

LE MOT DU PRÉSIDENT

Comment va le Collège ? Pas mal merci, en tout cas mieux. D'abord, il reste très dynamique. Les projets abondent. Le CA travaille activement sur l'organisation d'un grand Colloque fin 2009 qui devrait marquer le 20^{ème} anniversaire de l'association. L'ambition est de nouer une alliance entre la rigueur scientifique et l'ouverture politique, à l'instar de ce que nous avons déjà réussi dans le passé, notamment en 2000 à l'occasion d'un mémorable colloque sur « L'Etat de la réforme » qui s'était tenu à Dauphine. Dans le même esprit, un ouvrage collectif faisant le tour des grands débats en matière d'économie et de politique de santé devrait être publié à cette occasion : le plan et la liste des auteurs sont arrêtés. Nous venons par ailleurs d'achever les « guidelines » pour la réalisation des modèles d'impact budgétaire qui tendent à se développer dans la littérature. Elaborés par un groupe tripartite (université-administration-industrie) réuni sous l'égide du Collège, ils font le tour de la question de manière assez créative, en abordant toute une série de points non traités dans les « guidelines » existant. Voilà de quoi nourrir la réflexion et les travaux de la nouvelle commission de la HAS en charge de l'évaluation économique. Le CES se réjouit de voir l'économie de la santé reconnue institutionnellement (enfin !). La distinction que faisait encore la loi de 2004 créant la HAS entre la « science » et l'« économie » n'est plus de saison. Nous félicitons chaleureusement nos collègues qui ont été nommés à cette commission, et tout particulièrement sa présidente Lise Rochaix, membre du Collège de la HAS (et du CA du CES !). Bon vent et bon travail à la commission et à sa présidente !

Sur le plan intérieur, le nouveau CA issu des élections de Mars s'est réuni deux fois dans une ambiance à la fois studieuse et... détendue. Rajeunissement oblige ! Une grande partie des discussions ont porté sur la mise en œuvre d'un mandat, voté par la dernière AG, visant à créer une catégorie de « membre professionnel » à côté des catégories existantes que sont celles de « membre » (tout court), dont la définition est très académique, et de « membre étudiant ». Mais on sait que le sujet de la définition d'un « économiste de la santé » est très sensible !

Enfin, financièrement, les sessions de formation organisées pour les caisses d'assurance-maladie, la CNAMTS et le RSI, ont apporté un réel bol d'air. Le bilan des formations est – de l'avis même des caisses – très satisfaisant. Reste que c'est un gros investissement et que je ne saurais trop remercier nos collègues des universités et centres de recherche qui ont assumé cette charge qui est lourde et délicate : le contact avec des professionnels de haut niveau et avertis est à la fois très exigeant et très satisfaisant. Appel donc aux bonnes volontés pour les sessions à venir en 2009 et 2010.

Claude LE PEN
Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

LES ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

La place des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) dans le système de santé en France est singulière. Ils viennent compléter la couverture offerte par l'assurance maladie, mais non pas pour couvrir des dépenses de soins qui ne sont pas prises en charge mais pour compléter une couverture partielle, pour couvrir le reste à charge.

Il n'y a pas de ligne de partage claire entre l'Assurance Maladie et les OCAM, aucune logique en termes de panier de soins (comme dans le NHS) ou de segmentation de la population selon ses revenus (comme dans le système allemand). La place des OCAM en France est le fruit de l'histoire, non de la mise en œuvre d'une doctrine, et cette histoire, dans la période récente, est essentiellement celle des besoins de financement de l'assurance maladie.

Cette organisation, qui n'en est pas vraiment une, est aujourd'hui face à ses contradictions. Comme le rappelle Chantal Cases dans cette lettre, les pouvoirs publics s'inquiètent - la CMUC et l'ACS en témoignent - de l'absence de couverture complémentaire d'une partie de la population française. Derrière cette inquiétude, on perçoit sans difficulté le souci de permettre à tous l'accès à un large panier de soins. La CMUC relève très clairement de cette logique et, de ce point de vue, Chantal Cases le souligne à raison, c'est un succès indéniable même si les discriminations observées à l'encontre des bénéficiaires tempèrent le diagnostic.

