

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/218-restes-a-charge-publics-en-ville-et-a-l-hopital.pdf>

Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis

Marc Perronnin (Irdes)

Le système public d'Assurance maladie obligatoire français se caractérise par des restes à charge sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près d'un quart de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015 (Beffy *et al.*, 2016). Ces restes à charge publics sont payés par une assurance maladie complémentaire privée ou par les ménages. Ils sont composés d'une superposition de participations financières introduites au fil du temps : tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires... Ces participations financières varient en fonction du type de soins consommés, peuvent être élevées et constituer un frein à l'accès aux soins des plus démunis.

Dans cette étude, chaque participation financière est étudiée selon sa contribution aux inégalités de restes à charge en fonction du revenu et en distinguant soins de ville et soins hospitaliers de court séjour. Les participations financières à l'hôpital, ticket modérateur et forfait journalier, apparaissent les plus inéquitables. Elles sont en général prises en charge intégralement par les assurances complémentaires, mais 5 % de personnes restent non couvertes par une telle assurance et donc exposées à l'intégralité des restes à charge.

En France, plus de trois quarts des dépenses de santé sont financés par la Sécurité sociale. Les dépenses qu'elle ne prend pas en charge sont appelées ici « restes à charge publics » et sont payées soit directement par les ménages, soit indirectement *via* une assurance complémentaire. La distribution des restes à charge publics dans la population varie selon le niveau et la nature de la consommation de soins ainsi qu'en fonction du revenu. Ces restes à charge publics pèsent d'autant plus sur le budget des ménages que leurs ressources sont faibles. L'objectif de

cette étude est d'identifier, pour les principales catégories de restes à charge, leur impact en termes d'équité sur le revenu des ménages.

Système de remboursement des soins et participation financière des assurés

Les remboursements de la Sécurité sociale dépendent du type de soins consommés. En proportion de la dépense, ils sont

plus élevés à l'hôpital qu'en ville, et au sein des soins de ville, ils sont plus élevés pour certains postes de dépenses à tarifs réglementés (consultations en secteur 1, analyses biologiques, radiologie, soins paramédicaux...) que pour les postes de soins à honoraires libres (consultations de médecins en secteur 2, soins prothétiques, lunettes...). Pour certains soins particulièrement coûteux, comme par exemple les médicaments à service médical rendu élevé, le taux de remboursement de la Sécurité sociale est de 100 % afin de favoriser

REPÈRES

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une réponse à un appel d'offre de la Direction générale de la santé (DGS) du Ministère en charge de la Santé et des Affaires sociales intitulé : « Distribution, évolution et déterminants des restes à charge en France ». Il a bénéficié du soutien de cette direction.

l'accès aux soins. À l'hôpital, si le financement de la Sécurité sociale dépasse les 90 %, des participations financières comme le forfait journalier ou le ticket modérateur hospitalier peuvent représenter des sommes importantes, notamment pour le cinquième des patients hospitalisés qui, parce qu'ils n'ont pas bénéficié d'actes techniques lourds lors de leur hospitalisation, ne sont pas exonérés du ticket modérateur hospitalier. Le taux de remboursement peut aussi dépendre du statut médical de la personne qui reçoit les soins. Ainsi, le système d'exonération du ticket modérateur pour une Affection de longue durée (ALD) permet aux patients souffrant de maladies chroniques d'être mieux remboursés, ce qui favorise leur accès aux soins.

Les différents types de participations financières ont été introduits progressivement. À la création de la Sécurité sociale, le ticket modérateur était le seul type de participation financière qui incombait au patient. Les autres types de restes à charge ont été introduits à partir des années 1980 en raison de la dégradation progressive des comptes de la Sécurité sociale : le forfait journalier en 1983, en 2004, puis en 2008, les participations forfaitaires et les franchises sur les actes ambulatoires et, en 2006, la participation forfaitaire de 18 € sur les séjours hospitaliers lourds¹. Les dépassements d'honoraires se sont développés avec la création du secteur 2 en 1980.

Au total, ces restes à charge publics, composés d'une superposition de participations financières introduites au fil du temps et dans des logiques différentes (tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires...), peuvent représenter des sommes élevées pour des personnes ayant des besoins de soins importants, et constituer un frein à l'accès aux soins des individus disposant de ressources modestes.

Ces restes à charge publics, qui représentent donc près d'un quart des dépenses de santé, sont payés soit par une assurance maladie complémentaire privée (Assurance maladie complémentaire, 13,3 % des dépenses en 2015), soit directement par les ménages (8,4 % en 2015). 95 % des Français bénéficient en effet d'une assurance maladie complémentaire, et depuis quinze ans, les différentes réformes de l'Assurance maladie complémentaire (Couverture maladie universelle - complémentaire (CMU-C), contrats responsables, Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), généralisation de la complémentaire d'entreprise...) renforcent son rôle dans l'accès aux soins. Toutefois, les cotisations de l'Assurance maladie obligatoire, qui dépendent du revenu, et de l'Assurance maladie complémentaire, qui dépendent généralement de l'âge, obéissent à des logiques différentes. Ainsi, étudier les restes à charge publics, après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire mais avant remboursement de l'Assurance maladie complémentaire, permet d'apporter un éclairage intéressant sur les dépenses de soins qui échappent au financement solidaire de l'Assurance maladie obligatoire.

