



HAL
open science

Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge: une étude de cas

Carine Franc, Aurélie Pierre

► To cite this version:

Carine Franc, Aurélie Pierre. Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge: une étude de cas. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, 2015, 475 (1), pp.31-49. 10.3406/estat.2015.10525 . hal-04385841

HAL Id: hal-04385841

<https://hal.science/hal-04385841v1>

Submitted on 7 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas

Carine Franc, Aurélie Pierre

Citer ce document / Cite this document :

Franc Carine, Pierre Aurélie. Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas. In: Economie et statistique, n°475-476, 2015. La santé et les soins. pp. 31-49;

doi : <https://doi.org/10.3406/estat.2015.10525>;

https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2015_num_475_1_10525;

Fichier pdf généré le 08/03/2024

Résumé

En France, le financement des soins se caractérise par la juxtaposition des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et des assurances complémentaires (AMC). Les dépenses de santé restant à la charge des assurés après intervention de ces deux niveaux de couverture constituent des indicateurs incontournables de l'accès aux soins mais ont été peu étudiées à ce jour, faute de sources nationales adéquates. Cet article vise à pallier ce manque en mobilisant les données administratives d'une mutuelle particulière gérant simultanément l'AMO et l'AMC, permettant ainsi une analyse des restes à charge avant et après intervention de la complémentaire (RACO et RACC). Les données concernent l'année 2002

correspondant à une période d'observation où la population d'intérêt bénéficiait d'un contrat unique de complémentaire santé, c'est-à-dire avant la mise en place d'une surcomplémentaire. L'étude porte donc sur un champ limité et une période relativement ancienne, mais elle permet néanmoins d'illustrer le type d'interaction pouvant exister entre l'AMO et l'AMC. Dans un premier temps, nous étudions le niveau, la distribution et la concentration des RACO et des RACC sur l'ensemble des dépenses ambulatoires puis par poste de soins. Dans un second temps, nous analysons la concentration des RAC après intervention de l'AMO et de l'AMC en tenant compte de deux indicateurs des besoins de soins : le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur et le niveau des dépenses avant remboursements. Dans notre

échantillon, 5 % (resp. 1 %) de la population supportaient en 2002 des RACC de plus de 511 euros sur les dépenses ambulatoires (resp. 1 272 euros). Le RACC des individus exonérés du ticket modérateur était en moyenne 70 % plus élevé que celui de ceux qui n'en étaient pas exonérés. Nous montrons que, même si l'AMO et l'AMC assurent successivement une certaine mutualisation, elles ne réduisent pas de la même façon la concentration des restes à charge qui peut exister sur les individus les plus malades. Ainsi, pour les postes de soins le plus souvent associés à la maladie et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire (consultations, actes médicaux techniques et autres prescriptions), l'effet mutualisant de l'AMC apparaissait en 2002 relativement faible en comparaison de celui de l'AMO.

Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas

Carine Franc * et Aurélie Pierre **

En France, le financement des soins se caractérise par la juxtaposition des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et des assurances complémentaires (AMC). Les dépenses de santé restant à la charge des assurés après intervention de ces deux niveaux de couverture constituent des indicateurs incontournables de l'accès aux soins mais ont été peu étudiées à ce jour, faute de sources nationales adéquates. Cet article vise à pallier ce manque en mobilisant les données administratives d'une mutuelle particulière gérant simultanément l'AMO et l'AMC, permettant ainsi une analyse des restes à charge avant et après intervention de la complémentaire (RACO et RACC). Les données concernent l'année 2002 correspondant à une période d'observation où la population d'intérêt bénéficiait d'un contrat unique de complémentaire santé, c'est-à-dire avant la mise en place d'une surcomplémentaire. L'étude porte donc sur un champ limité et une période relativement ancienne, mais elle permet néanmoins d'illustrer le type d'interaction pouvant exister entre l'AMO et l'AMC.

Dans un premier temps, nous étudions le niveau, la distribution et la concentration des RACO et des RACC sur l'ensemble des dépenses ambulatoires puis par poste de soins. Dans un second temps, nous analysons la concentration des RAC après intervention de l'AMO et de l'AMC en tenant compte de deux indicateurs des besoins de soins : le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur et le niveau des dépenses avant remboursements. Dans notre échantillon, 5 % (resp. 1 %) de la population supportaient en 2002 des RACC de plus de 511 euros sur les dépenses ambulatoires (resp. 1 272 euros). Le RACC des individus exonérés du ticket modérateur était en moyenne 70 % plus élevé que celui de ceux qui n'en étaient pas exonérés. Nous montrons que, même si l'AMO et l'AMC assurent successivement une certaine mutualisation, elles ne réduisent pas de la même façon la concentration des restes à charge qui peut exister sur les individus les plus malades. Ainsi, pour les postes de soins le plus souvent associés à la maladie et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire (consultations, actes médicaux techniques et autres prescriptions), l'effet mutualisant de l'AMC apparaissait en 2002 relativement faible en comparaison de celui de l'AMO.

Rappel :

Les jugements et opinions exprimés par les auteurs n'engagent qu'eux mêmes, et non les institutions auxquelles ils appartiennent, ni a fortiori l'Insee.

Codes JEL : I13, D3.

Mots clés : mutualisation, restes à charge, assurance maladie publique et privée.

* Inserm-Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Équipe 1 : Économie de la santé, Recherche sur les services de santé.

** Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

Les auteures remercient la mutuelle qui a mis à leur disposition les données mobilisées dans cette étude. Elles remercient l'ensemble des participants des JESF de Créteil en 2013 et tout particulièrement Florence Jusot pour sa discussion constructive et ses nombreux échanges. Elles remercient également Paul Dourgnon, Marc Perronnin et les deux rapporteurs de la revue pour leurs suggestions et remarques qui leur ont permis d'améliorer significativement la présentation des résultats.

En France, le financement des soins se caractérise par un système d'assurance à double niveau sur un même panier de soins. La répartition des rôles et des champs respectifs d'intervention de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) sont au centre du débat public (Dormont *et al.*, 2014). De fait, l'AMC joue un rôle croissant dans le financement des soins et les dispositifs d'aide pour y accéder se multiplient tels que la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) depuis 2000, l'aide complémentaire santé (ACS) depuis 2004 et plus récemment, la généralisation des contrats collectifs (suite à la loi résultant de l'Accord national interprofessionnel en janvier 2013). Alors que tous ces dispositifs attestent de la reconnaissance institutionnelle de la nécessité de l'AMC dans l'accès aux soins, c'est l'efficacité globale du système qui est aujourd'hui questionnée (Askenazy *et al.*, 2013).

En France, l'assurance maladie publique est universelle et obligatoire. Elle repose sur un fondement d'équité d'accès aux soins selon les revenus et de solidarité face à la maladie : les cotisations de l'assurance maladie obligatoire reposent sur la capacité contributive des ménages – illustrant l'équité verticale dans le financement du système de santé – et les compensations sont fonction des besoins de soins – correspondant à l'équité horizontale dans l'utilisation du système. Ainsi, dès 1946, les bénéficiaires de « l'assurance longue maladie » sont exonérés du ticket modérateur alors fixé à 20 %, créant ainsi les prémices du dispositif aujourd'hui bien connu des ALD (Affections longue durée). Aujourd'hui, la couverture des dépenses de santé est assurée en moyenne pour plus des trois quarts par l'assurance maladie obligatoire (76,7 % en 2012). Le taux de prise en charge par la sécurité sociale de la consommation en soins et biens médicaux (CSBM) atteint plus de 88 % pour les 15 % d'individus en ALD contre 59,7 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD (HCAAM, 2011) et plus de 91,8 % pour la dépense hospitalière contre 63,7 % pour la dépense ambulatoire (Le Garrec et Bouvet, 2013).

Néanmoins et malgré ces dispositifs spécifiques, les restes à charge (RAC) après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (RACO) peuvent s'avérer particulièrement élevés. En effet, au co-paiement calculé sur la base d'un tarif opposable s'ajoutent les franchises et les dépassements d'honoraires, potentiellement élevés sur certains postes de soins, comme pour les consultations de médecins en secteur 2 ou encore les

dispositifs de santé (lunettes, prothèses dentaires, etc.). La multiplicité des tickets modérateurs laissés à la charge des patients les plus malades et la liberté tarifaire permise à certains professionnels de santé rendent l'accès aux soins très dépendant des garanties offertes par une éventuelle assurance complémentaire et donc dépendante du revenu des individus (Raynaud, 2005). En effet, contrairement à l'AMO, les cotisations des complémentaires santé dépendent des niveaux de garanties et sont, le plus souvent, croissantes avec l'âge (Le Palud, 2013). Notons par ailleurs que, à cotisation identique, l'AMC ne permet pas aux plus malades de bénéficier d'un taux de prise en charge plus élevé, comme cela est le cas avec l'AMO via le système des ALD. Enfin, sur le marché de l'assurance complémentaire, la très forte hétérogénéité des contrats (Garnero et Le Palud, 2013) ne garantit pas un même accès aux soins. Ces caractéristiques de l'AMC, susceptibles de réduire les effets attendus de l'AMO en termes de mutualisation des dépenses de santé, alimentent les débats sur le rôle de la complémentaire santé induit par le système de juxtaposition des garanties publique et privées d'assurance. Ce débat est d'autant plus vif que la distribution des restes à charge après les remboursements de l'assurance complémentaire (RACC) reste mal connue du fait notamment du manque de disponibilité de données à l'échelon national sur les remboursements des complémentaires santé.

Les comptes annuels de la santé permettent de suivre l'évolution annuelle de la dépense moyenne à la charge des ménages (8,8 % de la dépense en 2013). Toutefois, la question de la distribution des RACC dans l'analyse de l'accès aux soins reste entière : qui supporte les RACC les plus élevés ? Quelle est la composition de ces RACC ? Dans quelle mesure l'AMC modifie-t-elle la mutualisation des dépenses induite par l'AMO entre bien portants et malades, telle qu'approchée par la concentration des dépenses ? Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie s'interroge notamment sur les RACC supportés par les 10 % d'individus qui concentrent les dépenses les plus élevées (HCAAM, 2011). En effet, pour ces individus, les RACO restent très élevés, du fait de l'existence de pathologies chroniques et/ou d'une ou plusieurs ALD. Des travaux récents mettent en évidence la forte concentration des RACO des assurés en ALD et/ou les plus précaires, conduisant les auteurs à s'interroger sur les limites du système public et à proposer la mise en place d'un bouclier sanitaire plafonnant les co-paiements (Briet *et al.*, 2007 ; Debrand et Sorasith, 2011 ; Geoffard et de Lagasnerie,

2012, Dourgnon *et al.*, 2013). Pourtant, du fait de l'absence de données, peu de travaux ont finalement été menés sur les RACC alors même qu'ils constituent des indicateurs incontournables de l'accès aux soins et plus encore, de l'analyse du système de santé dans son ensemble.

