

## **Chapitre V**

### **Le financement des dépenses de santé : répartition et transferts de charge entre contributeurs depuis 1996**

---

## **PRESENTATION**

---

*Les nouvelles participations forfaitaires instaurées dans la LFSS 2008 visent à organiser un transfert de charge estimé à 800 M€ en direction des ménages : massives et inacceptables pour les uns, modestes et inéluctables pour les autres, elles s'inscrivent dans une démarche de responsabilisation des assurés qui constituait l'un des objectifs de la loi du 13 août 2004 : infléchir la croissance de la consommation de soins en augmentant la charge directe des ménages.*

*Les nombreuses mesures qui en ont découlé ainsi que la perspective de réformes en matière de financement de la couverture maladie, qualifiées d'ores et déjà de structurelles, ont conduit la Cour à porter son attention sur la répartition du financement de la dépense de santé entre les financeurs que sont l'assurance maladie obligatoire (AMO), les assurances complémentaires (AMC), l'Etat et les ménages.*

*A cette fin, la Cour a souhaité faire le point sur la situation en 2006, analyser les évolutions marquantes au cours de la dernière décennie<sup>189</sup> et procéder à une estimation des changements intervenus suite à la loi de 2004.*

*En outre, malgré l'insuffisance d'informations pertinentes, il est apparu nécessaire de compléter cette approche macro-économique focalisée sur les versements directs (ou dépense finale) de chaque financeur, car elle ignore certaines propriétés de la couverture maladie, à savoir son coût et son caractère plus ou moins équitable vis-à-vis de la population.*

---

## **I - La dépense finale de santé : qui finance quoi ?**

### **A – Les informations disponibles**

Les comptes nationaux de la santé répartissent la dépense de santé entre les agents économiques qui, par leurs versements directs, en assurent la charge finale : ils permettent ainsi d'estimer à la fois le niveau de socialisation de la couverture maladie (dépense finale couverte par des

---

189. Ce sujet a aussi donné lieu à un rapport au Sénat, établi à la demande de ce dernier.

fonds publics<sup>190</sup>) et son niveau de mutualisation (part de la dépense finale relevant d'une couverture assurantielle obligatoire et complémentaire).

#### **Les tableaux annuels des dépenses de santé par type de financeur**

Les comptes nationaux de la santé sont des comptes satellites<sup>191</sup> de la comptabilité nationale élaborés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ils présentent chaque année<sup>192</sup>, la contribution de chaque financeur à la dépense de santé (France entière) dans un tableau intitulé « dépenses de santé par type de financeur » : y figurent les montants versés directement par l'AMO, les AMC et les ménages, auxquels s'ajoutent l'Etat, les collectivités locales et les entreprises.

Les comptes nationaux de la santé constituent l'unique source d'informations exhaustive pour examiner la répartition du financement de la dépense de santé entre tous les agents économiques ; les autres sources d'informations (comptes de la protection sociale, comptes de la sécurité sociale, informations statistiques en provenance des assurances complémentaires) ne cernent, par construction, qu'un ou plusieurs des financeurs, mais jamais la totalité d'entre eux.

Les comptes nationaux de la santé ventilent la dépense de santé en différents agrégats, le plus large étant celui de la dépense courante de santé (DCS) ; toutefois, pour mesurer la contribution des agents économiques, le plus utilisé est celui de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui correspond en gros au périmètre des prestations en nature, c'est à dire au sous-ensemble de la consommation individualisée de soins donnant lieu à remboursements.

---

190. Les fonds publics correspondent au secteur institutionnel des administrations publiques -APU- au sens de la comptabilité nationale.

191. Comptes satellites au même titre que les comptes de la protection sociale ou du handicap par exemple.

192. Le dernier exercice présenté dans les comptes nationaux de la santé est celui de 2006 ; comme l'ensemble de la comptabilité nationale, ils reposent sur un système d'évaluation triennal glissant : en année « n », un compte provisoire de l'année « n-1 » est estimé, un compte semi-définitif de l'année « n-2 » est établi et un compte définitif de l'année « n-3 » est arrêté. Les corrections apportées au compte provisoire sont parfois significatives.

**Répartition du financement selon les agrégats considérés en 2006**

*En M€*

Financeurs	AMO	AMC	Ménages	Autres 193	Total
<b>Consommation de soins et biens médicaux</b>	120 586	20 436	13 407	2 136	156 565
Parts dans la CSBM	77,02 %	13,05 %	8,56 %	1,36 %	100,00%
<b>Dépense courante de santé</b>	146 932	25 425	13 459	12 494	198 309
Parts dans la DCS	74,09 %	12,82 %	6,79 %	6,30 %	100,00 %

*Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé (base 2000)*

Plus de 8 % de dépenses connexes sont néanmoins exclues de la CSBM, en raison des conventions qui régissent l'ensemble de la comptabilité nationale. Ainsi, le concept de santé utilisé dans la base de référence actuellement en vigueur<sup>194</sup> est le suivant : « ensemble d'actions concourant à la prévention et/ou au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ».

Cette définition emporte les conséquences suivantes :

- depuis le changement de base, les dépenses financées à 100 % par l'AMO en direction des unités de soins de long séjour et des EHPAD -5,2 Md€ en 2006- sont sorties de la CSBM et figurent ailleurs comme dépenses pour les malades ;
- les dépenses de prévention -5,8 Md€-, même individualisées, sont aussi exclues de la CSBM parce qu'il s'agit d'actions ne donnant pas lieu à facturation et remboursement de prestations ;
- la part des cotisations sociales des professionnels de santé prise en charge par l'assurance maladie (2,3 Md€) est aussi exclue de la CSBM puisqu'il ne s'agit pas de prestations en nature (remboursement de soins aux assurés) ; pourtant, cette aide octroyée aux professionnels de santé en contrepartie d'une facturation d'honoraires sans dépassements (le plus souvent par les médecins de secteur 1) constitue une dépense similaire à celle des dépassements facturés aux AMC et aux ménages par les médecins du secteur 2 et inclus dans la CSBM.

En réintégrant les trois catégories de dépenses examinées ci-dessus, l'agrégat de la consommation de soins passe de 78,95 % (156 565 M€) à 85,66 % (169 868 M€) de la dépense courante de santé

---

193. Autres : « Etat-CMUC » dans la CSBM, auxquels s'ajoutent les collectivités locales et les entreprises dans la dépense courante de santé (DCS).

194. La base actuelle de référence est la base 2000, qui s'est substituée à la base 1995 à l'occasion de la présentation des comptes de l'exercice 2003.

(198 309 M€). Les parts de financement des agents économiques sont alors les suivantes :

### Répartition du financement de la consommation de soins élargie

En M€

	Montant	AMO	AMC	Ménages	Etat-CMUC	Entreprises
CSBM	156 565	77,0 %	13,1 %	8,6 %	1,4 %	
Soins aux personnes âgées en établissements	5 200	100,0 %				
Aide indirecte (subventions)	2 282	100,0 %				
Sous-total	164 047	78,1 %	12,5 %	8,2 %	1,3 %	
Prévention isolée	5 821	15,6 %			63,5 %	21,9 %
TOTAL agrégat élargi	169 868	75,9 %	12,0%	7,9 %	3,4 %	0,8 %

En grisé : n'apparaissent pas comme contributeurs

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux 2006 (base 2000)

## B – La dépense finale de santé hors AMO : des confusions possibles

La dépense de santé, hors dépense finale supportée par l'assurance obligatoire, requiert certaines précisions.

