



Quels indicateurs de la solidarité du système de santé ?

Les travaux du HCAAM sur les indicateurs de l'accessibilité financière des soins

Présentation pour la réunion de la commission permanente de la Conférence
nationale de santé

7 février 2012



Contexte

- Le HCAAM s'est intéressé de longue date à la question de la prise en charge par l'assurance maladie et de l'accessibilité financière des soins, notamment pour les plus démunis (CMU-C, ACS)
- Il a notamment documenté la forte prise en charge solidaire des frais de soins par l'assurance maladie obligatoire, mais aussi des restes à charge potentiellement élevés qu'il peut laisser subsister (sur les patients ALD et non ALD ; sur les personnes âgées)
- Il a donc entrepris en 2010 de constituer et renseigner un « tableau de bord » incluant des indicateurs de mesure de l'accessibilité financière des soins
- Ces travaux ont débouché sur deux publications :
 - « *L'accessibilité financière des soins, comment la mesurer ?* », avis et note du 27 janvier 2011
 - Le rapport annuel 2011 sur l'ONDAM et les restes à charge



L'accessibilité financière des soins et la question des restes à charge : la couverture maladie en France

L'assurance maladie est une assurance sociale couvrant le risque santé

Toute assurance est un mécanisme de mutualisation d'un risque, événement forcément incertain et aléatoire.

La spécificité d'un risque socialisé :

- La couverture du risque ne se traduit pas, pour le bénéficiaire par le versement d'une contrepartie (cotisation, prime) équivalente au risque qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux...)

La socialisation d'un risque va donc plus loin que sa mutualisation :

- Mutualisation : partager entre plusieurs le risque lié à un sinistre catastrophique, non assurable individuellement = tarification au risque.
- Socialisation : procéder dans une logique de **solidarité** à une forme de redistribution, des risques faibles vers les risques forts, des hauts revenus vers les bas revenus



Les principes du système français

Quatre principes peuvent être dégagés pour décrire le système français :

- Un système **universel** de prise en charge par le remboursement de frais de soins et le versement d'IJ, et non l'accès à un système de soins gratuit
- Une solidarité horizontale dans les prestations vers les assurés ayant les plus fortes dépenses de santé : « **solidarité bien portants / malades** »
- Une **solidarité verticale** hauts revenus / bas revenus dans le financement
- Un système de soins qui doit rembourser les **bons soins**.



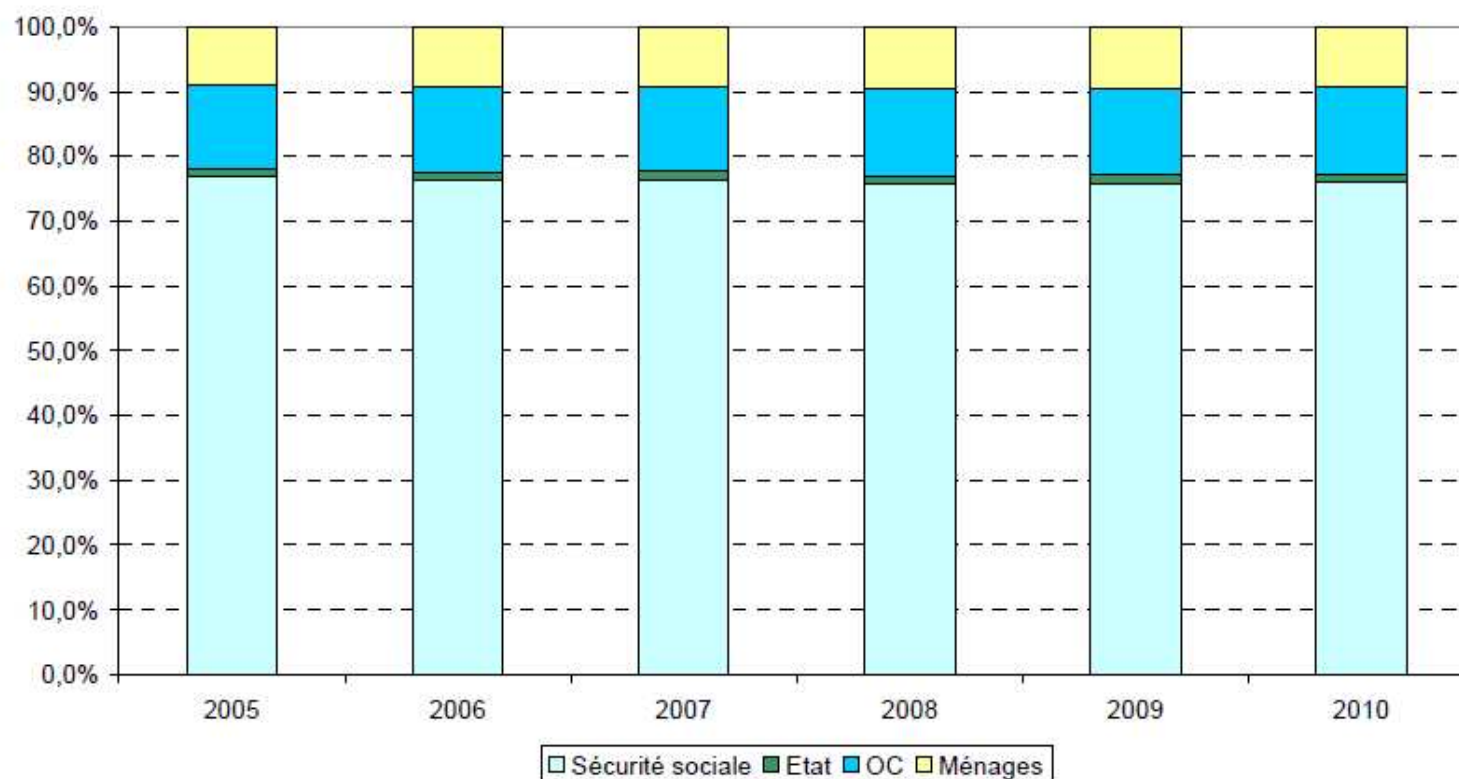
L'accessibilité financière des soins et la question des restes à charge : Le cadrage macro-économique

	2010
CSBM	
Sécurité sociale	75,8
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2
Organismes complémentaires	13,5
Ménages	9,4
CSBM élargie	
Sécurité sociale	76,9
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9
Organismes complémentaires	12,8
Ménages	8,4

En 2010, les ménages financent directement 9,4 % de leurs dépenses de santé

La part des dépenses de santé prise en charge directement par les ménages diminue depuis 2008 (principalement du fait de l'augmentation de la part des OC)

Structure de financement de la CSBM depuis 2005



Source : DREES, comptes de la santé, 2010

En dépit de la meilleure qualité de leur couverture, les personnes en ALD exposent (après remboursement par l'AMO) une part non négligeable de leurs frais de soins.

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

	Non ALD	ALD	Ensemble des assurés
Ensemble des soins	60,8	87,1	73,9
Soins de ville hors optique	56,2	84,8	69,6
Soins de ville y compris optique	51,3	82,7	65,5
Hôpital MCO	89,5	94,6	92,5
<i>Pour mémoire : Part dans la population d'assurés</i>	<i>85,3 %</i>	<i>14,7 %</i>	<i>100,0 %</i>

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM



En dépit d'une meilleure qualité de leur couverture, les personnes en ALD exposent (après remboursement par l'AMO) une part non négligeable de leurs frais de soins.

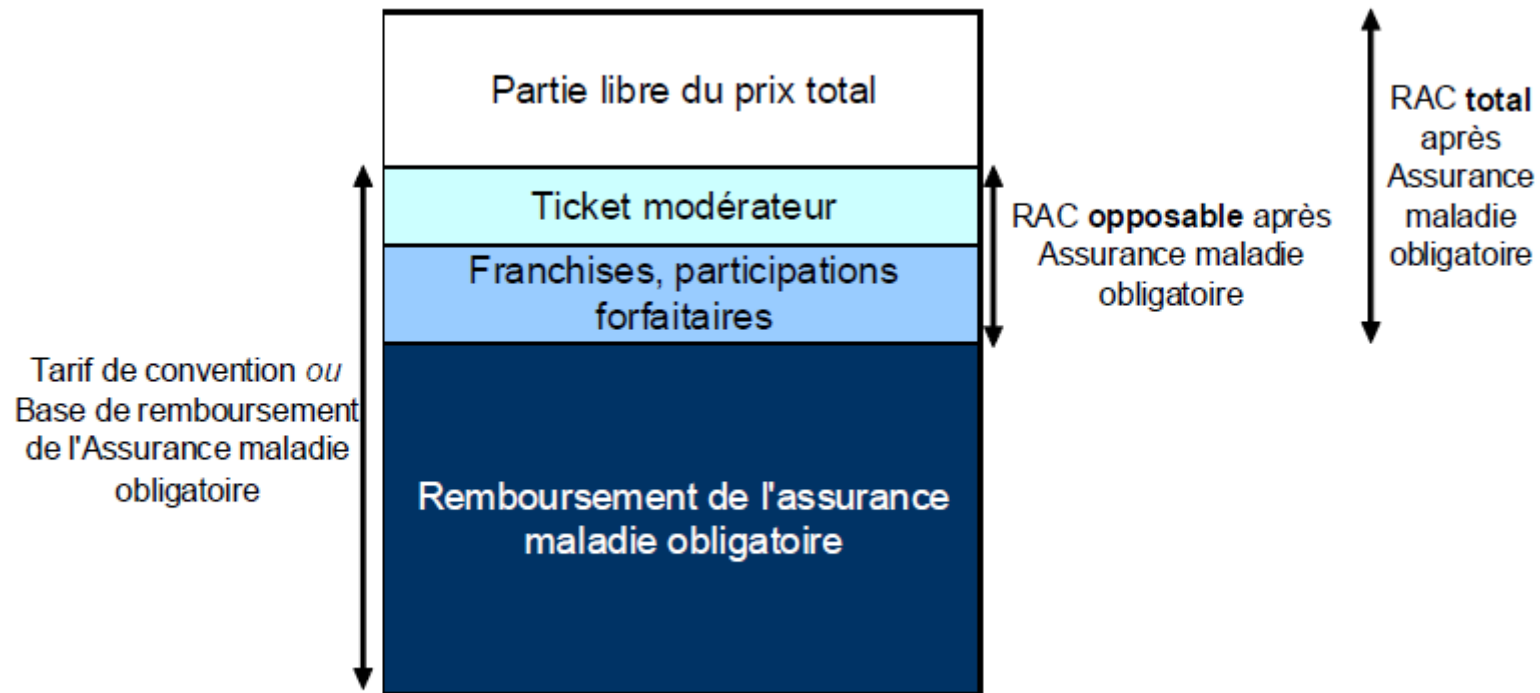
L'ensemble des soins des personnes en ALD (soins de ville et hospitalisation MCO) est pris en charge à hauteur de 87,1 %, en raison évidemment de l'exonération du ticket modérateur.

Il faut ainsi attirer l'attention sur le fait que, **contrairement à une idée reçue et tenace, les personnes en ALD ne sont pas, en moyenne, remboursées à 100 % de leurs dépenses de soins** (en raison de la liberté tarifaire par exemple).

Malgré leur taux de remboursement global supérieur, **les personnes en ALD supportent font face un reste à charge (en euros) supérieur à celui des personnes qui ne sont pas en ALD : 760 € environ contre 450 €.**

C'est un simple effet de base : **leurs dépenses présentées sont en effet plus de 5 fois supérieures**, en moyenne, à celles des personnes qui ne sont pas en ALD (autour de 5 900 € contre 1 150 €).

Décomposition du RAC total après AMO selon les différents types de RAC.