Mais on comprend mal alors. Si l'objectif est la gratuité d'un panier de soins, une logique simple voudrait de confier à l'assurance maladie cette mission et aux OCAM la couverture des autres soins (ou, comme en Allemagne, des individus préférant se tenir à

l'écart de l'assurance maladie). Cette orientation serait douloureuse. Elle avaliserait la fin de l'universalité d'accès aux soins, à tous les soins, qui, si elle est pour partie une fiction, structure le système français, et l'engagement professionnel des acteurs ou d'une partie d'entre eux tout au moins. La volte face de Roselyne Bachelot à propos de l'idée de confier intégralement aux OCAM certains risques, l'optique en particulier, démontre l'extrême sensibilité du sujet.

Mais que demande-t-on aux OCAM aujourd'hui ? Peut-on continuer de leur demander de jouer le rôle de soupape de sécurité d'un système de dépenses socialisées, de les considérer comme des partenaires accommodants et vertueux de l'Assurance Maladie ? De plus en plus difficilement certainement. Il est probable que la concentration du secteur en œuvre aujourd'hui conduite à une tension sans cesse plus grande entre le rôle implicitement dévolu aux OCAM par l'Assurance Maladie et les impératifs de la concurrence et de la création de valeur d'un secteur d'activité devenu comme un autre. La « convergence des opérateurs » du secteur observée par Carine Franc et Agnès Couffinal nous appelle justement à développer un regard d'économiste industriel sur le marché de l'assurance complémentaire maladie.

Finalement, est-il souhaitable de changer en profondeur le système d'assurance maladie pour lever ses contradictions ? Est-il préférable de vivre avec et d'en atténuer les tensions pour continuer à se donner l'illusion d'être à la fois universel, parcimonieux et performant ? Chacun tranchera selon ses convictions ou ... son tempérament.

Jérôme WITTWER
Université Paris Dauphine

ANALYSE ECONOMIQUE DU SECTEUR DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE EN FRANCE

Les relations entre les pouvoirs publics et les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) ont toujours été ambiguës ou pour le moins marquées par une certaine contradiction entre un discours économique sur la responsabilisation des usagers et un degré de pragmatisme politique et commercial. Les hausses de tickets modérateurs, de forfaits hospitaliers et les déremboursements de médicaments ont souvent eu un objectif affiché de sensibilisation des usagers du système aux prix des soins soit un objectif de responsabilisation des patients. Toutefois, ces politiques visaient plus à colmater des déficits budgétaires chroniques qu'à insuffler des logiques incitatives. En dépit d'un discours parfois critique à l'égard des OCAM qui compensaient les désengagements successifs de l'Assurance Maladie, les pouvoirs politiques bénéficiaient en réalité de cette prise en charge par les OCAM qui atténuait l'impopularité de ces mesures. Dans le même temps, les OCAM voyaient de facto leur champ de compétences et donc leur activité croître. En effet, l'organisation du financement des soins définit le champ de compétence de l'assurance privée par défaut ce dernier dépendant quasi mécaniquement de celui de l'assurance maladie publique. Globalement, le marché de l'assurance maladie privée a subi de grandes transformations ces 10 dernières années tant du point de vue des contraintes et exigences auxquelles sont soumis les acteurs (particulièrement les mutuelles), des nouveaux modes d'organisation et de gouvernance du secteur (création de l'Unocam) que du rôle confié aux OCAM : en effet, les OCAM sont fortement incités à proposer des « contrats responsables et solidaires », à gérer le contrat complémentaire de bénéficiaires de la CMUC et à promouvoir le « chèque santé ». Ce dernier, par ailleurs, favorisant l'accès à l'assurance privée, ouvre potentiellement de nouveaux marchés pour les OCAM en encourageant de nouvelles souscriptions ou en permettant aux assurés d'augmenter le niveau de leurs garanties. Partant du constat que le discours et la réalité ne sont pas toujours cohérents, il nous a semblé intéressant d'amorcer ici une analyse de l'assurance complémentaire sous l'angle d'une analyse de marché. L'approche industrielle et la mise en perspective des résultats du secteur permettent de remettre en question quelques idées reçues.