Enseignements de la littérature concernant les restes à charge

Ces dernières années, de nombreux travaux ont étudié la distribution des restes à charge publics (Hcaam, 2014a ; Lagasnerie *et al.*, 2015) permettant d'établir des constats :

- Les restes à charge sont inégalement répartis dans la population. Les personnes qui font face aux dépenses de santé les plus élevées, y compris lorsqu'elles sont exonérées du ticket modérateur en raison d'une Affection de longue durée (ALD), subissent généralement des restes à charge élevés.
- La distribution des restes à charge est cependant moins concentrée que celle des dépenses. Les 5 % de la population qui consomment le plus concentrent à eux seuls environ la moitié des dépenses de santé, alors que les 5 % qui font face aux restes à charge publics les plus élevés concentrent « seulement » 28 % des restes à charge. En effet, le système de

prise en charge rembourse mieux les dépenses importantes grâce aux différents mécanismes d'exonération : 16 % de la population est en ALD, 8 séjours hospitaliers sur 10 sont exonérés du ticket modérateur, les médicaments hospitaliers et les médicaments de ville les plus chers, représentant un cinquième du marché, sont remboursés à 100 %.

- Cette concentration des restes à charge est encore atténuée sur plusieurs années, des restes à charge élevés ne se répétant pas tous les ans pour une même personne. Ainsi, sur une période de six ans (2008-2013), les 5 % de la population qui subissent les restes à charge cumulés les plus élevés supportent 20 % du montant total des restes à charge cumulés.
- Les principaux postes de dépenses générant des restes à charge publics élevés sont les soins prothétiques, pour lesquels les tarifs de marché sont très au-dessus des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale, les médicaments, avec des restes à charge récurrents d'année en année, et les soins hospitaliers, avec des tickets modérateurs élevés dans le public et des dépassements d'honoraires dans le secteur privé.
- Malgré un taux de remboursement moyen élevé, supérieur à 90 %, les soins hospitaliers génèrent à eux seuls un risque de reste à charge élevé très important, en raison de règles d'exonération conduisant à concentrer la majorité des participations financières sur les séjours hospitaliers publics sans actes coûteux². Ainsi, au sein de la population hospitalisée au moins une fois sur une période de six ans, 53 % des restes à charge cumulés sont concentrés sur 10 % des patients, ces derniers n'ayant cependant pas occasionné les dépenses hospitalières les plus élevées sur la période. Ces restes à charge cumulés sur six ans sont doublés pour les personnes ayant connu au moins une hospitalisation sur la période, par rapport à ceux n'ayant

¹ 18 € pour les actes de chirurgie coûtant plus de 91 €.

² Les règles de participation financières sont complexes et détaillées dans l'annexe 1 du rapport 2013 du Hcaam. En particulier, des modalités de calcul différentes du ticket modérateur entre les hôpitaux publics, où il dépend de la durée de séjour et du tarif journalier de prestation, et les cliniques privées, où il dépend du tarif national du Groupe homogène de séjour (GHS), conduisent les patients à supporter un risque de reste à charge élevé plus important dans le public que dans le privé pour les séjours non exonérés du ticket modérateur.

pas été hospitalisés. Une année donnée, le risque de restes à charge hospitalier « catastrophique » n'est pas négligeable puisque 1 % des patients hospitalisés font face à un reste à charge hospitalier supérieur à 3 000 €.

Plusieurs travaux ont souligné que ces participations financières des assurés conduisaient à des taux d'effort variables selon le niveau de vie ou l'état de santé (Debrand et Sorasith, 2010 ; Geoffard et Lagasnerie, 2012). Ainsi, selon le tableau de bord du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), ces participations représentent une proportion du revenu moindre dans le dernier décile de niveau de vie (2 %) que dans le premier (7 %), malgré les mécanismes d'exonération protégeant les plus fragiles. En raison de la corrélation entre niveau de vie et état de santé, des mécanismes d'exonération liés à l'état de santé, comme l'exonération pour ALD, contribuent aussi à réduire les inégalités de recours aux soins (Dourgnon et Sorasith, 2013).

Des travaux publiés récemment (Franc et Pierre, 2015) ont dressé une typologie des assurés supportant les restes à charge les

plus élevés. Un premier profil concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques ; un second regroupe les individus plutôt précaires et hospitalisés dans un établissement public ; un troisième concerne majoritairement des actifs consommant des soins dentaires et un quatrième profil rassemble plutôt des seniors non hospitalisés. Dans la continuité de ces travaux, cette étude rapproche la distribution des restes à charge publics de celle des revenus des ménages afin de mesurer l'impact de chaque type de participation financière en termes d'équité. Parmi les différents types de restes à charge sont identifiés ceux qui pèsent le plus en termes de charge financière : les tickets modérateurs, les franchises hospitalières et ambulatoires ainsi que les participations forfaitaires ambulatoires, le forfait hospitalier, et les dépassements d'honoraires (de spécialistes essentiellement), les actes prothétiques dentaires, les actes en clinique ou certains matériels médicaux.

L'analyse est effectuée à partir des données 2010 de l'appariement de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) aux Données de consommation inter-régimes (DCIR) pour les dépenses ambulatoires

et au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les dépenses hospitalières en Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), ce qui permet de disposer d'informations non seulement sur les consommations de soins, mais aussi sur le statut socio-économique et l'état de santé (encadré Sources et Méthode).

