

## Le financement individuel des dépenses médicales

### un indicateur de participation individuelle aux dépenses médicales

Andrée Mizrahi<sup>1</sup>, Arié Mizrahi<sup>2</sup>

ARgSES<sup>3</sup>

La notion d'équité en matière d'accès aux soins médicaux a été posée dès la création des premières sociétés de secours mutuel, et elles continuent de se poser<sup>4</sup> plus d'un siècle après. En France, une part importante du coût des soins est prise en charge par l'Assurance maladie<sup>5</sup> et l'Etat (76,8 % en 2009), le reste est financé en partie par les OCAM<sup>6</sup> (13,8 %), en partie par les malades eux-mêmes (9,4 %). La dépense médicale par personne et par an est extrêmement dispersée, variant de 0, lorsque la personne est en bonne santé à plusieurs dizaines de milliers d'euros pour des personnes gravement malades pendant de longues périodes. Lorsque le coût des soins devient beaucoup trop élevé, l'Assurance maladie prend en charge l'ensemble des frais (Affections longues et coûteuses) ; cependant, les dépassements, qui peuvent être importants, ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires ne s'en occupant qu'en partie<sup>7</sup> et moyennant des primes plus élevées .

#### ***Le droit à la protection de la santé***

*Le droit à la protection de la santé est reconnu par le Préambule de la constitution de 1946.*

*Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus ; ce sont les principes d'**égal accès aux soins** et de **libre accès aux soins** garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945 et fondé sur la solidarité*

*(<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/acces-soins.shtml>)*

Le problème de l'équité se présente de manière duale : verticale, indiquant que chaque personne participe aux dépenses en fonction de ses ressources, et horizontale, indiquant que deux personnes ayant les mêmes ressources participent également aux dépenses, indépendamment de leur état de santé. Dans un premier temps, nous présentons le cadre des

<sup>1</sup> Directeur de recherche honoraire à l'IRDES, ancien directeur adjoint du CREDOC

<sup>2</sup> Directeur de recherche honoraire au CNRS, ancien directeur du CREDES

<sup>3</sup> Arguments socio-économiques pour la santé, 34 Avenue de la République, 92 340 Bourg-la-Reine, [mizrahi@cnam.fr](mailto:mizrahi@cnam.fr) – <http://argses.free.fr/>

<sup>4</sup> Cf. la journée du 9 mars 2011

<sup>5</sup> Assurances sociales, chargées par délégation de l'Etat de rendre possible à tous l'accès aux soins, et où les cotisations sont, en principe, proportionnelles aux revenus

<sup>6</sup> Organismes complémentaires d'assurance maladie (mutuelles 7,7 %, assurances privées 3,6 %, institutions de prévoyance 2,5 %), où les cotisations ou primes augmentent en général avec le risque

<sup>7</sup> Certains organismes mais pas tous, certains soins mais pas tous.

variables classiques d'analyse des problème de l'équité, dépense médicale totale (quel qu'en soit le financeur final) et reste à charge. Dans un deuxième temps, une nouvelle variable, le financement individuel des dépenses médicales, est proposée pour analyser les deux formes duales de l'équité en matière de financement des soins médicaux.

**Besoin médical et dépense médicale totale** : La notion de droit à la protection de la santé repose sur une règle d'équité : toutes les personnes ayant les mêmes « *besoins médicaux* » doivent, autant que possible, recevoir les mêmes soins. Pour vérifier que cette règle est globalement satisfaite, il faudrait connaître pour un très grand échantillon représentatif de la population française<sup>8</sup>, les « *besoins médicaux* » au niveau individuel. Cette connaissance est d'une très grande difficulté à établir, peut-être même est-elle une utopie ; en effet, il faudrait en premier lieu décrire l'état de santé avec une précision suffisante, et pour cela faire un check-up de chaque enquêté, et être en mesure de déterminer les soins possibles en l'état des connaissances et des techniques médicales (plan de soins). En incidente, on devrait aussi se préoccuper de savoir si les moyens nécessaires sont disponibles là où se trouve le malade (ou si on peut conduire le malade là où se trouvent les équipements disponibles). Un tel programme est d'un coût prohibitif.