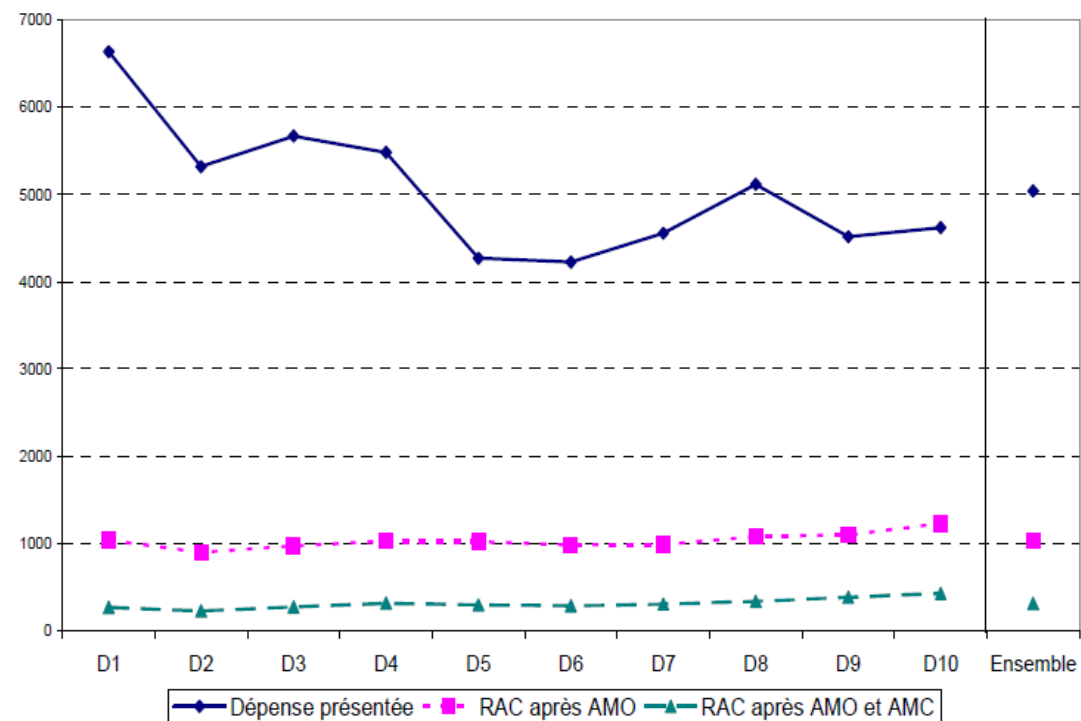


Source : cnam ; retraitement HCAAM



L'assurance maladie obligatoire assure une diminution massive de la dépense présentée au remboursement

Dépense présentée au remboursement, RAC après AMO et RAC après AMO et AMC des ménages par déciles de niveau de vie 2006

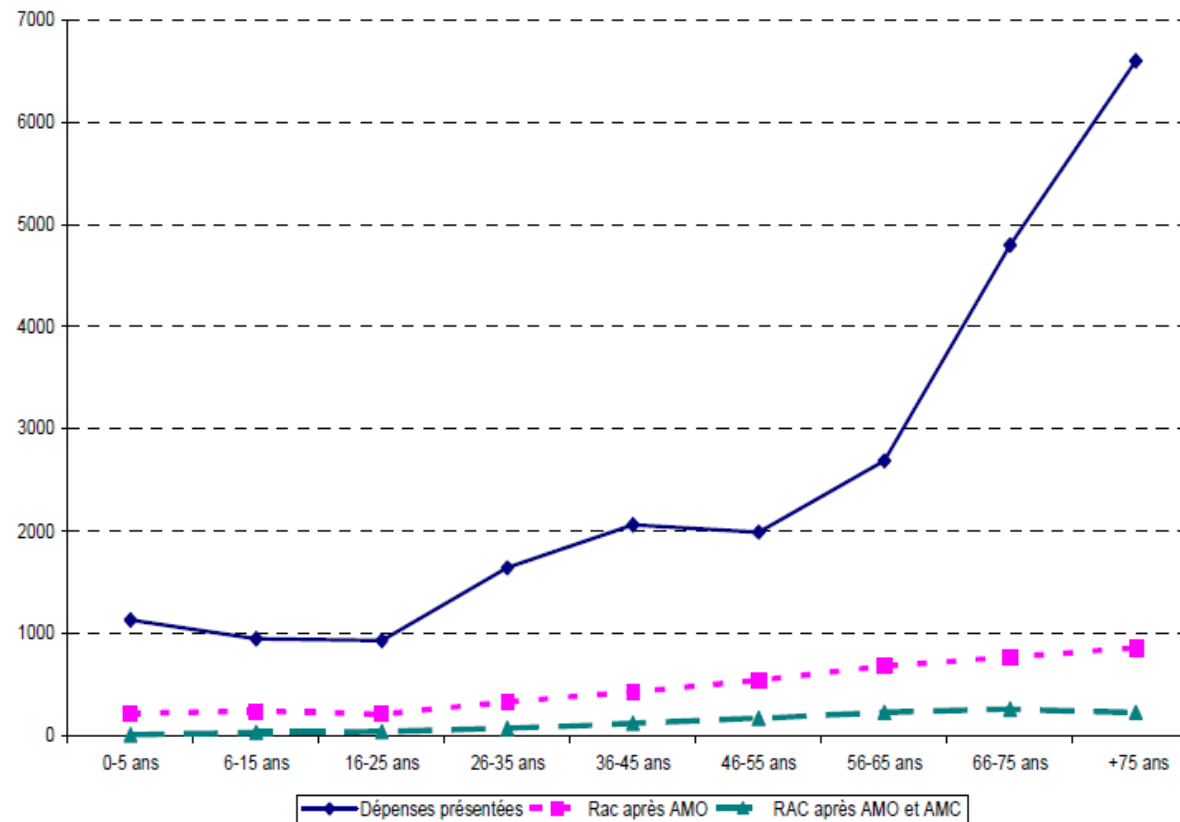


Source : DREES, Comptes de la santé, 2009, microsimulation



L'assurance maladie obligatoire assure une diminution massive de la dépense présentée au remboursement

Dépense présentée au remboursement, RAC après AMO et RAC après AMO et AMC des ménages par tranches d'âge 2008

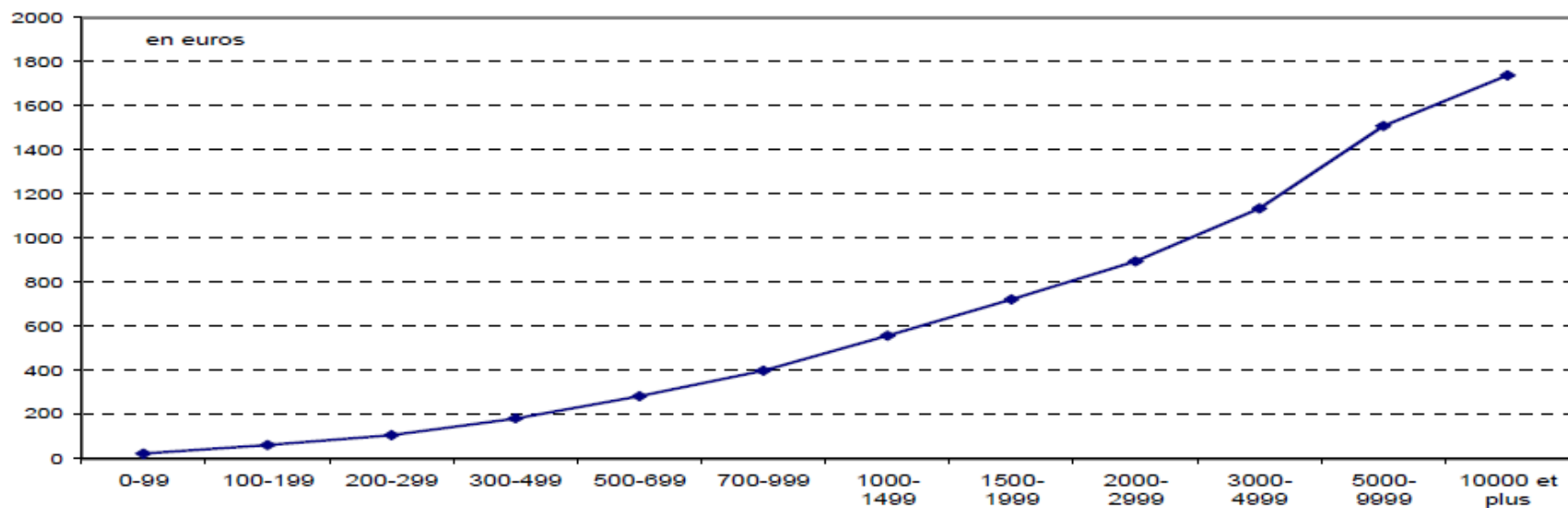


Source : DREES, Comptes de la santé, 2010, microsimulation

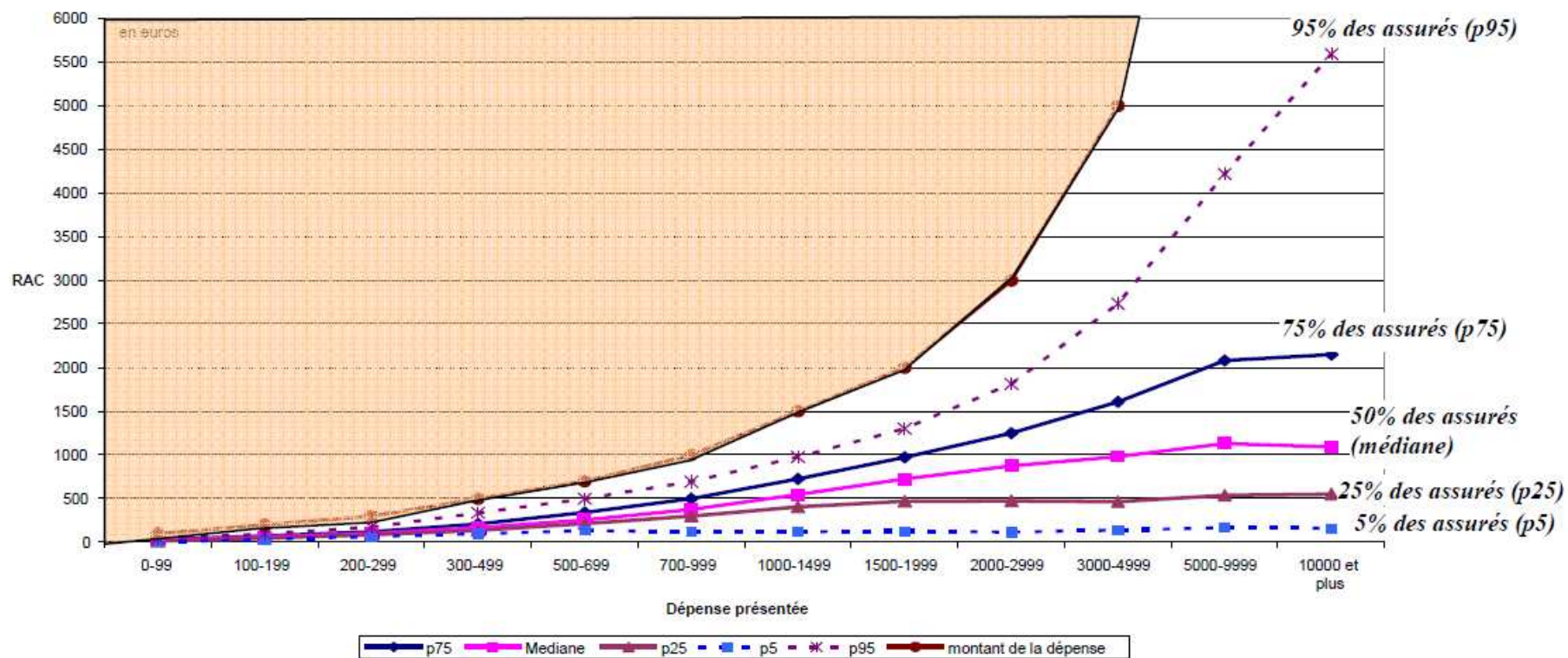


Un RAC moyen qui croît logiquement avec la dépense présentée...

Restes à charge moyens après AMO, pour différents niveaux de dépenses



...mais qui cache une dispersion extrême des situations individuelles



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM



A retenir...

Au vu des données macro-économiques, **les ménages financent directement une part relativement restreinte de leurs dépenses de santé.**

En moyenne les assurés qui ont consommé des soins dans l'année 2008 **ont un RAC après AMO d'environ 500 €.** Or **seuls 6 % des assurés ont un RAC compris dans la fourchette 450 € - 550 €** (et 12 % dans une fourchette allant de 400 € à 600 €), le niveau de RAC le plus fréquent étant compris entre 0 et 50.

L'immense majorité des consommateurs (qui font 92% de la population chaque année) a donc un RAC après AMO éloigné de la moyenne globale.