### 1 – La couverture complémentaire ne se limite à la dépense finale des AMC

La totalité de la couverture complémentaire ne se limite pas à la dépense finale des AMC (20 436 M€ en 2006), car elle comporte également les dépenses de la CMUC qui ne sont pas visibles dans la présentation des comptes nationaux de la santé : la majeure partie de la CMUC (celle gérée par les organismes de base) se trouve en effet intégrée, de manière erronée, dans la dépense finale du 4<sup>ème</sup> financeur intitulé « Etat-CMUC »<sup>195</sup> pour 1 436 M€, alors que la part gérée par les organismes complémentaires (211 M€) se trouve incluse dans les dépenses attribuées aux AMC.

Au total, les remboursements au titre de la couverture complémentaire représentent donc 21 872 M€, soit 14 % de la CSBM et non 13 %. Le reste à charge, c'est-à-dire le cumul de la dépense finale des

195. L'Etat finance en outre 700 M€ qui se trouvent agrégés avec la CMUC distribuée par les organismes de base dans les comptes nationaux de la santé : 448 M€ pour l'aide médicale d'Etat, 168 M€ pour les hôpitaux militaires et 84 M€ pour les anciens combattants.

ménages et de la couverture complémentaire totale est donc de 35,3 Md€ en 2006 (21 872 M€ + 13 407 M€), soit 23 % de la CSBM.

#### **CMUC : dépenses théoriques, dépenses réelles**

Le montant total de la CMUC vu ci-dessus (1 647 M€ = 211 M€ + 1 436 M€) n'est d'ailleurs pas celui qui a été réellement déboursé par les organismes de base ou complémentaires pour rembourser leurs bénéficiaires : il s'agit des paiements dus par le fonds de financement de la CMU, calculés sur la base du forfait par bénéficiaire (85 € par trimestre ou 340 € par an en 2006) multiplié par le nombre de bénéficiaires. La Cour estime qu'en 2005, par exemple, la dépense réelle des CPAM au titre de la CMUC a été supérieure d'environ 120 M€ au montant qui lui a été payé par le fonds : ce solde non compensé se trouve de facto intégré dans les dépenses du régime obligatoire.

## **2 – La répartition entre ménages et AMC est incertaine**

Depuis 2003, suite à une réorganisation peu maîtrisée de la collecte des données auprès des mutuelles, les montants de prestations versées par les AMC sont incertains<sup>196</sup>.

Ainsi, le montant de 20,4 Md€ attribué aux AMC semble minoré de près de 1 Md€ (914 M€ dont 862 M€ au titre des mutuelles), si l'on observe les montants financiers communiqués à la Cour par les groupements professionnels des assureurs complémentaires<sup>197</sup>.

La part de financement des AMC à la CSBM serait en ce cas supérieure de 0,5 point (13,64 % au lieu de 13,05 %)<sup>198</sup>.

Or, les versements directs des ménages exposés dans les comptes nationaux de la santé sont un solde calculé par différence entre les montants totaux de dépenses et les montants supportés par les autres financeurs AMO, Etat et AMC. Dans ce cas, la participation des ménages à la CSBM, chiffrée à 8,56 %, ne serait que de 7,98 %.

---

196. A partir de l'exercice 2007, l'ACAM a fourni des informations concernant les prestations des mutuelles. Selon la DREES, la prise en compte de cette nouvelle source conduirait à réévaluer de 700 M€ environ les prestations des seules mutuelles.

197. Fédération nationale de la mutualité française, centre technique des institutions de prévoyance et fédération française des sociétés d'assurance.

198. Une minoration similaire d'environ 1 Md€ se lit lorsqu'on compare les cotisations perçues par les AMC, telles que retracées dans le fonds de financement CMU, avec celles communiquées par les groupements professionnels.

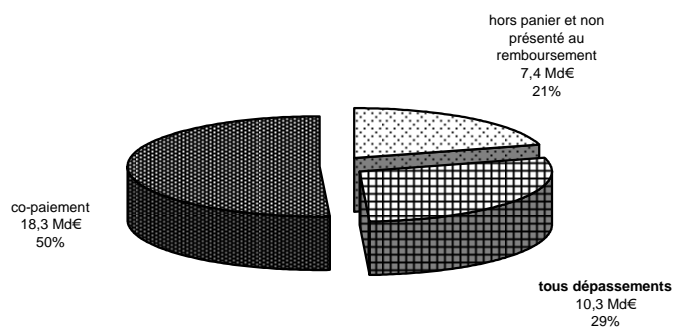
### 3 – Le reste à charge est constitué pour près d'un tiers de dépassements

La dépense totale supportée par les AMC et les ménages n'est pas assimilable au co-paiement, à savoir le ticket modérateur et les participations forfaitaires (forfait journalier hospitalier, forfait de 18 € et participations sur les actes médicaux instaurées en 2005). En 2006, le co-paiement ne représente en effet que la moitié du reste à charge.

En revanche, les dépassements de tarifs opposables (soit d'honoraires des médecins et des dentistes, soit des prix des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables -LPPR- dont l'optique) sont en revanche supérieurs à 10 Md€ et en représentent près du tiers : il ne s'agit là ni de dépenses hors panier de soins remboursable par l'AMO, ni de dépenses non présentées au remboursement, mais de dépenses supplémentaires afférentes aux prestations incluses dans le panier de soins de l'AMO.

En outre, les dépassements ne pouvant être facturés aux bénéficiaires de la CMUC (environ 7,6 % de la population totale), la proportion d'un tiers indiquée ci-dessus est en réalité supérieure pour le reste des personnes.

Répartition du reste à charge en 2006



Source Cour des comptes

La méconnaissance des dépassements sur les produits de la LPPR<sup>199</sup> fait obstacle à une comparaison dans le temps de cette partie problématique du reste à charge, qu'aucun dispositif n'a effectivement régulée à ce jour et qui livre les assurés à l'inégalité des prises en charge complémentaires.

### **C – La répartition du financement selon les soins ou biens médicaux**

La répartition du financement est très différente selon les soins ou biens médicaux. Ainsi, la part directement payée par les ménages est très faible pour les soins hospitaliers avec, cependant, une différence notable entre les établissements publics et privés. La dépense finale des ménages est également très faible pour les transports et les laboratoires d'analyses avec moins de 3 % ; elle est en revanche très élevée avec plus de 25 % pour certaines dépenses comme les soins dentaires (inclus dans les soins ambulatoires) ou l'optique (incluse dans les autres biens médicaux).

---

199. En 2006, les dépassements sur honoraires étaient de 5,6 Md€ (2,1 Md€ pour les médecins et 3,5 Md€ pour les dentistes), mais les informations existantes ne permettent pas d'indiquer un montant exact des dépassements sur les produits de la LPPR, vraisemblablement compris dans une fourchette située entre 3,5 Md€ et 4,5 Md€. Le diagramme retient 3,5 Md€.

