

Comment mesurer l'accessibilité financière des soins ?

Démarche de tableau de bord du HCAAM

Work shop LEDA-LEGOS et
Chaire Santé
du 9 mars 2011

Plan de l'intervention

1. La démarche d'ensemble du HCAAM
2. Partir de ce qu'on veut mesurer : respect des principes de l'assurance maladie
3. Indicateurs principaux

I La démarche du HCAAM

1. Le HCAAM souhaite pouvoir commenter dans son rapport annuel un ensemble de données lui permettant de d'évaluer le système d'assurance maladie, au regard du respect de ses objectifs fondamentaux.
2. L'étape actuelle concerne l'accessibilité financière des soins. Elle n'est qu'une première étape. Il faudra notamment aborder l'accessibilité géographique des soins.

I La démarche du HCAAM

1. Le HCAAM souhaite que cet ensemble de données :

1. ne se limite pas aux seuls aspects financiers
2. mais couvre les dimensions du recours efficient au système de soins
3. puisse renforcer les comparaisons avec les systèmes étrangers
4. et contribue à la qualité du débat public, en vue des nécessaires adaptations du système d'assurance maladie

II Accessibilité financière des soins

Partir de ce qu'on veut mesurer

1. Le respect de l'objectif d'accessibilité financière des soins fait aujourd'hui débat
 1. le reste à charge des ménages représente 9,4 % de la dépense de soins
 2. le taux de couverture des « soins courants » par l'assurance maladie obligatoire est beaucoup plus faible, de l'ordre de 50 %

II Accessibilité financière des soins : Partir de ce qu'on veut mesurer

- Le droit à la protection de la santé est un objectif constitutionnel qui se fonde sur le 11^{ème} alinea du préambule de la Constitution de 1946

“La Nation garantit **à tous**, et notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la **protection de la santé**”

II Accessibilité financière des soins : Partir de ce qu'on veut mesurer

1. On passe du droit à la protection de la santé à l'égalité d'accès aux soins par une série d'emboitements de droits :

1. Droit à la protection de la santé

1. Egal accès aux soins

1. Egale accessibilité financière des soins

II Accessibilité financière des soins :

Partir de ce qu'on veut mesurer

1. L'assurance maladie repose sur le principe d'universalité :

L'égale accessibilité financière des soins est garantie par le moyen prioritaire d'une **solidarité entre bien portants et malades**.

L'objet de la solidarité est la maladie qui entraîne des frais, quelle que soit la situation financière du malade.

Il ne s'agit pas d'une solidarité à l'égard des malades qui n'arrivent pas à couvrir leurs frais.

II Accessibilité financière des soins :

Partir de ce qu'on veut mesurer

1. Au total, les caractéristiques de ce système sont :

1. des prestations exclusivement liées au coût de la maladie, indépendantes du revenu
2. des prélèvements indépendants de la maladie ou du risque maladie :

Ils sont modulés en fonction du revenu, ce qui découle du principe général du financement des politiques publiques (a. 13 Déclaration de 1789 : « chacun doit contribuer aux charges publiques en fonction de ses facultés »)

II Accessibilité financière des soins :

Partir de ce qu'on veut mesurer

1. une participation obligatoire de tous (en raison des retours plus ou moins avantageux).
2. Une place laissée aux co-paiements : la participation de l'assuré est la règle plutôt que l'exception (décision du CC 12 août 2004 sur la loi relative à l'assurance maladie)

Ces co-paiements peuvent être assurés volontairement.

II Accessibilité financière des soins : Partir de ce qu'on veut mesurer

Au terme de cette analyse de l'objectif d'accessibilité financière des soins, le HCAAM propose de retenir trois groupes d'indicateurs décrivant :

1. la solidarité entre bien portants et malades (B1)
2. l'accessibilité financière des soins courants pour les plus faibles revenus (B2)
3. l'accès optimal au système de soins (B3)
4. tout en conservant des indicateurs de cadrage (A)

Indicateurs retenus

A. Données de cadrage

1. Données du compte de la Santé de la DREES

Le HCAAM souhaite que le périmètre des dépenses considérées incluent celles qui concernent les personnes âgées et handicapées en institution ainsi que les dépenses de prévention individuelles.

1. Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale, par type de soins et le statut ALD / non ALD

2. Données de comparaison internationale

Indicateurs retenus

A. Données de cadrage

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

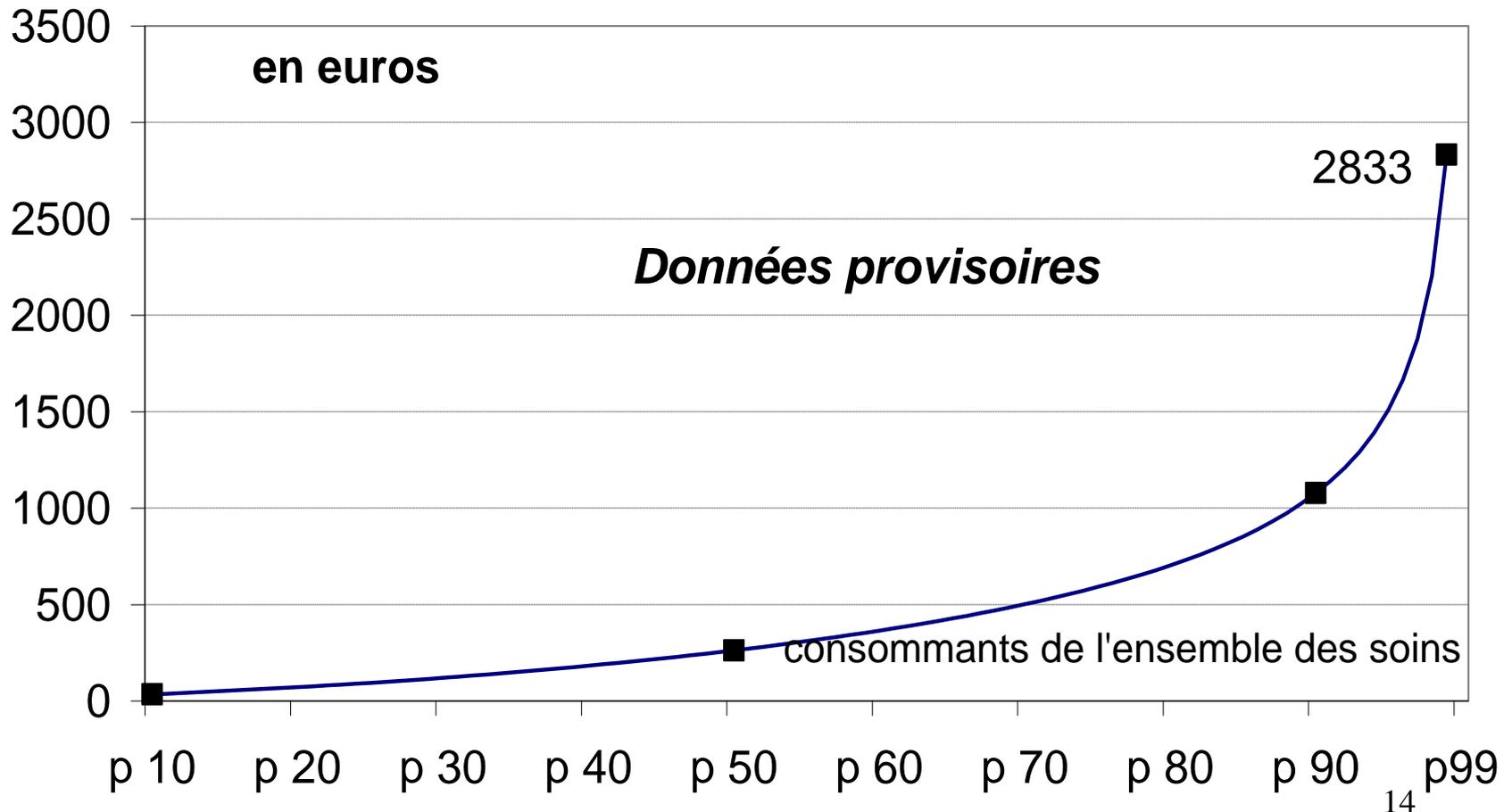
