportement responsable de leur part dans leur recours au système de soins.

Le HCAAM entend tirer les conséquences de ces objectifs spécifiques dans le choix et le mode de calcul de ses indicateurs d'accessibilité financière des soins :

- Ils sont ainsi calculés, en principe, par rapport au montant de la dépense de santé « remboursable », c'est-à-dire celle qui s'inscrit dans le panier de soins reconnu par l'assurance maladie obligatoire²¹.
- En outre, le HCAAM entend suivre un ensemble d'indicateurs observant spécifiquement l'accessibilité financière des « bons cheminements » dans le système de soins²², en mettant l'accent sur l'accessibilité des soins de prévention et des soins de premier recours.
- Il devra s'y ajouter des indicateurs de la lisibilité des conditions de prise en charge.

Sur ces deux derniers points, les indicateurs sont complexes à construire.

Le HCAAM se propose d'ores-et-déjà d'en calculer sur la base de l'ensemble des soins de ville dits « de premier recours » : médecine générale et autres spécialistes de première intention, médicaments et dispositifs médicaux courants, soins dentaires conservateurs, actes de laboratoire, interventions des auxiliaires médicaux.

Les indicateurs de « lisibilité » devront, pour leur part, s'appuyer à la fois sur des mesures objectives de dispersion des taux de remboursement, et sur des mesures subjectives de leur perception par les assurés.

²⁰ C'est à cette logique, on s'en souvient, que se rattachent les règles de remboursement au sein du « parcours de soins coordonné » institué par la loi du 13 août 2004 et la convention médicale de 2005.

²¹ Ce principe connaît évidemment des exceptions, notamment pour le calcul des indicateurs de cadrage macroéconomique qui n'ont de sens que par rapport à la dépense de santé totale.

²² Il faut en effet rappeler qu'outre les effets de la réglementation, le montant du RAC peut être influencé non seulement par les choix tarifaires des professionnels de santé, mais aussi par certains comportements de soins des assurés.

IV. Quatre principales directions de travail.

Le tableau de bord proposé par le HCAAM appelle des travaux dans quatre directions, qui sont autant d'enjeux pour le débat public :

L'enjeu de la maîtrise des restes à charge les plus élevés.

C'est à ses marges, sur une petite fraction de consommateurs de soins, que semblent se concentrer les faiblesses de notre système de remboursement. 5% des assurés supportaient ainsi, en 2008, plus d'un quart du total du reste à charge après assurance maladie obligatoire²³.

Cet enjeu doit tenir compte bien sûr de la totalité de la dépense (ambulatoire et hospitalière) et de la totalité des remboursements (obligatoires et complémentaires).

A certains égards, il s'agit moins d'un enjeu financier que d'un enjeu de réglementation, pour répartir plus équitablement la charge financière²⁴. Mais on ne doit pas sous-estimer non plus la nécessité d'apporter une réponse à différentes situations : droits à dépassements prévus par la convention médicale, dépassements prothétiques et liberté des prix sur certains dispositifs médicaux, qui peuvent contribuer de manière conséquente aux restes à charge les plus élevés.

L'enjeu de meilleure connaissance des liens subjectifs entre l'accessibilité financière ressentie et le recours aux soins.

Il s'agit prioritairement d'améliorer notre compréhension des phénomènes de renoncement aux soins, qui soulèvent une question majeure de santé publique et de solidarité.

Il s'agit aussi d'améliorer la façon dont le système de prise en charge, dans ses deux composantes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, peut parvenir à rendre lisibles, par des incitations tarifaires, les « bons cheminements » dans le système de soins.

Sur ce dernier point, le HCAAM met en garde, ainsi qu'il l'a déjà fait à plusieurs reprises, sur la trop grande complexité des règles de remboursement, particulièrement dans le recours aux professionnels qui exercent en ville. Elle se retourne contre l'objet même de ces co-paiements qui est d'inciter à un recours raisonné aux soins.

²³ Cette concentration reste vraie, quoique certainement moins forte, si l'on tient compte de l'intervention de l'assurance maladie complémentaire. Ainsi, d'après les données transmises au SG du HCAAM par un groupement de mutuelles portant sur les seuls soins de ville, les 10% d'assurés ayant les plus fortes dépenses présentées au remboursement ne supportent qu'environ un tiers du RAC total après AMO et AMC. Cette estimation comporte toutefois le biais méthodologique de ne pas tenir compte du coût des primes d'assurance.

²⁴ La réglementation particulièrement complexe du calcul de la participation de l'assuré aux frais hospitaliers appelle, à cet égard, un effort prioritaire. On peut se demander d'ailleurs si sa gestion administrative n'absorbe pas une part importante de son rapport financier.

L'enjeu de clarté des choix de remboursement.

Le reste à charge est calculé par rapport au prix d'un soin ou d'un produit de santé.

Mais qu'appelle-t-on un acte ou produit « de santé » ? Tout acte ou produit qui s'intitule tel, ceux d'une liste à définir, ou seulement ceux que l'assurance maladie prend en charge²⁵ ?

Et qu'appelle-t-on son « prix » ? Le montant de la facture aussi variable qu'il soit, le prix le plus bas négocié par un assureur, ou le tarif qui sert de base au remboursement par l'assurance maladie ?

Il existe autant de valeurs du reste à charge qu'il existe de manières de définir ces deux notions. Selon les choix qui président à son calcul, le chiffre du reste à charge annuel par habitant peut aller de 341 à 709 euros²⁶. Aucun chiffre n'a de sens si l'on ne précise pas ces choix.