Ne pouvant mesurer le « *besoin médical* », on cherche alors à remplacer cette variable par une variable proche (« proxy ») ; différents essais ont été faits (indicateur de morbidité<sup>9</sup>, invalidités<sup>10</sup>,...) qui font appel aux déclarations des enquêtés et sont entachées de biais liés aux connaissances des personnes enquêtées et à la réticence à transmettre des données sensibles. On demande aussi à l'enquêté d'évaluer son état de santé sur une échelle de 5 ou 10 niveaux (santé perçue) ; aux biais précédents, s'ajoute un biais de subjectivité. Aussi bien les connaissances que la subjectivité varient avec les groupes sociaux.

On fait alors appel à une variable objective (et, en principe non entachée d'erreur), en remplaçant le « *besoin médical* » par l'âge et le sexe<sup>11</sup>. Cette solution ne peut être appliquée à un niveau individuel car à l'intérieur d'une même classe d'âge\*sexe, les écarts d'état de santé peuvent être considérables. L'analyse doit alors être faite à un niveau global : on part de l'idée que deux groupes de même âge\*sexe et de revenus différents sont, en première approximation, dans des états de santé comparables<sup>12</sup>.

Au total, pour tenter d'évaluer la situation réelle vis-à-vis du droit à la protection de la santé (règle de l'égalité de l'accès aux soins), en l'absence de connaissances suffisantes sur les besoins médicaux, on travaille à un niveau global : il s'agit, en neutralisant l'effet de l'âge et du sexe, de vérifier que les différents groupes économiques et sociaux reçoivent globalement des soins équivalents, mesurés en dépenses médicales totales<sup>13</sup>.

---

<sup>8</sup> Plusieurs dizaines de milliers de personnes, du fait de la très grande diversité d'âge et, pour chaque classe d'âge de maladies

<sup>9</sup> On demande aux enquêtés de citer les maladies dont ils souffrent et on synthétise les données obtenues sous forme d'indicateur individuel de morbidité

<sup>10</sup> Qui donnent une idée des effets des maladies invalidantes

<sup>11</sup> Sachant que l'état de santé se dégrade avec l'avancée en âge.

<sup>12</sup> On sait que cette hypothèse est en toute rigueur fausse (ainsi par exemple, les écarts de taux de mortalité peuvent atteindre 5 à 6 ans), mais peut être admise en première approximation du fait que ces écarts sont relativement modérés relativement à ceux dus à âge\*sexe ; il pourrait être intéressant, en limitant le calcul aux seules populations adultes, de corriger l'âge de l'espérance de vie par catégories sociales.

**Reste à charge :** Une deuxième variable, le reste à charge, est définie comme la somme qu'un patient a versé aux producteurs de soins et qui n'est remboursée ni par l'Assurance maladie ni par une OCAM. Etudiée au niveau individuel, elle permet de repérer les personnes (ou les ménages) que la consommation médicale met dans une situation financière difficile, voire de détresse.

### **La participation aux dépenses médicales selon le revenu**

L'analyse de la dépense médicale totale (tous types des soins et tous financeurs réunis) par grands groupes sociaux permet de contrôler approximativement la réalité globale d'égal accès aux soins. En revanche, l'étude des reste à charge ne permet en aucun cas de vérifier l'équité, ni horizontale, ni verticale, du financement des soins. En effet la participation des personnes aux dépenses médicales commence bien avant qu'elles ne soient malades, lorsqu'elles payent leurs cotisations sociales et mutualistes et/ou leurs primes d'assurance : la participation des personnes aux dépenses médicales est constituée de leurs cotisations sociales<sup>14</sup> (CS), de leurs cotisations mutualistes et primes d'assurance (CMPA), et de leur reste à charge lorsqu'elles sont malades (RAC). C'est pourquoi, pour analyser les montants versés par les individus en relation avec le revenu, il est nécessaire d'introduire une nouvelle variable, le **financement individuel des dépenses médicales**

$$\text{FIDM} = \text{CS} + \text{CMPA} + \text{RAC}$$

Les cotisations sociales sont théoriquement proportionnelles aux revenus et assurent la redistribution selon le revenu, les cotisations mutualistes et les primes d'assurance augmentent avec le risque<sup>15</sup> et permettent la rentabilité de organismes assureurs, les restes à charge augmentent avec l'importance des soins et sont un facteur d'inégalité selon l'état de santé. Dans la mesure où les cotisations mutualistes et les primes d'assurance sont liées au risque, elles sont aussi un facteur d'inéquité selon l'état de santé

Pour les personnes en bonne santé ou faiblement malades, l'essentiel de la FIDM est constituée de cotisation et primes (CS + CMPA) ; en revanche, pour les personnes gravement malades, le RAC peut devenir très important.