Données provisoires RG

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

Indicateurs retenus

B1. Solidarité entre bien portants et malades

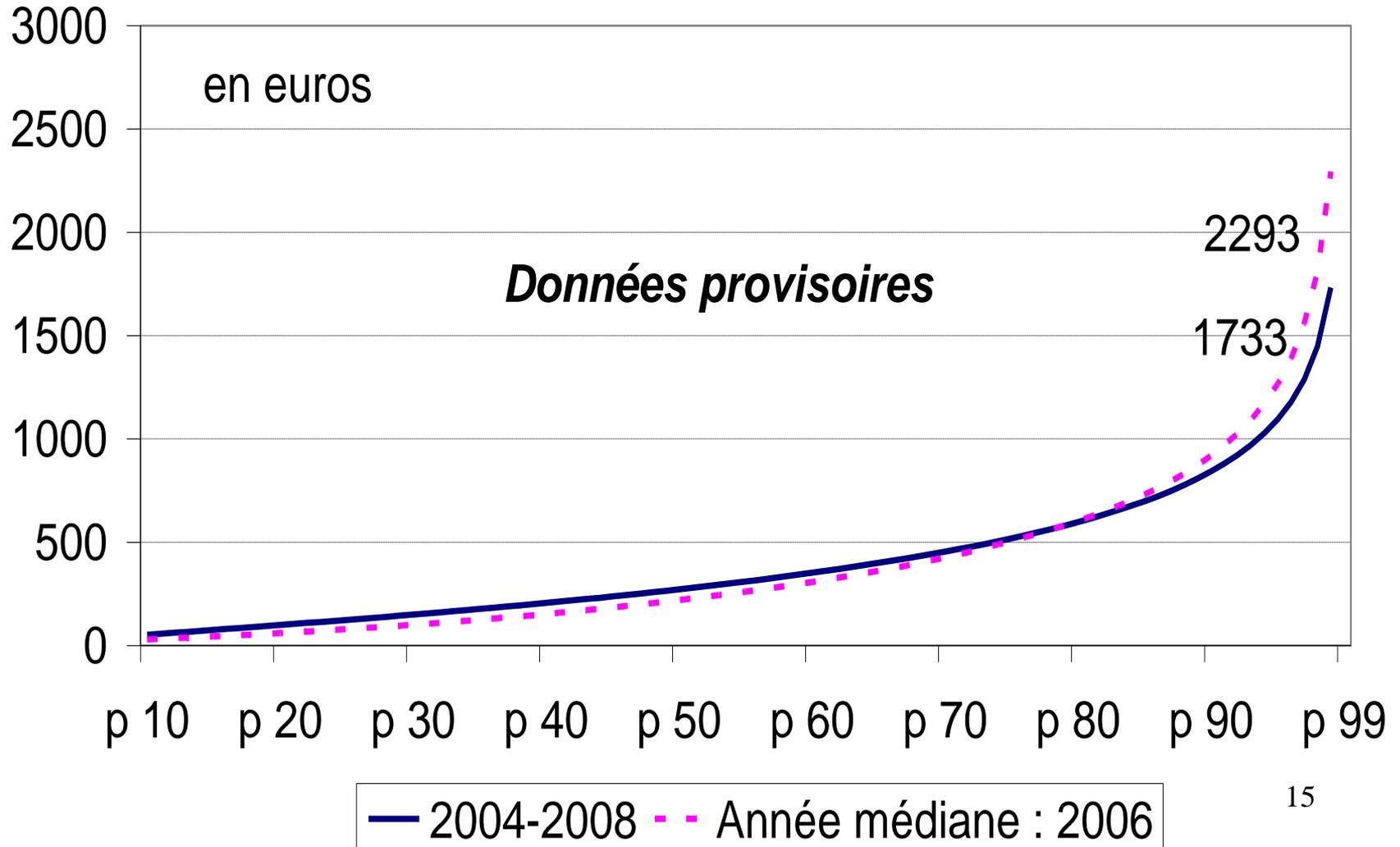
**Dispersion des RAC après AMO en niveau
ensemble soins 2008 RG**