**Les catégories de dépenses de la CSBM en 2006 : parts et contributions des financeurs**

*En M€*

	Dépenses par catégorie	Montants	Structure	Parts des financeurs			
				AMO	AMC	Ménages	Autres
	Hôpitaux du secteur public	54 151	34,59%	94,21%	2,68%	1,90%	1,20%
	Hôpitaux du secteur privé	15 707	10,03%	83,92%	9,23%	5,54%	1,32%
<b>1</b>	<b>Sous-total : Soins hospitaliers</b>	<b>69 858</b>	<b>44,62%</b>	<b>91,90%</b>	<b>4,15%</b>	<b>2,72%</b>	<b>1,23%</b>
	- Médecins	19 881	12,70%	70,64%	18,28%	9,40%	1,67%
	- Auxiliaires	9 689	6,19%	80,89%	9,18%	9,17%	0,76%
	- Dentistes	9 080	5,80%	34,75%	34,71%	28,28%	2,26%
	Laboratoires d'analyses	4 135	2,64%	74,03%	21,29%	2,86%	1,82%
<b>2</b>	<b>Sous-total : Soins ambulatoires</b>	<b>42 785</b>	<b>27,33%</b>	<b>65,67%</b>	<b>20,38%</b>	<b>12,32%</b>	<b>1,63%</b>
<b>3</b>	<b>Transports de malades</b>	<b>3 083</b>	<b>1,97%</b>	<b>94,10%</b>	<b>3,23%</b>	<b>1,96%</b>	<b>0,71%</b>
	Officines pharmaceutiques <sup>200</sup>	31 942	20,40%	67,51%	18,92%	12,09%	1,48%
	Autres biens médicaux (optique, prothèses, orthèses, VHP, petits matériels et pansements)	8 898	5,68%	43,00%	30,02%	26,00%	0,98%
<b>4</b>	<b>Sous-total : biens médicaux</b>	<b>40 840</b>	<b>26,08%</b>	<b>62,17%</b>	<b>21,34%</b>	<b>15,12%</b>	<b>1,37%</b>
	<b>CSBM (1+2+3+4)</b>	<b>156 565</b>	<b>100,00%</b>	<b>77,02%</b>	<b>13,05%</b>	<b>8,56%</b>	<b>1,36%</b>
	En montants	156 565		120 586	20 436	13 407	2 136

*Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006 (base 2000)*

## II - Une relative stabilité depuis 1996

Au cours des dix dernières années, la répartition du financement de la CSBM s'est peu modifiée, l'évolution - en plus ou en moins- de chaque contributeur étant inférieure à un point.

La relative stabilité des parts de chaque contributeur, constatée de 1996 à 2006<sup>201</sup>, contraste avec les périodes précédentes, essentiellement marquées par l'extension de la couverture obligatoire et, en conséquence, par une forte augmentation de la part financée par l'AMO qui, de 1950 à 1980 est passée de 50 % à 80 % de la CSBM.

200. Y compris rétrocession hospitalière.

201. Source DREES : cinquante années de dépenses de santé : une réropolation de 1950 à 2005 (mai 2007).

**Répartition de la dépense de CSBM par financeur en 1996 et 2006**

	AMO	AMC	Ménages	Autres	Total
2006	77,02 %	13,05 %	8,56 %	1,36 %	100,00%
1996	76,96 %	12,63 %	9,28 %	1,13 %	100,00%
Ecart 2006 / 1996	+0,06 point	+0,42 point	-0,72 point	+0,23 point	

*Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé (base 2000)*

Certaines modifications sont cependant intervenues au cours de la période.

**A – La population bénéficiant d'une couverture complémentaire a augmenté**

Seule la contribution des ménages a diminué en part relative depuis 1996 : cette faible diminution s'explique principalement par l'augmentation de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire (AMC + CMUC) et non par une amélioration de la couverture par bénéficiaire<sup>202</sup> : de 1996 à 2006, la part de la population ainsi couverte est passée de 84,0 % à 92,8 %<sup>203</sup>.

**B – Deux mouvements de fond se sont neutralisés**

La répartition du financement de la CSBM a évolué sous l'effet de deux mouvements concomitants qui ont affecté la structure des prestations consommées et le taux moyen de prise en charge de l'AMO et se sont neutralisés.

**1 – La structure de la consommation s'est fortement modifiée**

Au cours des dix dernières années, la structure de la consommation s'est déformée en faveur des soins ou des produits les moins remboursés par l'AMO, ce qui aurait dû diminuer la part de financement de cette dernière :

---

202. Alors que la croissance annuelle moyenne de la population couverte par les AMC est supérieure de 0,57 point à celle de la population totale consommante, celle de la dépense totale des AMC n'est supérieure que de 0,35 point à celle de la CSBM : il en résulte que le niveau moyen de couverture complémentaire par assuré a légèrement diminué.

203. Ce taux de 92,8 % est celui constaté par l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2006 dont l'exploitation a été présentée en avril 2008.

- la part des soins hospitaliers, qui représente 44,6 % de la CSBM en 2006, a diminué de plus de 4 points depuis 1996 ;
- dans le même temps, la part des biens médicaux a progressé de 3,5 points (de 22,6 % à 26,1 % de la CSBM) ;
- le troisième bloc de dépenses (soins ambulatoires) est resté stable (de 27,2 % à 27,3 %).

Cette déformation de la structure de consommation s'inscrit d'ailleurs dans une tendance de long terme qui a démarré au début des années 1980.

## **2 – Le niveau moyen de prise en charge de l'AMO sur les biens médicaux a beaucoup augmenté**

Cependant, le niveau moyen de prise en charge par l'AMO des biens médicaux, quand bien même il demeure moins important que celui des prestations hospitalières et ambulatoires, a progressé de 6,5 points dans le même temps, en passant de 55,7 % à 62,2 % (plus de 5 points pour les seuls médicaments dont le taux est passé de 62,2 % à 67,5 %). Cette augmentation du niveau de prise en charge a neutralisé la réduction de financement de l'AMO que le changement de structure de consommation aurait dû entraîner.

Au total, on constate que la stabilité de la répartition du financement de la CSBM, prise globalement et examinée plus haut, résulte de changements importants par catégorie de prestations.

En appliquant à la CSBM totale de 2006 la structure de consommation et les taux de prise en charge moyens de 1996, on peut valoriser l'ampleur de ces deux mouvements.

### **Valorisation des deux mouvements conjugués entre 1996 et 2006**

*En M€*

	Total des deux effets			
	AMO	AMC	Ménages	Autres
Soins hospitaliers	-5 995	+133	-654	-8
Soins ambulatoires	-344	-493	+867	+192
Biens médicaux	+6 077	+911	-1 651	+167
<b>CSBM</b>	<b>+97</b>	<b>+663</b>	<b>-1 122</b>	<b>+363</b>
de 2004 à 2006	- 549	+ 520	+ 52	- 23

*Source : Cour des comptes*

Ainsi de 1996 à 2006, les effets conjugués de ces deux modifications ont accru la dépense de l'AMO de 6 Md€ sur les biens médicaux : la déformation de la structure de consommation en explique

56 % (3,4 Md€) et l'augmentation du taux moyen de remboursement 44 % (2,6 M€).

De même, la diminution de la part des ménages est la résultante de mouvements divers : les ménages pris globalement sont très nettement gagnants sur les biens médicaux avec une réduction de leurs versements équivalente à 1 651 M€ toutes choses égales par ailleurs, un peu moins sur les soins hospitaliers (-654 M€), mais ils perdent de manière significative sur les soins ambulatoires qui augmentent leur contribution de +867 M€. Cette différenciation des gains et pertes selon le type de prestations doit être soulignée, car les assurés pris individuellement ne présentent pas le même profil de consommation selon leur âge et leur niveau de revenu.

### **C – Ces évolutions s'inscrivent dans une dynamique de croissance**

La présentation des financements en parts de CSBM comporte des limites et nécessite d'être complétée :

- la part prépondérante de l'AMO conduit en effet à estomper l'ampleur des évolutions des trois autres participations ;
- l'évolution de la part relative de chaque financeur (augmentée ou réduite) masque que ces phénomènes de transferts s'opèrent dans une dynamique générale de croissance : ainsi, la diminution de 0,72 points sur dix ans de la participation directe des ménages au financement de la CSBM a correspondu à une augmentation annuelle moyenne en valeur de +3,7 %.

Rapportée aux agrégats nationaux, la consommation de soins et biens médicaux (156,6 Md€) représente 12,1 % de la consommation effective totale des ménages (1 292,8 Md€) en 2006. En 1996, elle représentait 11,4 % (100,4 Md€ sur 877,3 Md€).