Un secteur très dynamique poussé par la prise en charge de nouveaux biens et services

L'analyse de la ventilation de la dépense en soins et biens médicaux (DSBM) et de son évolution montre que la croissance de l'activité des complémentaires est évidemment liée à la forte progression des dépenses mais aussi à la prise en charge de nouveaux soins et biens médicaux. La part de la DSBM financée par les OCAM est passée de 12,2% en 1995 à 13,1% en 2006 (Tableau 1). Cette progression, bien que limitée en apparence, traduit pourtant une hausse de 45% de la dépense des OCAM soit une hausse de 7,4% de la part de la DSBM financée par l'assurance privée.

Tableau 1 : Ventilation du financement de la DSBM

	1995		2006		Taux de croissance de DSBM part financeur	
	Mos d'€	%	Mos d'€	%		
Public	80577	78,2%	109144	78,3%	35,5%	+0,1%
OCAM	12532	12,2%	18175	13,1%	45,0%	+7,4%
Ménages	9888	9,6%	11924	8,6%	20,6%	-10,4%
Ensemble DSBM	102996	100%	139243	100%	35,2%	-

Source Eco santé 2007, Calculs CF, AC. En €2000.

La dépense en santé des OCAM a donc progressé plus rapidement que la dépense totale (+45% versus +35%) et contrairement à une idée souvent avancée, cette hausse sensible du financement des complémentaires ne s'explique pas directement par un désengagement de la Sécurité Sociale dont la part de financement est restée stable (+0,1%). En revanche, certaines décisions politiques ont clairement eu un impact sur la structure de la dépense des complémentaires : la hausse de plus de 36% du forfait journalier¹ sur la période a généré une extension quasi mécanique des dépenses hospitalières des OCAM (+52,2%) faisant progresser ce poste 5,2% et dans le même temps le poste des soins ambulatoires s'est réduit de 9% (Tableau 2). Globalement, la part des dépenses en soins aux particuliers s'est réduite de près de 6% à la faveur de la part des dépenses en biens médicaux. Les progrès

¹ Le forfait hospitalier est pris en charge par les OCAM depuis sa création en 1983 et fixé par arrêté.

techniques et le vieillissement de la population expliquent notamment la croissance de près de 65% du poste de dépense des biens médicaux entre 1995 et 2006. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie² note que, outre l'importance du marché des dispositifs médicaux (55% du marché des médicaments et autant que celui des honoraires), ce marché présente une forte croissance qui devrait se poursuivre du fait notamment du vieillissement de la population et de l'existence de besoins non encore couverts. L'équipement en DM augmente avec l'âge de même que les dépassements qui y sont associés générant un financement privé toujours croissant du reste à charge. Ce financement se répartit en moyenne selon le HCAAM, entre les OCAM (34%) et les ménages (31%) expliquant de nombreux renoncements aux soins.

Tableau 2 : Structure de financement des OCAM entre les postes de la DSBM.

En % de la DSBM	1995	2006	Evolution
Soins aux particuliers	60,8%	57,3%	- 5,8%
Soins hospitaliers	13,5%	14,2%	5,2%
Soins ambulatoires	46,9%	42,7%	-9,0%
Transports	0,3%	0,5%	66,7%
Biens médicaux	39,2%	42,7%	8,9%
Pharmacie	31,3%	29,6%	-5,4%
Autres biens médicaux	8,0%	13,1%	63,8%

Source Eco santé 2007, Calculs CF, AC.

La complémentaire santé, une activité d'assurance très concurrentielle gérée par des opérateurs de plus en plus semblables