Il faut aussi pouvoir en justifier dans le débat public.

En effet, le fait de calculer – ainsi qu'on le fait usuellement – le reste à charge par rapport à l'ensemble des biens et services « remboursables », suppose que les critères d'inclusion dans le « panier des biens et services remboursables », ou d'exclusion hors de ce panier, soient aisément compréhensibles, et clairs pour le débat²⁷.

L'enjeu du recueil de l'information nécessaire pour combler les carences de notre système d'observation.

Trois points majeurs doivent faire l'objet de progrès :

- La connaissance de ***tous les coûts***, permettant de suivre notamment l'évolution et la répartition des coûts de souscription des assurances.
- La connaissance des dépenses de santé et des restes à charge mesurés par ménages avec une prise en compte de leurs revenus, et en ne s'attachant pas uniquement aux « ouvrants-droits », mais aussi en s'intéressant à la situation des enfants au sein des ménages.
- La connaissance « ***chaînée*** » des coûts de santé, autrement dit le total cumulé des dépenses et restes à charge d'une même personne, qu'il s'agisse de soins de ville, de soins hospitaliers, de soins médico-sociaux, voire même d'aides sociales liées à la perte d'autonomie.

Au fond, il s'agit d'orienter notre système de recueil d'information pour qu'il perçoive les données de paiement et de remboursement *telles qu'elles sont vues par les assurés*.

²⁵ A cet égard, on doit attirer l'attention sur le fait que la notion de dépense « remboursable » peut ne pas recouvrir le même ensemble de prestations pour l'AMO et l'AMC (par exemple : chambres individuelles à l'hôpital, implantologie ...)

²⁶ Le chiffre de 341€ correspond au RAC moyen après AMO sur la dépense opposable de la CSBM (valeur 2009). Le chiffre de 709€ quant à lui correspond au RAC sur la dépense totale de la CSBM « élargie ». Il est clair que l'intervention de l'assurance maladie complémentaire accroît encore l'éventail, qui va alors de 33 € à 709 €, sur les deux mêmes périmètres, hors coût des primes.

²⁷ Par exemple la notion actuelle de « service médical rendu » ne facilite pas l'intelligence des motifs d'admission ou de non-admission au remboursement, parce qu'elle mêle de façon synthétique des critères aussi divers que l'efficacité du soin, la gravité de la maladie ou l'intérêt pour la santé publique.

Le HCAAM souligne l'importance majeure d'un tel investissement de connaissance. La contrainte financière met aujourd'hui sous tension la pérennité de notre système de solidarité. On n'y répondra que par un travail obstiné d'optimisation de la dépense, pour « bien » couvrir les « bons » soins.

Or l'information parcellisée sur la dépense et le reste à charge qui est encore la nôtre rend impossible une politique d'optimisation *véritablement transversale*, entre soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux et aide sociale.

Maquette de tableau de bord

Premier volet : accessibilité financière des soins

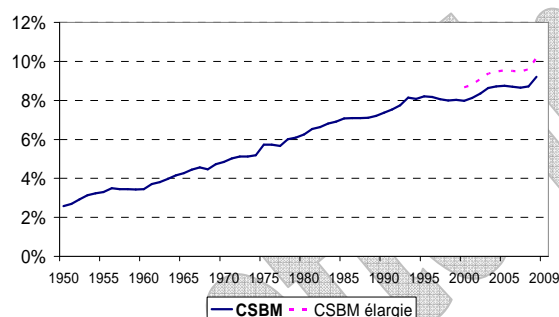
A. Données macroéconomiques de cadrage : les dépenses de santé et leur financement

• Les dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 175,7 Mds d'€ en 2009 (9,2 % du PIB), en progression de 3,3% par rapport à l'année précédente.

La CSBM élargie aux soins des personnes âgées et handicapées ainsi qu'à la prévention individuelle s'est établie à 194,1 Mds d'€ en 2009 (10,2 % du PIB), en hausse de 3,8% par rapport à 2008.

Part de la CSBM et de la CSBM élargie dans le PIB



CSBM et CSBM élargie

	Montants en millions d'€		N/N-1 en %
	2008	2009	2009
CSBM (1)	170 058	175 706	3,3
Dont : Soins ambulatoires	46 836	48 254	3,0
Soins hospitaliers	75 113	78 002	3,8
Transport de malades	3 364	3 592	6,8
Médicaments	34 531	35 383	2,5
Autres biens médicaux	10 193	10 476	2,8
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	6 445	7 421	15,1
Dépenses liées à la dépendance et au handicap (3)	7 385	7 737	4,5
Prévention individuelle (4)	3 116	3 250	4,3
CSBM élargie (1)+(2)+(3)+(4)	187 004	194 114	3,8

• Le financement des dépenses de santé

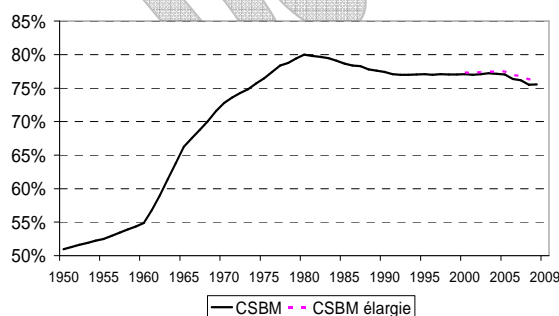
La CSBM est financée à hauteur de 75,5 % par la Sécurité sociale en 2009, comme en 2008, par les organismes complémentaires pour 13,8 %. Les ménages financent directement 9,4 % de la CSBM, soit 0,1 point de moins qu'en 2008.