Cette variable, le FIDM, peut permettre de vérifier que la participation aux dépenses médicales est bien une fonction du revenu<sup>16</sup>, et que la participation de deux personnes ayant des revenus comparables est proche. La forme de cette fonction du revenu dépend de l'idée qu'on se fait de l'équité (proportionnelle, progressive, dégressive,...).

Si le principe premier est que l'état de santé n'a pas d'effet sur l'accès aux soins, le RAC doit être nul, les cotisations sociales assurant seules l'équité tant horizontale que verticale.

---

<sup>13</sup> *Contrairement à l'idée assez répandue que trop de soins peut être inutile voire nuisible, on admet alors que les groupes qui consomment le moins de soins médicaux sont relativement défavorisés de ce point de vue.*

<sup>14</sup> *En toute rigueur, il faudrait également compter les montants versés par l'Etat ; ces sommes sont recueillies par l'impôt et devraient alors être ventilées vers les personnes selon les impôts versés (directs et indirects). En France, la participation de l'Etat est faible (1,3 %) et n'en pas tenir compte n'induit qu'une erreur négligeable.*

<sup>15</sup> *A l'exception de quelques mutuelles qui ont conservé des cotisations proportionnelles aux revenus, mais qui sont soumises, au mois pour les revenus élevés, à la concurrence des OCAM dont les cotisations augmentent avec le risque.*

<sup>16</sup> *Une proposition a été évoquée de créer des « prix-proportionnels-aux-revenus », de manière à rendre équitable l'accès aux soins. Il s'agit de mettre en place des taux de remboursement dégressifs lorsque le revenu augmente, de manière que les restes à charge (« prix » pour le patient) soient proportionnels aux revenus. Cette règle est inéquitable, puisqu'une personne en très mauvaise santé serait très défavorisée par rapport à une personne de même revenu mais en bonne santé.*

Cependant certains estiment que la gratuité complète incite à une consommation inutile<sup>17</sup> et donc à des gaspillages et pensent donc nécessaire de prévoir un « ticket modérateur » supposé modérer la consommation médicale. Une solution serait alors qu'au niveau individuel, les RAC soient décroissants avec le niveau atteint par la consommation médicale, pour devenir nuls (ou quasi nuls) à partir d'un certain niveau ; en tout état de cause, les RAC doivent rester limités. Un tel principe est en partie mis en œuvre en France avec la prise en charge intégrale des dépenses entraînées par les maladies longues et coûteuses<sup>18</sup> (ALD), en Allemagne avec des plafonds proportionnels aux revenus et en Belgique avec des plafonds fonction des revenus<sup>19</sup>. Soulignons que le RAC remet en cause le principe d'équité horizontale et que le niveau retenu est un équilibre entre les deux notions, modération et équité.

Même pour des revenus élevés voire très élevés, le montant des RAC peut rendre les soins inaccessibles ; il est indispensable qu'au-delà d'un certain montant, les soins soient entièrement pris en charge collectivement, au risque de faire disparaître les soins lourds, et indirectement toute une part du progrès médical. La protection maladie crée en effet une clientèle solvable, condition du développement de la recherche médicale et des investissements en matériels médicaux lourds

## Annexes

### Annexe 1 : La gestion du risque

La notion de gestion du risque fournit un exemple quasiment caricatural : en termes assurantiels (assurances privées), il s'agit de faire payer les assurés proportionnellement au risque qu'ils courent, autrement dit aux personnes en mauvaise santé (les plus défavorisés du point de vue de la santé) bien plus que celles n'ayant pas de problème de santé (Cf. annexe 1) ; en termes d'assurances sociales, il s'agit de développer la prévention, d'accompagner les malades et les personnels soignants, d'améliorer le fonctionnement et la qualité des soins (Cf. annexe 2). Sous la même appellation, deux mondes différents, voire opposés.

L'abandon par l'Assurance Maladie de certains domaines aux couvertures complémentaires (mutuelles ou assurances privées) entraîne que ces soins chers (appareils dentaires ou auditifs) ne peuvent être accessibles que pour les plus riches ; il en est de même pour certains traitements récents que l'Assurance Maladie met un délai parfois long à prendre en charge.