Les contrats de complémentaire santé représentent près de 72% des activités d'assurance dites de dommages corporels, soit près de 27 des 37 milliards réalisés en 2006³. Bien que l'activité dommages corporels ne représente que 16% de l'ensemble des opérations d'assurance, cette activité compte le plus grand nombre d'opérateurs : 795 fin 2006 contre 317 pour l'assurance vie (66,5% des activités d'assurance). En 2007, le Fonds CMU recense 934 organismes⁴ intervenant dans le champ de l'assurance maladie privée et constate la poursuite de la diminution du nombre d'opérateurs (-47% depuis 2000)⁵. Cette concentration, principalement observée au sein de la famille des mutuelles est le résultat d'une concurrence vive sur le marché d'une part et d'une évolution de la régulation d'autre part. Dans un marché quasi-saturé (près de 92% des individus disposent d'un contrat d'assurance maladie complémentaire) où la mobilité est faible⁶, les opérateurs se livrent une concurrence forte qui se traduit par un foisonnement de nouveaux contrats offerts par les compagnies d'assurance, les instituts de prévoyance mais aussi par les mutuelles, ces dernières ayant pourtant traditionnellement une offre centrée autour de quelques contrats. Par ailleurs, et au nom des principes concurrentiels, les réglementations de ces dernières années ont cherché à aligner les types d'opérateurs tout en maintenant certaines formes de protection de l'activité d'assurance maladie. Ainsi, les mutuelles s'alignent progressivement sur le régime fiscal des sociétés commerciales ; l'exonération de l'impôt sur les sociétés est généralisée à tous les opérateurs mais uniquement accordée sur le chiffre d'affaire extrait des seuls contrats responsables et solidaires. Dans cette logique d'alignement des opérateurs, les exigences prudentielles des mutuelles ont été très significativement relevées (fonds de garantie minimal de 1,5 Mos€ à 2,25 Mos€ en 2007)⁷.

La concentration est aussi visible en termes de chiffre d'affaire : la moitié de l'activité du secteur est réalisée en 2007 par les 35 opérateurs les plus importants versus 45 en 2006⁵. Les deux premiers opérateurs, la MGEN (mutuelle) et BTP Prévoyance (IP) ont respectivement des chiffres d'affaires de plus d'1 milliards d'euros, le 3^{ème} AXA France Vie (assureur) atteint un chiffre d'affaire de plus de 900 Mos€ (les 3 représentent ensemble près de 10% du marché).

2 Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie : « Avis sur les dispositifs médicaux » 29 Avril 2008, disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_290508.pdf

3 Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelle (ACAM) « Le marché de l'assurance en 2006 », Analyse et synthèse, décembre 2007. http://www.acam-france.fr/info/Analyses_et_syntheses/0502

4 Les opérateurs non décomptés par le rapport de l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles sont des opérateurs relevant du code de la mutualité dont les engagements financiers sont assumés par des mutuelles « substitutives » en application de la possibilité réglementaires de substitution.

5 Fonds CMU : « rapport d'activité 2007 » disponible sur : <http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT%202007.pdf>

6 Franc C., Perronnin M., Pierre A. « Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise ». Questions d'économie de la santé IRDES n° 126. Octobre 2007

7 Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelle (ACAM) « Les mutuelles », Conférence du contrôle du 15 avril 2008.

Des opérateurs d'assurance maladie privée qui conservent des spécificités ?

Malgré ces logiques d'alignements, certaines spécificités des familles d'opérateurs restent particulièrement visibles : les mutuelles diffusent 61% des contrats individuels et près de 55% de l'ensemble des contrats de complémentaires santé ; les Institutions de Prévoyance sont très présentes en prévoyance collective avec plus de 36% du marché, loin devant les mutuelles. Au titre des spécificités de familles d'opérateurs, il faut noter la différence très significative de la structure d'activité : en 2006, l'activité dommages corporels représente moins de 7% de l'activité des assurances contre 71,3% pour les IP et 88,3% pour les mutuelles³.

Le ratio « sinistre/prime » (ou prestations/cotisations) est utilisé en assurance pour donner un aperçu de la rentabilité d'un secteur ou d'un type d'opérateur. Actuellement, sur l'ensemble du marché pour 100€ de cotisations ou primes, 76€ sont reversés au titre de prestations (Tableau 3). Sur les 5 dernières années, le ratio moyen du secteur de l'assurance maladie privée s'est plutôt détérioré du fait de la situation des mutuelles. En effet, le ratio des mutuelles s'est détérioré de 16% pour atteindre 79% en 2006. La Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP) relevait déjà une détérioration du ratio en 2002 mais soulignait surtout une forte disparité de la situation financière des mutuelles. A l'inverse, la situation des compagnies d'assurance et dans une moindre mesure, celle des IP s'est améliorée.