La CSBM élargie est financée à hauteur de 76,4 % par la Sécurité sociale en 2009 (+0,1 point par rapport à 2008), par les organismes complémentaires pour 13,2 %. Les ménages financent directement 8,5 % de la CSBM élargie, soit 0,1 point de moins qu'en 2008.

Structure de financement de la CSBM (en %)

	2000	2008	2009
CSBM			
Sécurité sociale	77,1	75,5	75,5
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2	1,3	1,3
Organismes complémentaires	12,8	13,7	13,8
Ménages	9,0	9,5	9,4
CSBM élargie			
Sécurité sociale	77,3	76,3	76,4
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9	1,9	1,9
Organismes complémentaires	12,6	13,2	13,2
Ménages	8,2	8,6	8,5

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM et de la CSBM élargie



- **Financement par la Sécurité Sociale de la dépense présentée au remboursement (en %)**

En 2008, la part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale est de 79,0 % pour l'ensemble des soins des assurés du régime général. Elle est de 65,9 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 90,4 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

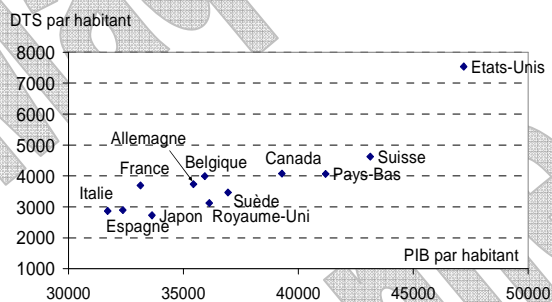
Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale 2008

	Non ALD	ALD	Ensemble des assurés
Ensemble des soins *	65,9	90,4	79,0
Soins de ville hors optique	57,2	85,1	70,5
Soins de ville y compris optique	53,1	83,7	67,1
Hôpital MCO*	92,4	96,7	95,2
Pour mémoire : Part dans la population d'assurés	85,2 %	14,8 %	100,0 %

* Données provisoires

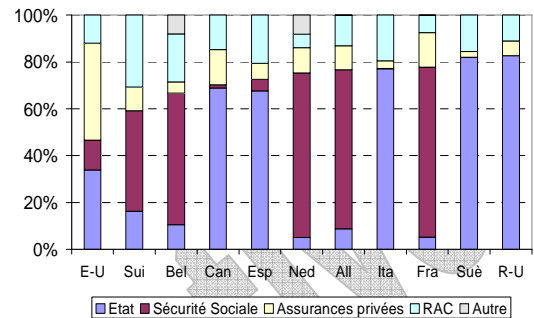
- **Comparaisons internationales**

Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant (USD PPA), 2008



Japon : 2007

Financement des dépenses totales de santé en 2008



Sources, champs, définition :

Dépenses de santé et financement des dépenses de santé :

DREES, comptes de la Santé, 2009, INSEE, Comptabilité nationale
Champ géographique : France entière

Dépenses présentées au remboursement :

CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO, 2008 (*données provisoires*)

Champ des assurés : Régime général hors SLM, bénéficiaires de la CMUC et de l'AME, migrants
Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO (public et privé). Les séjours en SSR, HAD et psychiatrie ne sont donc pas inclus. Les actes et consultations externes et le secteur privé à l'hôpital public sont exclus. Les actes et consultations externes en clinique privée sont inclus dans les soins de ville, sauf mention contraire. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.

Champ géographique : France entière

Par rapport à la CSBM, la dépense présentée au remboursement exclut les dépenses de santé non remboursables par les régimes d'assurance obligatoires.

Comparaisons internationales :

OCDE, Eco-Santé, 2010

Point de discussion sur les prolongements nécessaires

Les données sur le financement de la dépense présentée devront être complétées dans deux directions. A court terme, des évolutions temporelles pourront être ajoutées. Les bénéficiaires de la CMU-C seront inclus dans l'échantillon.

A plus long terme, les parts de prise en charge des autres financeurs (assurances complémentaires et ménages) devront être fournies.

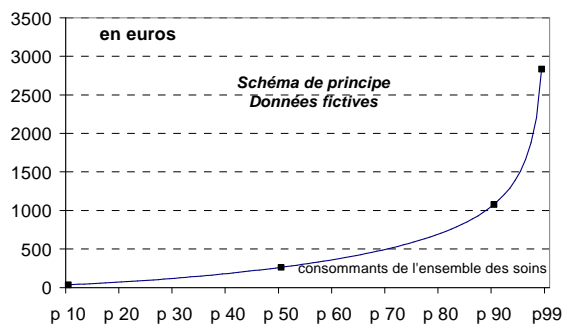
B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

L'objectif d'accessibilité financière doit être atteint par un mécanisme de solidarité universelle entre bien portants et malades. Son niveau d'aide est uniquement lié au coût de la maladie et ne dépend pas du revenu du malade. Les indicateurs associés à cet objectif mesurent la disparité des restes à charge après AMO en euros.

- Dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire en 2008

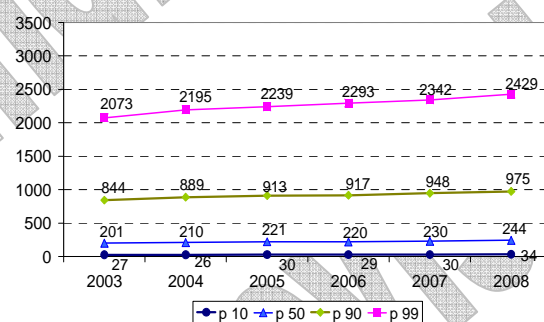
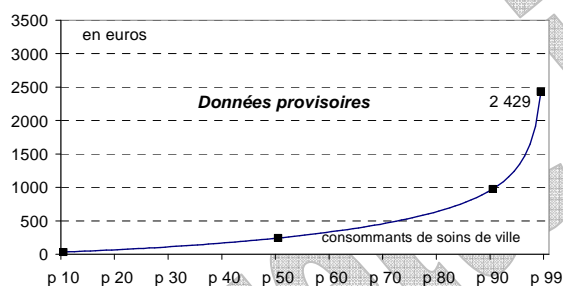
- Evolution de la dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire 2003-2008

RAC après AMO sur l'ensemble des soins

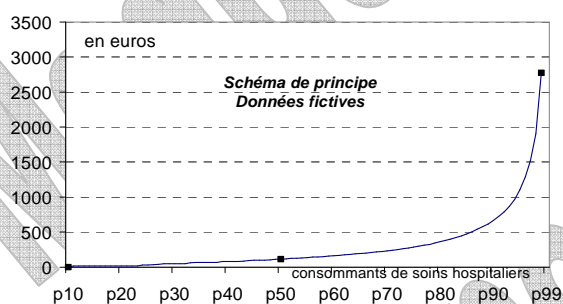


Données de suivi non disponibles sur plusieurs années

RAC après AMO sur les soins de ville



RAC après AMO sur les soins hospitaliers MCO



Données de suivi non disponibles sur plusieurs années

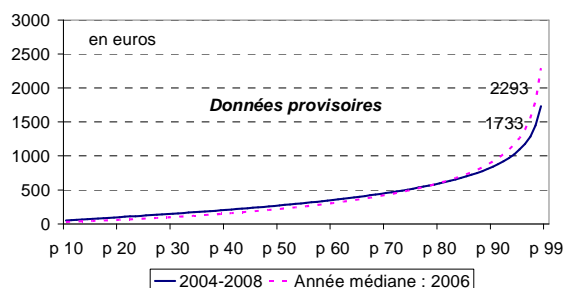
Les restes à charge après remboursements des assurances obligatoires sur la dépense présentée (RAC) des assurés ayant consommé des soins en 2008 présentent une importante dispersion.

Les données de RAC tirées du fichier apparié EGB avec les données de l'ATIH étant provisoires, les RAC incluant la dépense hospitalière ne sont présentés que sous forme de schéma de principe.

En l'espace de 5 ans, la dispersion des RAC de soins de ville s'est accrue : les RAC du dernier centile ont davantage augmenté que ceux des autres centiles. Les données actuellement disponibles excluent toutefois les assurés sortis du régime (notamment décès) entre 2003 et 2008. Si ces assurés n'étaient pas exclus, la progression du dernier centile serait probablement atténuée.

- **Dispersion des RAC de soins de ville moyens annuels sur 5 ans**

La particularité des données qui suivent réside dans le fait que les personnes sont suivies individuellement sur 5 ans. Leurs RAC annuels ont été cumulés sur la période et moyennés.



90 % des personnes présentes dans le régime général de 2004 à 2008 ont un RAC après AMO de soins de ville inférieur à 844 € en moyenne par an. Pour l'année centrale de la période, en 2006, 90 % des personnes avaient un RAC après AMO de soins de ville inférieur à 917 €.

Ainsi, pour les 9 premiers déciles, la dispersion du RAC de soins de ville d'une année (2006) est peu différente de la dispersion des RAC cumulés et moyennés sur 5 ans, de 2004 à 2008.

1 % des consommateurs de soins de ville de 2004 à 2008 ont eu un RAC de soins de ville après AMO moyen annuel supérieur à 1 733 €. Par comparaison, en 2006, 1 % des consommateurs de soins de ville ont eu un RAC de soins de ville après AMO supérieur à 2 293 €.

Les RAC après AMO de soins de ville présentent ainsi une forte récurrence d'une année sur l'autre. Ce phénomène est toutefois moins marqué pour les RAC les plus élevés.

Sources et champs :

Données 2008 : CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO, 2008 (*données provisoires*)

Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO (public et privé). Les séjours en SSR, HAD et psychiatrie ne sont donc pas inclus. Les actes et consultations externes et le secteur privé à l'hôpital public sont exclus. Les actes et consultations externes en clinique privée sont inclus dans les soins de ville, sauf mention contraire. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.

Données 2003-2008 : CNAMTS, EGB 2003-2009

Champ des soins : soins de ville

Champ des assurés : Régime général hors SLM, bénéficiaires de la CMUC et de l'AME, migrants

Champ géographique : France entière

Précautions méthodologiques :

Les restes à charge sont calculés comme la différence entre la dépense présentée au remboursement et les remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Ils incluent donc les dépassements et les effets de la liberté des prix sur certains dispositifs médicaux.

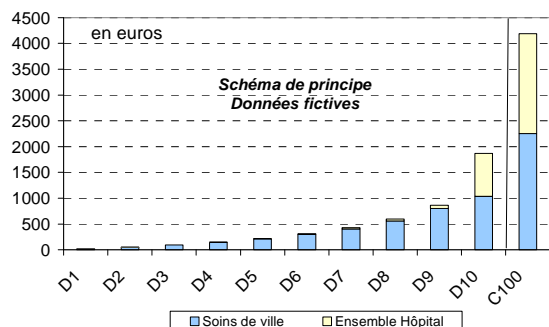
Pour chaque périmètre de soins, ensemble, soins de ville, hôpital, seuls les consommateurs de chaque périmètre sont considérés. Compte tenu du nombre de personnes hospitalisées au cours d'une année (14,4 % en 2008 sur ce champ), 10 % de consommateurs de soins hospitaliers représentent une population d'effectif bien plus faible que 10 % de consommateurs de soins de ville.