Les valeurs moyennes sont, comme les taux de remboursement, des indicateurs très peu pertinents pour décrire l'accessibilité financière des soins.



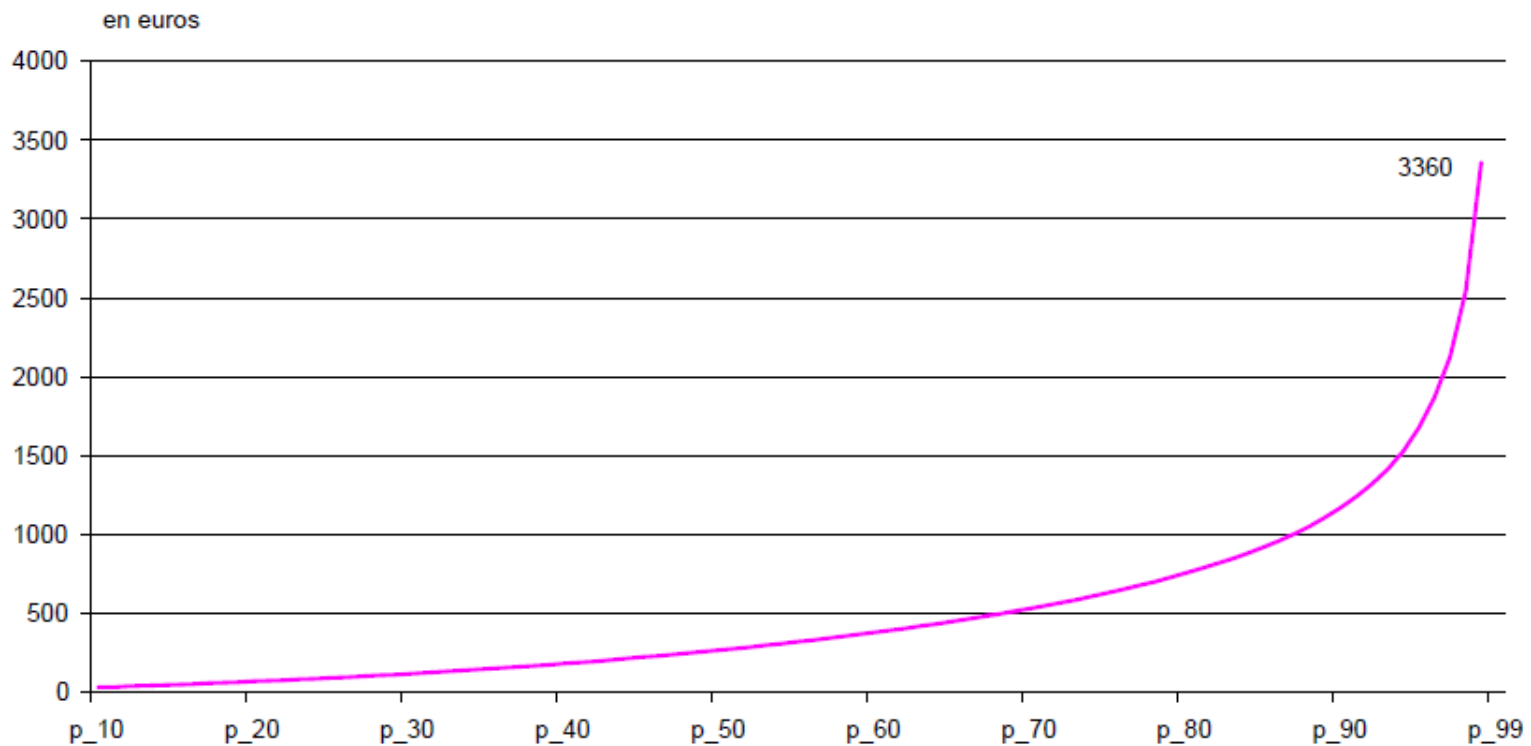
Partie 2 : L'accessibilité financière des soins et la question des restes à charge : la solidarité « biens portants / malades »

2-2 Une analyse des RAC selon la dispersion



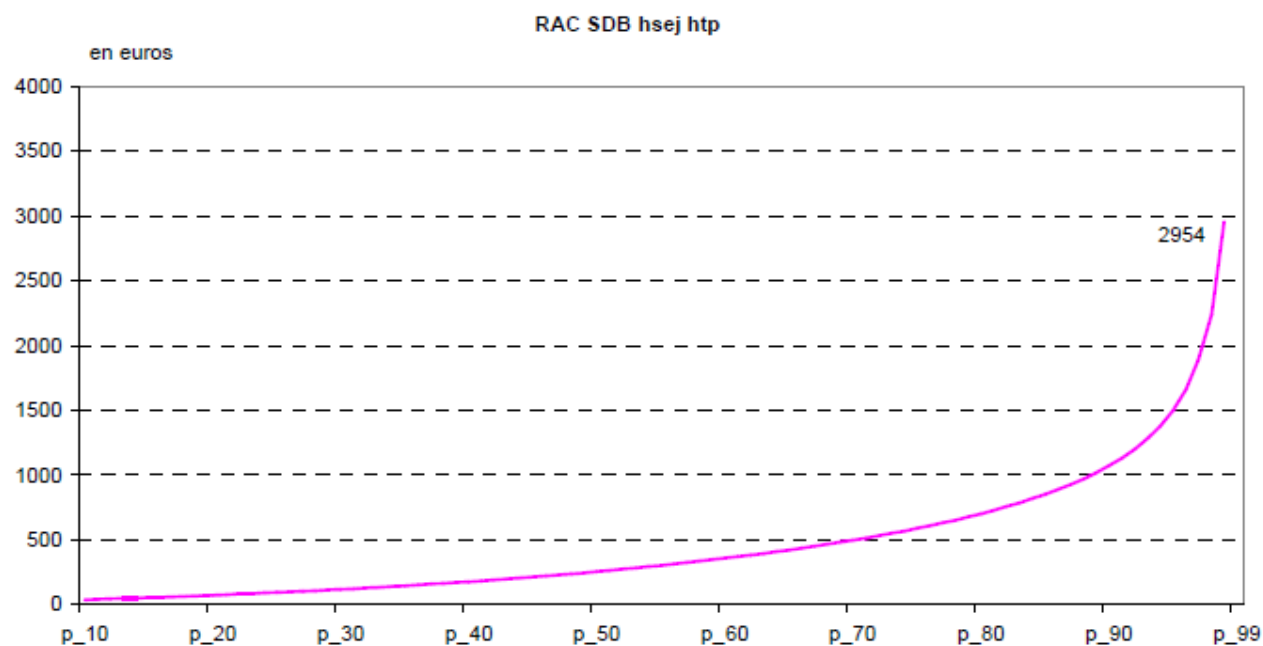
Si une grande majorité des assurés a un RAC après AMO relativement peu élevé, il apparaît en revanche très important pour une minorité significative d'assurés.

RAC après AMO sur la dépense présentée (assurés consommateurs)



Un RAC après AMO qui peut s'avérer très élevé sur les soins de ville

RAC après AMO sur la dépense présentée de soins de ville Consommateurs de l'ensemble de soins (92 % des assurés)

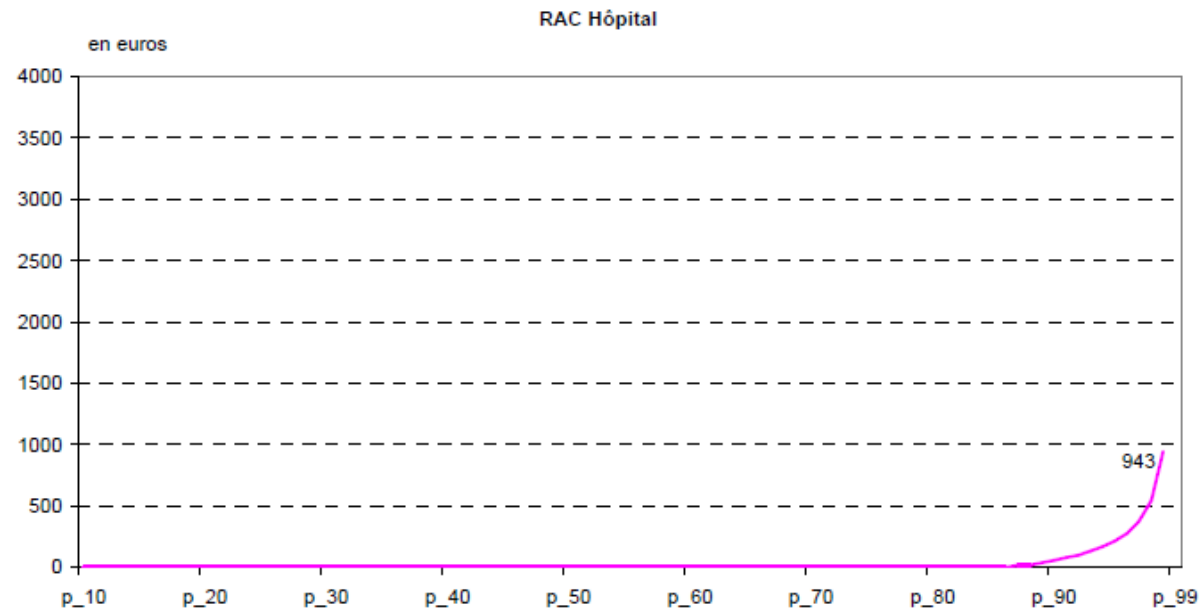


Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM



A l'hôpital, moins de personnes concernées
mais un RAC qui peut aussi atteindre un niveau
élevé

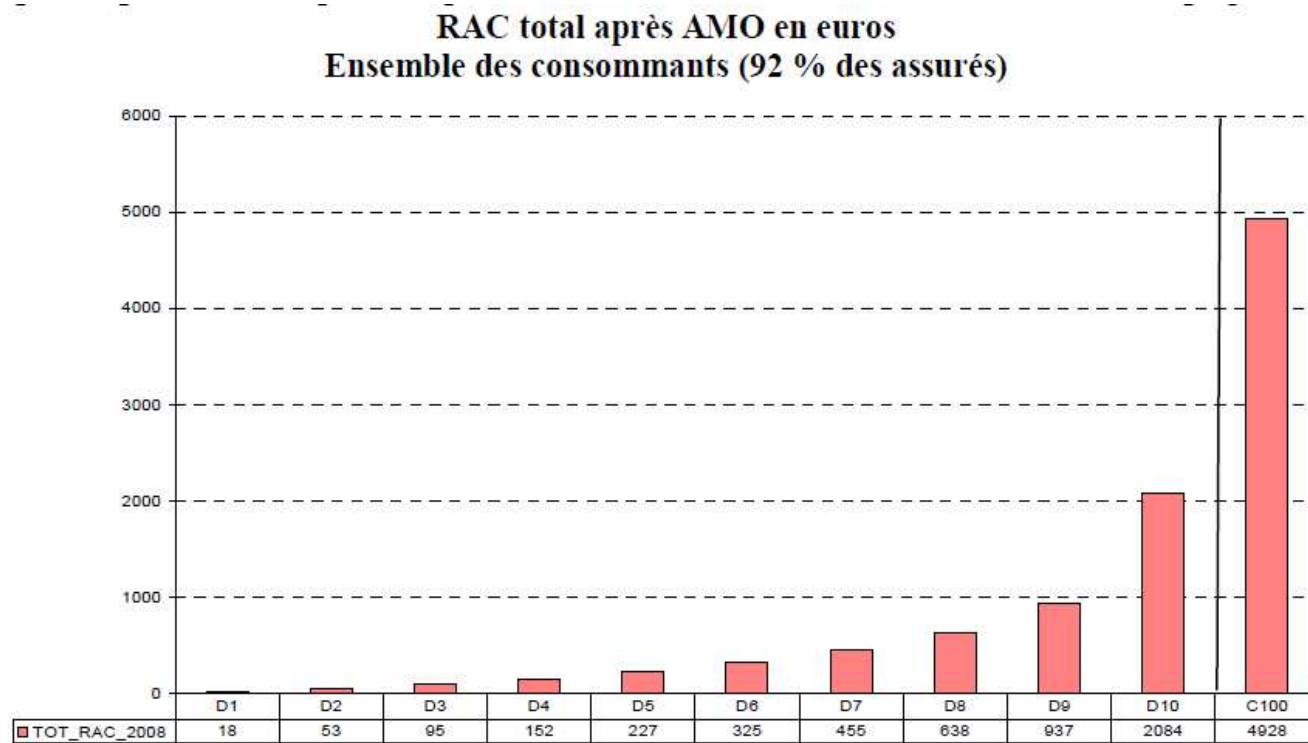
**RAC après AMO sur les soins hospitaliers publics et privés
Consommateurs de l'ensemble de soins (92 % des assurés)**