Tableau 3 : Chiffres d'affaires et rentabilité des opérateurs du marché de l'assurance maladie privé en France en 2006

	Mutuelles	IP	Assureurs	Ensemble
Nombre d'opérateurs*	848	45	98	991
%	86%	5%	10%	100%
Nombre d'assurés en Mos^{b, ¥}	38	5	10	54
%	71%	10%	19%	100%
Chiffre d'affaire en Mos €[§]	14 670	4 578	7 522	26 770
%	55%	17%	28%	100%
CA 2001	13 300 ^a	3 445 ^a	4 300 [¥]	21 045
Evolution 2001-2006	10%	33%	75%	27%
Dépenses de santé en Mos €[€]	11 598	3 798	5 040	20 436
%	57%	19%	25%	100%
dépenses 2001	9 085	3 087	3 291	15 463
Evolution 2001-2006	28%	23%	53%	32%
Ratio classique : prest. / primes 2006	0,79	0,83	0,67	0,76
Evolution ratio 2001/2006	16%	-7%	-12%	4%

Sources : *Fond CMU 2006a, §ACAM 2007, € Fennina and Geffroy 2007, ¥FFSA 2007, ^bCTIP 2007, ^aCCMIP (2002-2003) - Calculs CF & AC.

Même si de fortes tendances à l'alignement des opérateurs existent du fait des politiques fiscales, des exigences prudentielles, des contraintes concurrentielles du marché (etc.), même s'il n'y pas de réelle différence entre les opérateurs en ce qui concerne la prise en charge et le remboursement des soins, de vraies spécificités perdurent entre les différentes familles d'opérateurs : le statut d'une part qui distingue les assurances commerciales des mutuelles ou IP qui sont des groupements à but non lucratif, la structure de l'activité qui reste très différente tant dans le poids relatif de la santé dans les activités d'assurance que dans la nature des contrats offerts (individuels / collectifs).

Il serait intéressant de disposer de données plus détaillées pour étayer ou infirmer l'idée que l'évolution et les transformations observées sur le marché de l'assurance maladie privée conduisent finalement vers une vraie convergence des opérateurs. Pour l'heure, si la presse financière s'empresse de titrer⁸ : « les assureurs santé ont reconstitué leurs marges », il paraît assez clair que la situation est différente selon les familles d'opérateurs et que tant du point de vue des statuts des opérateurs que des contraintes auxquelles ils font face, l'usage de potentielles marges « reconstituées » ne peut être comparable, les mutuelles ayant par exemple, l'obligation de renforcer leurs réserves obligatoires.

Carine FRANC

CERMES – UMR CNRS 8169-EHESS-INSERM U750, Villejuif

Agnès COUFFINHAL

World Bank Country Office, South Asia Region Human Development Unit, Pakistan

L'ACCÈS A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR LES PLUS DÉFAVORISÉS : QUEL BILAN ?

En 2006, selon les comptes de la santé, 22 % des dépenses de soins et biens médicaux n'étaient pas couverts par l'assurance maladie publique. La couverture santé complémentaire, qui couvre plus de la moitié de ce reste à charge (soit 13% de la dépense, dont 7,4% pour les mutuelles, 3,2% pour les sociétés d'assurance et 2,4% pour les institutions de prévoyance), constitue donc un élément important du financement des soins. Contrairement à l'assurance habitation (pour laquelle, évidemment, il n'existe pas de premier pilier public universel !), l'assurance complémentaire santé n'est pas obligatoire. Il n'est donc pas étonnant que l'accès à cette couverture reste assez inégalement réparti dans la population. En 2006, selon les données de l'enquête ESPS de l'IRDES, environ 7% de la population n'en disposait pas ; cette absence de couverture était nettement plus fréquente parmi les plus pauvres (14,4% dans les ménages de revenus inférieurs à 800€ par unité de consommation)⁹. Cette différence résulte non seulement de plus faibles ressources financières (parmi les personnes non couvertes, plus d'une sur deux évoque ce motif), mais également d'un moindre accès à la couverture d'entreprise : celle-ci est à l'origine de plus d'un contrat sur deux, et plus des trois quarts dans les ménages de cadres.