De ce fait, les comparaisons directes de ces dispersions sont délicates.

Pour l'évolution annuelle de la dispersion des RAC, ceux-ci sont calculés sur la population des consommateurs de chaque année considérée encore présents dans le régime en 2008.

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

- Part des soins de ville et des soins hospitaliers MCO dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2008



RAC après AMO moyens par déciles et centile Ensemble des soins 2008 (€)

	Soins de ville	Hôpital MCO	Ensemble
D1	18	x	x
D5	213	x	x
D10	1 532	x	x
C100	2 939	x	x
Ensemble	412	x	x

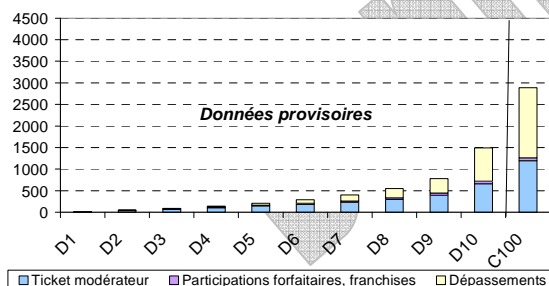
(données provisoires)

Avertissement :

Le classement des individus par déciles pourrait être modifié, car il a été réalisé sur la base d'un classement selon le RAC calculé sur l'ensemble des soins, incluant donc les RAC à l'hôpital qui sont en cours de vérification.

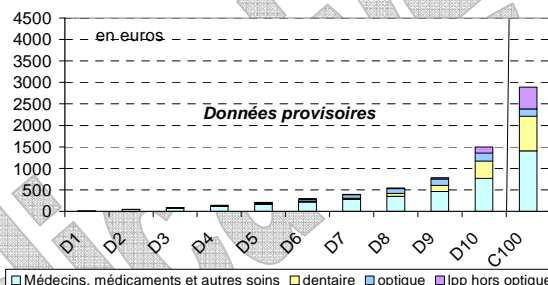
Cet avertissement s'applique à l'ensemble des données de cette page.

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur les soins de ville*, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2008



* Ici, les soins de ville excluent les actes, consultations externes et examens réalisés en clinique privée.

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2008



RAC après AMO moyens par déciles et centile Soins de ville 2008 (€)

	Médecins... (1)	Dentaire	Optique	LPP Hors optique	Ens. Soins de ville
D1	16	1	0	0	18
D5	171	11	22	7	213
D10	769	405	185	136	1532
C100	1 408	804	169	507	2 939
Ens.	252	70	60	22	412

(1) Médecins, médicaments et autres soins

Les personnes appartenant au 10^{ème} décile de RAC après AMO sur l'ensemble des soins ont en moyenne des RAC nettement plus importants que les personnes des autres déciles pour tous les types de soins de ville. C'est encore davantage le cas pour les personnes du dernier centile, à l'exception toutefois de l'optique.

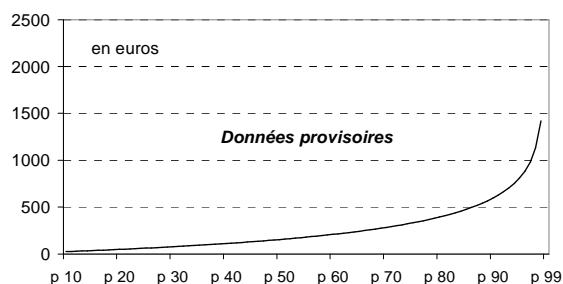
RAC après AMO moyens par déciles centiles Soins de ville (€)

	TM	Participations, forfaits	Dépassements et liberté des prix	Ens. Soins de ville*
D1	15	2	1	18
D5	146	19	45	210
D10	665	59	772	1495
C100	1 194	69	1 625	2 888
Ensemble	216	25	163	404

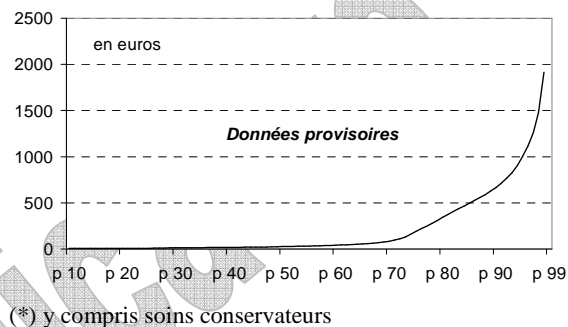
Les personnes appartenant au 10^{ème} décile de RAC après AMO sur l'ensemble des soins ont des RAC de soins de ville nettement plus élevés que les autres en raison d'abord des dépassements médicaux et des effets de la liberté des prix pour certains dispositifs médicaux et ensuite des tickets modérateurs.