L'intérêt de notre recherche réside dans le fait d'avoir pu disposer des dépenses de santé et des restes à charge aux différents « étages » de la couverture d'assurance (RACO puis RACC).

À partir de fichiers administratifs d'une mutuelle gérant les régimes d'assurances obligatoire et complémentaire (cf. encadré 1), nous proposons une analyse fine des RACC ambulatoires¹

1. Les soins ambulatoires (ou soins de ville) comprennent les soins médicaux et paramédicaux effectués en cabinets de ville, en dispensaires, centres de santé ou lors de consultations externes d'établissements de santé (hospitaliers) publics ou privés, qu'il s'agisse de soins de médecins généralistes (omnipraticiens), de spécialistes ou de soins d'autres professionnels de santé (tels que les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les paramédicaux).

Encadré 1

LES DONNÉES

La base de données est extraite des fichiers administratifs d'une mutuelle qui gère conjointement pour ses adhérents et leurs ayants droits, l'assurance maladie obligatoire et la complémentaire. Cet organisme propose deux contrats au titre de la complémentaire santé : un contrat dit « de base » et un contrat dit « de surcomplémentaire » qui offre essentiellement des compléments de remboursements sur les soins

dentaires, optiques et les consultations. Nous avons concentré notre analyse sur l'année 2002 parce qu'elle correspond à la dernière année civile avant l'introduction de la surcomplémentaire. Ainsi, notre base de données est constituée de l'exhaustivité des bénéficiaires couverts par le seul et unique contrat de base en 2002 dont les garanties, présentées dans le tableau A, ne remboursaient aucun dépassement d'honoraire pour

Tableau A

Garanties couvrant l'ensemble des individus de l'échantillon

	Contrat sécurité sociale	Contrat assurance complémentaire
Soins de médecins (consultations, visites, actes médicaux)	70 % TC*	30 % TC
Soins dentaires		
Soins de prévention	70 % TC	30 % TC
Prothèses dentaires / Orthodontie	70 % ou 100 % TC	140 % ou 115 % TC
Autres frais (actes chirurgicaux, radiologie)	70 % TC	30 % TC
Pharmacie		
Vignettes blanches	65 % TC	35 % TC
Vignettes bleues	35 % TC	60 % TC
Optique		
Verres	65 % ou 100 % TC	900 % ou 865 % TC
Montures	65 % ou 100 % TC	55 euros
Lentilles	0 ou 65 % TC	115 euros
Autres prescriptions		
Soins auxiliaires, analyses	60 % TC	40 % TC
Orthopédie	65 % ou 100 % TC	130 % TC
Prothèses acoustiques	65 % ou 100 % TC	260 % ou 230 % TC
Hospitalisation		
Établissements non conventionnés		
Honoraires médicaux	80 % ou 100 % TC	20 % ou 0 % TC
Frais de séjour	80 % ou 100 % TC	
Forfait hospitalier	/	14 euros**
Établissements conventionnés	Tarif négocié	Tarif négocié
Autres types de soins		
Transport médical	65 % TC	35 % TC
Cures thermales	65 % ou 70 % TC	entre 20 % et 35 % TC

* TC : tarif de convention.

** 10 euros pour une hospitalisation psychiatrique et 14 euros sinon.



Encadré 1 (suite)

les consultations de médecins, à l'instar de 80 % des contrats modaux souscrits la même année à titre individuel auprès d'une mutuelle (Houssart *et al.*, 2005). Notons que pour le poste « pharmacie », une partie des tickets modérateurs était laissée à la charge des assurés pour les médicaments à vignettes bleues.

La base compte 154 407 assurés (tableau B) dont 62 % d'hommes (contre 48 % en population générale) du fait de la nature des professions exercées par les assurés. En 2002, l'âge moyen était de 46,5 ans (contre 39 ans dans la population générale).

Pour chaque individu, nous disposons de toutes les consommations de soins ambulatoires de 2002 présentées au remboursement ainsi que les montants remboursés au titre de la Sécurité sociale d'une part et de la complémentaire d'autre part. Ces données permettent de

calculer directement les RACO et RACC. Les dépenses sont regroupées en 5 postes : « consultations » (généralistes et spécialistes) ; « pharmacie » (vignette blanche et bleue) ; « dentaire » (soins dentaires, prothèse en CNSD, prothèse hors CNSD, orthodontie, actes non remboursés par la Sécurité sociale) ; « optique » (verres, lentilles, monture, suppléments) et « autres » que nous segmentons en 3 sous-catégories : « actes médicaux techniques » (actes chirurgicaux et radiologie), « autres prescriptions » (analyses et auxiliaires médicaux) et enfin « autres » (transports, cures thermales).

Notre analyse se concentre sur les dépenses ambulatoires, c'est-à-dire les soins de ville. Il aurait été intéressant de pouvoir également étudier les dépenses hospitalières. Toutefois, ces données ne sont pas exploitables car incomplètes dans notre base de données de remboursement.

Tableau B
Caractéristiques de la population

	Effectifs	%
Sexe		
Femmes	59 124	38,3
Hommes	95 283	61,7
Age (en 2002)		
moins de 20 ans	30 022	19,4
20-44 ans	25 874	16,8
45-64 ans	67 338	43,6
65-79 ans	25 677	16,6
80 ans et +	5 496	3,6
Indice de revenu		
Indice 1	9 860	6,4
Indice 2	89 914	58,2
Indice 3	30 980	20,1
Indice 4	15 696	10,2
Indice 5	7 957	5,2
Situation sur le marché de l'emploi		
AP - Actifs	55 535	36,0
AP - Étudiants	148	0,1
AP - Retraités	45 165	29,3
Ayants-droit	53 559	34,7
Région		
Alsace-Lorraine	9 835	6,4
Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin	23 195	15,0
Champagne-Ardenne, Picardie, Centre, Normandie	32 330	20,9
Franche-Comté	4 191	2,7
Île de France	11 346	7,4
Languedoc Roussillon, PACA	21 265	13,8
Nord-Pas de Calais	7 122	4,6
Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Bretagne	26 327	17,1
Rhône-Alpes, Auvergne	18 796	12,2
Exonéré du ticket modérateur (en 2002)		
Non	126 987	82,2
Oui	27 420	17,8
Total	154 407	100,0

Lecture : la base de données, qui contient 154 407 assurés, est composée de 62 % d'hommes.

en distinguant plusieurs postes de soins (consultations, pharmacie, dentaire, optique) et en suivant deux objectifs : (i) étudier la distribution et la concentration des RACC dans la population ; (ii) comparer l'ampleur de la mutualisation assurée par l'AMC entre bien portants et malades à celle qui est fournie par l'AMO. Dans le contexte de notre étude, tous les individus sont couverts par une complémentaire santé unique, ce qui nous permet de neutraliser l'effet de l'hétérogénéité des contrats et d'étudier précisément le type d'interaction pouvant exister entre les deux niveaux de couverture. Dans une première partie, nous décrivons le niveau, la distribution et la concentration des RAC dans la population de l'échantillon aux deux niveaux d'assurance. Dans une seconde

partie, nous analysons la distribution des RAC selon deux indicateurs du risque santé (le fait d'être exonéré du ticket modérateur et le niveau de dépenses ambulatoires) et étudions la mutualisation assurée par l'AMC entre bien portants et malades en comparaison de celle fournie par l'AMO.

Niveau, distribution et concentration des RACC

Pour les différents postes de soins, les distributions de la dépense, du RACO et du RACC sont présentées dans le tableau 1. En 2002, la dépense annuelle moyenne de soins

Tableau 1
Distribution des dépenses, du RACO et du RACC en 2002

	moy	p25	p50	p75	p90	p95	p99	% p90	% p95	% p99
Dépense	1111	229	654	1390	2504	3533	7517	100	100	100
Consultations	165	50	116	219	362	481	837	51	40	15
Dentaire	126	0	0	64	356	739	1787	24	19	8
Pharmacie	412	33	150	537	1103	1550	2744	60	51	36
Optique	65	0	0	0	267	446	705	20	11	2
Autres	343	7	91	283	745	1334	4517	64	66	73
Actes médicaux techniques (petite chirurgie, radiologie)	99	0	16	95	237	411	1164	44	40	32
Autres prescriptions (analyses, appareillage, etc.)	197	0	44	152	396	730	2842	58	57	54
Autres (transport, cures, etc.)	47	0	0	0	8	140	970	43	41	34
RACO	380	73	229	514	890	1223	2274	100	100	100
Consultations	50	12	32	65	113	157	296	40	29	11
Dentaire	79	0	0	19	178	469	1375	43	49	54
Pharmacie	115	12	49	156	323	442	724	41	30	11
Optique	62	0	0	0	252	430	687	37	25	8
Autres	75	0	25	74	170	279	768	44	38	35
Actes médicaux techniques (petite chirurgie, radiologie)	21	0	2	22	50	80	225	34	24	11
Autres prescriptions (analyses, appareillage, etc.)	48	0	11	45	109	175	483	37	32	29
Autres (transport, cures, etc.)	5	0	0	0	0	0	197	100	100	7
RACC	117	5	28	103	312	511	1272	100	100	100
Consultations	15	0	2	14	40	69	169	32	25	11
Dentaire	36	0	0	0	19	180	859	46	53	59
Pharmacie	16	1	6	20	40	56	102	23	17	10
Optique	30	0	0	0	102	226	445	47	30	8
Autre	21	0	0	2	29	73	431	36	35	33
Actes médicaux techniques (petite chirurgie, radiologie)	8	0	0	0	10	31	171	30	23	12
Autres prescriptions (analyses, appareillage, etc.)	11	0	0	0	7	23	157	26	25	27
Autres (transport, cures, etc.)	2	0	0	0	0	0	44	100	100	6

Lecture:

- Colonne « moy » : en 2002, la dépense de soins ambulatoires moyenne s'élève à 1 111 euros par individu. Les montants sont de 380 euros pour le RACO et 117 euros pour le RACC ;

- Colonne « p90 » : 10 % des individus ont une dépense en soins ambulatoires supérieure à 2 504 euros ;

- Colonnes « p95 » et « p99 » : 5 % des individus ont un RACC supérieur à 511 euros et 1 % des individus un RACC supérieur à 1 272 euros ;

- Colonne « % p95 » : parmi les 5 % d'individus qui supportent les RACC ambulatoires les plus élevés, 25 % appartiennent aux 5 % ayant les plus hauts RACC en consultations.