Le reste à charge ambulatoire est croissant avec le niveau de vie, mais pas le reste à charge hospitalier

En 2010, le reste à charge annuel moyen des individus de l'échantillon ayant eu recours à des soins ambulatoires s'élève à 443 € par individu, soit 33 % de la dépense ambulatoire. Pour la moitié d'entre eux, il est inférieur à 255 €, pour un quart, il est supérieur à 586 € et pour 10 %, il est supérieur à 1 052 €. Parmi les 14 % des individus ayant connu au moins une hospitalisation en MCO, le reste à charge annuel moyen s'élève à 287 €, soit 9 % de la dépense hospitalière. Pour la moitié d'entre eux, le reste à charge est inférieur

SOURCES ET MÉTHODE

Source de données

Cette analyse s'appuie sur les données administratives des trois grands régimes d'Assurance maladie obligatoire (Régime général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Mutuelle sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI)) appariées avec l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2010. L'enquête ESPS, menée tous les deux ans, concerne en 2010 plus de 20 000 bénéficiaires de l'Assurance maladie, soit environ 8 000 ménages. Elle permet de disposer de données représentatives en population générale qui renseignent sur la situation socio-économique, l'état de santé, la protection sociale obligatoire et complémentaire, ainsi que le recours et le renoncement aux soins.

Les données de l'enquête ESPS sont appariées aux données de consommation médicales et hospitalières issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) :

- Le Datamart des consommations inter-régimes (DCIR) permet de disposer de l'historique des consommations de soins en ville et des caractéristiques de ces consommations : nature, date, lieu, dépense occasionnée, montants remboursés et restes à charge ventilés selon leur nature (ticket modérateur, dépassement, franchise).
- Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de disposer de l'historique des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), et des caractéristiques de ces séjours : informations médico-administratives (lieu, date, durée, mode d'entrée et de sortie, diagnostic principal motivant le séjour, Groupe homogène de malades-GHM) ainsi que la dépense liée au séjour, le reste à charge et le montant occasionné par les dépassements d'honoraires et les franchises hospitalières.

L'appariement des données de l'enquête ESPS avec celles de l'Assurance maladie permet de disposer d'un échantillon de 12 596 individus pour lesquels des données d'enquête et de consommations médicales sont disponibles. Parmi eux, ont été retirés les individus pour lesquels le fait d'être couverts ou non par une complémentaire santé ou le statut d'activité sont inconnus, soit 12 488 individus, dont 11 860 ont consommé au moins une fois des soins ambulatoires et 1 860 des soins hospitaliers en MCO.

Le reste à charge annuel en ambulatoire ainsi que ses composantes sont directement connus par le biais des données de l'Assurance maladie. Les restes à charge hospitaliers sont également renseignés, de même que les dépassements d'honoraires sur ce poste, les forfaits journaliers et la franchise de 18 €. Le ticket modérateur est calculé en soustrayant au reste à charge le dépassement, la participation de 18 € et le forfait hospitalier. L'activité libérale en établissement public et les paiements pour chambres particulières ne figurent pas dans la base. En revanche, les dépassements d'honoraires liés à un séjour hospitalier dans une clinique sont bien rattachés au séjour et contribuent au reste à charge hospitalier.

En 2010, selon l'échantillon, les restes à charge ambulatoires sont constitués pour moitié des tickets modérateurs, pour 44 % de dépassements d'honoraires et pour 6 % de participations forfaitaires et des franchises médicales, résultats proches de ceux issus des bases de données nationales. En MCO, la part des tickets modérateurs au sein des restes à charge s'établit à 41 %, celle des forfaits journaliers à 31 %, celle des dépassements à 24 % et la part correspondant à la franchise médicale de 18 € s'élevait à 4 %. La part des tickets modérateurs en MCO est un peu moins importante que celle évaluée dans le rapport 2013 du Hcaam.

L'indice de Kakwani mesure l'équité de la distribution des restes à charge dans la population

L'indice de Kakwani calculé ici est la différence entre l'indice de Gini de la distribution des restes à charge et l'indice de Gini de la distribution des revenus. L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...) qui varie entre 0 et 1. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. L'indice de Kakwani, pour sa part, permet de mesurer l'équité de la distribution des restes à charge dans la population. Il prend ses valeurs entre -1 et +1. Les restes à charge pesant proportionnellement plus sur le budget des plus pauvres, l'indice de Kakwani des restes à charge est quasiment toujours négatif, quel que soit le type de reste à charge. Plus l'indice de Kakwani se rapproche de -1, plus le reste à charge apparaît inéquitable. Inversement, plus l'indice de Kakwani se rapproche de zéro, plus il semble équitable*. Tous les calculs sont expliqués dans l'article fondateur de Wagstaff A. et Van Doorslaer E. (1992).