**Comptabilité nationale et CNS (exercice 2006) : le poids de la CSBM**

	Comptabilité nationale	CNS		Santé / Total
Consommation effective des ménages <sup>204</sup>	1 292,8 Md€	CSBM :	156,6 Md€	12,1 %
dont dépenses finales des ménages <sup>205</sup>	993,2 Md€	Ménages + AMC :	33,8 Md€ <sup>206</sup>	3,4 %
dont dépenses individualisables des APU	2 76,0 Md€	AMO + Autres :	122,8 Md€	44,5 %

Source : Cour des comptes

**Evolution en valeur de chaque participation financière à la CSBM au regard de quelques indicateurs**

En %

	2006/1996 Croissance totale	Taux de croissance annuel moyen
CSBM	55,9	<b>4,54</b>
Dépense finale AMO	56,0	4,55
Dépense finale AMC	61,2	4,89
Dépense finale ménages	43,9	3,70
Dépense finale autres financeurs	87,8	6,50
Reste à charge AMC + ménages	53,8	<b>4,40</b>
Population totale	6,0	0,58
dont âgée > 75 ans	42,6	3,61
Population bénéficiant d'une couverture complémentaire	17,1	1,59
Population couverte par les AMC	12,0	1,14
PIB en valeur	41,4	<b>3,52</b>
Consommation effective totale des ménages	47,4	3,95
Consommation finale totale des ménages	45,5	3,82
Revenu disponible brut	46,3	<b>3,88</b>
Revenu disponible ajusté <sup>207</sup>	47,5	3,96

Source : Cour des comptes d'après les comptes nationaux de la santé 2006 (base 2000) et les indicateurs de l'INSEE

204. La consommation effective recouvre l'ensemble des biens et services qu'utilisent effectivement (ou consomment) les ménages, quelle que soit la manière dont ils sont financés, ce qui dans le domaine de la santé correspond en gros à la CSBM.

205. La dépense de consommation finale recouvre les dépenses que les ménages supportent directement : dans le domaine de la santé, elle correspond à la part de CSBM financée par les ménages, augmentée de la contribution des AMC.

206. 33,8 Md€ = 13,4 Md€ (versements directs des ménages) + 20,4 Md€ (prestations versées par les AMC).

207. Revenu ajusté : revenu disponible brut augmenté des transferts sociaux en nature.

La CSBM en valeur a connu une croissance annuelle moyenne de 4,54 %, supérieure de plus d'un point à celle du PIB (+3,52 %) et de 0,6 point à la consommation effective totale des ménages (+3,95 %). Sur l'ensemble de la période, ces écarts de rythme de croissance ont représenté, en montants, un surplus de CSBM de 14,7 Md€ (par rapport au rythme du PIB) et de 8,6 Md€ (par rapport au rythme de la consommation effective totale).

Dans ce contexte, la contribution de l'AMO a connu une croissance similaire à celle de la CSBM (en effet, sa part est restée stable), alors que la dépense finale des ménages (+3,7 % en moyenne par an) a connu une évolution inférieure de 0,84 point à celle de la CSBM (sa part a en effet diminué) et celle des AMC une évolution supérieure de 0,35 point à celle de la CSBM (la population couverte par les AMC a en effet augmenté).

Enfin, la dépense finale supportée conjointement par les ménages et les AMC a augmenté en moyenne de 4,40 % par an : de 33,8 Md€ en 2006, elle a donc augmenté plus vite que le revenu disponible des ménages (de 0,5 point par rapport au revenu brut et de 0,4 point par rapport au revenu ajusté).

### **III - Les mesures de transfert introduites depuis la loi du 13 août 2004**

La loi du 13 août 2004 a introduit une démarche de responsabilisation des assurés, un de ses objectifs affichés étant d'infléchir la croissance de la consommation de soins en augmentant la charge directe des ménages.

L'hypothèse centrale sur laquelle a reposé cette démarche est celle d'une élasticité entre le niveau de la charge directe laissée aux assurés et leur niveau de consommation, la régulation par l'offre de soins étant dès lors considérée comme nécessaire mais non suffisante. Les principes affichés qui complétaient cette hypothèse sont de deux ordres : d'une part, les transferts financiers effectifs seraient moindres, à terme, que ceux estimés ab initio puisque la consommation est précisément appelée à diminuer, d'autre part, cette incitation à une moindre consommation ne conduirait pas à dégrader le recours aux soins utiles, car elle se concentrerait sur des soins inutiles ou de confort.

L'instrument principal de cette nouvelle politique, dont le seul antécédent est l'éphémère ticket modérateur d'ordre public introduit en 1979, a résidé dans les contrats responsables applicables en théorie à

partir de la fin de 2005 : ceux-ci permettent aux pouvoirs publics d'intervenir dans la définition du panier de soins remboursables par les assureurs complémentaires, qui bénéficient en contrepartie d'une incitation fiscale. Selon l'enquête déclarative réalisée par la DREES auprès d'un échantillon de complémentaires, les contrats responsables concerneraient près de 100 % des contrats les plus souscrits (appelés « contrats modaux »)<sup>208</sup>.

Une analyse des informations relatives à cette période récente est donc apparue nécessaire.

### **A – Le chiffrage ex ante des mesures de transfert**

Contrairement aux comptes nationaux de la santé qui enregistrent la résultante de diverses évolutions, cette seconde approche tente de cerner l'impact financier théorique, en année pleine et toutes choses égales par ailleurs, de chaque mesure modifiant les règles de prise en charge et officiellement applicable de 2004 et 2008.

L'ensemble des mesures réputées produire des économies pour l'AMO est estimé ex ante par le ministère et la CNAMTS<sup>209</sup>. Parmi celles-ci, la Cour n'a retenu que les mesures s'accompagnant d'un transfert de charge voulu entre financeurs. La Cour a en outre pris en compte deux modifications du mode de rémunération des opérateurs de soins ayant induit un transfert de charge : il s'agit de la T2A et de l'augmentation des rémunérations forfaitaires des médecins financées à 100 % par l'AMO<sup>210</sup>.

C'est sur cette base qui figure dans la colonne AMO du tableau ci-dessous, que la Cour en a ensuite évalué les transferts sur la couverture complémentaire et les ménages en utilisant des hypothèses rustiques de répartition, aucune clef de répartition constatée par type de prestation

---

208. Etudes et résultats n° 635, mai 2008 (page 2).

209. Elles sont généralement convergentes à quelques exceptions près, comme le montant des participations forfaitaires de 2008, la participation de 18 € aux actes supérieurs à 91 € ou le rendement de l'ordonnancier bizonne. La Cour a retenu les estimations de la DSS, sauf pour les participations forfaitaires de 2008.

210. Celles-ci ont augmenté d'environ 560 M€ (source CNAMTS) sur la période, dont il convient de déduire 100 M€ provenant à l'inverse de l'extinction du PIRES et du médecin référent : au total le surcoût pour l'AMO est donc de 460 M€, ce qui représente une économie pour les complémentaires de 157 M€, équivalent au ticket modérateur (TM) moyen constaté de 33 % sur ces prestations. La CNAMTS avait proposé en juillet 2007 (sans être suivie) qu'une contribution de 220 M€ soit payée à ce titre par les complémentaires.

n'étant proposée ni par le ministère ni par la CNAMTS, ni par l'UNOCAM.