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM



Les 10% des plus gros RAC ont un RAC moyen de 2 000€

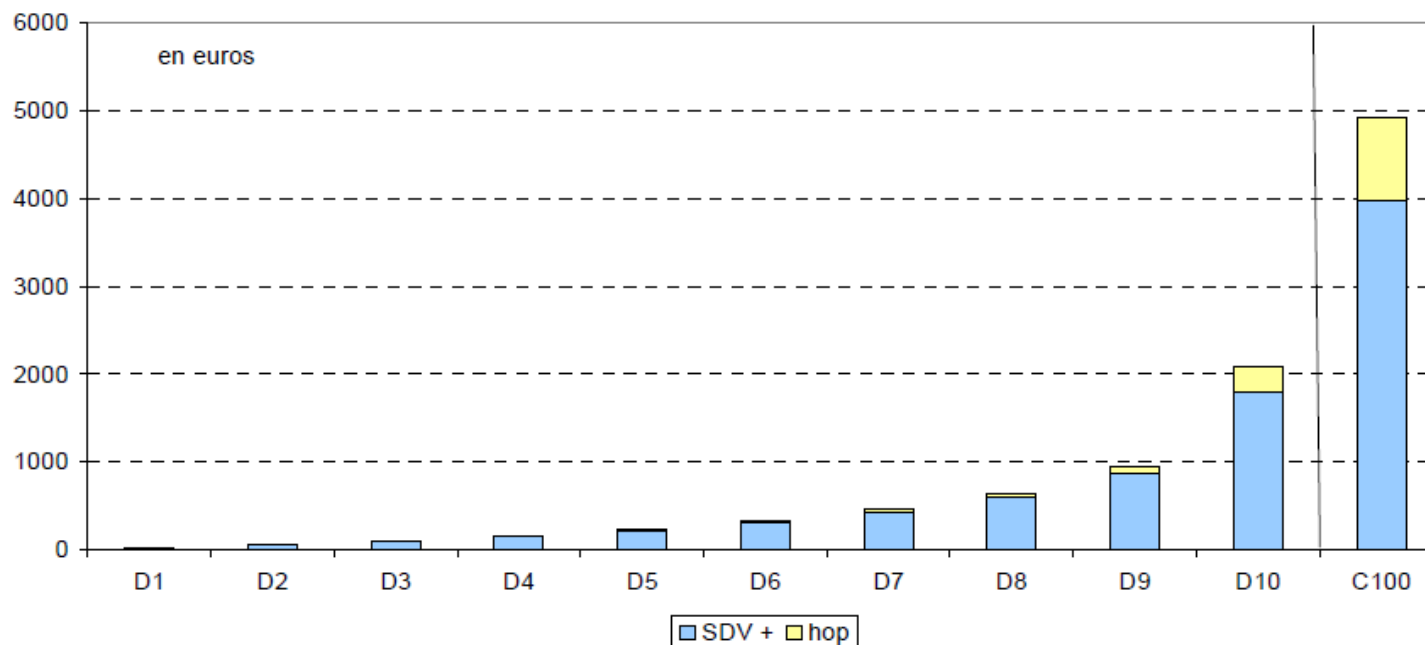


Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM



Les soins de ville toujours très majoritaires dans la constitution du RAC

Part des soins de ville et des soins hospitaliers MCO dans les RAC après AMO



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

Les personnes du dernier décile ont un RAC après AMO de « soins de ville » de 1 800 € et pour les soins hospitaliers de 300 € (85%/15%) 20

	Soins de ville *	Hôpital MCO	Ensemble
D1	18	0	18
D5	219	7	227
D10	1 797	286	2 084
C100	3 982	946	4 928
Ensemble	454	44	498

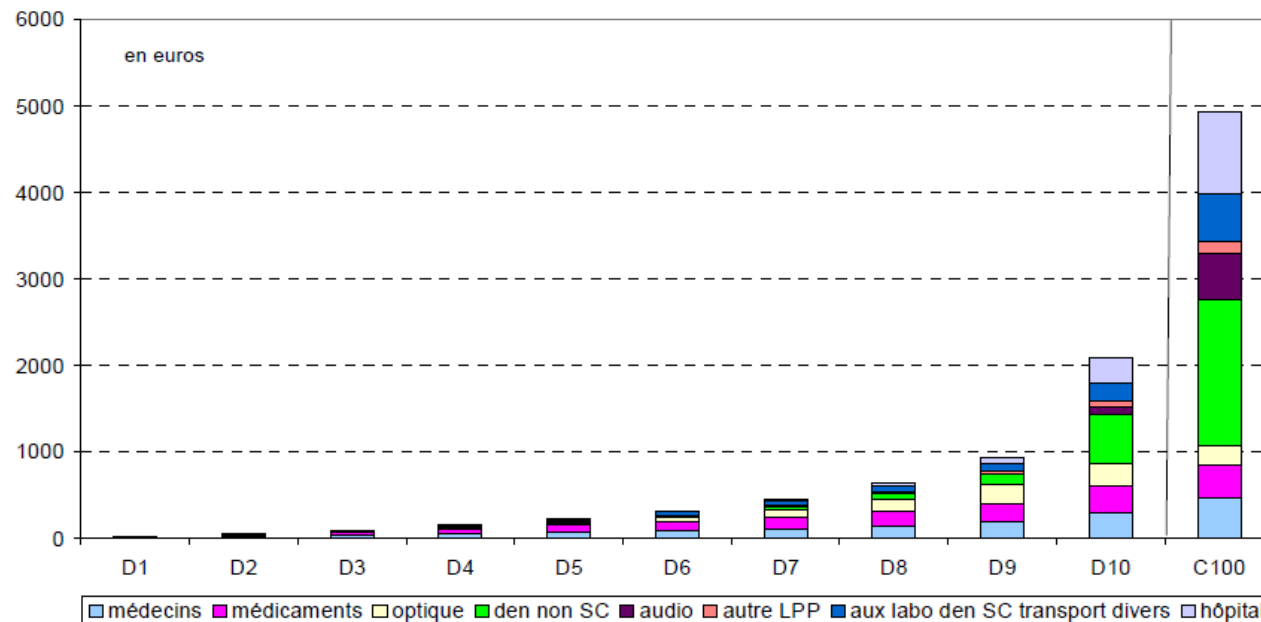
* y compris soins externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que secteur privé des hospitaliers à temps plein



Les soins de prothèses dentaires sont à l'origine des RAC les plus élevés

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

Parmi les personnes du dernier décile (D10), plus du quart de leur RAC total (environ 2 100 €) est constitué d'un reste à charge sur les prothèses dentaires (560 €)



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

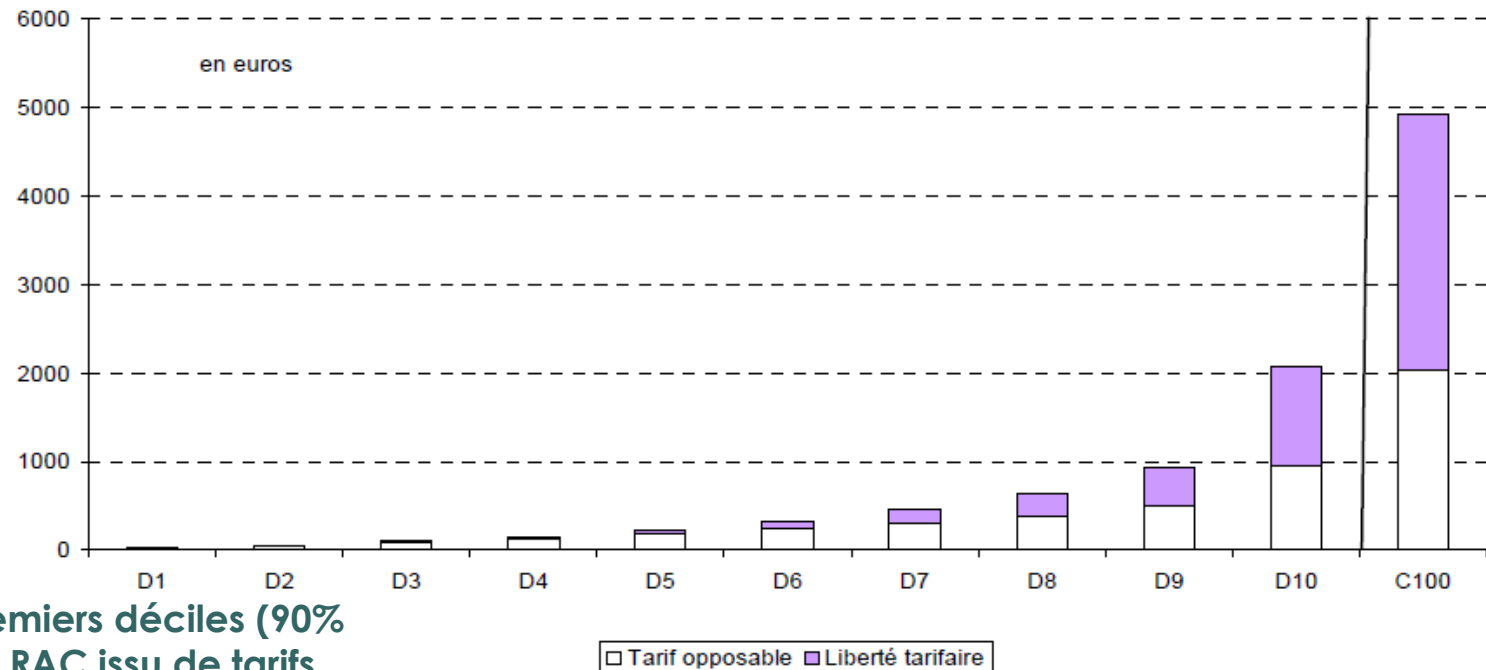
	Médecins *	Médicaments	Optique	Prothèses dentaires	Autre	Dont Audioprothèses	Total SDV plus
D1	9	6	0	2	2	0	18
D5	74	78	17	12	39	0	219
D10	293	309	272	563	361	90	1797
C100	463	386	224	1696	1214	523	3982
Ensemble	103	111	79	83	78	9	454

21

- y compris soins externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que secteur privé des hospitaliers à temps plein

Origine « juridique » du RAC

Part du RAC opposable et de la liberté tarifaire au sein du RAC total après AMO



Si pour les 9 premiers déciles (90% des assurés), le RAC issu de tarifs opposable est, en moyenne, supérieur à l'effet de la liberté tarifaire, cette dernière prend, en moyenne, une part majoritaire du RAC total après AMO dans les restes à charge les plus élevés.