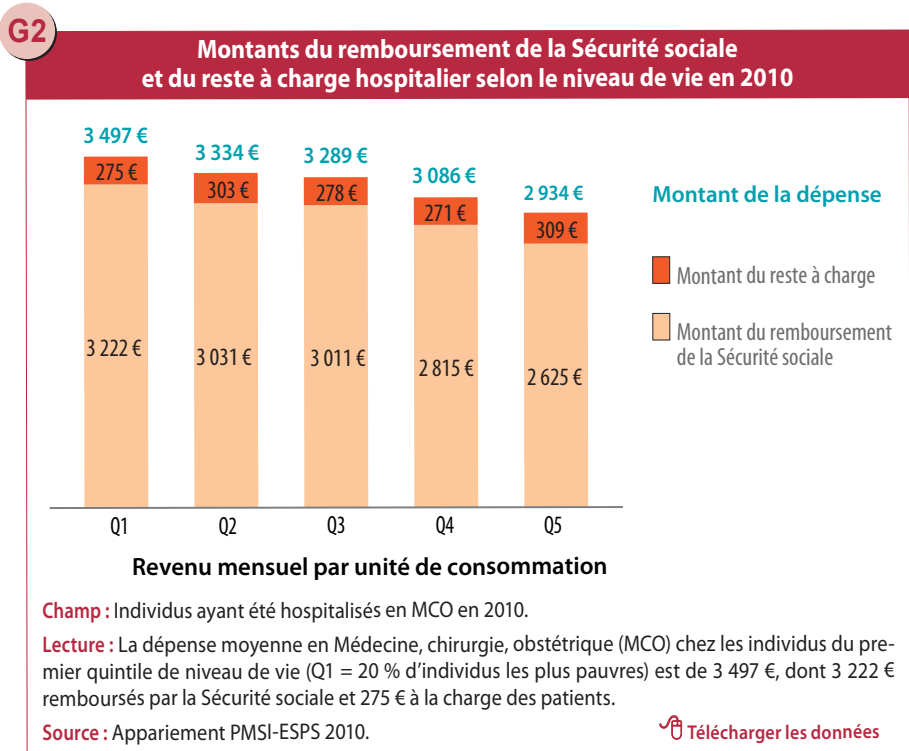
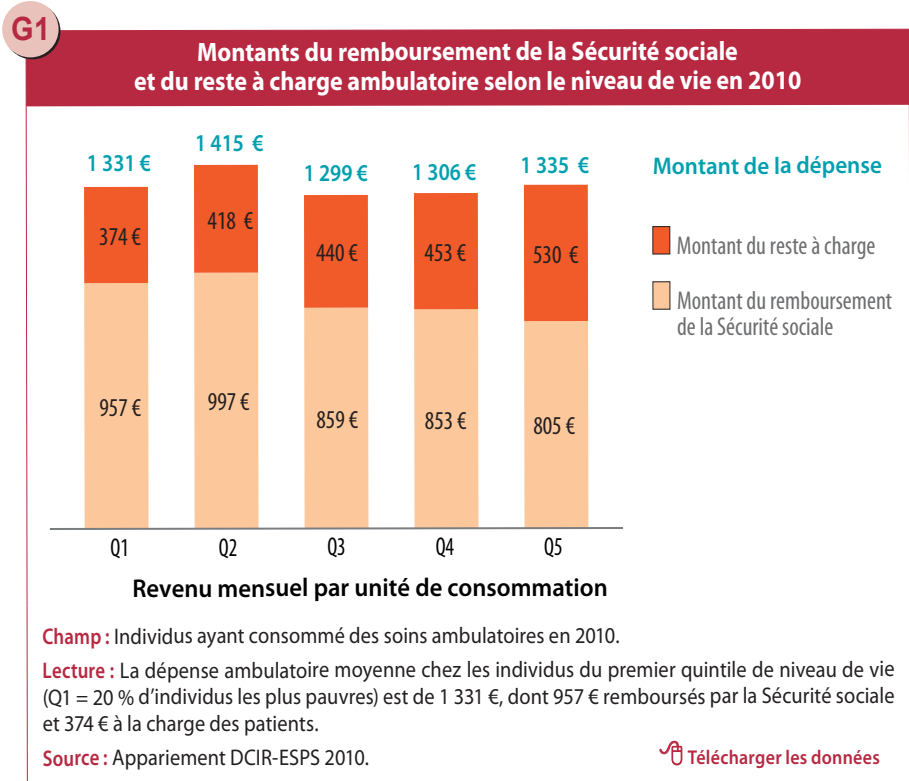
à 119 €, pour un quart, il est supérieur à 294 € et pour 10 % il dépasse 759 €.

À la différence de la dépense ambulatoire qui varie peu selon le niveau de vie (entre 1 299 € et 1 415 € selon les quintiles de revenu par unité de consommation), les restes à charge augmentent, passant de 374 € en moyenne chez les 20 % d'individus les plus pauvres à 530 € chez les 20 % les plus riches (graphique 1). Les plus aisés ont un meilleur accès à des compléments santé prenant en charge les dépassements d'honoraires et, à niveau de couverture identique, ils ont une plus grande capacité à faire face à des restes à charge élevés après remboursements par une assurance complémentaire. Enfin, lorsqu'ils soignent des bénéficiaires de la CMU-C, les médecins sont tenus d'appliquer le tarif conventionnel et les opticiens et dentistes de se limiter à une grille tarifaire.

À l'hôpital (MCO), la dépense décroît lorsque le niveau de vie augmente, passant de 3 497 € pour les individus du premier quintile de niveau de vie à 2 934 € pour ceux du dernier quintile (graphique 2). Ce gradient négatif peut s'expliquer par des différences de composition démographique et d'état de santé selon le milieu social. En revanche, le reste à charge ne varie que très peu – de 275 à 309 € – selon les quintiles de revenu par unité de consommation.