#### 1- La gestion du risque en assurances définie par Wikipedia.

Une **assurance** est un service qui fournit une prestation lors de la survenance d'un risque. La prestation, généralement financière, peut être destinée à un individu, une association ou une entreprise, en échange de la perception d'une cotisation ou prime. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Assurance>).

La **prime d'assurance** est le prix que le preneur d'assurance doit payer pour pouvoir bénéficier de la couverture d'assurance en cas de sinistre.

---

<sup>17</sup> *La gratuité n'est en toute rigueur jamais complète si on tient compte du temps perdu et du désagrément occasionné par les soins, mais aussi des frais annexes entraînés par les soins médicaux (transports, produits non pris en charge par l'Assurance Maladie, ...).*

<sup>18</sup> *à l'exception des dépassements d'honoraires, de la participation forfaitaire de 1 Euro et des forfaits hospitalier*

<sup>19</sup> *Cf La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens, Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann, sous la direction du Dr Olivier Obrecht, Haute autorité de santé, septembre 2007.*  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation\\_patients\\_5\\_pays\\_eur.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur.pdf)

La prime se compose de trois parties: la partie risque, la partie frais et la partie bénéfice. La prime est en principe due pour une période d'assurance entière (12 mois), même si d'autres modalités de paiement, p. ex. paiement mensuel, prime unique, sont possibles.

La partie risque constitue le coût probable de sinistre que représente le risque à assurer. Concrètement, l'assureur va modéliser le risque que représente l'objet à assurer, en comparant son profil avec l'historique qu'il possède sur d'autres profils similaires. L'évaluation du risque est donc liée à la connaissance historique de risques similaires (ou à la capacité de modélisation). C'est la raison pour laquelle, les assureurs proposent des primes d'assurance différente, puisqu'ils n'ont pas le même historique, la même expérience, la même base de clientèle. Ils évaluent donc différemment les risques.

A cette prime de risque, on rajoute tous les frais de gestion, c'est-à-dire les frais qui permettent (en les répartissant sur tous les clients) de couvrir les charges opérationnelles de l'assureur (salaires, loyers,...).

Enfin, la partie bénéfice correspond à la marge (positive ou négative) que l'assureur consent à une population en fonction de ses objectifs commerciaux. Un assureur qui veut attirer les jeunes peut accepter une marge négative sur cette population. En revanche, sur les personnes plus âgées, qui ont moins tendance à résilier, il peut décider d'avoir une marge plus forte. ([http://fr.wikipedia.org/wiki/Prime\\_d%27assurance](http://fr.wikipedia.org/wiki/Prime_d%27assurance)).

## **2- La gestion du risque en Assurance Maladie définie par la CNAMTS**

Dans le contexte de la réforme d'août 2004, l'Assurance Maladie a défini son programme et ses actions en matière de gestion du risque.

La gestion du risque est le cœur de métier d'un assureur. Elle consiste dans la maîtrise de l'évolution des dépenses tout en améliorant l'état de santé de la population. En France, 55 millions de personnes sont assurées auprès du régime général de l'Assurance Maladie.

### **Cinq orientations principales**

Dans le contexte de la réforme d'août 2004, l'Assurance Maladie a défini son programme et ses actions en matière de gestion du risque.

Sur proposition du directeur général, cinq orientations principales ont été adoptées par le conseil de la CNAMTS en 2005. Elles concernent :

- Le développement de la prévention pour contenir la dépense des soins, c'est-à-dire agir sur le comportement avant l'apparition d'une pathologie.
- L'information et l'accompagnement de tous les acteurs du système, en particulier les assurés et les professionnels de santé.
- La limitation des dépenses inutiles par le contrôle du périmètre des soins pris en charge, la fixation des tarifs et la justification médicale du recours aux soins.
- L'organisation de l'offre de soins.
- Le pilotage et le contrôle du système de soins.

### **La maîtrise médicalisée : un outil de gestion du risque**

La maîtrise médicalisée recherche des gains de productivité dans le système de soins, rendus possibles par l'évolution des comportements en matière de prescriptions et de consommation

des soins.

La maîtrise médicalisée est fondée sur les principes suivants :

- Des référentiels médicaux.
- Des objectifs quantifiés, contractualisés et négociés avec les professionnels de santé.
- Une dynamique de programmes nationaux mis en action grâce à l'ensemble du réseau régional et local de l'Assurance Maladie.

(<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/index.php>)

\* \* \* \* \*