**Hypothèses de répartition entre couverture complémentaire et ménages utilisées par la Cour**

- lorsqu'il s'agit d'une mesure de déremboursement (médicaments), le transfert est réalisé sur les ménages en totalité ;

- lorsqu'il s'agit d'une mesure de responsabilisation (participations financières ou relèvement du TM pour les actes hors parcours de soins) non prise en charge par les contrats responsables, le transfert est également imputé en totalité aux ménages : on a considéré que les contrats responsables ont été appliqués à 100 % ;

- lorsqu'il s'agit d'une diminution de remboursement de l'AMO dont la prise en charge par les AMC n'est pas prohibée par les contrats responsables, la clef retenue pour répartir le transfert entre les ménages et la couverture complémentaire totale (y compris CMUC) est de 8/92. Dans ce cas de figure, la totalité du co-paiement (TM et participation forfaitaire) a été considérée comme prise en charge par la couverture complémentaire, même si, dans la pratique, la chose s'est un peu compliquée pour la baisse du taux de remboursement de certains médicaments de 35 % à 15 %, les mutuelles ayant fait connaître leur souhait, dans ce cas, de ne plus rembourser le TM.

**Estimation en année pleine des transferts attendus des mesures applicables entre 2004 et 2008**

*En M€*

Mesures	Années	Montants transférés entre		
		AMO	Complém.	Ménages
<b>Participations forfaitaires</b>				
Forfait journalier hospitalier		-100 %	+ 92 %	+ 8 %
10,67 € à 13€ (décembre 2003) et FJH psy créé 9 €	2004	- 140	+ 129	+ 11
Trois augmentations successives d'1 € par ar	2005 à 2007	-300	+ 276	+ 24
PF 18 € sur actes > 91 € (septembre 2006)		-100 %	+ 92 %	+ 8 %
En établissements de santé	2007	- 105	+ 97	+ 8
En ville, différé	2008	- 40	+ 37	+ 3
PF plafonnée à 50 € par ar		-100 %	+ 0 %	+ 100 %
1 € par acte médical, radiologie, biologie - plafond 1 € par jour	2005	-430		+ 430
Hausse du plafond à 4 € par jour (août 2007)	2007	- 150		+ 150
PF plafonnée à 50 € par ar	2008	-100 %	+ 0 %	+ 100 %
0,50 € par boîte de médicaments et par acte paramédical, 2 € par transport non urgent (211)		-800		+ 800
Parcours de soins coordonné		-100 %	+ 0 %	+ 100 %
TM sur actes hors parcours + 10%	2006	-150		+ 150
TM sur actes hors parcours + 20%	2007	-150		+ 150
Dépassements autorisés	2006			+ 25
<b>Médicaments</b>				
Déremboursement avec perte de rendement de 10% dû aux reports de prescription (40-0 en taux constaté)	2006	- 270	- 373	+ 643
Baisse de taux veinotoniques. 35 à 15 (40-20 en taux constaté) avec baisse de prix de 15 %	2006	- 132	+ 121	+11
Veinotoniques déremboursés (20-0 en taux constaté) avec baisse de 20 % de la consommation	2008	- 106	- 422	+ 528
Baisse de taux 35-15 (40-20 en taux constaté) de 41 autres médicaments	2007	- 20	+ 18	+ 2
Déremboursement de 41 autres médicaments à 15 % (20-0)	2008	- 15	- 77	+ 92
<b>Mesures relatives aux ALD</b>				
Ordonnancier bizona	2005 à 2007	- 213	+ 196	+ 17
Médicaments à 35 % non exonérés en ALD / maîtrise médicalisée	2008	- 170	+ 156	+ 14
<b>Transferts induits</b>				
T2A (212)	2004 – 2006	-100 %	+ 92 %	+ 8 %
		- 250	+ 230	+ 20
Rémunérations forfaitaires des médecins	2004 – 2007	+ 100 %	- 100 %	0
		+ 157	-157	
<b>Total</b>		- 3 284	+ 231	+3 078

211. Plafonds par jour : 2 € pour les actes paramédicaux, 4 € pour les transports

212. Le HCAAM indique un montant supplémentaire de TJP de 100 M€ sur les exercices 2004 et 2005 (source DGCP) ; les données de la DGCP indiquent pour 2006 une croissance de 220 M€ des produits de classe II (dont 100 M€ au titre du FJH), d'où une augmentation de 120 M€ pour les TJP. L'augmentation totale de 220 M€ des TJP doit en outre être majorée pour tenir compte des PSPH :  $220 * 1,15 = 250$  M€.

Source : Cour des comptes d'après les estimations d'économie AMO du ministère et de la CNAMTS

## **B – Deux constats essentiels sur les transferts théoriques**

### **1 – Les transferts de charge ne concernent pas que les « soins de confort »**

Dans cette estimation, les transferts identifiés comme faisant suite aux mesures décidées depuis 2004, représentent une diminution de 3,3 Md€ des dépenses d'AMO : la moitié est produite par le médicament (y compris les mesures spécifiques aux ALD et la participation forfaitaire par boîte introduite en 2008), 850 M€ par les soins ambulatoires avec principalement les participations forfaitaires sur les actes et les pénalités du parcours de soins coordonné, enfin 800 M€ par l'hôpital. Cette répartition relativise l'affirmation selon laquelle ces transferts n'auraient pour objet que les produits de confort.

### **2 – Les transferts impactent principalement les ménages, mais ne semblent pas infléchir la tendance de consommation**

La diminution de la part de l'AMO s'obtient principalement par un transfert sur les ménages, la charge supplémentaire de la couverture complémentaire étant mineure : cette répartition est liée à l'application des contrats responsables par les assureurs complémentaires.

En ce qui concerne les transferts effectués sur les ménages, les deux tiers concernent les biens médicaux (y/c le médicament) et un tiers les soins ambulatoires, les transferts étant quasiment inexistant sur les dépenses hospitalières ; à l'inverse, pour les AMC, la faible augmentation de leur part résulte en fait de deux mouvements contraires : elle augmente de plus de 700 M€ sur les dépenses hospitalières, mais est compensée en partie par une diminution de l'ordre de 400 M€ sur les médicaments, auxquels s'ajoute une faible diminution sur le secteur des soins ambulatoires.

Au vu des dates théoriques d'application, rappelées dans la colonne grisée du tableau n° 5, les montants transférés se répartissent comme suit.

#### **Transferts par période**

	<i>En M€</i>		
	AMO	Couverture complémentaire	Ménages
2004 - 2006	- 1 584	- 63	+ 1 313
2007 - 2008	- 1 700	+ 294	+ 1 765
<b>Total</b>	<b>- 3 284</b>	<b>+ 231</b>	<b>+3 078</b>

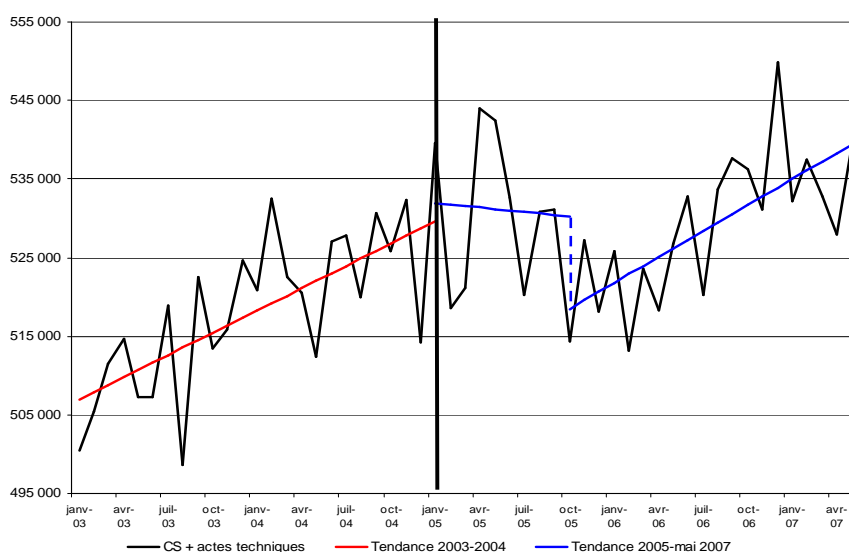
Source : *Cour des comptes*

Les mesures de transferts se sont donc amplifiées sur les deux exercices 2007 et 2008, puisqu'elles produisent à elles seules plus de la moitié des transferts étalés sur cinq ans : les participations financières de 2008 en représentent la cause principale (800 M€).