La composition des restes à charge, en ville comme à l'hôpital, est dépendante du niveau de vie

La composition des restes à charge ambulatoires dépend du milieu social du fait du poids des dépassements d'honoraires. En effet, les montants des tickets modérateurs, d'une moyenne de 220 €, restent constants quel que soit le quintile de niveau de vie. De même, les montants des participations forfaitaires et franchises médicales sont peu dépendants du revenu (de 22 € pour les 20 % les plus pauvres à 26 € ou 27 € pour les autres quintiles de niveaux de vie) [graphique 3]. En revanche, les montants des dépassements d'honoraires croissent régulièrement avec le niveau de vie. Ils passent de 133 € pour les individus du premier quintile de niveau de vie

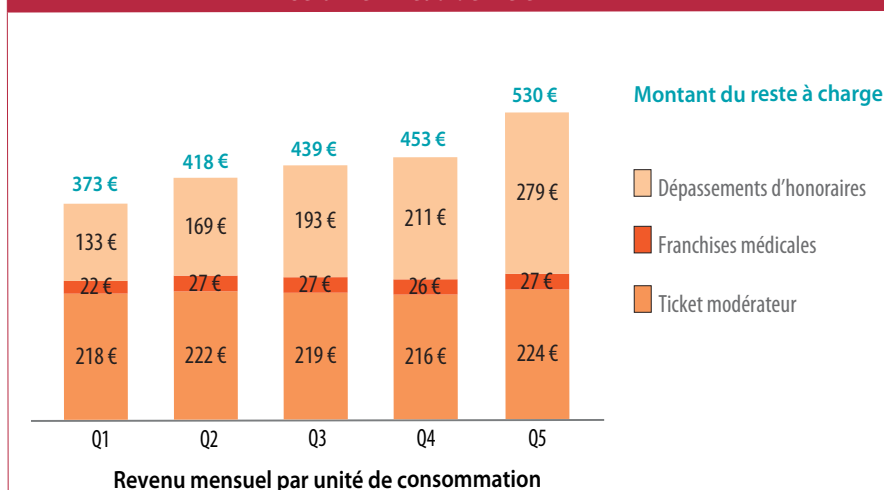


à 279 € pour ceux du cinquième quintile, soit un doublement. Ils représentent ainsi 53 % du reste à charge des individus les plus riches (contre 42 % pour le ticket modérateur) contre 36 % du reste à charge des individus les plus modestes (contre 58 % pour le ticket modérateur).

La composition des restes à charge hospitaliers en MCO est également fortement

dépendante du milieu social, les montants des tickets modérateurs et des forfaits journaliers hospitaliers baissent en effet lorsque le niveau de ressources s'accroît : le montant des tickets modérateurs vaut ainsi en moyenne 128 € et 142 € pour les individus des premier et deuxième quintiles de revenu contre respectivement 93 €, 110 € et 106 € pour les troisième, quatrième et cinquième quintiles de

G3

Composition des restes à charge ambulatoires selon le niveau de vie en 2010


Champ : Individus ayant consommé des soins ambulatoires en 2010.

Lecture : Le reste à charge ambulatoire moyen chez les individus du premier quintile de niveau de vie (Q1 = 20 % d'individus les plus pauvres) est égal à 373 € dont 218 € de ticket modérateur, 22 € de participations forfaitaires et franchises médicales et 133 € de dépassements d'honoraires.

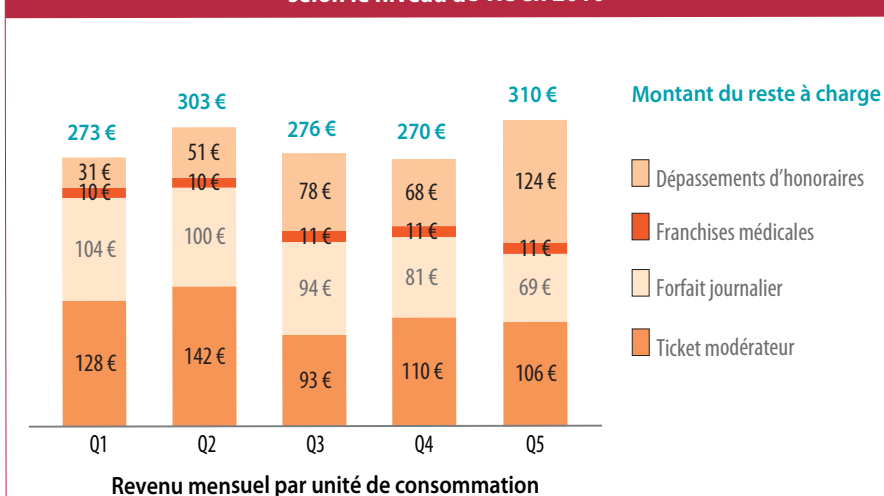
Source : Appariement DCIR-ESPS 2010.