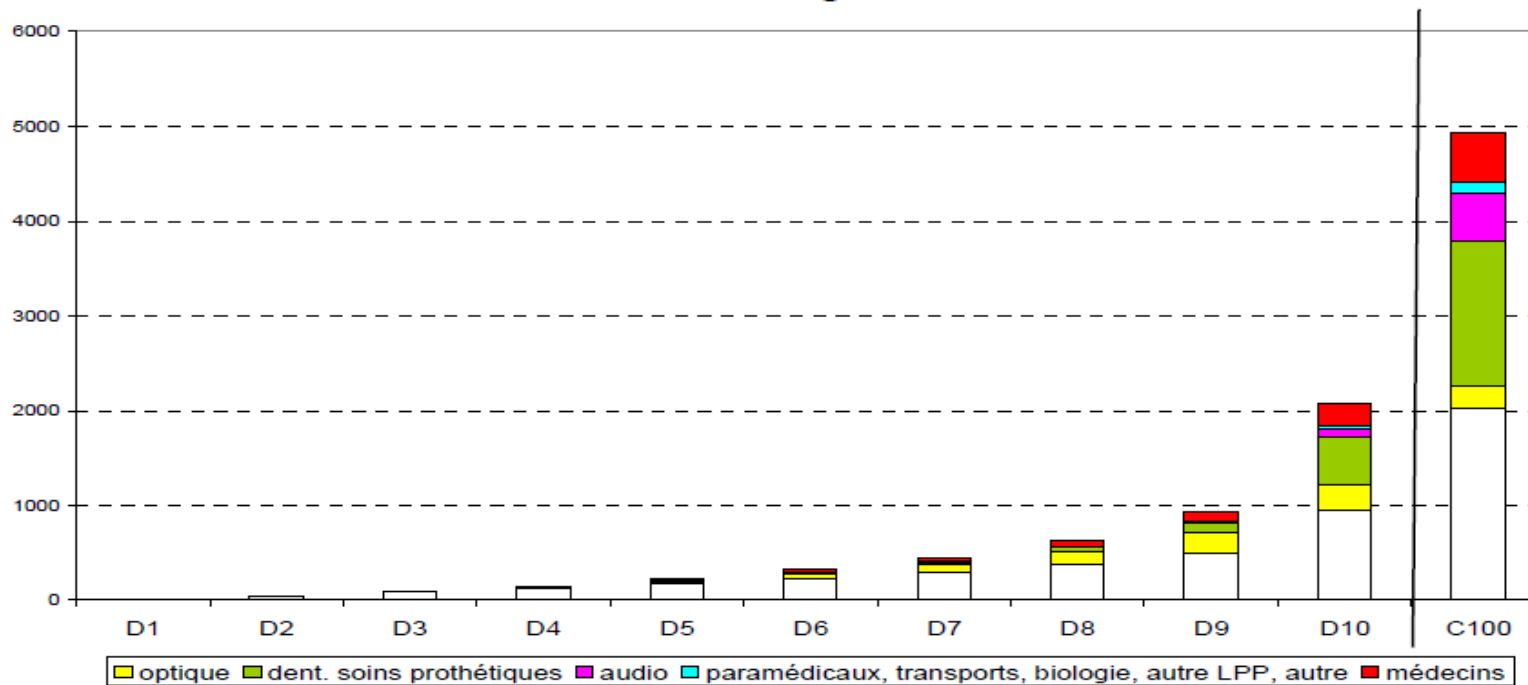
Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

€	RAC opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	1	18
D5	183	44	227
D10	955	1128	2084
C100	2036	2892	4928
Ensemble	283	215	498



Les RAC après AMO les plus élevés, fortement liés à la liberté tarifaire, sont composés très largement des soins dentaires prothétiques.

Part de la liberté tarifaire de chacun des segments de soins au sein du RAC total.



23

	Médecins	Optique	soins prothétiques	Audio	Autre	Ensemble
D1	1	0	0	0	0	1
D5	20	16	3	0	5	44
D10	235	268	496	85	44	1128
C100	521	221	1539	500	111	2892
Ensemble	53	78	67	9	10	215



Partie 2 : L'accessibilité financière des soins et la question des restes à charge : la « protection de la santé »

2-3 La mesure du taux d'effort



Mesurer le taux d'effort : une approche macro

Pour apprécier le respect du principe d'accessibilité financière des soins :

- les indicateurs doivent correspondre à **l'ensemble de l'« effort financier »**. (remboursements AMO mais aussi AMC et, le cas échéant, des dispositifs d'aide sociale ; prise en compte de **l'ensemble des coûts** (y compris primes d'assurance et prélèvements obligatoires) ;
- la dépense à prendre en compte est de façon préférable la **dépense présentée au remboursement**;
- cet effort financier doit être calculé au **niveau du ménage** et non plus de la personne ;
- cet effort financier doit être rapproché de la **capacité de paiement du ménage**, c'est-à-dire à son revenu ;
- les indicateurs doivent **décrire l'hétérogénéité des situations** et donc être de façon privilégiée des indicateurs de dispersion, notamment en fonction du niveau de vie des ménages.



Mesurer le taux d'effort : une approche macro

$$\text{Taux d'effort} = \frac{\text{Dépense de santé}}{\text{Revenu}}$$

Certaines dépenses (par exemple les primes d'assurance, les cotisations sociales) peuvent :

- soit être comptées comme des dépenses de santé : elles figurent alors au numérateur ;
- soit être déduites du revenu, comme des prélèvements « en amont du revenu ». Elles figurent alors « en négatif », au dénominateur.

Pour certaines ressources (les remboursements d'AMO ou d'AMC) :

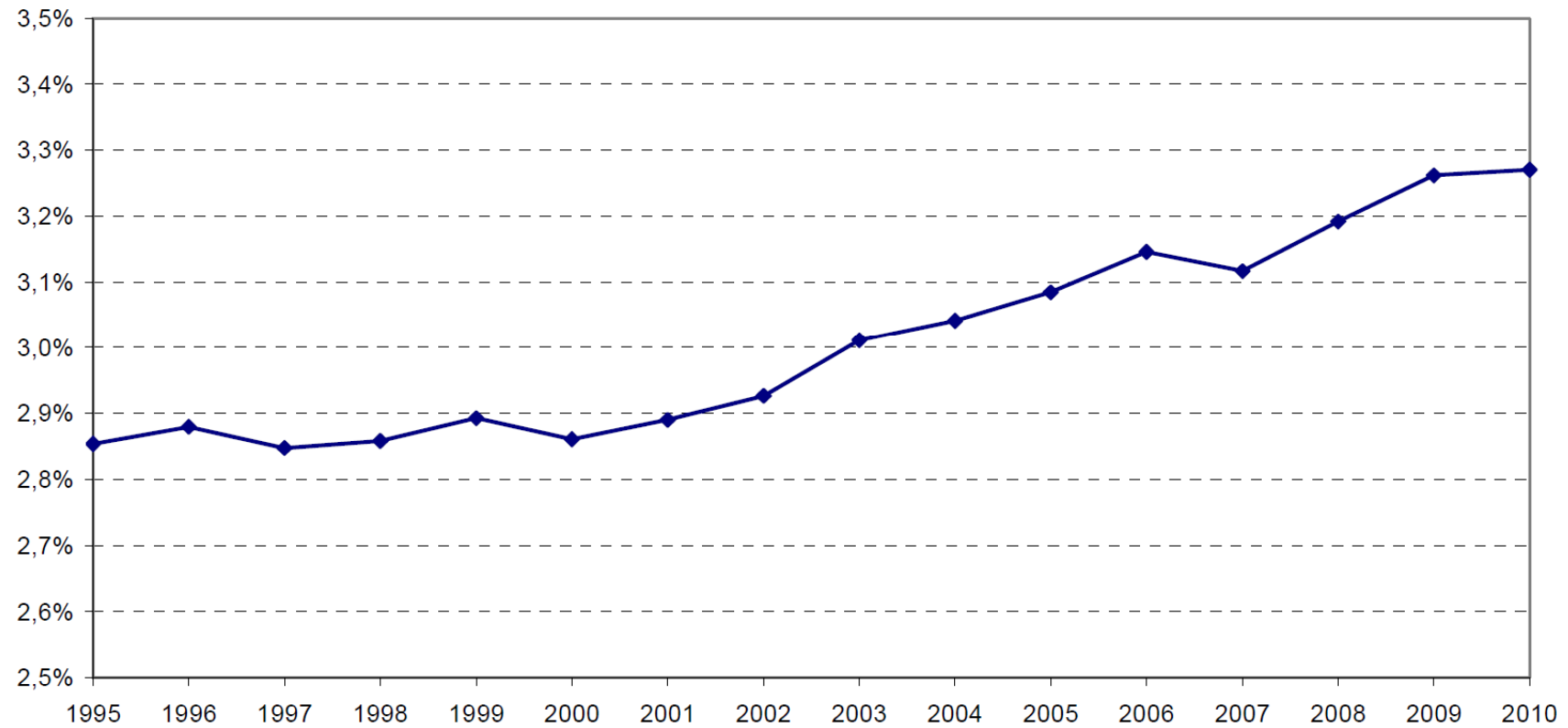
- soit ces remboursements sont regardés comme diminuant la dépense de santé : ils sont comptés « en négatif », au numérateur ;
- soit on considère qu'ils augmentent les ressources disponibles : ils sont alors comptés en plus des ressources, au dénominateur.

Il s'ensuit **un grand nombre de combinaisons possibles**, toutes valables sur un pur plan comptable.

Mesurer le taux d'effort : une approche macro

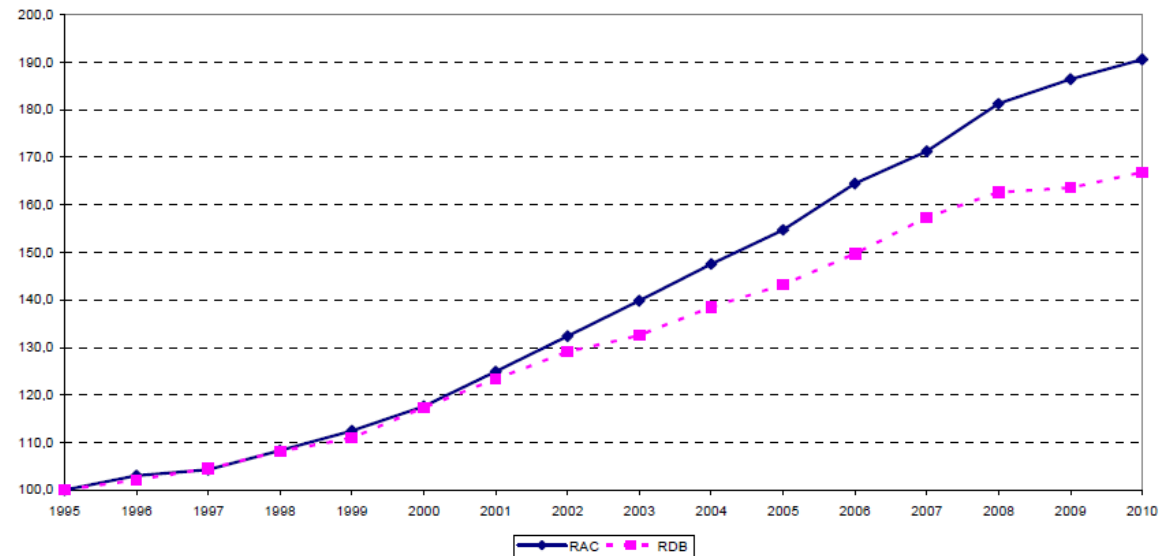
Taux d'effort : RAC après AMO/Revenu disponible brut

Source comptabilité nationale, champ : tous ménages France entière



Mesurer le taux d'effort : une approche macro

Evolution du RAC moyen après AMO et du RDB moyen (base 100 en 1995)



Ces données globales sont utiles comme cadrage d'ensemble et pour suivre les évolutions dans le temps. Mais elles ne disent rien pour le suivi de l'objectif d'accessibilité financière pour les bas revenus. Ces informations doivent impérativement être complétées par des données détaillées par niveau de vie.