Indicateurs retenus

B1. Solidarité entre bien portants et malades

Dispersion des RAC SdV sur 5 ans RG



Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

1. Toutes les formes de mutualisation doivent être prises en compte
- 2. Les dépenses doivent être rapportées au revenu**
3. du ménage

Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Le HCAAM propose quatre indicateurs de taux d'effort qui prennent tous en compte :

1. les dépenses totales de santé,
2. les remboursements AMO
3. les remboursements OC
4. les contributions obligatoires
5. les primes versées aux OC
6. les revenus

évalués au niveau du ménage

Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

1. Taux d'effort brut =

$$\frac{\text{Dépenses de santé} + \text{cotisations et CSG} + \text{Primes d'assurance}}{\text{Revenu} + \text{Remboursements AMO} + \text{Remboursements AMC}}$$

1. Taux d'effort après AMO =

$$\frac{\text{RAC après AMO}}{\text{Revenu disponible brut}}$$

Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

1. Taux d'effort après AMO et AMC =

$$\frac{\text{RAC après AMO et AMC}}{\text{Revenu - Cotisations et CSG - Primes AMC}}$$

$$\frac{\text{RAC après AMO et AMC + Primes AMC}}{\text{Revenu - Cotisations et CSG}}$$

Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

La difficulté du recueil de données est extrême :

1. appariement des dépenses et remboursements AMO pour les soins de ville et l'hôpital
2. appariement avec les données des organismes complémentaires
3. appariement au niveau du ménage
4. appariement avec le revenu des ménages (tous revenus)
5. connaissance des prélèvements obligatoires (dont ceux pour la santé)
6. connaissance des primes versées aux OC

Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Taux d'effort par quintile de niveau de vie des ménages en 2003

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

Source INSEE, novembre 2009

Indicateurs retenus

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

1. On peut rattacher à cet objectif, les indicateurs se rapportant au renoncement aux soins pour raisons financières.
2. Ces indicateurs présentent actuellement des difficultés d'interprétation. Etudes en cours IRDES DREES

Indicateurs retenus

B3. Recours efficient au système de soins

1. L'objectif d'accessibilité financière aux soins exprime une solidarité pour un usage de qualité du système de soins. Elle ne s'étend pas aux dépenses « déraisonnables ».
2. Le HCAAM n'a pu que fournir quelques pistes d'indicateurs : dispersion des RAC des personnes qui ont respecté le parcours coordonné....

Conclusion

1. Aucun des indicateurs phares ne repose sur des taux de prise en charge :
 1. La solidarité bien portants malades renvoie à des indicateurs de RAC en niveau (dispersion)
 2. La solidarité entre hauts et bas revenus à des indicateurs de taux d 'effort qui rapportent des dépenses pour la santé à un revenu.

Conclusion

Le HCCAM est conscient de l'ambition de sa recommandation mais estime indispensable de progresser sur

1. la connaissance de **tous** les coûts,
2. la connaissance **chaînée** des coûts de santé : ville, hôpital MCO, SSR, PSY, établissements médicaux sociaux
3. le rapprochement de l'ensemble des dépenses des ménages pour leur santé avec leurs **revenus**

Dans le but de **rendre compte du respect des objectifs fixés à l'assurance maladie.**