[Télécharger les données](#)

tion, mettant en évidence des durées de séjour plus longues des personnes isolées (Raynaud, Yilmaz, 2010). Au contraire, les dépassements d'honoraires liés à une hospitalisation présentent une tendance croissante : 31 € (11 % du reste à charge) pour le premier quintile de revenu, 78 € (28 % du reste à charge) pour ceux du troisième quintile et 124 € (40 % du reste à charge) pour ceux du dernier quintile. Ces dépassements d'honoraires plus élevés quand le revenu s'élève s'expliquent par un recours à l'hospitalisation privée. Enfin, les montants moyens de franchise médicale sont quasiment identiques d'un quintile de revenu à l'autre, compris entre 10 € et 11 €.

Le ticket modérateur à l'hôpital et le forfait journalier hospitalier sont les participations financières les plus inéquitables

G4

Composition des restes à charge hospitaliers selon le niveau de vie en 2010


Champ : Individus ayant été hospitalisés en MCO en 2010.

Lecture : Le reste à charge moyen en MCO des individus du premier quintile de niveau de vie (Q1 = 20 % d'individus les plus pauvres) est égal à 273 € dont 128 € de ticket modérateur, 104 € de forfait journalier, 10 € de franchises médicales et 31 € de dépassements d'honoraires.

Source : Appariement ESPS 2010- DCIR et ESPS 2010- PMSI.

[Télécharger les données](#)

Le caractère progressif ou non des restes à charge est mesuré à partir de l'indice de Kakwani (K, encadré Sources et Méthode). Il indique si l'effort financier chez les plus pauvres est plus élevé (K négatif), identique (K nul) ou moins élevé (K positif) que chez les plus riches. Cet indice présente deux avantages : il fournit une mesure synthétique de l'inégale répartition de l'effort financier selon le revenu des individus, ce que ne permet pas le taux d'effort en lui-même. D'autre part, décomposé selon différents types de restes à charge, il mesure la contribution de chacun d'eux à l'inégalité totale.

Au regard de l'indice de Kakwani, l'effort financier tend à être plus important lorsque le revenu décroît. L'indice de Kakwani associé aux restes à charge ambulatoires est négatif ($K=-0,21$) [tableau]. Rapportée au revenu, la charge financière laissée par l'Assurance maladie obligatoire tend donc à s'accroître lorsque le niveau de ressources diminue. En ambulatoire, c'est le ticket modérateur qui occasionne l'effort le plus inégal ($K=-0,28$), contribuant à hauteur de 65 % à la valeur totale de l'indice de Kakwani. Les participations forfaitaires et franchises médicales ont une valeur d'indice proche ($K=-0,25$), mais ne contribuent que très modérément à l'inégalité de l'effort financier étant donné leur faible

revenu [graphique 4]. La décroissance est plus nette encore sur le cumul moyen des forfaits journaliers : il s'élève en moyenne à 104 € pour les individus du premiers quintile, 100 € pour ceux du deuxième quintile, 94 € pour ceux du troisième quintile, 81 € pour ceux du quatrième quintile et 69 € pour les individus les plus riches. Ce résultat s'explique principalement par des différences dans la nature

des prises en charge et le niveau de gravité des séjours en fonction du niveau de vie, avec proportionnellement plus d'hospitalisations en médecine dans les milieux modestes, notamment chez les personnes âgées. Or, en médecine, l'exonération du ticket modérateur hospitalier est moins fréquente et les durées de séjour plus longues. Par ailleurs, des travaux ont souligné le lien entre précarité et hospitalisa-

T

Indices d'inégalités sociales de restes à charge en ambulatoire et à l'hôpital en MCO et décomposition par type de restes à charge

	Coefficient	P> z	Intervalles de confiance ¹	
Restes à charge ambulatoire				
Niveau de l'indice	-0,21	0	-0,23	-0,198
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,28	0,000	-0,30	-0,27
Contribution aux inégalités	0,65	0,000	0,62	0,68
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,14	0,000	-0,16	-0,11
Contribution aux inégalités	0,28	0,000	0,24	0,32
Participations forfaitaires et franchises médicales				
Niveau de l'indice	-0,25	0,000	-0,27	-0,23
Contribution aux inégalités	0,07	0,000	0,06	0,07
Restes à charge hospitalier (MCO)				
Niveau de l'indice	-0,32	0,000	-0,38	-0,27
Forfaits hospitaliers				
Niveau de l'indice	-0,41	0,000	-0,45	-0,36
Contribution aux inégalités	0,40	0,000	0,34	0,47
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,42	0,000	-0,52	-0,32
Contribution aux inégalités	0,54	0,000	0,46	0,62
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,03	0,216	-0,11	0,05
Contribution aux inégalités	0,02	0,215	-0,03	0,08
Franchise médicale de 18 €				
Niveau de l'indice	-0,29	0,000	-0,33	-0,25
Contribution aux inégalités	0,03	0,000	0,03	0,04

¹ Les intervalles de confiance des indices et de leur contribution sont estimés par bootstrap, le nombre de tirages effectués pour mettre en œuvre cette méthode est à chaque fois de 500.

Lecture : En ambulatoire, l'indice de progressivité lié aux tickets modérateurs est de -0,28, sa contribution aux inégalités sociales des restes à charge ambulatoires totale (-0,21) est de 0,65, autrement dit 65 %.

Source : Appariement ESPS 2010- DCIR et ESPS 2010- PMSI.