Une couverture complémentaire santé très inégale

L'inégalité de couverture est également flagrante lorsque l'on considère les garanties couvertes par les contrats des personnes assurées : là encore, les personnes les plus défavorisées souscrivent des contrats relativement moins généreux, pour des taux d'efforts (part du revenu consacré à l'achat d'un contrat) en général plus élevés, à l'exception toutefois des bénéficiaires de la CMUC qui bénéficient d'un niveau de garanties les plaçant au niveau d'un contrat moyen. Pour les seuls contrats individuels, une première mesure du taux d'effort résultant des déclarations des assurés est de moins de 3% pour les ménages les plus riches et de 10% pour les ménages le plus pauvres, malgré des contrats choisis à un prix inférieur pour ces derniers¹. Les contrats collectifs souscrits par l'intermédiaire d'une entreprise sont à la fois plus fréquents et favorables pour les cadres¹⁰. Ce constat est identique à celui qui pourrait être fait sur quantité d'autres postes de consommation. Le problème est que le produit de consommation concerné n'est pas n'importe

lequel : la non souscription d'une complémentaire santé se traduit lors de consommations de soins par un reste à charge plus élevé. Or si ce dernier, quel que soit sa nature (ticket modérateur, franchise, dépassement de tarifs par rapport à la prise en charge de base par l'assurance maladie) peut limiter, comme pour toutes les assurances, les problèmes d'aléa moral, il peut aussi conduire les plus démunis à renoncer ou à différer des recours aux soins nécessaires et avoir des conséquences néfastes sur leur santé et celle de leur famille. C'est d'ailleurs la persistance, voire l'aggravation, de fortes inégalités sociales de santé en France, qui a motivé en 2000 la mise en place de la Couverture universelle maladie complémentaire gratuite (CMUC) pour les personnes à bas revenus (actuellement moins de 606€ pour une personne seule), puis, en 2005, de l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Destinée à réduire les effets de seuils potentiels de l'attribution de la CMUC, l'ACS prend la forme d'un bon d'achat (récemment renommé « chèque santé ») destiné à couvrir en partie le coût de la complémentaire pour les personnes dont les revenus sont situés au-dessus du seuil de revenus donnant droit à la CMUC (jusqu'à 15%, puis 20% en 2007).

Ces deux dispositifs ont été assez régulièrement évalués depuis leur mise en place, en partie par les institutions qui les ont pilotés (IGAS et DREES pour le Ministère de la Santé, fonds CMU, CNAMTS) ; elles ont également fait l'objet de nombreux travaux de recherche, notamment à l'IRDES. Les résultats sont mitigés selon le dispositif et l'indicateur de résultat considérés.

Le taux de couverture en complémentaires santé a nettement augmenté dans les années récentes, puisqu'il est évalué à 93% en 2006 contre 84% en 1996. La CMUC a fortement contribué à ce résultat. A ce jour, elle couvre 7,5 % de la population en métropole, et plus du tiers dans les DOM. Il reste toutefois des bénéficiaires potentiels non couverts, notamment parmi les titulaires de minima sociaux, mais ni leur nombre, ni leurs motivations ne sont faciles à évaluer précisément¹¹. En revanche, l'ACS est loin d'avoir atteint sa cible potentielle, avec un peu plus de 360 000 bénéficiaires en février 2008, pour une population cible estimée à environ 2 millions selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Diverses raisons ont été avancées pour expliquer ces non recours¹² : mauvaise infor-

⁹ Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 132 - Mai 2008

¹⁰ Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T., « La complémentaire maladie, d'entreprise : niveau de garantie des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°112, septembre 2006 et « Complémentaires maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 115, novembre 2006

¹¹ Bénédicte BOISGUÉRIN, Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins Etudes et résultats n° 603, DREES, octobre 2007

¹² Sandrine Dufour-Kippelen, Anne Legal, Jérôme Wittwer, *Comprendre les causes du non-recours à la CMUC*, rapport LEGOS pour le Fonds CMU, septembre 2006

mation des bénéficiaires potentiels sur leurs droits, lourdeur de la procédure administrative d'attribution, effet de stigmatisation pour les bénéficiaires de la CMUC, mauvaise adaptation des prix des contrats pour l'ACS, couverture d'une partie des bénéficiaires potentiels par des contrats de groupe obligatoires... Une partie de ces hypothèses reste à tester empiriquement, et plusieurs recherches sont en cours sur ces différents points. Mais les nombreux travaux déjà réalisés permettent déjà de tirer un certain nombre de conclusions sur les effets de ces mesures.