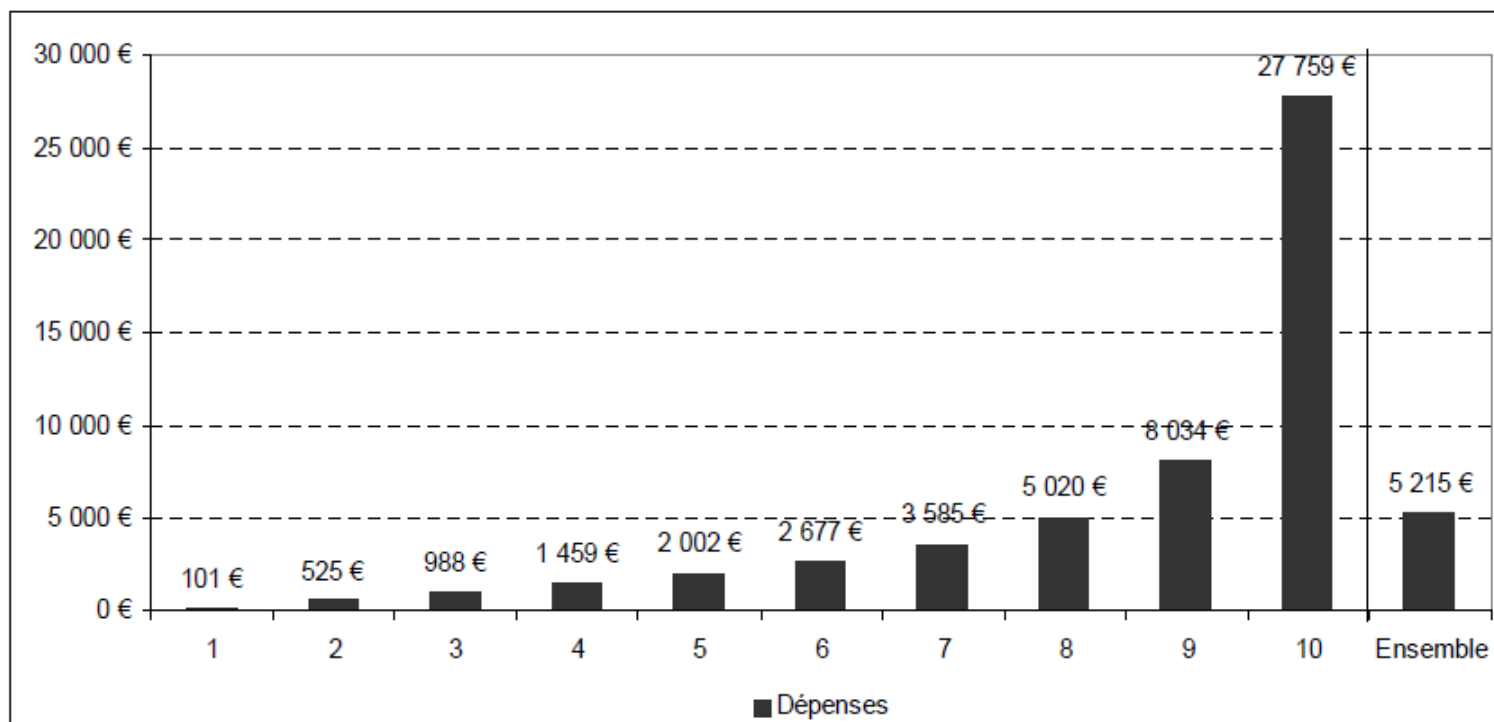
Mesurer le taux d'effort : une approche micro

Pour pallier au manque de données observées, **la DREES a construit un modèle, INES-OMAR, qui simule les situations individuelles d'un échantillon représentatif de ménages.**

Pour chaque ménage, sont ainsi estimés leurs dépenses de santé, leurs remboursements par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, leurs revenus et les cotisations qu'ils versent (publiques et privées).

Cette modélisation micro-économique permet d'analyser les différentes mutualisations à l'œuvre dans le système de santé, selon plusieurs critères et notamment le niveau de vie des ménages.

Indépendamment du revenu, une dispersion des dépenses de santé très élevée

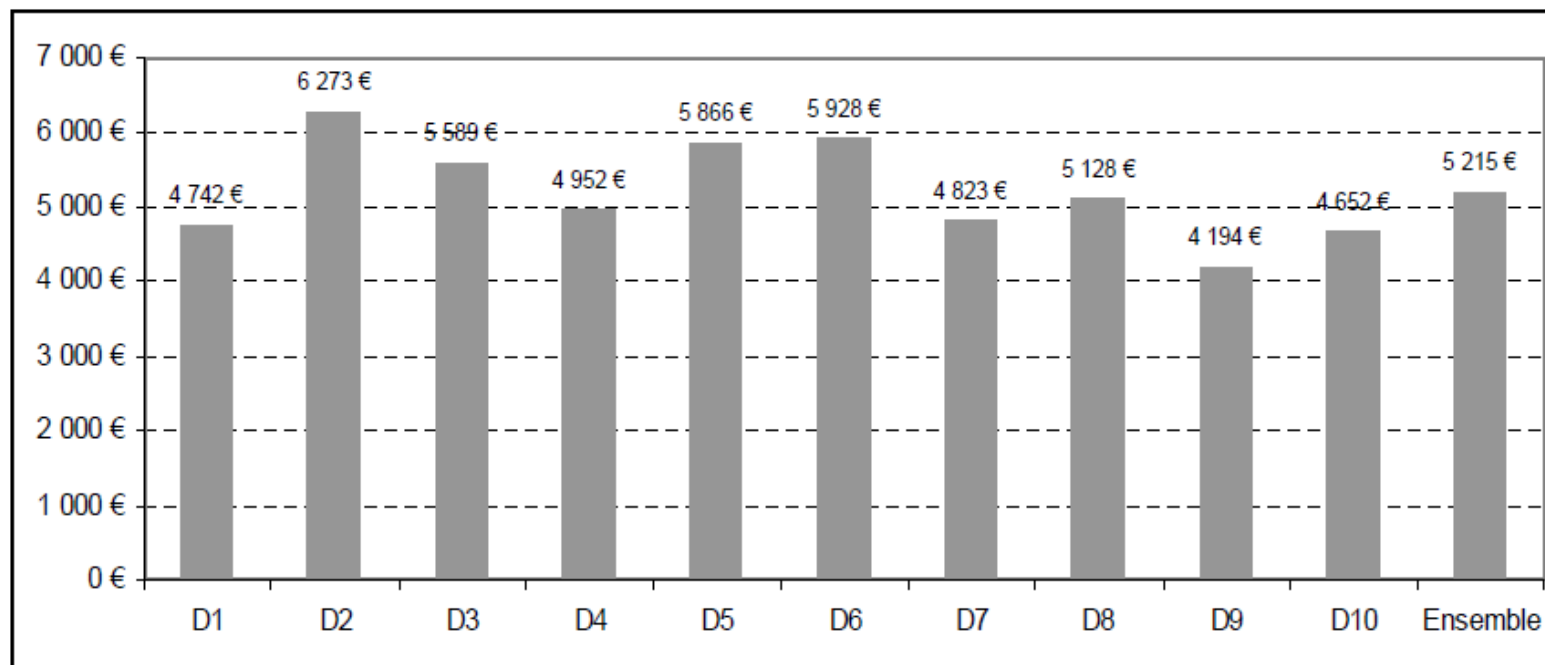


Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : les 10% des ménages ayant les dépenses de santé les plus élevées (D10) dépensent en moyenne sur un an 27 759 euros.

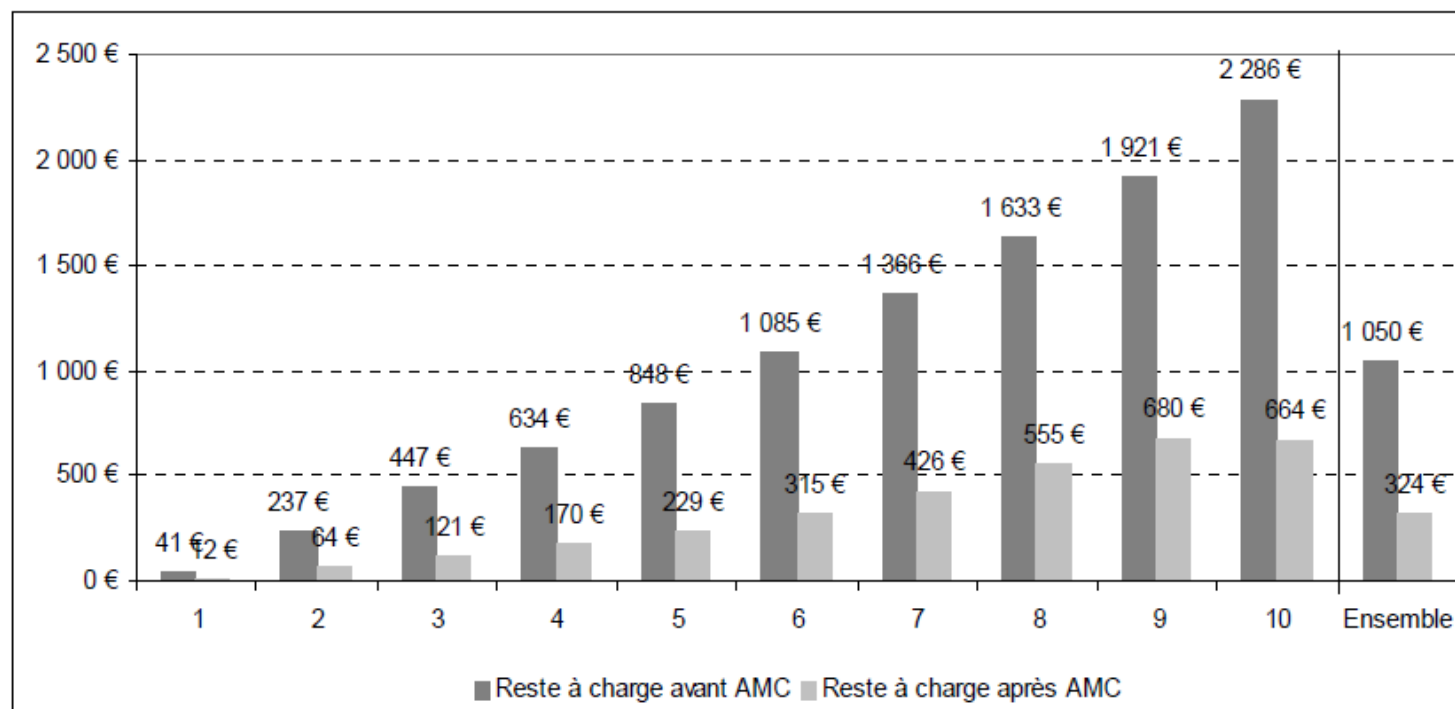
Des dépenses assez similaires selon le niveau de revenus du ménage



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie ; dépenses individualisables seulement.

En moyenne, une forte solvabilisation par l'AMO et AMC



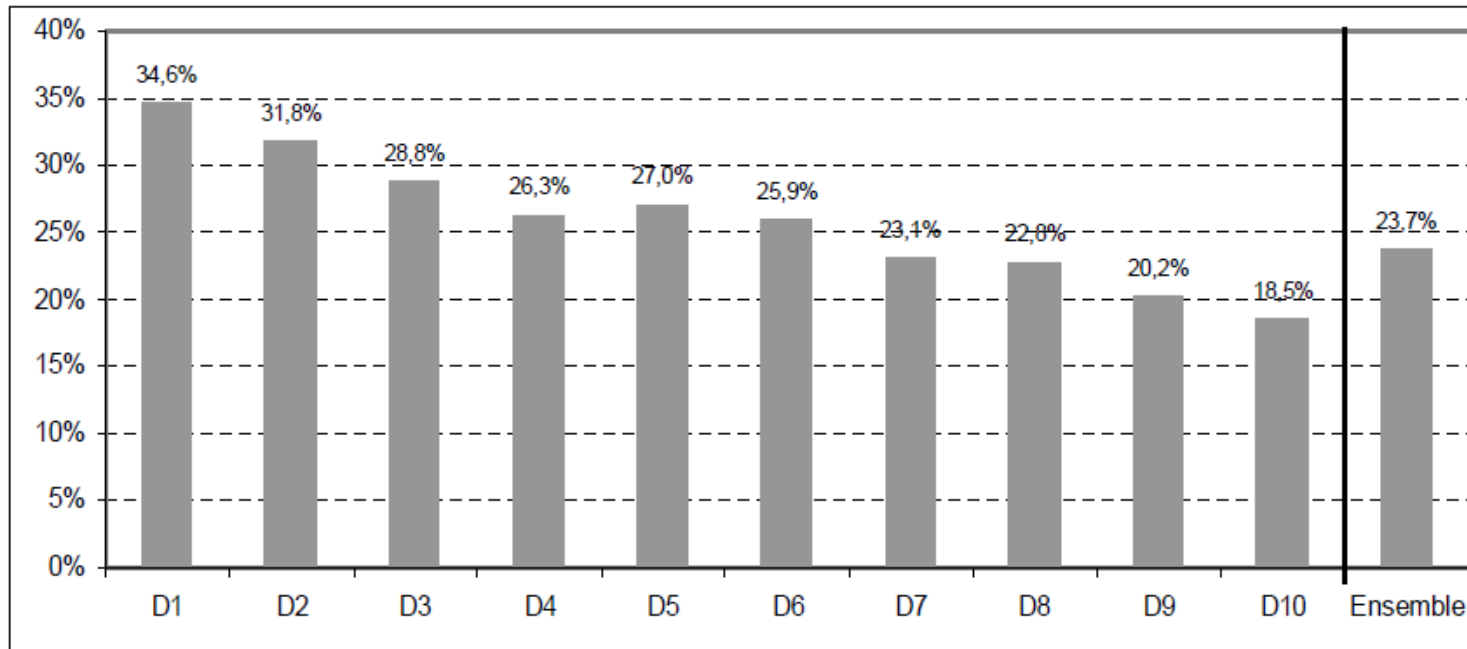
Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : les 10% des ménages ayant les dépenses de santé les plus élevées (D10) ont un reste à charge avant AMC de 2 286 euros en moyenne par an et un reste à charge après AMC de 664 euros.