Champ : bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé.

Source : données mutuelle.

ambulatoires de notre échantillon s'élève à 1 111 euros contre 1 154 euros pour la population générale (Fenina et Geffroy, 2003). Le RACO s'élève en moyenne à 380 euros et le RACC atteint 117 euros par individu, soit environ 10 % de la dépense ambulatoire. Ce RACC moyen masque toutefois de fortes disparités : alors que 50 % des individus ont un RACC inférieur à 28 euros sur l'année 2002, 10 % des individus supportent un RACC supérieur à 312 euros et 5 % un RACC supérieur à 511 euros. Le niveau est particulièrement important pour le dernier percentile de la distribution puisque 1 % des individus supportent un RACC total supérieur à 1 272 euros.

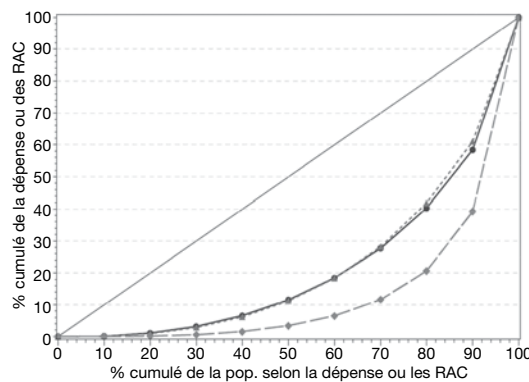
Comme les dépenses et les RACO, les RACC sont particulièrement concentrés sur une faible partie de la population. Ainsi, par exemple, les 10 % d'individus supportant les RACC ambulatoires les plus élevés concentrent 62% de l'ensemble des RACC, 48 % pour le poste pharmacie, 66 % pour le poste consultations, 88 %

en optique et jusqu'à 98 % pour le poste dentaire (cf. graphiques I.1 à I.5). La concentration des RACC pour les postes optique et dentaire est particulièrement élevée puisque respectivement plus de 75 % et plus de 50 % des individus n'ont pas recouru à ces soins en 2002.

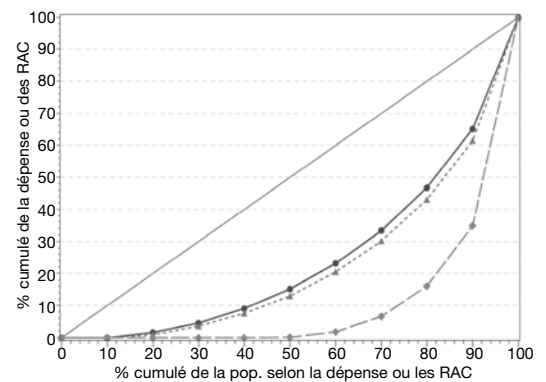
Cette forte concentration des RACC se traduit graphiquement par l'éloignement des courbes de Lorenz par rapport à la bissectrice et donc des indices de Gini très élevés sur l'ensemble des postes de soins : l'indice pour les RACC atteint par exemple 0,81 pour les consultations et 0,96 pour le poste dentaire, un indice égal à 1 correspondant à la situation théorique où seul un individu concentrerait la totalité du RACC (cf. tableau 2). Il est intéressant de noter que, comparativement aux indices de Gini calculés sur les RACO, les indices associés aux RACC sont plus élevés pour les postes de soins pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire et / ou une diversité des coûts des soins consommés. En effet, pour le poste pharmacie, pour

Graphique I
Courbes de Lorenz de la dépense, des RACO et des RACC

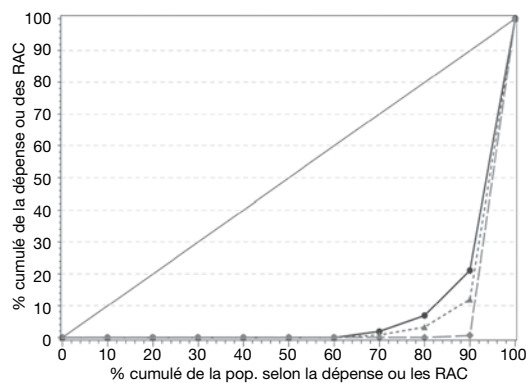
I.1 Ambulatoire



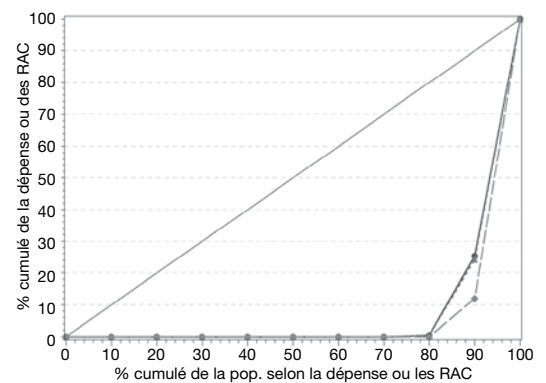
I.2 Consultations



I.3 Dentaire



I.4 Optique

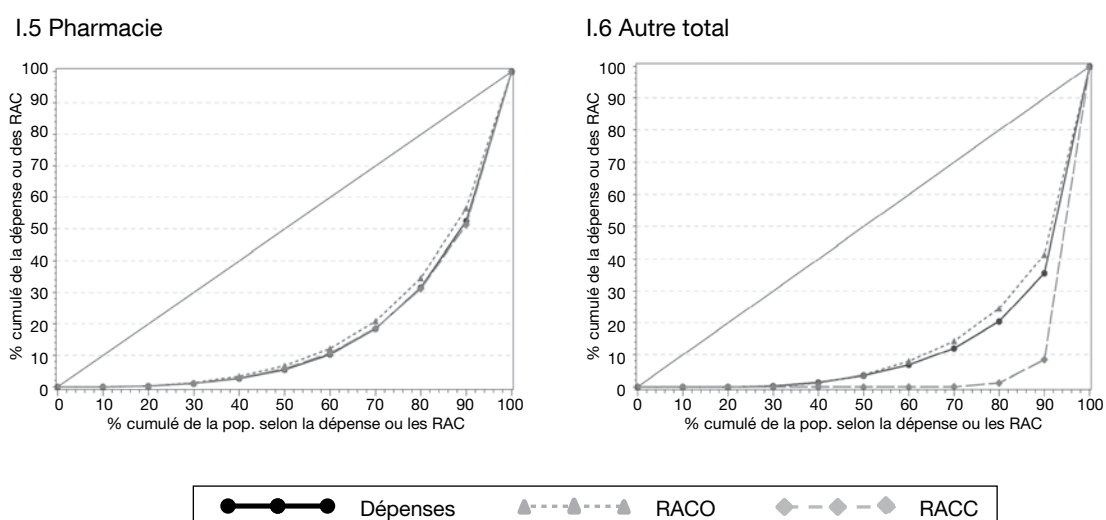


lequel il n'y a pas de dépassement, la concentration des RACO et des RACC ne change quasiment pas (de 0,64 à 0,68). En revanche, pour le poste consultation, la concentration s'est fortement accrue (de 0,55 à 0,81) du fait de l'hétérogénéité des situations et des modes de recours : alors que peu de médecins généralistes sont autorisés à pratiquer des dépassements, une forte proportion de spécialistes exerce en secteur 2 (honoraires libres). Après intervention de l'AMC, le RAC devient alors quasi-nul pour plus de la moitié de l'échantillon induisant

ainsi une concentration des RACC sur les individus ayant recouru aux soins de médecins avec dépassements d'honoraires. Enfin, notons que la concentration des RACO et RACC pour les soins dentaires varie peu (de 0,91 à 0,96), ces soins étant peu ou pas couverts par l'AMO et souvent tarifés avec des dépassements d'honoraires élevés.

Pour enrichir ces premiers résultats, le tableau 1 présente la composition des 10 %, 5 % et 1 % des RACC ambulatoires les plus élevés dans les

Graphique I (suite)



Lecture : les 90 % d'individus qui ont les dépenses de santé ambulatoires les plus faibles ne pèsent que pour 58 % de l'ensemble des dépenses de santé, induisant de facto que les 10 % d'individus qui ont les dépenses de santé les plus élevées en concentrent 42 %. Pour les RACC, les 10 % d'individus qui ont les RACC ambulatoires les plus élevés concentrent à eux seuls 60 % de l'ensemble des RACC.

Champ : bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé.

Source : données mutuelle.

Tableau 2
Indices de Gini pour la dépense, les RACO et les RACC

	Dépenses	RACO	RACC
Dépenses	0,58	0,57	0,76
Consultations	0,51	0,55	0,81
Dentaire	0,87	0,91	0,96
Pharmacie	0,67	0,64	0,68
Optique	0,87	0,87	0,91
Autre total	0,77	0,74	0,94
autres honoraires	0,79	0,79	0,96
autres prescriptions	0,81	0,79	0,97
Autres	0,97	0,99	0,99

Lecture : l'indice de Gini, qui reflète le niveau de concentration de la dépense, des RACO et des RACC, s'élève respectivement à 0,58, 0,57 et 0,76 pour l'ensemble de la dépense, des RACO et des RACC ambulatoires.

Champ : bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé.