 [Télécharger les données](#)

ponds dans le reste à charge. Enfin, les dépassements d'honoraires présentent un indice de Kakwani beaucoup plus faible ($K=-0,14$) et contribuent à hauteur de 28 % à la régressivité des restes à charge. En effet, les individus ayant un faible niveau de revenu peuvent plus difficilement accéder à des soins dont les niveaux de dépassements sont élevés, ou les substituent par des soins sans restes à charge en privilégiant le recours à des médecins sans dépassements d'honoraires. De plus, les bénéficiaires de la CMU-C, situés dans les catégories les plus basses de revenu, ne supportent en principe pas de dépassements d'honoraires.

La distribution des restes à charge en fonction du revenu apparaît plus inéquitable pour les participations financières à l'hôpital ($K=-0,32$) que celles relatives aux soins ambulatoires ($K=-0,21$). Ce sont les tickets modérateurs et les forfaits

journaliers³ qui affichent les valeurs d'indice les plus négatives (respectivement -0,42 et -0,41), soit une contribution à la régressivité des restes à charge hospitaliers en court séjour de 54 % et 40 %⁴. L'indice de Kakwani associé à la franchise médicale de 18 € est également nettement négatif ($K=-0,29$), la contribution de ce type de restes à charge n'est néanmoins que de 3 % compte tenu de leurs faibles montants. Enfin, les dépassements d'honoraires liés à un séjour hospitalier

³ Les règles de participation financières à l'hôpital conduisent à limiter l'effet du forfait journalier au profit du ticket modérateur. En effet, quand le séjour n'est pas exonéré du ticket modérateur, la règle précise qu'entre ticket modérateur et forfait journalier, une seule participation est due, la plus élevée, l'autre étant exonérée. En pratique, cela revient à ne pas payer le forfait journalier, moins coûteux, quand le ticket modérateur est dû.

⁴ Malgré des valeurs de l'indice de Kakwani très proches, on observe des différences notables de contribution du fait d'un poids sensiblement plus élevé des tickets modérateurs dans le reste à charge hospitalier.

ont un indice de Kakwani qui n'est pas significativement différent de zéro. Tout comme pour les soins ambulatoires, cette faible contribution des dépassements peut s'expliquer par le fait que les individus aux ressources limitées recourent peu aux soins avec dépassements, par exemple en s'adressant au secteur public plutôt qu'au secteur privé. Pour les soins hospitaliers, le choix d'un recours sans dépassements d'honoraires est sans doute plus facile à faire, *via* l'hôpital public, que pour certains soins ambulatoires où les dépassements sont généralisés, ce qui peut expliquer que l'indice de Kakwani relatif aux dépassements soit significativement négatif en ville et nul à l'hôpital.

* * *

Ces résultats confirment que les dépenses de soins laissées à la charge des assurés après remboursement par l'Assurance maladie obligatoire présentent un caractère inéquitable selon le niveau de vie : la charge financière des personnes recourant aux services de santé est d'autant plus importante que le niveau de vie est faible. Le degré d'inégalité plus important observé dans le secteur hospitalier (MCO) est un élément qui mérite d'être souligné. En effet, le recours à ce type de soins pouvant être considéré comme crucial et inévitable, la participation financière ne peut pas se justifier par une logique de régulation de la demande de soins par le partage des coûts. Nous montrons de plus que ces inégalités d'effort sont majoritairement occasionnées par la distribution des tickets modérateurs pour les soins hospitaliers comme pour les soins ambulatoires. Pour les restes à charge hospitaliers, ce constat est à mettre en parallèle avec ceux présentés dans le rapport 2013 du Hcaam mettant en évidence le poids prépondérant des tickets modérateurs dans les restes à charge élevés dans le secteur public hospitalier (Hcaam, 2014b). Notre étude montre donc que ces restes à charge hospitaliers pénalisent surtout les plus modestes, ce qui interroge plus généralement sur la logique des différentes modalités de participation financière à l'hôpital.

Le faible rôle joué par les dépassements d'honoraires en ville et à l'hôpital peut poser la question de l'accès à certains soins dont le coût excède le tarif conventionnel.

Mais il peut aussi traduire le fait qu'à certains égards, la régulation des tarifs limite les inégalités, comme c'est le cas avec la CMU-C. L'interprétation de ce résultat ne saurait donc être univoque. Quant aux franchises médicales en ambulatoire, elles contribuent assez peu aux inégalités, leur montant étant faible au regard des autres participations financières.

La nouvelle législation sur les contrats responsables, qui étend l'obligation de couvrir les tickets modérateurs sur les soins de ville et les soins hospitaliers et stipule que le forfait journalier hospitalier doit être remboursé sans limitation de durée, fait écho à ces résultats. Cette extension du cahier des charges des contrats responsables permet, par le biais des couvertures complémentaires santé, de couvrir intégralement deux types de restes à charge qui sont sources de fortes inégalités sociales en termes de charge financière. Pourtant, ces réformes ne sont pas de nature à gommer l'intégralité des inégalités observées. Tout d'abord parce qu'il subsiste une frac-

tion de la population qui ne bénéficie pas de complémentaire santé et reste donc exposée à l'intégralité des restes à charge laissés par l'Assurance maladie obligatoire. Cette population se caractérise par des niveaux de ressources plus faibles que le reste de la population (Célant *et al.* 2014). Par ailleurs, éloignée du marché du travail, elle bénéficiera assez peu de la généralisation de la complémentaire d'entreprise à l'œuvre depuis le 1^{er} janvier 2016 (Jusot, Pierre, 2015). D'autre part, la mutualisation sur les contrats d'assurance complémentaire est imparfaite, les cotisations sont donc indirectement liées au risque de restes à charge élevés, notamment dans le cas de couvertures individuelles dont les tarifs dépendent de l'âge. Or, les tickets modérateurs hospitaliers, principalement en médecine, qui apparaissent comme la participation financière la plus inéquitable, sont liés au phénomène de vieillissement. A cet égard, la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2016 prévoit une labélisation des contrats seniors, les contrats labellisés

devant respecter des critères de garantie et de prix.