Mesurer le taux d'effort : une approche micro

Taux d'effort brut par décile de niveau de vie



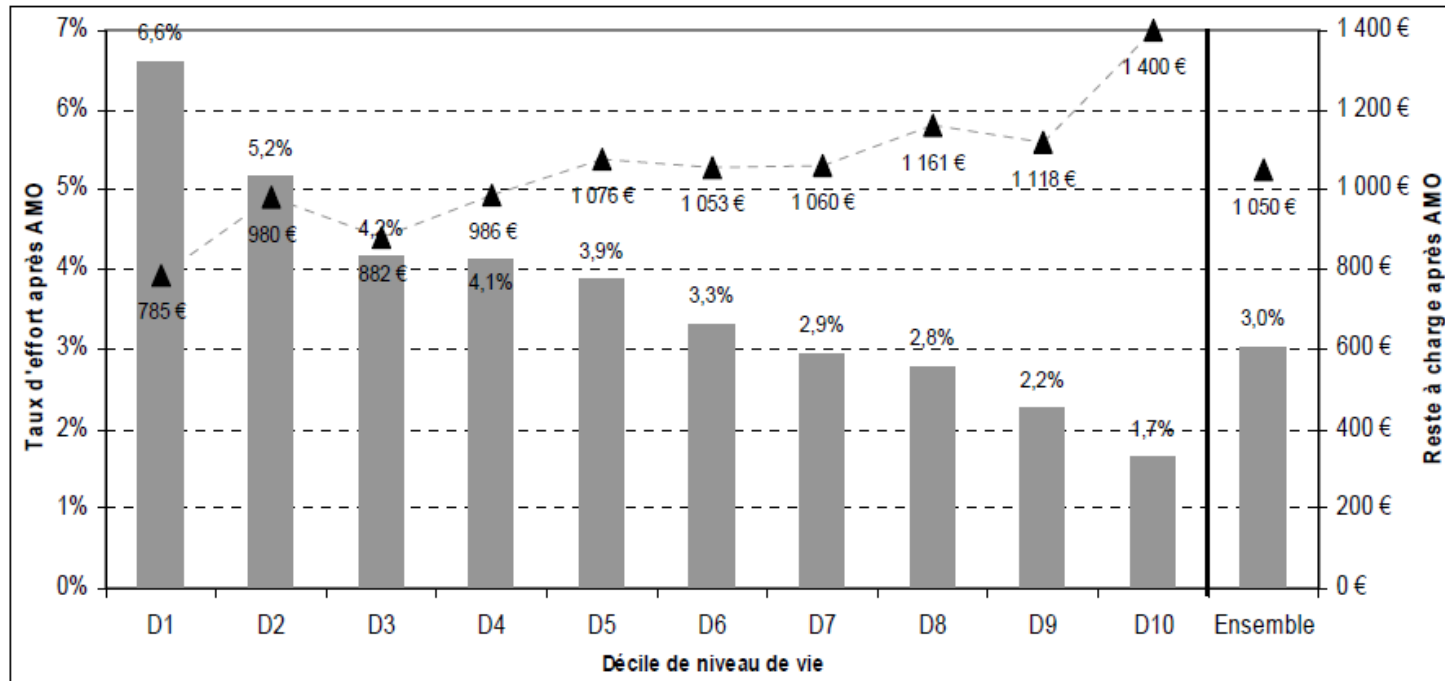
Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008.

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

$$\text{Taux d'effort brut} = \frac{\text{Dépenses de santé} + \text{Cotisations patronales} + \text{CSG revenus et patrimoine} + \text{Primes totales} - \text{ACS}}{\text{Revenu disponible augmenté des contributions AMO} + \text{Remboursements AMO} + \text{Remboursements AMC}}$$

Mesurer le taux d'effort : une approche micro



Taux d'effort après AMO par décile de niveau de vie

Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008.

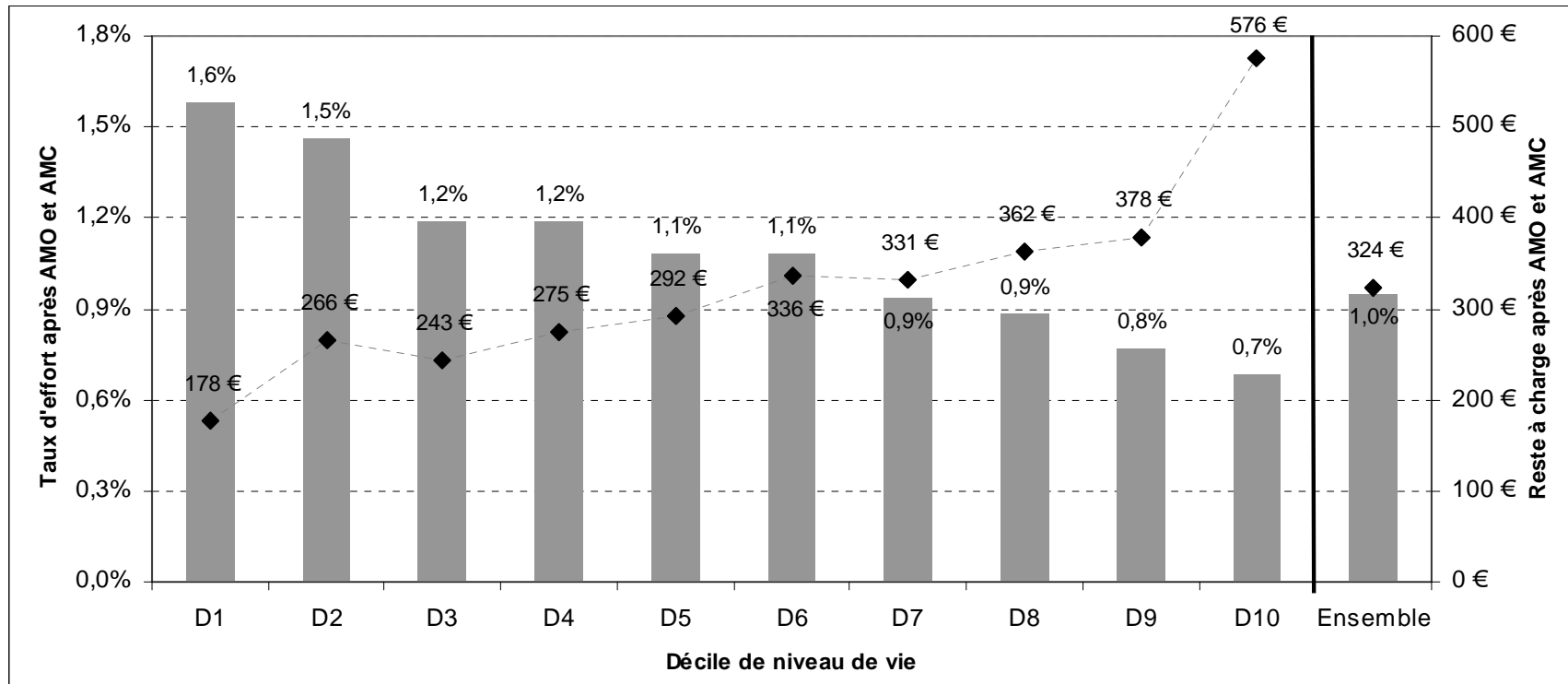
Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

$$\text{Taux d'effort après AMO} = \frac{\text{Dépenses de santé} - \text{Remboursements AMO}}{\text{Revenu disponible} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes totales} + \text{ACS}}$$

Mesurer le taux d'effort : une approche micro

Taux d'effort après AMO et AMC par décile de niveau de vie

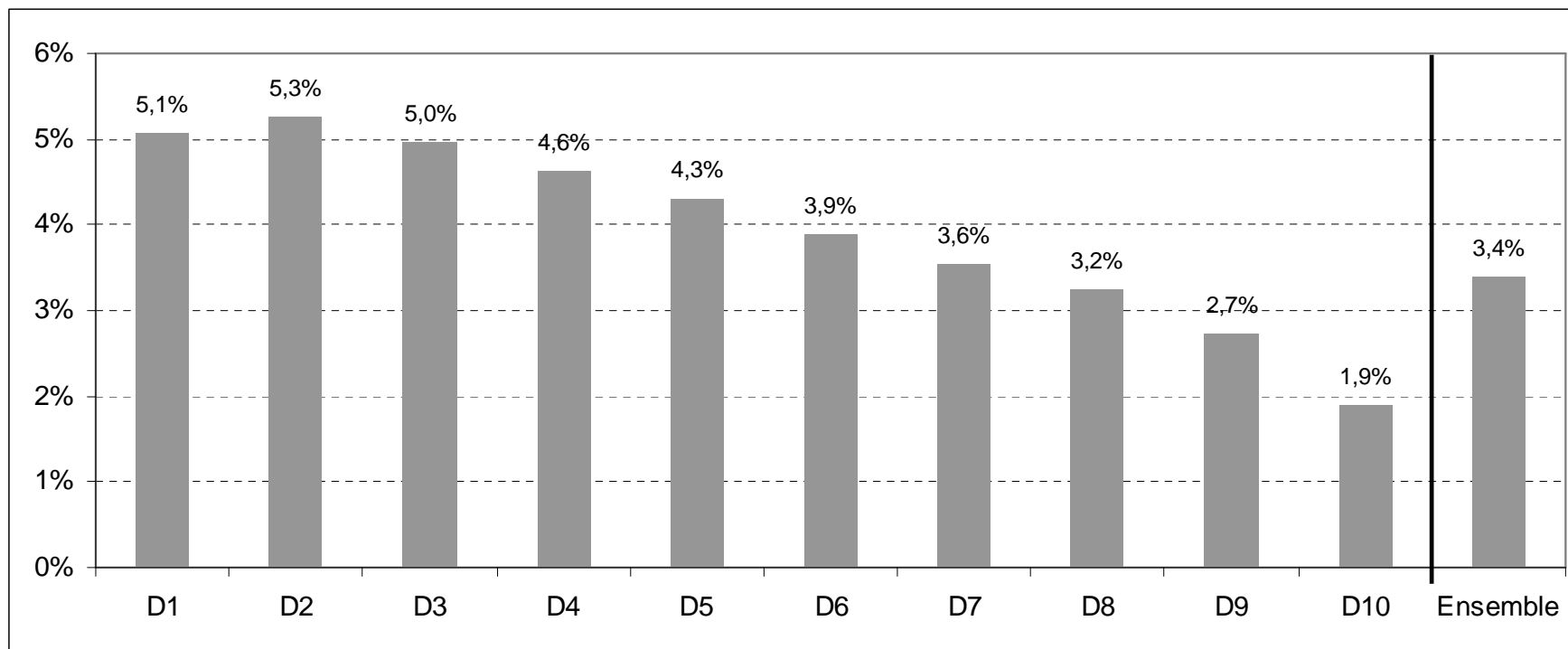


$$\text{Taux deffort après AMO et AMC} = \frac{\text{Reste à charge après AMO et AMC}}{\text{Revenu disponible} - \text{Primes totales} + \text{ACS}}$$