Source : données mutuelle.

trois dernières colonnes du tableau 1. Les 10 % d'individus qui concentrent les RACC les plus élevés ont principalement recouru à des postes de soins pour lesquels il existe une grande liberté tarifaire : 47 % d'entre eux appartiennent à ceux qui ont les RACC les plus élevés sur le poste « optique », 46 % sur le poste « dentaire » et 32 % sur le poste des consultations qui, au niveau des RACC, est composé exclusivement des dépassements d'honoraires (après AMC). L'ampleur des RACC en soins dentaires explique qu'ils contribuent fortement aux RACC globaux : parmi les 1 % d'individus qui supportent des RACC supérieurs à 1272 euros par an, 59 % appartiennent aussi à la catégorie qui a les RACC dentaires les plus élevés (supérieurs à 859 euros). Néanmoins, il est intéressant de constater parmi ces 1 % d'individus, 10 % d'entre eux supportent également les RACC les plus élevés sur le poste « pharmacie » (soit plus de 102 euros), 12 % sur le poste « actes médicaux techniques » (soit plus de 171 euros) et 27 % sur le poste « autres prescriptions » (plus de 157 euros) qui regroupe principalement les analyses médicales et l'appareillage. Les RACC élevés ne concernent donc pas seulement les postes « dentaire » et « optique » mais aussi des postes de soins pouvant concerner les individus les plus malades. Au-delà de l'approche par poste de soins, la question qui se pose alors est de savoir si la forte concentration observée sur les RACC concerne principalement les plus malades et d'étudier dans quelle mesure les différents niveaux d'assurance ont permis de mutualiser les dépenses de santé entre bien portants et malades.

Quelle mutualisation des dépenses après remboursement de l'AMC ?

À fin de comparer la mutualisation des dépenses réalisée entre bien portants et malades suite à l'intervention respective de l'AMO et de l'AMC, nous commençons par décrire le niveau et la distribution des RACC selon nos deux indicateurs des besoins de soins : l'exonération du ticket modérateur et le niveau des dépenses ambulatoires (cf. encadré 2). Nous étudions ensuite la façon dont la concentration des RACO et des RACC a été modifiée selon ces deux indicateurs.

Des RACC ambulatoires d'autant plus élevés que les besoins de soins sont élevés

Le tableau 3 présente la distribution des RACC selon les indicateurs de besoins de soins élevés : le fait d'être exonéré du ticket modérateur et le fait d'avoir des dépenses de soins élevées. En 2002, les RACC étaient en moyenne 70 % plus élevés pour les individus exonérés du ticket modérateur (176 euros versus 104 euros). Les différences de RACC étaient particulièrement élevées sur les derniers percentiles de la distribution : 10 % des individus exonérés du ticket modérateur supportaient des RACC supérieurs à 444 euros (contre 281 euros pour ceux qui ne le sont pas) ; 5 % supportaient des RACC supérieurs à 720 euros (contre 464 euros) et enfin 1 % supportaient des RACC supérieurs

Encadré 2

STRATÉGIE D'ANALYSE

L'objectif de cet article est d'étudier la distribution et la concentration des RACC dans la population et de comparer les effets respectifs des mutualisations assurées par l'AMO puis par l'AMC entre bien portants et malades. Notre analyse est menée en deux étapes.

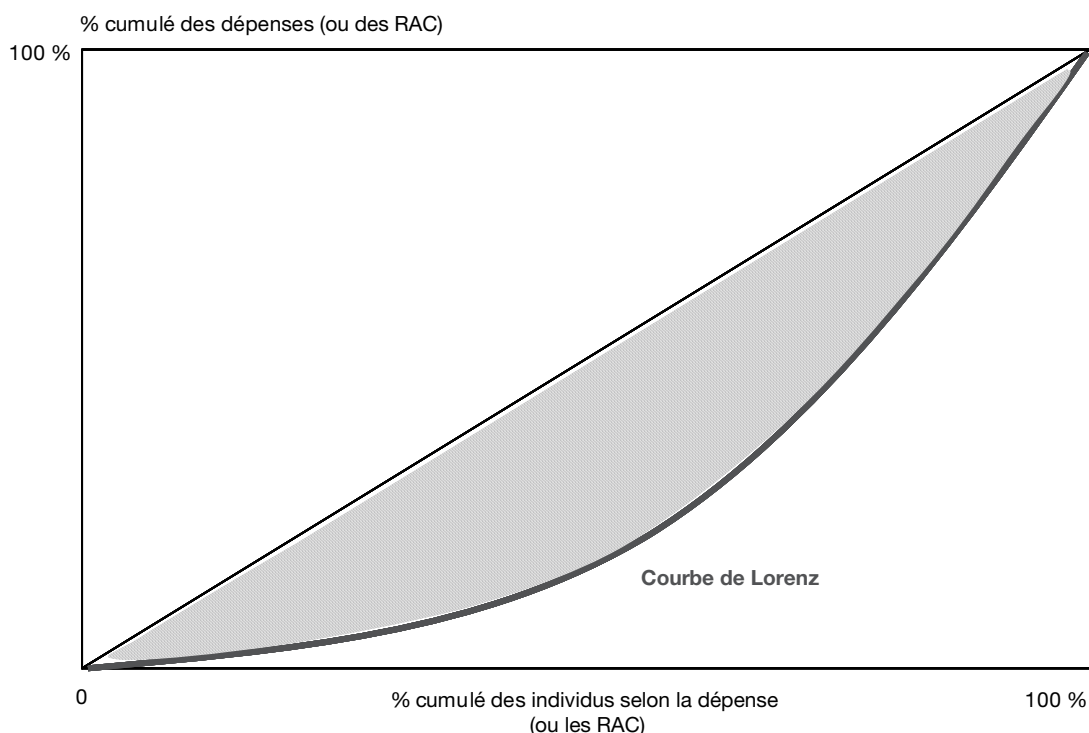
La première étape consiste à décrire le niveau, la distribution et la concentration des RACC (par poste de soins) en comparaison de celles des dépenses et des RACO.

Les concentrations des dépenses, des RACO et des RACC sont représentées graphiquement par des courbes de Lorenz (cf. texte, graphiques I) : sur l'axe des abscisses, les individus sont rangés selon le niveau

de leur dépense (resp. de leur RACO ou de leur RACC) ; l'axe des ordonnées représente les parts respectives de leurs dépenses (resp. de leurs RACO et de leurs RACC) dans l'ensemble de la population. La courbe de Lorenz permet de comparer la part que représente une sous-population ordonnée selon ses dépenses (resp. RACO et RACC) dans l'ensemble de l'échantillon à celle que représentent ses dépenses (resp. RACO et RACC) dans l'ensemble des dépenses (resp. RACO et RACC). La bissectrice représente une situation d'égalité parfaite où la proportion de la dépense considérée est identique à celle de la population qui la supporte. Les indices de Gini associés qui correspondent à l'aire hachurée, illustrent le niveau de la concentration des dépenses (resp. RACO et RACC).



Encadré 2 (suite)

Graphique A
Courbes de Lorenz de la dépense ou des RAC

La seconde étape consiste à analyser la distribution et la concentration des RACC selon l'état de santé des individus.

Dans cette seconde étape, nous étudions la distribution et la concentration des RAC aux différents niveaux d'assurance (AMO puis AMC) selon deux indicateurs permettant d'approcher les besoins de soins : le fait d'être exonéré du ticket modérateur et le fait d'avoir des dépenses de santé « élevées ». Il faut donc commencer par préciser ces deux indicateurs.

Construction d'un indicateur permettant d'identifier les individus exonérés du ticket modérateur

Les données disponibles ne permettent pas d'identifier directement les individus en ALD. En revanche, grâce aux informations relatives aux dépenses, aux dépassements d'honoraires et surtout aux montants remboursés par la sécurité sociale, il nous est possible de construire un indicateur permettant de cibler les individus ayant bénéficié au moins une fois, au cours d'une année, d'une exonération du ticket modérateur. Pour identifier ces individus, nous travaillons sur les dépenses concernant le poste « consultations de médecins » et calculons le tarif de convention en soustrayant les dépassements d'honoraires aux dépenses. Dès lors que le remboursement de la sécurité sociale est égal pour au moins une consultation au tarif de convention, l'individu

est considéré comme exonéré du ticket modérateur pour l'année.

Au final, la population dite exonérée du ticket modérateur dans notre échantillon est de 18 % en 2002 (cf. texte, tableau 1). Elle comprend à la fois les patients en affection de longue durée (ALD), les femmes enceintes (exonération pour les 3 derniers mois de grossesse), les accidentés du travail et malades professionnels et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En effet, le dispositif du tiers payant qui prévoit que les bénéficiaires de la CMU-C n'ont pas à faire l'avance du ticket modérateur, nous empêche de distinguer ces individus de ceux exonérés du ticket modérateur pour une autre raison.

Un deuxième indicateur : le niveau des dépenses ambulatoires

Le graphique B montre que des dépenses de soins ambulatoires élevées sont associées à des individus ayant des besoins de soins importants. En effet, parmi les 25 % d'individus ayant les dépenses ambulatoires les plus faibles, 23 % sont exonérés du ticket modérateur contre respectivement 65,1 % et 75,9 % parmi les 10 % et les 5 % d'individus ayant les dépenses ambulatoires les plus élevées. L'indicateur des dépenses ambulatoires permet en sus de tenir compte de besoins de soins non liés à une ALD. En effet, le



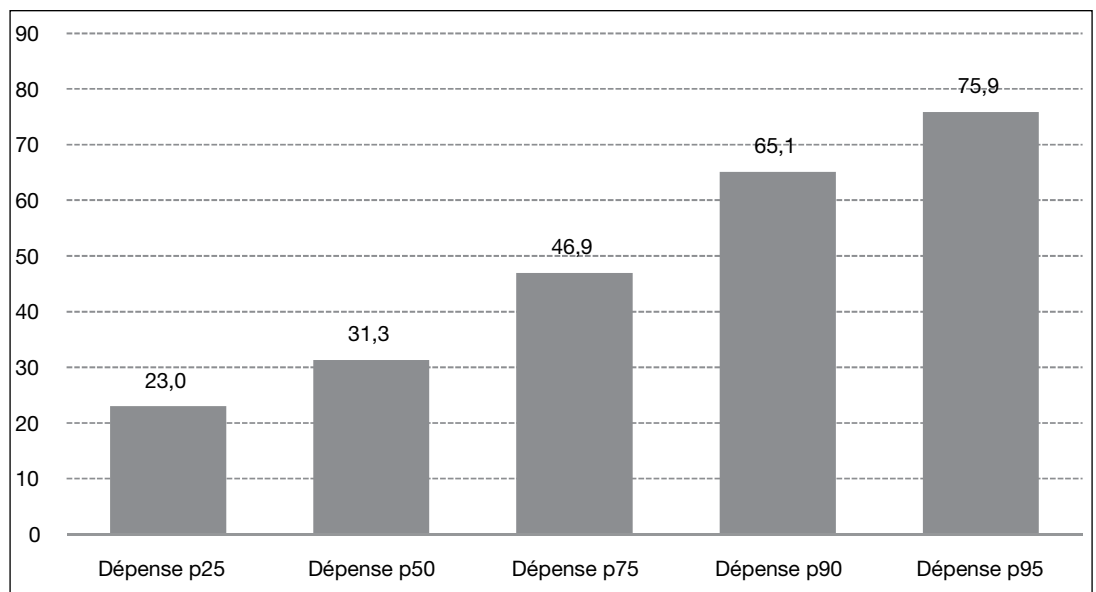
Encadré 2 (suite)

rapport *Charges et produits* rédigé par la Cnamts (2010) souligne la part croissante des dépenses consacrée à la prise en charge de maladies lourdes et chroniques. Les auteurs mentionnent le cas des malades atteints de pathologies cardio-vasculaires, associés au poste de dépenses le plus élevé pour l'assurance maladie

(35 milliards en 2008), et qui ne sont que pour les deux tiers des patients en ALD. Ainsi, dans notre échantillon, une part non négligeable des 35% de personnes non exonérées du ticket modérateur et appartenant au dernier décile de consommation de soins, peut souffrir de maladies chroniques.