Soulignons enfin que faute d'appariement entre données de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire sur des échantillons représentatifs et de grande taille, les analyses n'ont pas encore pu être menées sur les restes à charge après remboursement des assurances complémentaires. Toutefois, des travaux reposant sur des simulations ont permis d'étudier les différences de restes à charge entre les individus après remboursement de l'Assurance maladie complémentaire (Lardellier *et al.*, 2012). La création du Système national des données de santé (SNDS) par la loi de santé, prévoyant un appariement Assurance maladie obligatoire - Assurance maladie complémentaire qui a déjà fait l'objet d'une expérimentation (Dourgnon *et al.*, 2014), devrait permettre de développer les études sur les restes à charge après Assurance maladie complémentaire. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Befly M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C. (2016). « Les dépenses de santé en 2015. Résultats des comptes de la santé ». Drees, collection Etudes et statistiques.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*. Rapport Irdes n° 556
- Debrand T., Sorasith C. (2010). « Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 159, novembre.
- Dourgnon P., Evrard I., Guillaume S. (2013). « Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages. Bilan et perspectives du projet Monaco ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 194, janvier.
- Dourgnon P., Or Z., Sorasith C. (2014). « L'impact du dispositif des Affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 183, janvier.
- Franc C., Pierre A. (2015). « Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas ». *Economie et Statistique*, n° 475-476, 31-49.
- Geoffard P.Y., De Lagasnerie G. (2012). « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation ». *Economie et statistique*, 455(1), 89-113.
- Hcaam (2014a). « L'accessibilité financière des soins après Assurance maladie obligatoire » in Rapport annuel 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.
- Hcaam (2014b). « Les restes à charge les plus élevés » in Rapport annuel 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.
- Jusot F. (2013). « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61.
- Jusot F., Pierre A. (2015). « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 209, septembre.
- Lagasnerie G., Jusot F., Wittwer J., Ricci-Renaud P., Gastaldi-Menager C., Mazars M., Riviere S., Fagot-Campagna A., Gissot C., Polton D. (2015). « Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'Assurance maladie obligatoire ». Drees, *Les dépenses de santé en 2014, Résultats des comptes de la santé*.
- Lardellier R., Legal R., Rayanud D., Vidal G. (2012). « Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar », *Economie et Statistiques* n° 450, novembre.
- O'Donnell O. A., Wagstaff A. (2008). "Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation". *World Bank Publications*.
- Raynaud D., Yilmaz E. (2010). « Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? » in *Le panorama des établissements de santé*, Drees.
- Wagstaff A., Van Doorslaer E. (1992). "Equity in the Finance of Health Care : Some International Comparisons". *Journal of Health Economics*, 11(4), 361-387.

Les publications de l'Irdes



Questions d'économie de la santé, en versions française et anglaise, est un mensuel de synthèse (4 à 8 pages), d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

Questions d'économie de la santé est une première étape de lecture vers des documents plus approfondis (documents de travail, articles scientifiques...).

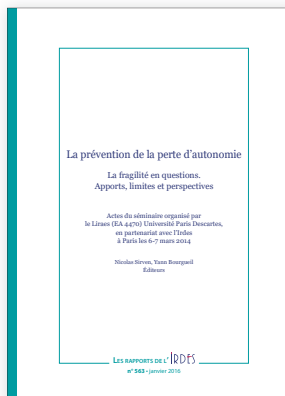
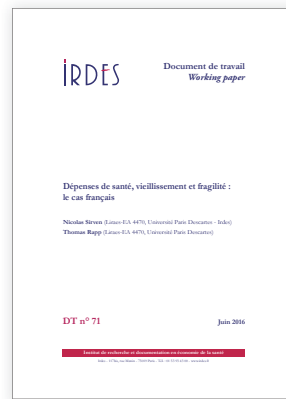
Destiné à un large public, il est diffusé aux formats papier et électronique.

Les documents de travail (DT) de l'Irdes

Cette série de pré-articles scientifiques, en langue française ou anglaise, présente à la discussion un état de la réflexion sur une problématique de recherche.

Les DT sont soumis à parution dans une revue scientifique.

Ils sont essentiellement diffusés au format électronique.



Les rapports de recherche de l'Irdes

Cette collection de référence propose les résultats complets d'études, de recherche ou d'enquêtes, ou encore des actes de séminaires ou de colloques en français.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

Collection Ouvrages de l'Irdes : la série Atlas offre une représentation synthétique et visuelle (cartes et graphiques) de données rassemblées autour d'une thématique dans la perspective d'analyses et de comparaisons territoriales.

Diffusée aux formats papier et électronique, sa version papier est payante.