Les effets immédiats de telles mesures sont évidents : le dispositif du parcours de soins coordonné<sup>213</sup> par exemple a produit une décreue importante du recours aux spécialistes : outre que l'économie pour l'AMO a été absorbée par des hausses tarifaires destinées à compenser, dès l'année suivante, le manque à gagner des médecins, la tendance lourde ne semble pas cependant avoir été modifiée : stagnation des actes des médecins généralistes et surtout tendance haussière du recours aux spécialistes.

**Evolution des montants remboursés des actes de spécialistes  
(consultations + actes techniques) avec et sans ticket modérateur en  
volume et les tendances sous jacentes**

*En milliers d'€*



Source : DSS d'après CNAMTS<sup>214</sup>

Ce constat conduit à relativiser l'effet dans le temps des transferts organisés sur les seuls ménages qui ne bénéficient plus alors de la

213. Ce dispositif a été analysé par la Cour dans son rapport de septembre 2007.

214. Champ : régime général, France métropolitaine, date de soins, dépenses remboursées.

mutualisation que leur apporte la couverture complémentaire ; il suggère également que les mesures prises depuis 2004 ne résolvent pas de manière structurelle le problème que pose le rythme de croissance des dépenses de santé, supérieur à la croissance du PIB.

### **C – Un probable contre-transfert dans la réalité**

Le rapprochement entre ces estimations théoriques et le bilan retracé par les comptes nationaux, sur la période allant de 2004 à 2006 (les exercices suivants n'étant pas disponibles), montre cependant la complexité de phénomènes qui interagissent ainsi que l'existence d'un probable contre-transfert.

#### **Rapprochement des comptes nationaux et des estimations de mesures (de 2004 à 2006)**

*En M€*

	AMO	Couverture complémentaire	Ménages
Modifications de répartition dans les CNS	- 549	+ 520	+ 52
Estimation des montants transférés par les mesures	- 1 584	- 63	+ 1 313

*Source : Cour des comptes*

Ce rapprochement montre que la diminution de la contribution de l'AMO enregistrée dans les comptes nationaux de la santé est inférieure d'environ 1 Md€ à celle que devaient produire les mesures de transferts applicables au cours de cette période. Outre que l'application des mesures (retard, perte de rendement etc.) peut expliquer une partie de cet écart, ce décalage conduit à émettre l'hypothèse d'une augmentation concomitante du niveau de prise en charge de l'AMO qui neutraliserait, à hauteur des 2/3, les effets des mesures destinées à diminuer sa participation à la CSBM (de l'ordre de 1 Md€ sur 1,5 Md€) et constituerait en quelque sorte un contre-transfert.

De même, les parts respectives des AMC et des ménages évoluent de manière totalement différente dans les deux séries : alors que la charge finale des ménages devait augmenter de 1,3 Md€ sous l'effet des mesures de responsabilisation, elle a été peu modifiée dans les CNS (+52 M€). A contrario, la part des AMC s'est alourdie d'environ 500 M€ dans les CNS, alors que les mesures ne devaient les concerner qu'à la marge (-58 M€), en raison des contrats responsables. Tout se passe comme si le transfert de financement organisé en direction des ménages avait été pris en charge par les complémentaires et les contrats responsables pas encore appliqués en pratique en 2006.

Ces quelques éléments conduisent à s'interroger sur la portée réelle de l'analyse produite dans le PLFSS 2008 (annexe 7) :

« La part dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par la sécurité sociale et l'État est restée stable depuis le début des années 1980 à hauteur de 78 %. Cette part croît de manière structurelle via l'augmentation du nombre d'assurés qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et par la déformation de la structure de consommation vers des soins et biens médicaux mieux remboursés. À l'inverse les mesures de limitation de la prise en charge n'ont eu qu'un impact très limité : création du secteur avec droit à dépassement, baisse ou suppression de la prise en charge de certains médicaments, révision des règles de prise en charge des soins liés aux actes techniques lourds, participation forfaitaire de 1 €, parcours de soins. »

En premier lieu, la déformation de la structure de consommation ne conduit pas à augmenter la part des soins et biens médicaux les mieux remboursés : c'est précisément le contraire qui s'est produit comme on l'a vu précédemment. La part des soins hospitaliers qui sont les plus remboursés diminue (91,9 % de taux de prise en charge AMO), alors que la part des biens médicaux, les moins remboursés (62,17 %), augmente.

En second lieu, si le taux de prise en charge de l'AMO augmente sous l'effet des affections de longue durée (ALD) et/ou de la prise en charge de médicaments innovants plus coûteux et que sa part dans la CSBM reste globalement stable, c'est que précisément les mesures de transfert produisent des effets qui contribuent à financer le surcroît de charge.

#### **Le surcoût dû à l'exonération des ALD**

L'exonération constitue, comme on l'a vu, un surcoût pour l'AMO et un transfert de charges en faveur des ménages ou des AMC. Il y avait près de huit millions d'ALD déclarées en 2006, en augmentation nette d'environ 250 000 par an (pour un flux entrant brut de + un million).

Le transfert financier supplémentaire qui s'opère chaque année et consomme une partie des économies dégagées par l'instauration de nouvelles formes de co-paiement, est de l'ordre de 250 M€ en valeur 2007 : le coût global moyen d'une ALD pour l'AMO est en effet de l'ordre de 10 000 € (analyse de la CNAMTS sur les dépenses 2007) et la part correspondant à l'exonération de 1 000 €, soit 10 % (ce qui correspond à taux moyen de prise en charge par l'AMO de 90 %).

Toutefois, comme le coût de traitement des ALD connaît une forte progression, ce transfert annuel supplémentaire, estimé à 250 M€, est amené à s'accroître proportionnellement.

Malgré l'exonération, le reste à charge des assurés déclarés en ALD est globalement plus élevé que celui des autres assurés. Sur la seule dépense reconnue de soins de ville, c'est-à-dire remboursable hors dépassements et présentée au remboursement, le co-paiement moyen par assuré a été estimé par la CNAMTS à 242 € par an après nouvelles participations forfaitaires de 2008 (217 € avant) : 363 € en ALD (301 € avant), 220 € hors ALD (201 € avant).

Le montant du reste à charge, non pris en compte dans cette étude, peut être estimé à 328 € par assuré en moyenne (258 € de dépassements en ville et 70 € de co-paiement hospitalier, principalement FJH dont les ALD ne sont pas exonérées). En appliquant le même rapport entre ALD et non ALD que celui constaté par la CNAMTS (faute d'informations disponibles à ce sujet), la charge résiduelle des assurés déclarés en ALD serait alors de 492 €. Ainsi, par an, malgré l'exonération dont il bénéficie, le reste à charge total d'un assuré en ALD doit avoisiner 855 € (363 € + 492 €).

Ainsi, plutôt qu'un *transfert entre les trois financeurs* AMO, AMC et ménages, ces phénomènes récents traduisent davantage un *transfert entre assurés*. Le recours accru à des soins plus coûteux qu'engendre notamment l'augmentation du nombre des assurés en ALD est financé partiellement par les assurés eux-mêmes.