Graphique B Proportion de personnes exonérées du ticket modérateur selon les percentiles de dépenses ambulatoires

En %



Étude de la concentration des restes à charge selon les besoins de soins

Afin d'étudier la mutualisation assurée par l'AMC entre bien portants et malades en comparaison de celle fournie par l'AMO, nous commençons par décrire le niveau et la distribution des RACC selon nos deux indicateurs de besoins de soins (cf. texte, tableau 3). Nous étudions ensuite la concentration des dépenses, des RACO et des RACC selon le fait d'être exonéré du ticket modérateur d'une part (graphiques II) et selon le niveau des dépenses ambulatoires d'autre part (graphiques III).

Pour étudier la concentration des dépenses et des RAC selon le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur, nous rapportons le total des dépenses puis des RAC supportés respectivement par ces deux sous-populations au total des dépenses et des RAC de l'ensemble de la population. Ces parts, qui représentent la concentration de dépenses et de RAC supportés par chacune de ces 2 sous populations, sont

reportées sur des histogrammes : lorsque la concentration des RAC tend à se rapprocher de la part de la population associée, cela traduit une plus grande mutualisation entre ces deux groupes.

Pour étudier la concentration des RACC en fonction de la dépense individuelle ambulatoire, les graphiques III.1 à III.9 du texte représentent des courbes de concentration sur le modèle du graphique C : contrairement aux courbes de Lorenz dans lesquelles le classement en abscisses varie selon la variable utilisée en ordonnées, les courbes de concentration ordonnent en abscisse selon une variable unique qui est le niveau de dépenses ambulatoires annuelles avant remboursements. La courbe de concentration permet donc de comparer la part que représente une sous-population ordonnée selon ses dépenses ambulatoires totales à celle que représentent ses dépenses, RACO et RACC dans l'ensemble des dépenses, RACO et RACC. La bissectrice correspond à une situation où tout le monde supporterait les mêmes RACO et RACC quel que soit son niveau de consommation de soins. Une courbe



à 1 697 euros (contre 1 152 euros). Ces différences reflètent des RACC plus élevés sur le poste « actes médicaux techniques » et « autres prescriptions », c'est-à-dire les analyses et surtout l'appareillage. Si l'on considère les individus qui avaient une dépense ambulatoire supérieure au dernier décile de la distribution par exemple (c'est-à-dire supérieure à 2 504 euros), les RACC étaient également beaucoup plus élevés en moyenne que pour ceux dont les dépenses de santé étaient inférieures : 482 euros contre 77 euros en moyenne et 3 245 euros contre 678 euros pour le dernier percentile de la distribution. Ces écarts sont le reflet de grandes différences selon les postes de soins : pour les individus ayant les dépenses ambulatoires les

plus fortes, le dernier percentile des RACC est 27 fois plus élevé sur le poste « autres prescriptions » (1 702 euros contre 62 euros) ; 7,5 fois plus élevé sur le poste « actes médicaux techniques » (711 euros contre 94 euros) ; 4,5 fois plus élevé sur le poste « pharmacie » (337 euros contre 75 euros) ; mais aussi 5,3 fois plus élevé pour le poste « dentaire » (2 516 euros contre 473 euros). Les restes à charges des individus qui ont des forts besoins de soins étaient donc déjà particulièrement élevés en 2002. Afin d'étudier la mutualisation assurée par l'AMC entre bien portants et malades en comparaison de celle fournie par l'AMO, nous étudions les concentrations respectives des dépenses, RACO et RACC selon nos deux indicateurs de besoins de soins.

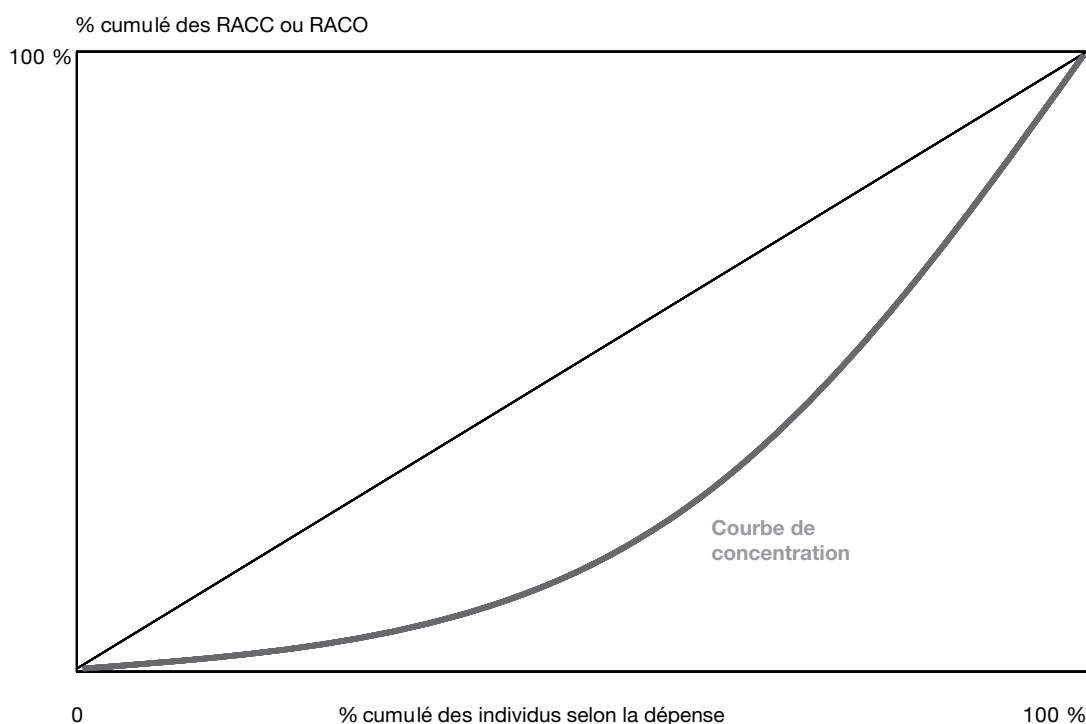
Encadré 2 (suite)

en-dessous de la bissectrice indique que les RACC ou RACO sont inégalement répartis et concentrés sur ceux qui ont les dépenses ambulatoires les plus élevées. Comparativement à la courbe de concentration des dépenses, un rapprochement de la courbe de

concentration des RAC (RACO ou RACC) vers la bissectrice traduit une plus forte mutualisation, c'est-à-dire une moindre concentration des RAC sur les individus qui avaient initialement les dépenses ambulatoires les plus élevées.

Graphique C

Courbes de concentration des RAC en fonction des montants de dépense



Analyse de la concentration des RACC selon le fait d'être exonéré du ticket modérateur

La concentration des dépenses, RACO et RACC pour les individus exonérés du ticket modérateur d'une part (représentant 18 % de notre échantillon) et les autres individus d'autre part (soit 82 %) est représentée sur le graphique II. Les parts respectives des dépenses, RACO et RACC supportées par chaque groupe sont comparées à leurs poids démographiques respectifs représentés par les segments horizontaux : des parts en montants situées au-delà de l'un ou l'autre des deux segments indiquent que la part des RACC (respectivement des RACO et des dépenses) des individus exonérés du ticket modérateur (ou non exonérés) est supérieure à celle qu'ils représentent dans l'échantillon. Une situation égalitaire entre classes de risque correspondrait à des parts en montants égaux à la part que chaque groupe représente.

Rappelons ici que la population des individus exonérés du ticket modérateur rassemble des

individus hétérogènes : les patients en ALD, les femmes à partir du sixième mois de grossesse, les personnes en accidents du travail et maladie professionnelles (ATMP) et enfin les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU-C). L'ensemble de ces bénéficiaires (18 %) qui concentrent 43 % de la dépense ambulatoire totale, concentrent, *in fine*, 27 % des RACC alors qu'ils ne concentraient que 23 % des RACO (cf. graphique II.1). L'AMO permet donc de réduire significativement la concentration des dépenses pour les individus exonérés du ticket modérateur. En revanche, même si les deux niveaux d'assurance permettent de réduire les RAC pour tous les individus, l'AMC induit, comparativement à l'AMO, une augmentation de la concentration des RAC supportés par les individus exonérés du ticket modérateur. L'analyse par poste de soins permet de mettre en évidence que, pour les postes le plus souvent associés à une ALD et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire (« consultations », « actes médicaux techniques » et « autres prescriptions », cf. graphiques II.2, II.7 et II.8), l'AMC induit une plus forte concentration

Tableau 3
Distribution des RACC selon le fait d'être exonéré du ticket modérateur et le fait d'avoir une dépense de santé ambulatoire élevée

	moyenne		p50		p75		p90		p95		p99	
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Exonération du TM												
Total ambulatoires	104	176	24	54	89	180	281	444	464	720	1 152	1 697
Consultations	13	24	0	7	12	26	35	64	60	100	155	220
Dentaire	35	43	0	0	0	0	18	25	174	225	819	1 033
Pharmacie	14	22	5	11	18	27	38	49	53	67	96	137
Optique	28	36	0	0	0	0	93	140	219	256	437	475
Autre total	15	52	0	0	1	16	20	100	50	231	266	906
Actes médicaux techniques (petite chirurgie, radiologie, etc.)	5	24	0	0	0	0	5	43	21	120	100	433
Autres prescriptions (analyses, appareillage, etc.)	8	24	0	0	0	2	5	19	18	51	99	621
Autres (transport, cures, etc.)	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	29	100
Dépenses de santé élevées (P=90)												
Total ambulatoires	77	482	23	232	77	605	229	1 223	357	1 730	678	3 245
Consultations	11	44	0	17	11	51	33	110	55	168	132	391
Dentaire	18	195	0	0	0	23	4	701	94	1 207	473	2 516
Pharmacie	13	44	5	27	17	54	34	88	46	111	75	337
Optique	26	67	0	0	0	50	80	261	199	382	415	620
Autre total	9	134	0	9	0	75	18	339	42	715	164	1 899
Actes médicaux techniques (petite chirurgie, radiologie, etc.)	4	45	0	0	0	17	4	104	20	229	94	711
Autres prescriptions (analyses, appareillage, etc.)	4	74	0	0	0	11	4	74	15	351	62	1 702
Autres (transport, cures, etc.)	1	15	0	0	0	0	0	0	0	42	14	351

Lecture : en moyenne, les individus exonérés du ticket modérateur ont un RACC qui s'élevait à 176 euros en 2002 contre 104 euros pour ceux qui ne sont pas exonérés du ticket modérateur. 10 % des individus exonérés du ticket modérateur ont des RACC supérieurs à 444 euros (p90).