Mesurer le taux d'effort : une approche micro

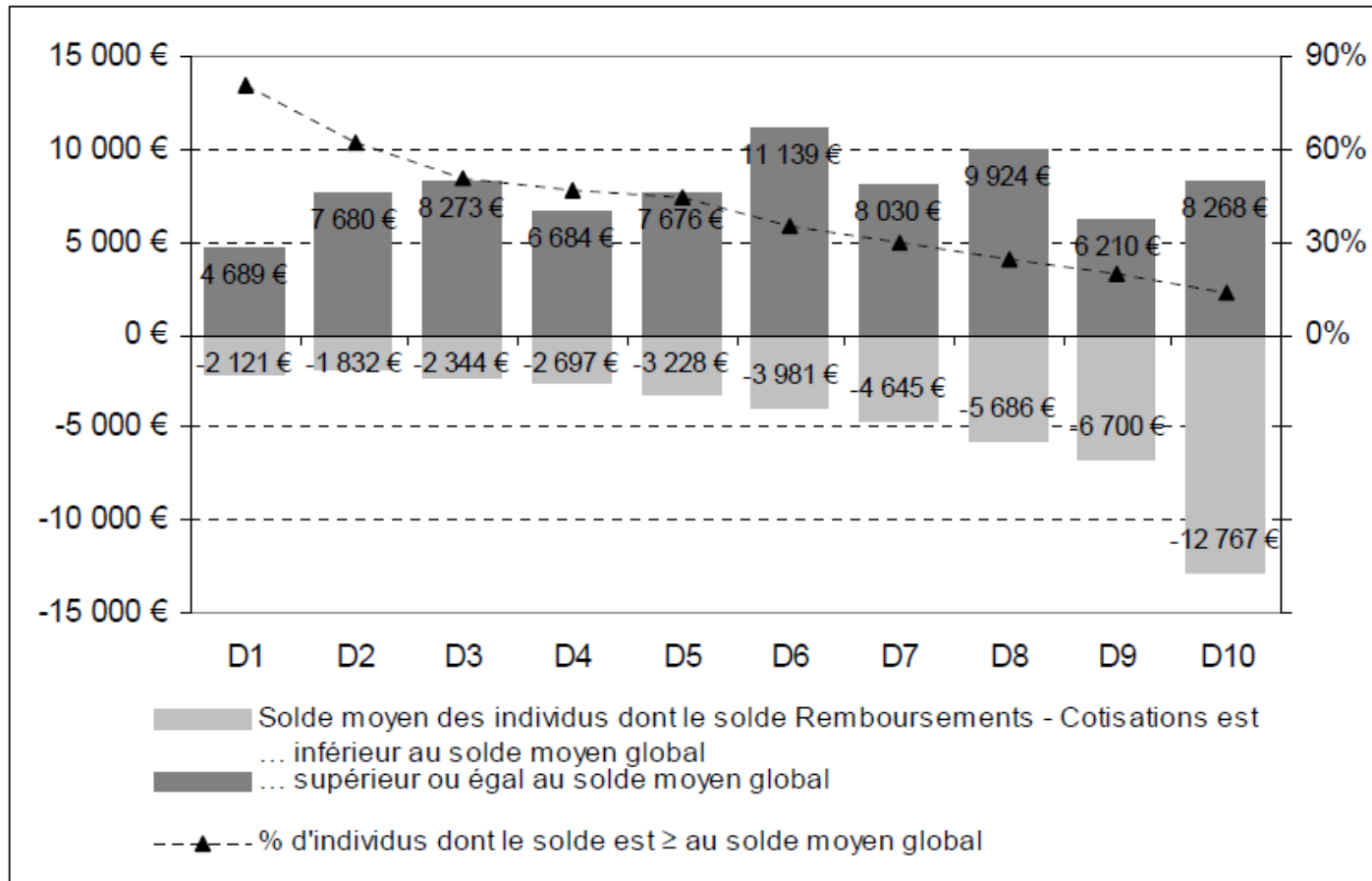
Taux d'effort après AMO et AMC + coût de la complémentaire

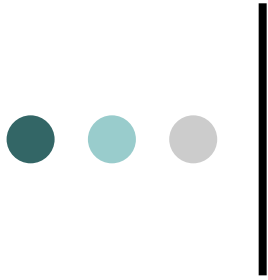


$$\text{Taux d'effort des dépenses volontaires} = \frac{\text{Reste à charge après AMO et AMC} + \text{Primes totales} - \text{ACS}}{\text{Revenu disponible}}$$

Mesurer le taux d'effort : une approche micro

Solde moyen par décile de niveau de vie, selon que le ménage est « bénéficiaire » ou non





- Le taux d'effort est plus élevé quand le niveau de vie est faible. Cette situation provient avant tout de la distribution des revenus, plus dispersée que celle des dépenses de santé et donc des remboursements.

-Malgré ce « profil », une importante redistribution verticale au profit des ménages les plus pauvres est opérée essentiellement par le biais des prélèvements affectés à l'assurance maladie. La contribution nette au système de santé est ainsi en moyenne négative sur les bas revenus et positive en moyenne sur les hauts revenus.

- Au sein de chaque décile de niveau de vie, le taux d'effort moyen recouvre une importante redistribution horizontale, au profit des ménages les plus touchés par la maladie, essentiellement opérée par les remboursements de l'AMO. Il y a donc, au sein de chaque tranche de niveau de vie, une grande dispersion des taux d'effort et une grande diversité de contributions nettes.



Partie 2 : L'accessibilité financière des soins et la question des restes à charge

2-4 Les renoncements aux soins pour raisons financières

Un renoncement assez limité

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008 en points	2009/2004 en points
Union- Européenne		6,5	4,8	5,4	4,5	4,2	-0,3	-2,3
Belgique	2,5	2,5	1,6	1,4	1,5	1,5	0,0	-1,0
Allemagne	15,4	15,4	8,6	6,3	4,5	4,1	-0,4	-11,3
Espagne	0,8	0,8	0,4	0,0	0,2	0,4	0,2	-0,4
France	3,6	3,6	4,0	3,3	3,6	4,2	0,6	0,6
Italie	8,0	8,0	7,1	7,0	9,0	8,5	-0,5	0,5
Pays-Bas	0,3	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	0,1	-0,2
Suède	0,9	0,9	1,9	0,8	1,8	1,2	-0,6	0,3
Royaume-Uni	0,2	0,2	0,1	0,0		0,1		-0,1

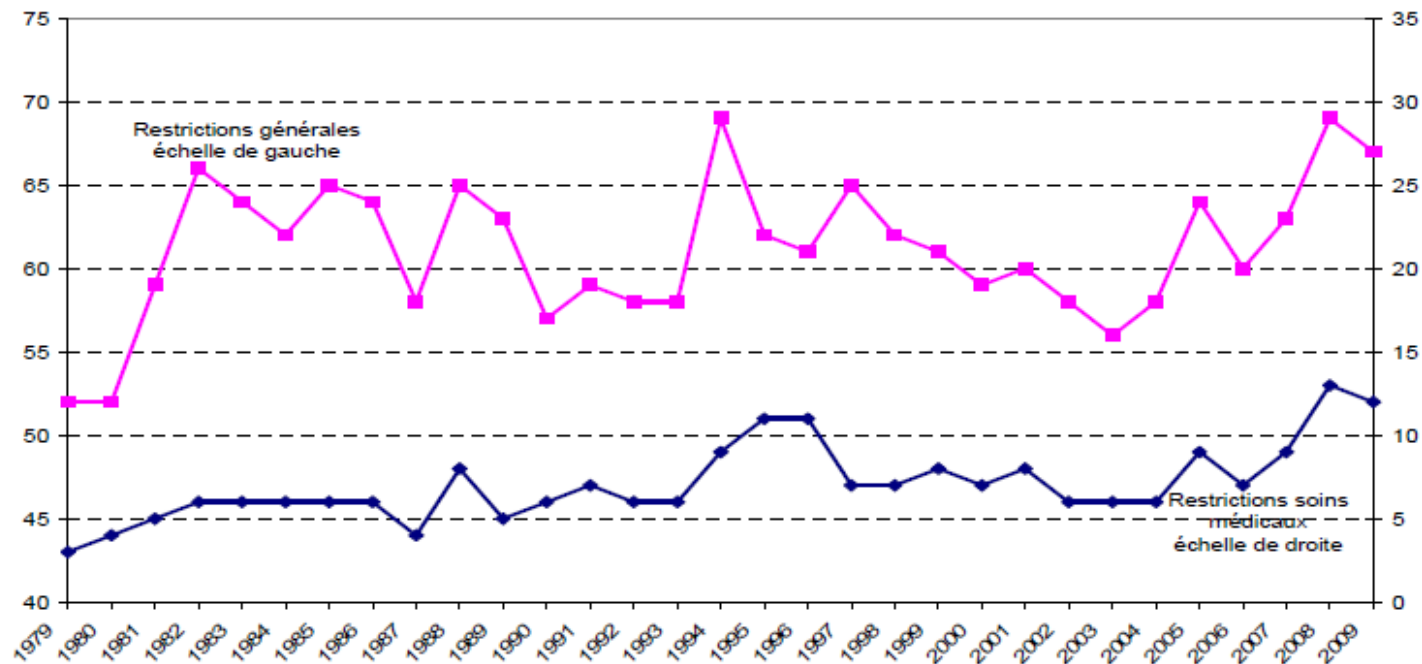
Source : Enquête SILC-SRCV, Eurostat, 2011

Sur la période 2004-2009, le taux de renoncement à consulter un médecin dans le premier quintile de revenu a augmenté de 0,6 point en France mais il reste néanmoins bas et ne concerne toujours que moins de 5% des 20% des Français les moins riches



Un renoncement corrélé au cycle économique

Proportion d'individus « déclarant s'imposer régulièrement des restrictions sur certains postes de leurs budgets » (courbe rose – échelle de gauche) et « sur les soins médicaux » (courbe bleue - échelle de droite)

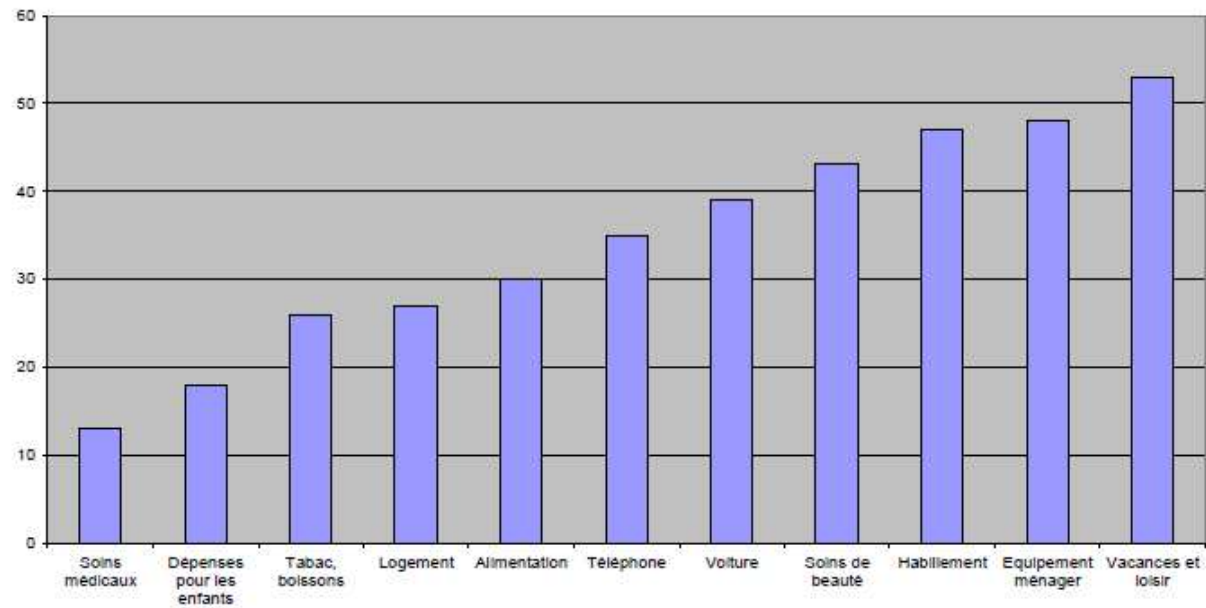


Source : Crédoc, département Conditions de vie et aspirations, janvier 2010, retraitement HCAAM.



Les soins médicaux est le poste le moins touché par les renoncements

Proportion d'individus « déclarant s'imposer régulièrement des restrictions sur les postes suivants : » (en %)



Source : Crédoc, département Conditions de vie et aspirations, janvier 2010



Conclusion

Le secrétariat général du HCAAM poursuivra son effort d'analyse, en étendant ses indicateurs à d'autres soins tels que SSR et Psychiatrie. Il construira avec l'aide de la CNAMTS des indicateurs de reste à charge cumulés sur plusieurs années (récurrence des RAC).

Un travail exploratoire est en cours sur le sujets du lien entre les inégalités sociales de santé, le recours aux soins et leur financement par l'assurance maladie