La CMUC : un accès aux soins amélioré, malgré certains refus de soins

Une première conclusion est maintenant bien étayée en ce qui concerne la CMUC : elle a véritablement permis à ses bénéficiaires d'accéder à des soins qui correspondaient à une demande médicale, mais auxquels ils devaient auparavant renoncer, notamment auprès des spécialistes¹³. Si l'accès aux soins est plus fréquent, en revanche la CMUC ne s'accompagne pas d'une augmentation de la dépense moyenne « conditionnelle », dès lors qu'il y a recours au système de soins. De manière générale, la CMUC a sur le recours aux soins, à caractéristiques identiques des assurés, un effet comparable à celui des autres assurances complémentaires : elle permet d'engager des recours, et en conséquence davantage de dépenses de soins de ville au total (de l'ordre de 30% environ) ; elle s'accompagne d'une réduction de plus de la moitié des renoncements aux soins déclarés pour raisons financières, qui concernent essentiellement les soins dentaires, optiques et de spécialistes¹⁴. Il est bien entendu difficile de faire la part, dans cette dépense supplémentaire, de ce qui correspond à une satisfaction de besoins réels ou à une part d'aléa moral, mais en général on s'accorde à penser que le premier effet domine.

Une seconde conclusion, moins favorable, est également assez bien démontrée : les bénéficiaires de la CMUC sont parfois victimes de refus de soins de la part de certains professionnels, qui doivent notamment pratiquer pour cette clientèle des tarifs fixés par l'assurance maladie, sans dépassement autorisé. Ces difficultés d'accès ont été détectées dans les déclarations des assurés dès la première enquête réalisée par la DREES auprès des bénéficiaires. Elles ont ensuite été confirmées dans le Val de Marne en appliquant une méthode de testing¹⁵. Les assurés se heurtant à des refus ne renoncent en général pas définitivement aux soins. Sur la base des données de remboursement de l'assurance maladie,

on constate ainsi que la proportion de bénéficiaires de la CMUC dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Mais on constate également une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches¹⁶. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile, sur ce type de données, de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

L'ACS : une réelle aide à l'achat, mais qui bénéficie à peu

Le « chèque santé » à valoir sur l'achat d'un contrat de complémentaire s'élève actuellement à 100€ pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200€ par personne âgée de 25 à 59 ans et 400€ pour celles âgées de 60 ans et plus. L'effet de cette aide est non négligeable : elle couvre en moyenne un peu plus de la moitié des primes d'assurance des bénéficiaires et contribue ainsi à en faciliter l'achat. Avec cette aide, le taux d'effort moyen est, selon l'enquête réalisée avec l'aide de l'IRDES par le fonds CMU, d'environ 4% du revenu des acquéreurs de contrats, davantage pour les plus âgés malgré une aide différentielle plus élevée. Par ailleurs, les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels : seule une étude détaillée auprès des bénéficiaires permettrait de savoir quelle est la part dans ce choix de la contrainte liée aux prix des contrats. Mais en ce qui concerne l'ACS, la principale question reste celle du non recours : il est sans doute partiellement lié à une méconnaissance du dispositif, et d'ailleurs un effort d'information des caisses d'allocations familiales s'est accompagné récemment d'une hausse des demandes. Mais il est également possible que le prix des contrats, même avec l'aide, soit jugé réducteur par beaucoup de bénéficiaires potentiels, au regard de leur niveau d'aversion au risque. Seules des enquêtes auprès des bénéficiaires potentiels, voire des expérimentations, permettront d'éclairer ces questions.