Champ : bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé.

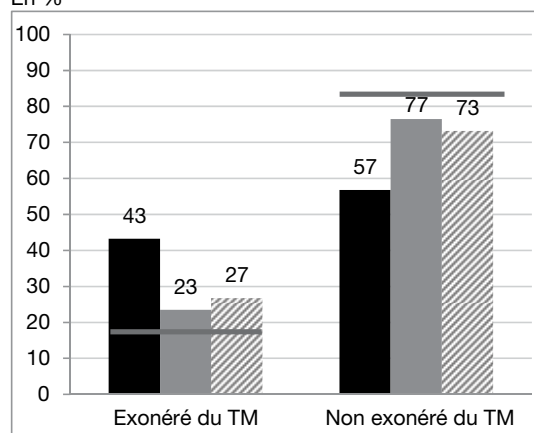
Source : données mutuelle.

des RAC que celle observée après remboursements de l'AMO. Pourtant l'analyse des RACO montre que pour ces postes de soins, l'AMO avait permis de réduire la concentration des dépenses avant tout remboursement. Les RACC de ces postes de soins essentiellement composés de dépassements d'honoraires, restent donc

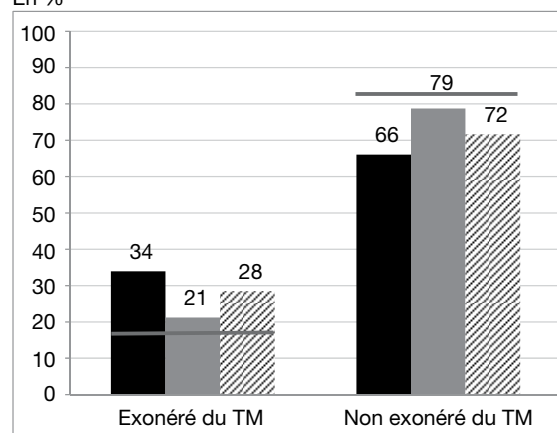
fortement supportés par les individus exonérés du ticket modérateur. Sur le poste « pharmacie » en revanche, en prenant en charge la quasi-totalité des tickets modérateurs, l'AMC ne modifie pas la concentration des RACO qui était associée à une forte mutualisation par l'AMO des dépenses en médicaments (cf. graphique II.5).

Graphique II
Concentration des dépenses aux différents niveaux d'assurance et selon le fait d'être exonéré du ticket modérateur

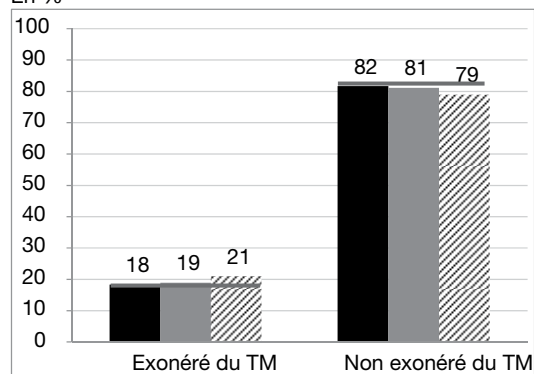
II.1 Ambulatoire
En %



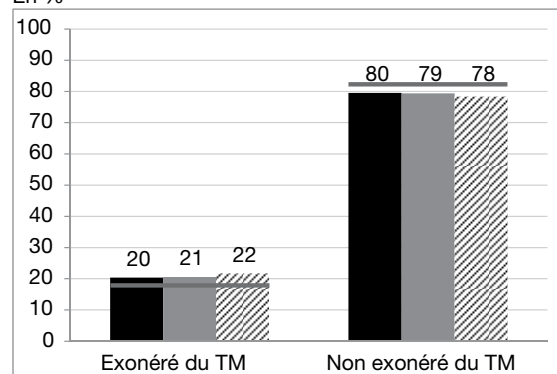
II.2 Consultations
En %



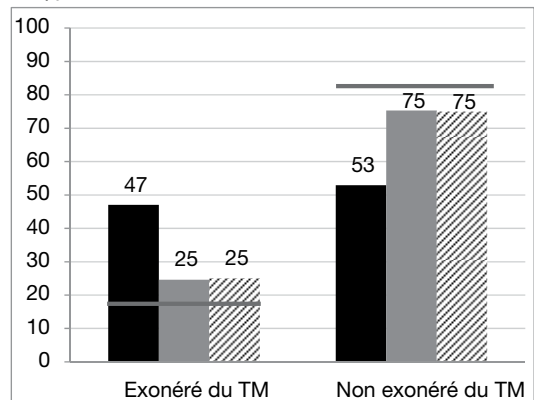
II.3 Dentaire
En %



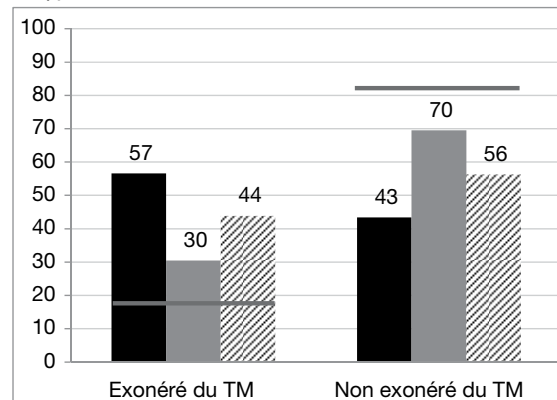
II.4 Optique
En %



II.5 Pharmacie
En %



II.6 Autre total
En %



Pour les postes « optique » et « dentaire », qu'il s'agisse de la dépense, du RACO et du RACC, la part supportée correspond quasiment à celle que chaque sous-population représente et est relativement stable aux différents niveaux d'assurance (cf. graphiques II.3 et II.4). La classification par l'indicateur « exonéré ou non du ticket modérateur » est donc peu pertinente pour ces postes de soins.

Analyse de la concentration des RACC au regard de la dépense ambulatoire annuelle

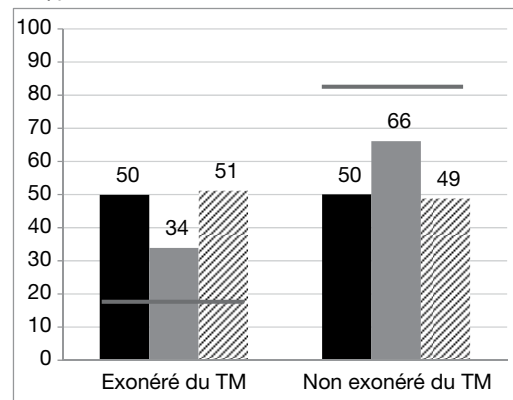
Les courbes de concentration présentées sur le graphique III permettent d'apprécier la concentration des dépenses, des RACO et des RACC entre individus classés selon le niveau de leurs dépenses ambulatoires² (cf. graphique III.1), la courbe de concentration des RACO se rapproche de

la bissectrice comparativement à celle des dépenses avec un écart plus important pour les derniers déciles de la distribution. L'assurance maladie obligatoire permet donc une moindre concentration des RACO au regard de la distribution de la dépense ambulatoire. En revanche, la courbe de concentration des RACC redevient très proche de celle de la dépense initiale : les 10 % d'individus qui concentrent 42 % de la dépense ambulatoire, supportent, *in fine*, 40 % des RACC alors qu'ils ne concentraient que 30 % des RACO. Même si l'AMC continue évidemment de mutualiser entre malades et bien portants, elle laisse au final des restes à charge à peu près aussi concentrés que la dépense avant remboursements.

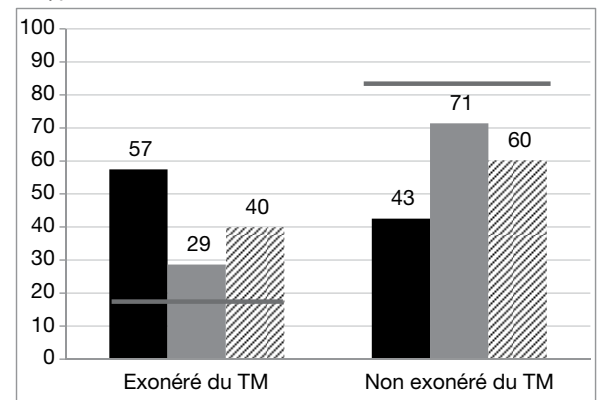
2. Par construction, la courbe de concentration de la dépense en soins ambulatoire (et seulement pour la dépense avant remboursements) correspond à la courbe de Lorenz du graphique I.1.