#### **IV - Coût et effets de la couverture complémentaire**

L'analyse développée jusqu'à présent s'est limitée à la dépense finale de santé, c'est-à-dire aux versements directs effectués par les divers agents économiques : cette approche qui ignore à la fois la question du financement amont et la diversité de la population consommante au regard de critères souvent corrélés tels que l'âge, l'état de santé, la consommation de soins et le revenu, nécessite bien entendu d'être complétée. Les informations pertinentes en la matière sont cependant lacunaires et approximatives.

Pour les ménages qui ont souscrit une assurance complémentaire, les risques pesant sur le reste à charge sont mutualisés. Cet avantage indéniable ne doit pas faire oublier néanmoins les spécificités de la couverture complémentaire facultative et concurrentielle, qui la différencient par construction de l'assurance obligatoire : d'une part, elle est coûteuse et constitue une charge financière importante pour les ménages qui souscrivent un contrat, d'autre part, elle est inégalitaire en raison de la variabilité des contrats proposés tant en termes de garanties que de primes. Un transfert de charge de l'AMO vers les AMC produit donc mécaniquement des effets antiredistributifs.

## A – Le coût élevé de la couverture complémentaire

### 1 – Les coûts de gestion

Le marché concurrentiel des assureurs complémentaires reste éclaté, malgré une tendance récente aux regroupements, ce qui entraîne des coûts de gestion élevés, liés notamment aux frais de prospection et de rotation de la clientèle. Deux sources d'information différentes permettent de les situer entre 24 % et 29 % des prestations servies en 2006 : les comptes nationaux de la santé et le compte de résultat technique simplifié produit par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. Il s'agit là d'une approche moyenne, toutes prestations confondues.

#### Coûts de gestion d'après les informations de la DREES en 2006

En M€

	AMC	Dont mutuelles	Dont IP	Dont SA
Coûts de gestion	4 989	3 253	846	890
Prestations gérées	20 436	11 598	3 798	5 040
Ratio coûts de gestion/prestations	24,4 %	28,0 %	22,3 %	17,7 %

Source : Cour d'après les informations de la DREES

Sur la base des montants retracés dans les comptes de la santé qui prennent en compte les coûts complets (frais de gestion des sinistres, mais aussi frais d'administration et frais commerciaux), le ratio est de 24,4 %. Celui-ci est minoré, dans la mesure où la DREES, ne disposant pas d'informations sur les sociétés d'assurance, leur applique en réalité le ratio de gestion constaté sur les institutions de prévoyance en 2003.

#### Coûts de gestion/prestations d'après les informations de l'ACAM en 2006<sup>215</sup>

En %

	AMC	Dont mutuelles	Dont IP	Dont SA
Gestion des sinistres	5,9	4,9	4,8	7,8
Frais d'acquisition	12,0	5,2	3,7	26,5
Frais généraux	11,0	14,7	5,0	9,4
Ratio coûts de gestion/prestations	28,9	24,8	13,5	43,7

Source : Cour d'après les informations de l'ACAM (compte de résultat technique simplifié)

En déduisant les « autres charges techniques » qui incluent notamment les frais de gestion des prestations du régime obligatoire par certaines mutuelles, le ratio diminue et passe à 26,2 %.

215. Les informations de l'ACAM couvrent les deux risques des soins de santé et de la prévoyance.

Les coûts de gestion imputés à l'AMO dans les comptes nationaux de la santé de 2006 font apparaître un ratio de 5,4 % : l'ajout des coûts de gestion du recouvrement n'augmente que faiblement ce ratio qui est alors de 5,9 %.

Cet écart de 20 points, constaté en 2006, entre les ratios de gestion de l'AMO et des AMC s'explique en partie par l'importance des coûts fixes afférents à la gestion de la sinistralité : plus la part de prestations servies est importante, moins le ratio de gestion est élevé.

## 2 – Les aides coûteuses à la couverture complémentaire

### a) *La complémentaire santé des bas revenus*

La CMUC compte environ 4,8 millions de bénéficiaires selon les informations du fonds de financement de la CMU : le remboursement des forfaits<sup>216</sup> a représenté en 2006 une dépense de 1 647 M€, financée via le fonds par 650 M€ de contribution prélevée sur le chiffre d'affaires santé des OC (passé de 1,75 % à 2,5 % en 2006), par 346 M€ de dotation Etat et par 621 M€ de taxes affectées.

L'aide à la complémentaire santé (ACS) compte environ 275 000 bénéficiaires pour une cible estimée à deux millions de personnes. La dépense, de 40 M€ en 2006, est financée via le fonds CMU par l'assurance maladie<sup>217</sup>.

### b) *Les incitations à la protection sociale complémentaire*

Le coût des diverses dispositions fiscales et sociales destinées à favoriser l'extension de la couverture complémentaire a été estimé par la Cour sur la base d'hypothèses rustiques rappelées ci-dessous, car ces dispositions ne font l'objet d'aucun suivi.

Il s'agit des dispositions relatives aux contrats Madelin, aux contrats collectifs d'entreprise ainsi que celles relatives à la fiscalité des assureurs à des fins de régulation.

---

216. Le forfait CMUC remboursé par le fonds est passé à 340 € par an en 2006.

217. Il s'agit d'un crédit d'impôt dont bénéficient les organismes complémentaires qui accordent une réduction de cotisations aux bénéficiaires de l'ACS et se font rembourser par le fonds CMU. Le plafond de l'ACS a été remonté en 2007 à 8 614,55 € et le montant de l'aide de 75 € à 100 € par personne de moins de 25 ans, 150 € à 200 € par personne de 25 à 59 ans, de 250 € à 400 € par personne de 60 ans et plus.

Les contrats collectifs d'entreprise ont un poids très variable dans le chiffre d'affaires de chacune des trois composantes des assurances complémentaires : ainsi, en soins de santé (hors prévoyance), ils représentent respectivement 78 % des cotisations perçues par les institutions de prévoyance, 41 % par les sociétés d'assurance et 26 % par les mutuelles. Les aides fiscales et sociales accordées aux employeurs et salariés relevant des contrats collectifs ne s'appliquent qu'en cas de contrats solidaires et responsables, ce qui conduit les assureurs à ne pouvoir proposer, en pratique, que des contrats responsables aux entreprises<sup>218</sup>.

### Coût de la couverture complémentaire hors CMUC et ACS

En M€

	Perte fiscale	Perte de cotisations sociales
Contrats Madelin	300	Non chiffré
Contrats collectifs		
- Versant entreprises (déduction IS)	1 045	1 932
- Versant salariés (déduction IR)	1 320	
Fiscalité des assureurs :		
Taxe sur le chiffre d'affaires	721	
Fiscalité des assureurs :		
IS et TP non appliqué, non chiffré		
<b>Total</b>	<b>3 386</b>	<b>1 932</b>

Source : Cour des comptes

#### Hypothèses retenues pour les contrats d'entreprises

- le chiffre d'affaires de référence est celui du risque soins de santé en contrats collectifs, indiqué par les groupements professionnels eux-mêmes, c'est-à-dire 10,5 Md€ ;
- un taux de contrats responsables de 98 %, soit un CA assureurs soumis à exonérations de 10,3 Md€ ;
- une réfaction de 14 % tenant au taux d'entreprises qui ne participent pas au financement, soit un montant de primes entrant dans le champ des aides de 8,8 Md€ ;
- un taux moyen d'abondement des entreprises de 58 %, soit 5,1 Md€ de primes payées par les entreprises et 3,7 Md€ par les salariés ;
- un taux moyen d'IR pour les salariés de 15 % qui s'applique au total des cotisations versées à la complémentaire (et pas seulement à la part salariée) ;

218. Cette situation concerne donc les IP au premier chef, qui ont d'ailleurs contesté leur caractère éventuellement discriminatoire. Une enquête a été ouverte par la Commission européenne fin 2007 sur ce point.