• Dispersion par centiles des RAC après AMO pour les consommateurs de certains segments de l'offre, 2008

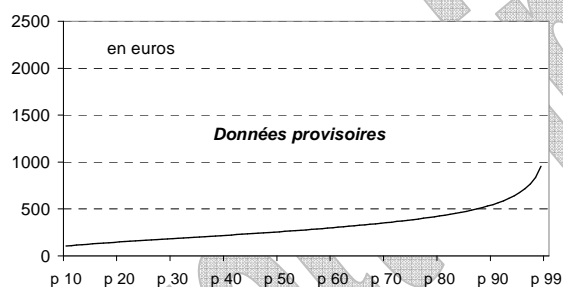
Médecins, médicaments, autres (consommants : 91 % des assurés)



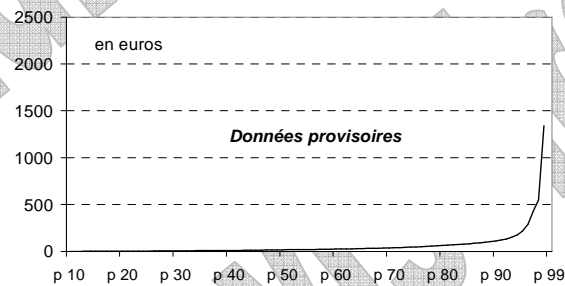
Soins dentaires (*) (consommants : 32 % des assurés)



Soins d'optique (consommants : 19 % des assurés)



LPP hors optique (consommants : 29 % des assurés)



Lecture : 10 % des consommateurs d'optique (qui représentent en 2008 19 % des assurés) ont un RAC supérieur à 500 €

Précautions méthodologiques :

Pour les indicateurs par déciles D1-D10 (dernier centile C100), la population considérée est constituée de l'ensemble des consommateurs de soins, quels qu'ils soient. Les individus sont classés en déciles (dernier centile) selon leur RAC après AMO sur l'ensemble des soins. Le périmètre des déciles (dernier centile) est invariant d'un indicateur à l'autre.

Les RAC après AMO moyens par sous-catégorie de soins sont calculés pour chaque décile (dernier centile) de RAC après AMO sur l'ensemble des soins. Ils sont de ce fait additifs.

Les indicateurs de dispersion par centiles p 10-p 99 ne concernent que les consommateurs du soin considéré. Compte tenu de la différence du nombre de consommateurs entre les types de soins (optique, dentaire, LPP hors optique, autres soins de ville), 10 % de consommateurs de l'un des soins représentent une population d'effectif différente que 10 % de consommateurs d'un autre soin. Par exemple, 10 % de consommateurs d'optique (19 % des assurés au cours d'une année), correspondent à un effectif bien plus faible que 10 % de consommateurs d'autres soins de ville (91 % des assurés au cours d'une année).

Point de discussion sur les prolongements nécessaires

Les données sur l'évolution annuelle de la dispersion des RAC après AMO devront être fournies pour l'ensemble des soins et pour les soins hospitaliers y compris SSR, HAD et psychiatrie (p. 3).

Il en est de même pour la dispersion des RAC cumulés sur 5 ans. De plus, l'évolution dans le temps de cet indicateur devra être suivie, de façon « glissante », c'est-à-dire pour la prochaine occurrence, pour la période 2005-2009 (p. 4)

La décomposition des RAC par nature de RAC (Ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises, dépassements et effets de la liberté des prix pour certains dispositifs médicaux) devrait être fournie pour tous les types de soins y compris l'hôpital (p. 5)

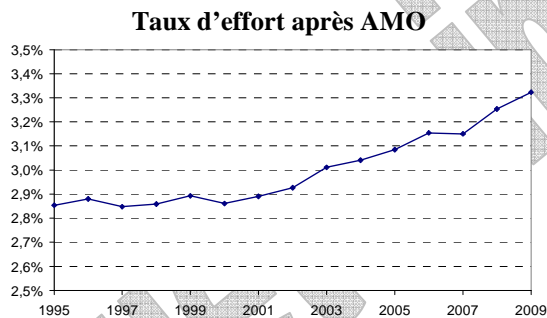
La nomenclature des soins devra être affinée : médecins généralistes, autres spécialistes, auxiliaires, médicaments, ...

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Comme le mécanisme de solidarité universelle entre bien portants et malades peut laisser un RAC au malade, il est nécessaire de vérifier que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus. Toutes les formes de mutualisation doivent alors être prises en compte et les dépenses doivent être rapportées au revenu. Les indicateurs associés à cet objectif prennent en compte toutes les dépenses, dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires, et toutes les ressources, revenu et remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires.

- **Taux d'effort moyens par ménages**

En moyenne, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages a continué d'augmenter en 2009 pour atteindre 3,3 % du revenu disponible brut.



- **Dispersion des taux d'effort des ménages par quintiles de niveau de vie**

En 2003, le taux d'effort des ménages qui avaient les 20 % niveaux de vie les plus faibles (Q1) avaient des taux d'effort en moyenne de 4,8 % de leur revenu, soit 2 points de plus que la moyenne.

Taux d'effort après AMO par quintiles de niveau de vie des ménages en 2003

	En euros				RAC/ RDB
	Dépense	Remboursement	RAC	RDB	
Q1	4 738	3 984	754	15 618	4,8%
Q2	5 357	4 312	1 045	25 858	4,0%
Q3	5 159	4 025	1 134	33 582	3,4%
Q4	4 618	3 498	1 120	43 265	2,6%
Q5	4 881	3 585	1 296	78 860	1,6%
Ens	4 951	3 881	1 070	39 436	2,7%

Sources, champs, définitions :

Taux d'effort après AMO moyen annuel

DREES, Comptes de la Santé, 2009

INSEE, Comptabilité nationale, 2009

Champ : France entière, ensemble des ménages

Taux d'effort par quintiles de niveau de vie, par catégories socioprofessionnelles, données de consommation par niveau de vie

INSEE Première, novembre 2009, « Les transferts en nature atténuent les inégalités de revenus ».

Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Le RDB est égal à la somme des revenus d'activité, des prestations en espèces, des revenus de la propriété diminuée des impôts et des cotisations sociales et augmenté du solde des remboursements d'assurance et des primes d'assurance.

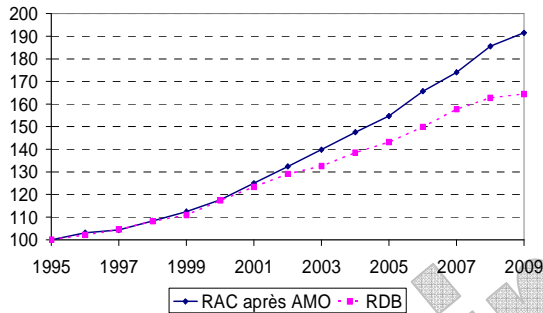
RDB = Revenu – Impôts & cotisations sociales + Remboursements AMC – Primes AMC

Le niveau de vie du ménage est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Les unités de consommation pondèrent chaque personne du ménage selon un coefficient (1 UC pour le premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans). Cette pondération vise à tenir compte du fait que les besoins des ménages ne sont pas strictement proportionnels au nombre de personnes du ménage (notamment le logement et les biens de consommation durables).

B2. Accessibilité financière pour les plus faibles revenus

• Evolution des différentes composantes du taux d'effort

RAC après AMO moyen et RDB des ménages (base 100 en 1995)



La croissance du taux d'effort en 2009 indiquée par un des indicateurs de suivi de l'objectif d'accessibilité financière générale est liée à la croissance ralentie du revenu des ménages.

• Taux d'effort par catégories socio-professionnelles 2003

Intitulé	RAC après AMO moyen des ménages €	Revenu moyen des ménages (RDB) €	RAC après AMO moyen des ménages €	RAC/RDB	Niveau de vie €	Nb de ménages
Agriculteurs exploitants	730	41 401	730	1,8%	21 341	394 366
Art, com, chefs, prof lib	1111	87 878	1111	1,3%	48 021	1 344 950
Cadres sauf prof lib	1258	65 663	1258	1,9%	37 737	2 438 545
Prof inter	1090	45 393	1090	2,4%	26 860	3 629 683
Employés	847	32 576	847	2,6%	20 882	2 653 005
Ouvriers	983	33 861	983	2,9%	18 503	4 592 356
Anciens agriculteurs	1027	24 549	1027	4,2%	18 320	666 606
Anciens art...prof lib	1476	35 652	1476	4,1%	26 806	819 286
Anciens cadres	1684	56 241	1684	3,0%	40 172	842 173
Anciennes prof inter	1358	41 058	1358	3,3%	29 969	1 340 166
Anciens employés	977	25 382	977	3,8%	21 329	1 653 305
Anciens ouvriers	1222	25 042	1222	4,9%	17 887	2 317 670
Autres inactifs	720	17 665	720	4,1%	12 528	2 498 857
Ensemble	1070	39 436	1070	2,7%	24 959	25 190 968
ensemble des actifs	1034	46 591	1034	2,2%	26 776	15 052 905
ensemble des retraités	1254	32 460	1254	3,9%	20 544	7 639 206

• Part de la consommation de certaines catégories de biens et services dans le RDB par quintiles de niveau de vie 2003

	En % du RDB					
	Alimentation	Logement après aides	Transport	Boissons alcoolisées, Tabac	Communica- tions	Santé après AMO
Q1	19,7	24,1	11,6	4,7	4,0	4,8
Q2	16,2	22,0	13,6	4,1	3,1	4,0
Q3	14,6	23,1	14,6	3,5	2,7	3,4
Q4	12,8	23,0	14,1	2,9	2,5	2,6
Q5	8,1	16,6	9,2	1,6	1,4	1,6
Ens	12,2	20,4	12,0	2,8	2,3	2,7

La consommation en logement recouvre les loyers fictifs des propriétaires, l'eau, le gaz, l'électricité et les autres combustibles nets des aides publiques au logement. La consommation de transport recouvre l'achat de véhicule et son entretien ainsi que les services de transport. La consommation en communications recouvre la poste, le matériel téléphonique et les services de télécommunication (qui représentent près de 90 % du total).

Point de discussion sur les prolongements nécessaires

Le HCAAM a identifié plusieurs manières de calculer un taux d'effort. Ces différentes définitions prennent toutes en compte les revenus, l'ensemble des dépenses et toutes les formes de mutualisation mais, en consolidant de façon diverses façons les dépenses et les ressources, elles ne mettent pas en évidence les mêmes phénomènes. Le taux d'effort présenté ci-dessus est le taux d'effort après AMO.

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Il conviendra de suivre les indicateurs suivants :

Le taux d'effort brut est égal au rapport de la somme des dépenses liées à la santé (dépenses de soins, cotisations sociales et impôts, primes versées aux assurances complémentaires) à la somme des revenus et des remboursements (revenus nets de tous les prélèvements obligatoires hormis ceux versés pour la santé, remboursements des assurances obligatoires et complémentaires).

Le taux d'effort après AMO et AMC est égal au RAC après AMO et AMC rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire diminué des primes d'assurance.

Le taux d'effort sur revenu net est égal au RAC après AMO et AMC augmenté des primes d'assurance, rapporté au revenu net de tout prélèvement obligatoire.