Graphique II (suite)

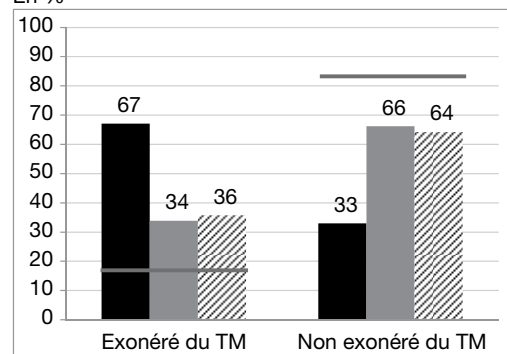
II.7 Actes médicaux techniques
En %



II.8 Autres prescriptions
En %



II.9 Autre
En %



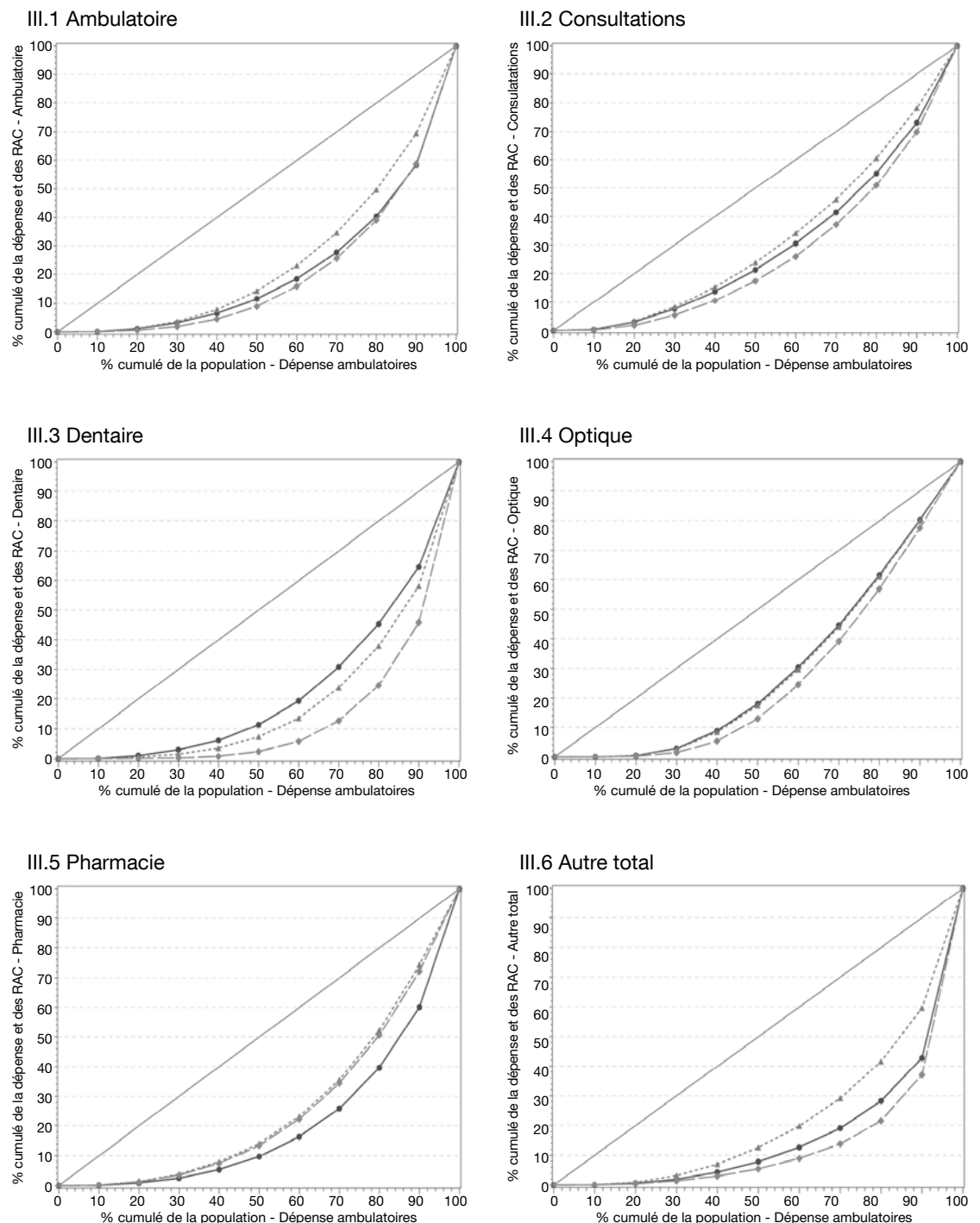
Légende
 ■ Dépenses
 ■ RACO
 ▨ RACC

Lecture : les 18 % d'individus exonérés du ticket modérateur concentrent respectivement 43 % de l'ensemble de la dépense ambulatoire, 23 % des RACO et 27 % des RACC (graphique II.1). Ces taux s'élèvent respectivement à 34 %, 21 % et 28 % pour la concentration des dépenses, RACO et RACC sur le poste « consultation ». Champ : bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé. Source : données mutuelle.

Comme pour l'analyse dans le cas d'exonération ou non du ticket modérateur, l'étude par poste de soins permet de mettre en évidence que c'est pour les postes de soins les plus en lien avec les maladies et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire (consultation, actes médicaux techniques et autres prescriptions) (cf. graphiques III.2 ; III.8 et III.9) que l'AMC a le

moins d'effet mutualisant (cf. graphiques III.2 ; III.8 et III.9) : par exemple, les 10 % d'individus ayant la dépense ambulatoire la plus élevée concentrent 27 % de la dépense en consultations et, *in fine*, 30 % des RACC alors qu'ils ne concentraient que 22 % des RACO. Ces résultats sont encore plus marqués si l'on s'intéresse au poste « autres prescriptions » (cf. graphique III.9).

Graphique III
Courbes de concentration de la dépense, des RACO et des RACC



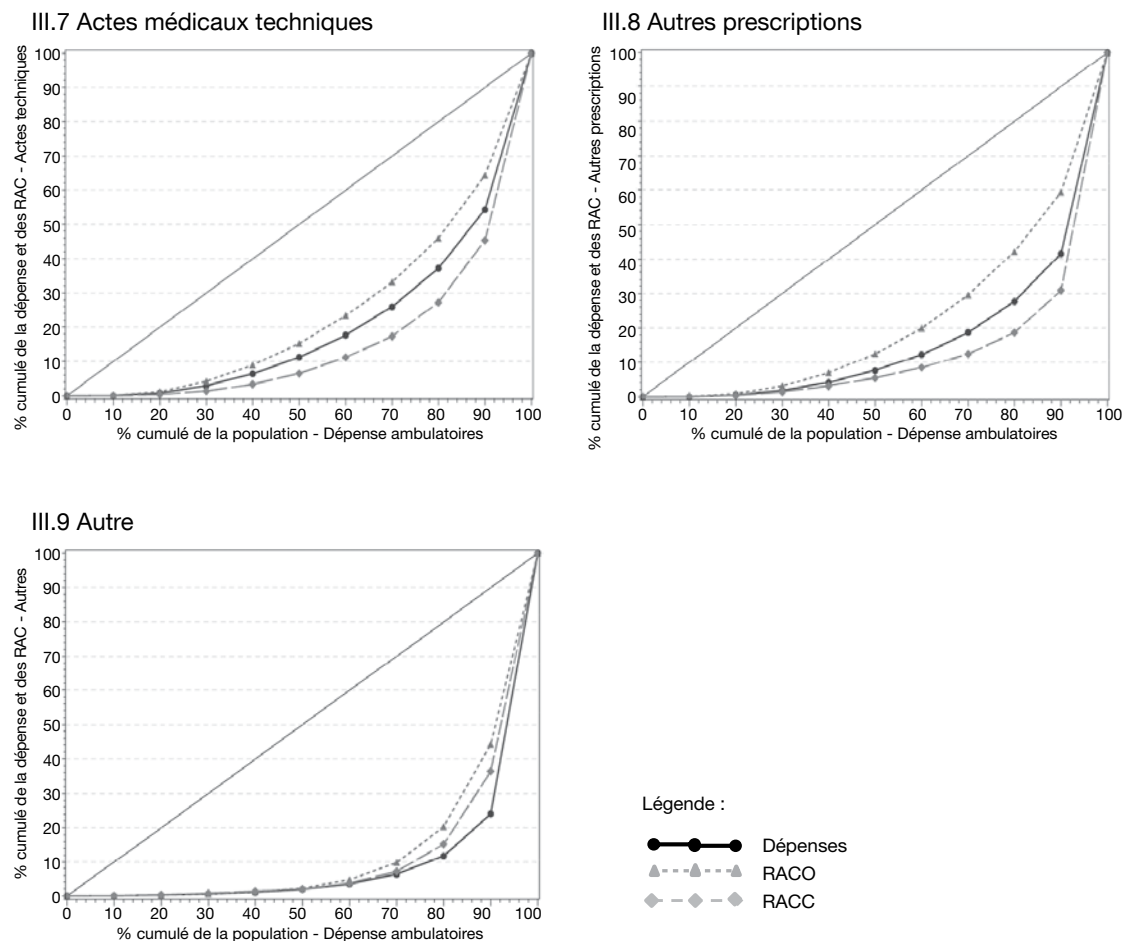
En revanche, pour le poste « pharmacie » pour lequel il n'y a pas de dépassement, la concentration des RACC selon le niveau de dépense ambulatoire reste relativement proche de celle des RACO : les 10 % d'individus avec les dépenses ambulatoires les plus élevées, qui concentraient initialement 42 % de la dépense totale en pharmacie, concentrent *in fine* 28 % des RACC versus 26 % des RACO (cf. graphique III.5). Enfin, pour les postes « dentaire » et « optique », ni l'AMO ni l'AMC ne parviennent à réduire la concentration des dépenses (cf. graphiques III.3 et III.5) : le fait que l'AMO ne permet pas de diminuer la concentration des dépenses reflète le très faible niveau de prise en charge de l'assurance publique.

* *
*

Dans ce travail, nous avons cherché à décrire le niveau, la distribution et la concentration des dépenses, des RACO et des RACC pour les différents postes de soins ambulatoires. Puis nous avons étudié le rôle des régimes d'assurance publique et complémentaire en termes de mutualisation en fonction de deux indicateurs du risque santé des individus. Plusieurs résultats sont particulièrement intéressants.

Premièrement, si la forte concentration des dépenses de soins est une spécificité bien connue du financement des soins et particulièrement des soins hospitaliers, ce phénomène est loin d'être négligeable pour les dépenses ambulatoires. Selon Briet *et al.* (2011), la concentration des dépenses ambulatoires s'est accentuée au cours de la dernière décennie : alors que le dernier décile concentrait 56 % de la dépense en

Graphique III (suite)



Lecture : les 10 % d'individus qui ont les dépenses de santé ambulatoires les plus élevées concentrent 42 % de l'ensemble de la dépense ambulatoire, 30 % des RACO et 40 % des RACC (graphique III.1). Les 10 % d'individus qui ont les dépenses de santé ambulatoires les plus élevées concentrent respectivement, pour le poste « consultations », 27 % de l'ensemble de la dépense, 22 % de l'ensemble des RACO et 30 % de l'ensemble des RACC (graphique III.2).
Champ : bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé.
Source : données mutuelle.