Chantal CASES, IRDES

¹³ Michel Grignon, Marc Perronin, Impact de la CMUC sur les consommations de soins, *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°74, novembre 2003 ; Bénédicte BOISGUÉRIN, État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU - Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003, *Études et résultats*, DREES, N° 294 • mars 2004

¹⁴ Denis Raynaud, Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, *Études et résultats*, DREES N° 378, février 2005

¹⁵ Caroline Despres, Michel Naiditch, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire, Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne*, rapport au fonds CMU, juin 2006

¹⁶ Sandrine Dufour-Kippelen, Anne Legal, Jérôme Wittwer, Comprendre les causes du non-recours à la CMUC, rapport LEGOS pour le Fonds CMU, septembre 2006

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE : les aspects valorisation

Vient de paraître : Rapport sur les Modèles d'Impact Budgétaire

Le groupe de travail sur les Modèles d'Impact budgétaire vient de clore ses travaux. **Le rapport est disponible sur le site du CES.** Le groupe émet 12 recommandations afin de construire une Analyse d'impact budgétaire (AIB). Elles concernent l'objet, la perspective et les caractéristiques de l'AIB ; présentent les différences entre impact et prévision budgétaire, soulignent les aspects méthodologiques essentiels (population cible/rejointe, identification et mesure des coûts) et proposent des lignes directrices quant à la présentation des modèles d'AIB et au contenu du rapport d'analyse.

Publication prochaine de l'Etude nationale des coûts 2003

Le travail d'exploitation de la base Étude Nationale des Coûts (données 2003) sur les années 2005 et 2006 mené par le Collège des Économistes de la Santé (CES) et des équipes membres du CES pour le compte de la DREES fera l'objet d'un numéro spécial de la revue **Dossiers solidarité et santé** de la DREES qui paraîtra en septembre 2008.

Préparation d'un numéro spécial de la Revue Economique

A l'occasion du 20^{ème} anniversaire des JESF, le CES a décidé de proposer à la **Revue Economique** un numéro spécial en économie de la santé. Ainsi 24 contributions issues des présentations réalisées lors des JESF 2007 à Lille ont été soumises à la Revue Economique dans le cadre de ce numéro. La réalisation de ce numéro spécial, coordonné au titre du CES par Thomas Barnay et Sophie Béjean et au titre de la Revue Economique par David Margolis (PSE), suit la procédure habituelle de sélection avec 2 rapporteurs anonymes par article. Les rapports ont été adressés aux auteurs. La parution de ce numéro spécial devrait intervenir fin 2008-début 2009.

Préparation d'un ouvrage collectif

12 thèmes ont été retenus. Douze thèmes qui agitent le débat public sur la santé ; sur lesquels les acteurs du monde de la santé s'expriment chaque jour, chacun avec sa position dans le système et ses opinions propres. Mais douze thèmes qui ont été étudiés de manière rigoureuse par des travaux d'économie de la santé. Douze thèmes sur lesquels notre discipline a des choses à dire, sur lesquels elle a réfléchi, qu'elle a observé, qu'elle a analysé :

- 1 - Honoraires, organisations : y a-t-il un avenir pour la médecine libérale ?
- 2 - Dérégulation et concurrence : faut-il privatiser l'assurance maladie ?
- 3 - Hôpital public/privé : quelle convergence ?
- 4 - Consommation et prescription pharmaceutique : une exception française ?
- 5 - Panier de soins, ticket modérateur et franchises : le patient doit-il payer ?
- 6 - Cotisations, CSG, TVA sociale : quel financement collectif pour la santé ?
- 7 - La Crise de la démographie médicale : Vers un monde sans médecin ?
- 8 - « Mieux vaut prévenir que guérir » : la prévention est-elle la solution ?
- 9 - Le Vieillissement : une chance ou une fatalité ?
- 10 - Former, évaluer, recommander : pourquoi et comment gérer le risque santé ?
- 11 - Dépenses de santé et croissance économique : Entraînement ou freinage ?
- 12 - Réduire les inégalités de santé : mission impossible ?

L'économie de la santé sur ces douze thèmes est capable de tracer la frontière entre ce qui fait consensus et ce qui fait débat. Où est cette frontière ? Que peut-on considérer comme établi et qu'ignorons-nous encore ? Telle est la question à laquelle l'ouvrage tentera d'apporter une réponse en faisant, sur chacun d'eux, les états des lieux respectifs de ce qu'on sait et de ce qu'on discute.

Prochaine Lettre du CES

La Lettre du CES du troisième trimestre (septembre 2008) sera consacrée au thème de la dépendance.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay et Astou Kaba.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755