Très peu de données sont disponibles pour suivre l'objectif d'accessibilité financière pour les bas revenus. Un seul des taux d'effort identifiés par la HCAAM a été calculé. Il l'est cependant de façon restreinte : en moyenne pour l'ensemble des ménages, il est calculable pour chaque année. Par décile de niveau de vie et par catégories professionnelles, il a été évalué pour la seule année 2003 par l'INSEE dans le cadre d'une étude plus large sur les transferts en nature (notamment éducation et santé).

Ces données ne permettent pas de nourrir le tableau de bord sur cet objectif. Pour cela, il faudrait au minimum que soient calculés tous les ans les taux d'effort par niveau de vie dans les quatre définitions identifiées par le HCAAM et que les évolutions de chacune des composantes du calcul soient disponibles. De façon peut-être moins fréquente, il serait nécessaire de disposer des évaluations par catégories socio-professionnelles.

La DREES a publié de premiers résultats de taux d'effort fondés sur une micro-simulation. Il s'agit par construction de données en partie non observées, qui résultent d'estimations de situations individuelles. Ces données présentent un grand intérêt en attendant de disposer de véritables observations. Toutefois, le suivi dans le temps de ces résultats n'est pas assuré : ils s'appuient sur des données d'enquête dont la taille n'est sans doute pas suffisante pour un suivi chronologique. La DREES a l'intention de poursuivre ses travaux en intégrant cette simulation dans le modèle, plus large, INES qui couvre l'ensemble de la redistribution.

Le rapprochement des données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire fait également l'objet d'un projet de recueil d'informations « réelles » sur échantillon (dénommé « MONACO ») conduit par l'Institut des données de santé (IDS), avec la participation de l'IRDES et des membres de l'IDS.

B3. Incitation au recours efficient au système de soins

L'objectif global d'accessibilité financière aux soins exprime une solidarité pour un usage de qualité du système de soins. Cette solidarité ne s'étend pas aux dépenses « déraisonnables ». Les indicateurs associés à cet objectif sont de trois types. Ils doivent d'abord permettre de mesurer si les soins ou les parcours de soins de qualité sont accessibles financièrement. Ils ne doivent ensuite pas être tributaires de mauvais parcours, laissant d'importants restes à charge. Ils doivent enfin rendre possible de porter un jugement sur la lisibilité du système de prise en charge pour que les incitations aux parcours efficients puissent avoir des effets positifs.

On peut proposer quelques pistes. Les indicateurs suivants seraient suivis dans le temps :

- Dispersion des RAC et des taux de remboursement sur dépense opposable et sur dépense présentée après AMO pour les soins de ville des personnes qui n'ont eu dans l'année aucune consommation en dehors du parcours de soins coordonnés.
- Dispersion des RAC et des taux de remboursement sur dépense opposable et sur dépense présentée après AMO pour les soins de premier recours (médecins généralistes, autres spécialistes de première intention, soins conservateurs dentaires, soins infirmiers et de kinésithérapie et d'autres auxiliaires médicaux, médicaments courants, analyses biologiques...) des personnes qui ne sont pas prises en charge à 100 %.
- RAC moyen sur des épisodes de soins ou des maladies (certaines ALD) pour lesquels les protocoles de la HAS le permettent.
-

B4. Réduire le renoncement aux soins pour raisons financières

Des indicateurs de renoncement aux soins sont un complément indispensable aux indicateurs de suivi des objectifs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie, d'incitation au recours efficace au système de soins, d'accessibilité financière pour les bas revenus. Les indicateurs pour ces objectifs se rapportent en effet à des dépenses pour des soins qui ont eu lieu et il y aurait une sorte de paradoxe à ne mesurer l'accessibilité financière des soins qu'avec des indicateurs qui présupposent l'accès aux soins.

• Renoncement aux soins pour des raisons financières selon les types de couverture complémentaire

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
Enquête SPS (%)

	2000	2002	2004	2006	2008
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4

Sources, définitions :

Taux de renoncement aux soins Enquête SPS

IRDES, enquête Santé et protection sociale, 2010

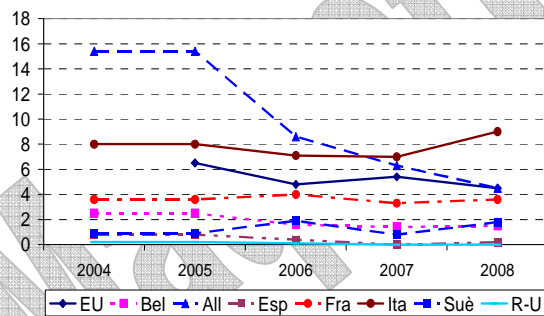
Le questionnement est le suivant : « Au cours des douze derniers mois, vous et-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

Taux de renoncement aux soins Enquête SILC-SRCV

Eurostat, enquête européenne SILC, 2008

Le questionnement est le suivant : Avoir répondu par l'affirmative à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? » et avoir cité comme raison « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher ».

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
1^{er} quintile de revenu Enquête SILC-SRCV (%)



L'augmentation du renoncement aux soins indiquée par l'enquête SPS depuis 2002 n'est pas complètement explicable. Elle n'est d'ailleurs pas confirmée par l'enquête SILC-SRCV.

Les comparaisons européennes sont délicates car les contextes locaux d'organisation des soins jouent vraisemblablement.

Point de discussion sur les prolongements nécessaires

Des travaux de recherche sont en cours à la DREES et à l'IRDES pour clarifier le concept de renoncement aux soins. Le HCAAM reviendra sur la définition des indicateurs à retenir pour suivre le renoncement aux soins pour raisons financières dès que de premiers éléments seront disponibles.