2005, il représentait plus de 60 % en 2009. Nos résultats confirment que ce phénomène était déjà important en 2002 y compris sur les postes de soins souvent associés à la maladie. Cette concentration était particulièrement importante sur les RACC : 5 % des individus supportaient un RACC supérieur à 511 euros (soit près de 50% de la dépense moyenne en 2002) et 1 % supportaient un RACC supérieur à 1 272 euros. L'analyse par poste de soins permet de mettre en évidence que cette concentration des RACC était plus forte pour les postes pour lesquels il existe une certaine hétérogénéité des prix liée notamment à la liberté tarifaire comme par exemple, pour les consultations de médecins.

En définissant deux indicateurs relatifs à l'état de santé, l'exonération du ticket modérateur et le niveau des dépenses ambulatoires, notre analyse permet de mettre en évidence que les RACC sont d'autant plus élevés que les besoins de soins sont importants et ce, particulièrement pour les derniers percentiles de la distribution. Nous montrons également que si les RACC les plus élevés reflètent en partie le poids des dépenses en soins dentaires, une part non négligeable est associée à des postes de soins pouvant refléter un état de santé dégradé (« la pharmacie », « autres prescriptions » incluant les dispositifs d'appareillage). Ces résultats complètent les travaux réalisés sur les montants des tickets modérateurs laissés à la charge des assurés les plus fragiles (Briet *et al.*, 2007 ; Debrand et Sorasith, 2011 ; Geoffard et de Lagasnerie, 2012 ; Dourgnon *et al.*, 2013). Aujourd'hui, nos résultats posent d'autant plus question qu'en 2002, il n'existait pas de franchise sur les médicaments ni de participation forfaitaire sur les consultations (introduites en 2005) qui sont non remboursables dans le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaires dits solidaires et responsables³. Cela implique que non seulement les montants des RACC et à *fortiori* des RACC sont aujourd'hui bien plus élevés que ceux observés en 2002, mais surtout que les écarts de RACC entre les bien portants et les malades doivent s'être fortement creusés.

Enfin, nous montrons que, même si l'AMC a permis, à consommation constante de soins, de diminuer les dépenses de santé restant *in fine* à la charge des assurés (RACC), son système de fonctionnement induit une moindre mutualisation alors même que l'assurance maladie obligatoire avait permis de réduire la concentration des dépenses entre les individus selon leurs besoins de soins. L'analyse par poste de soins

permet d'identifier ceux pour lesquels l'AMC laisse subsister des RACC plus concentrés que ne le faisait l'AMO même si globalement l'AMC a permis individuellement de réduire les RACC : il s'agit des postes de soins le plus souvent associés à la maladie (consultations, actes médicaux techniques, autres prescriptions) et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire. Compte tenu des garanties proposées par l'AMC dans notre étude, les RACC sont essentiellement composés de dépassements d'honoraires. Près des trois quarts de l'échantillon n'a *in fine* quasiment plus aucun reste à charge sur les consultations de sorte que les RACC sont très fortement concentrés notamment sur les individus ayant les besoins de soins les plus forts. Le poids des dépassements d'honoraires n'est donc pas neutre dans les dépenses supportées *in fine* par les individus d'autant qu'ils concernent essentiellement des spécialistes et qu'ils ne reflètent pas toujours des préférences de consommation de soins particulièrement dans certains territoires.

Ces résultats peuvent alimenter le débat concernant l'efficacité globale du système de financement des soins du fait de l'existence du double niveau du système d'assurance santé sur un même panier de soins, et ce, d'autant plus que notre travail se situe dans un cadre d'analyse où il n'existe qu'un contrat unique d'assurance complémentaire. Or, la forte hétérogénéité des contrats observée en population générale reflète certes l'hétérogénéité de la demande d'assurance associée à des préférences (aversion au risque, perception des risques, etc.) mais également les inégalités d'accès à la complémentaire santé (coût des primes, modalité d'accès via des contrats de groupe ou des contrats individuels, etc.) (Kambia-Chopin *et al.*, 2008 ; Jusot *et al.*, 2012 ; Perronnin *et al.*, 2012 ; Garnero et Le Palud, 2013) dont nous ne tenons pas compte dans notre travail. Une analyse similaire réalisée sur une base de données comprenant la diversité des contrats de complémentaire santé et si possible les montants de cotisations des contrats conduirait probablement à une exacerbation des résultats mis en évidence avec un contrat unique. Notons par ailleurs qu'une analyse similaire mériterait d'être menée en considérant des indicateurs de besoins de soins permettant d'identifier des individus ayant un

3. Les contrats responsables qui conditionnent la réduction de la taxe sur les produits d'assurance, doivent respecter un cahier des charges et notamment le non-remboursement des franchises sur les boîtes de médicaments (0,5 euro par boîte), sur les consultations de médecin (1 euro) ainsi que de toutes les majorations liées au non-respect du parcours de soins.

état de santé dégradé au-delà du seul critère de l'ALD afin de mieux évaluer l'effet mutualisant de l'AMO.

Notons enfin qu'il serait très intéressant de pouvoir analyser le niveau des RACC au regard du revenu des individus. En effet, dans la littérature, un grand nombre de travaux s'intéressent aux dépenses de santé supportées par un ménage relativement à sa capacité de financement (Wagstaff et Lindelow, 2008 ; Ekman, 2007 ; Galbraith *et al.*, 2005). Nos données ne nous permettent pas de réaliser une telle étude qui pourrait compléter nos résultats en nous permettant notamment d'appréhender la disparité des RACC au regard des revenus et des postes de

soins. En effet, non seulement nous ne pouvons pas identifier l'ensemble des individus appartenant à un même ménage mais en plus nous ne disposons que d'un proxy du revenu de l'assuré. Une autre limite plus importante de notre travail, mais commune à bon nombre d'études utilisant des données de consommations, concerne le fait que nous n'observons pas le renoncement aux soins. Ainsi, même si l'intérêt de disposer des RACC est indiscutable, ils ne permettent pas à eux seuls, d'évaluer les RACC au regard des besoins de soins, c'est-à-dire les RACC auxquels les individus auraient dû faire face en cas de recours. Les RACC observés ne donnent qu'une sous-estimation de la barrière aux soins qu'ils sont susceptibles de représenter. □

BIBLIOGRAPHIE

Alison A. Galbraith A. A., Sinaiko A. D., Soumerai S. B., Ross-Degnan D., Dutta-Linn M. M. et Lieu T. A. (2013), « Some Families Who Purchased Health Coverage Through The Massachusetts Connector Wound Up With High Financial Burdens », *Health Affairs*, vol. 32, n° 5, pp. 974-983.

Askenazy P., Dormont B., Geoffard P.-Y. et Paris V. (2013), « Pour un système de santé plus efficace », *Les notes du Conseil d'Analyse Économique*, n° 8.

Berki S. E. (1986), « A look at catastrophic medical expenditures and the poor », *Health Affairs*, vol. 5, n° 4, pp. 138-145.

Briet R., Fragonard B., Lancry P.-J. (2007), *Rapport sur la mission bouclier sanitaire*, disponible à l'adresse <http://www.sante-sports.gouv.fr>.

Conseil Cnamts (2010), « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011 », *Rapport du 8 juillet 2010*, disponible à l'adresse : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_Charges_et_produits_cnamts_2011.pdf

Debrand T. et Sorasith C. (2011), « Out-of-Pocket Maximum Rules under a Compulsory Health Care Insurance Scheme: A Choice between Equality and Equity », *Document de travail*, n° 34, Irdes.

Dormont B., Geoffard P.-Y. et Tirole J. (2014), « Refonder l'assurance maladie », *Les notes du Conseil d'Analyse Économique*, n° 12.

Duval J. et Lardellier R. (2012), « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », *Études et résultats*, n° 815, Drees.

Dourgnon P., Or Z. et Sorasith C. (2013), « L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », *Questions d'Économie de la Santé*, n° 183, Irdes.

Ekman B. (2007), « Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country », *Health Policy*, vol. 83, n° 2-3, pp. 304-313.

Fenina A. et Geffroy Y. (2003), « Les comptes de la santé en 2002 », *Études et résultats*, n° 246, Drees.

Franc C. et Pierre A. (2013), « Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins », *La lettre du Collège des économistes de la santé*, n° 1 (disponible en ligne : <http://www.ces-asso.org>).

Galarraga O., Sosa-Rubi S. G., Salinas-Rodriguez A. et Sesma-Vazquez S. (2010), « Health Insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico », *The European Journal of Health Economics*, vol. 11, n° 5, pp. 437-447.

Garnero M. et Le Palud V. (2013), « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et résultats*, n° 837, Drees.

Geoffard P. Y. et de Lagasnerie G. (2012), « Réformer le système de remboursement pour les

soins de ville, une analyse par microsimulation », *Économie et statistique*, n° 455-456, pp. 89-113.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2011), Note accompagnant l'avis : *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?*, 27 janvier.

Jusot F., Perraudin C. et Wittwer J. (2012), « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006 », *Économie et Statistique*, n° 450, pp. 29-46.

Le Garrec M-A. et Bouvet M.(2013), « Comptes nationaux de la santé 2012 », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 185, Drees.

Le Garrec M-A., Bouvet M. et Koubi M. (2012), « Les comptes de la santé en 2011 », *Études et résultats*, n° 809, Drees.

Le Pallud V. (2013), « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs ? », *Études et résultats*, n° 850, Drees.

Perronnin M., Pierre A. et Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la Santé*, n° 161, Irdes.

Raynaud D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, n° 378, Drees.

Sepehri A., Sarma S. et Simpson, W. (2006), « Does Non-profit Health Insurance Reduce Financial Burden? Evidence from the Vietnam Living Standard Survey Panel », *Health Economics*, vol. 15, n° 6, pp. 603-616.

Wagstaff A. et Lindelow, M. (2008), « Can Insurance Increase Financial Risk ? The Curious Case of Health Insurance in China », *Journal of Health Economics*, vol. 27, n° 4, pp. 990-1005.

Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J. et Murray C. J. (2003), « Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis », *The Lancet*, vol. 362, pp. 111-117.