- un taux moyen total de cotisations obligatoires patronales et salariales de 37,88 % (conformément à la méthode utilisée déjà dans le RALFSS 2007)<sup>219</sup> ;
- un taux d'IS pour les entreprises de 33 %<sup>220</sup>.

Au total, les aides apportées à la couverture complémentaire obtenues en sommant le financement de la CMUC et de l'ACS ainsi que les aides relatives aux contrats Madelin et aux contrats collectifs d'entreprise, peuvent être estimées à 7 005 M€ : 1 687 M€ en direction des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS, 4 597 M€ en direction des travailleurs indépendants (contrats Madelin) et salariés (contrats collectifs obligatoires d'entreprise), 721 M€ consacrés à la politique de régulation des contrats des assureurs privés (exonération de la taxe sur le chiffre d'affaires).

Le montant total des aides de 7 005 M€ peut être rapproché du montant des prestations versées au titre de la complémentaire santé, soit 21 872 M€ (20 436 M€ de prestations des AMC +1 436 M€ de CMUC gérée par les organismes de base) : il représente 32 % des prestations qu'elle rembourse.

Quant aux aides hors CMUC et ACS estimées ici à près de 5,5 Md€ (5 318 M€), elles ne font l'objet d'aucun suivi, qu'il s'agisse de leur montant ou de leur efficacité.

## **B – Des effets mal connus sur les ménages**

Evaluer la couverture maladie existante à l'aune de ses effets plus ou moins redistributifs et pouvoir évaluer ainsi la variation introduite dans cet équilibre par une mesure de transfert quelle qu'elle soit, paraît indispensable.

Pour faire suite au développement précédent relatif à la couverture complémentaire en entreprise, la vision générale selon laquelle la contribution de 5,1 Md€ des employeurs et l'exonération de 1,3 Md€ sur l'IR bénéficient aux ménages et neutralisent en quelque sorte les coûts de gestion importants de la complémentaire santé, recouvre en réalité des

---

219. Il est appliqué à la contribution des employeurs (5,1 Md€) ce qui conduit à considérer celle-ci comme un substitut de salaire ; dans le cas contraire, il convient d'appliquer le taux de cotisations patronales, ce qui minore la perte de cotisations de 500 M€.

220. Afin d'éviter un double-compte, on a considéré que si les cotisations sociales sur l'abondement étaient payées, elles entraîneraient une réduction des bénéfices de 1 683 M€ (5 100 M€ x 33 %) et donc une moindre réduction de l'impôt sur les sociétés (de 638 M€, qui diminue d'autant la dépenses fiscale).

situations très différentes : des avantages très supérieurs pour les 56 %<sup>221</sup> de la population (assurés et ayants droit) qui sont réputés couverts par la couverture en entreprise, une aggravation de la charge pour les autres.

Toutefois, les informations actuellement disponibles ne permettent pas de conduire une telle analyse micro-économique. Pour des raisons qui tiennent à l'absence d'un outil statistique adapté, le bilan global des effets redistributifs ou antiredistributifs de la couverture maladie obligatoire et complémentaire est mal connue : pour ce faire, il serait en effet indispensable de disposer d'un échantillon représentatif d'assurés sociaux auquel pourraient être appariées des informations en provenance d'autres sources, mais pour l'instant les éléments mobilisables laissent toujours de côté les prestations remboursées par les assurances complémentaires dont on sait, par ailleurs, qu'elles ne sont pas proportionnelles aux primes versées.

Certains constats récents, certes partiels et élaborés à partir de sources déclaratives, méritent cependant d'être mentionnés, ne serait-ce que pour faire comprendre l'importance des enjeux :

- d'une part, l'étude de l'INSEE -« France, portrait social 2007 »- montre que l'AMO, compte tenu de l'importance des montants financiers en cause, constitue un outil de redistribution des revenus très puissant : quand les dépenses finales de santé individualisables des APU sont imputées aux individus, du fait de leur masse financière, la santé devient un des facteurs majeurs de réduction des inégalités (36,7 %), plus important alors que les prestations familiales ou l'impôt sur le revenu ;
- d'autre part, l'exploitation faite par l'IRDES de l'enquête déclarative ESPS de 2006 (parue en avril 2008) montre que les primes versées aux assurances complémentaires par les ménages représentent 10 % du revenu des ménages les plus pauvres et moins de 3 % pour les ménages les plus riches, « sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds ».

---

221. Selon l'enquête bisannuelle réalisée par l'IRDES sur la protection sociale complémentaire en entreprises (PSCE) auprès des établissements employant au moins un salarié, hors administration et hors secteur agricole.

*SYNTHESE*

*Au terme de ces analyses, il apparaît que la répartition du financement des dépenses de maladie constitue une question complexe.*

*Au-delà des insuffisances statistiques qui limitent le champ et la fiabilité des constats possibles, est mis en évidence le fait qu'une multiplicité de phénomènes peut entraîner des transferts de charge entre financeurs, voulus ou subis : à cet égard, la confrontation des deux approches usuelles fondées respectivement sur la photographie produite par les comptes nationaux de la santé et sur l'estimation théorique de mesures ciblées est symptomatique.*

*En ce qui concerne les phénomènes les plus récents, intervenus depuis la loi du 13 août 2004, il semble que le transfert important d'environ 3 Md€ organisé vers les ménages dans le but d'infléchir leur consommation de soins et, ce faisant, de diminuer la participation de l'AMO à la dépense de santé, n'ait pas rempli tous ses objectifs : en effet, une partie de ces mesures dégradent la mutualisation apportée par la couverture complémentaire sans engendrer pour autant la rupture attendue sur la croissance de la consommation. Quant aux économies ponctuelles effectivement produites, elles sont absorbées en grande partie par l'augmentation concomitante du niveau de prise en charge de l'AMO, en raison notamment de la croissance des ALD.*

*En raison de cette compensation partielle mais importante, la situation observée est donc plutôt celle d'une modification de la charge entre assurés, qu'une transformation de la répartition entre financeurs.*

*Ce travail a également permis de montrer que le transfert de la couverture obligatoire à la couverture complémentaire s'accompagnait de coûts supplémentaires de gestion, lesquels sont en partie compensés, en réalité, par les aides importantes dont bénéficie une partie de la population (subventions, diminutions d'impôts et exonérations de cotisations sociales). Le transfert de charge vers les AMC, organisé pour se conformer à l'objectif de non augmentation des prélèvements obligatoires, se traduit par une perte de ressources publiques, par des coûts de gestion sans doute accrus, enfin par des inégalités de traitement.*

*Toutefois, à ce jour, ces inégalités ne peuvent pas être précisément appréhendées, faute d'un instrument statistique idoine qui incorpore au panel de population observé les prestations perçues des complémentaires.*

---

---

**RECOMMANDATION**

---

*23. Améliorer le système d'information relatif aux assurances complémentaires, en particulier :*

- *les données générales et exhaustives issues des documents comptables et statistiques qu'elles doivent adresser à l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) ;*
  - *le suivi des aides apportées à la couverture complémentaire (subventions, aides sociales et fiscales) ;*
  - *l'outil de simulation microéconomique permettant d'évaluer au plus près les effets de la couverture complémentaire sur les ménages, ventilés selon leurs caractéristiques socio-économiques.*
-