



Pour quels soins ? et quels patients ?

Les restes à charge sont inégalement répartis selon l'état de santé, le niveau de vie et le lieu de résidence. Des dispositifs existent pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes à faible revenu, mais ils ne compensent pas la totalité des dépenses engagées.

Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie Enseignements de travaux récents de l'Irdes

Marc Perronnin
Docteur en sciences économiques, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

À l'instar des autres pays européens, le financement des soins en France repose sur un régime d'assurance maladie obligatoire, complété par des assurances privées et par une participation des ménages. L'assurance maladie obligatoire vise à garantir un certain degré d'équité horizontale (selon la santé) et verticale (selon le revenu) dans le financement des soins, notamment par le biais de cotisations croissantes avec le revenu mais indépendantes de l'état de santé. Néanmoins, les remboursements offerts sont incomplets et des restes à charge sont laissés aux patients à visée dite de « responsabilisation ». Or ces restes à charge sont susceptibles de réduire le degré d'équité du système d'assurance obligatoire, à moins d'être eux-mêmes modulés selon l'état de santé ou le revenu du patient.

Les restes à charge du système d'assurance maladie français

En France, la part des dépenses laissée par le régime obligatoire d'assurance maladie à la charge des patients s'élevait à 23,2 % de la dépense en soins et biens médicaux en 2016, soit une part proche de celle observée

sur l'ensemble de l'Europe des Vingt-Huit. Ces restes à charge sont composés de participations de différentes natures : en ville, les tickets modérateurs d'ampleur variée selon les soins, les participations forfaitaires, les franchises et les dépassements d'honoraires. À l'hôpital, comme en ville, un ticket modérateur de 20 % s'applique aux actes pratiqués jusqu'à un seuil défini en termes de coefficient cumulé (plusieurs actes effectués par le même praticien au cours d'une même consultation ou pendant le séjour hospitalier) égal ou supérieur à 60 euros (actes complexes) ou de coût cumulé égal ou supérieur à 120 euros (actes coûteux), et au-delà une participation forfaitaire de 18 euros s'applique. Pour les hospitalisations, s'ajoutent le forfait hospitalier ainsi que d'éventuels dépassements d'honoraires. À la naissance de la Sécurité sociale, le ticket modérateur unique de 20 %, constituait le seul type de participation financière demandé aux assurés sociaux. Se sont ajoutés ensuite les dépassements d'honoraires en 1980, puis le forfait hospitalier en 1983 (plan Bérégovoy), les participations forfaitaires sur les séances de médecins et les actes de biologie médicale en 2004 et, enfin, les franchises sur

les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, sur les actes d'auxiliaires et les transports sanitaires.

L'étendue du panier de soins concerné par les « copaiements » publics constitue une singularité comparativement aux autres pays européens [70], susceptible de créer un lien fort entre restes à charge et santé, et donc d'occasionner une charge financière excessive pour les personnes les plus malades ou ayant de faibles ressources. Le système d'assurance maladie complémentaire – constitué de contrats collectifs d'entreprise, de contrats individuels et de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) – permet de couvrir tout ou partie de ces restes à charge. Très développé en France, il concerne 95 % de la population¹. Depuis quinze ans, les différentes réformes de l'assurance maladie complémentaire (CMU-C, contrats responsables, aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), généralisation de la complémentaire d'entreprise...) renforcent son rôle dans l'accès aux soins. Toutefois, cette couverture à adhésion libre est soumise aux contraintes de sélection adverse, autrement dit au risque de voir les individus en bonne santé quitter le contrat si la prime est trop élevée au regard des dépenses de santé qu'ils s'attendent à avoir ; elle n'est donc pas en mesure d'offrir le même degré de solidarité que la couverture publique. Ainsi, les cotisations de l'assurance maladie obligatoire, qui dépendent du revenu, et de l'assurance maladie complémentaire, qui dépendent généralement de l'âge, obéissent à des logiques différentes.

Étudier les restes à charge publics, après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, mais avant remboursement de l'assurance maladie complémentaire, permet donc d'apporter un éclairage intéressant sur les dépenses de soins qui échappent au financement solidaire de l'assurance maladie obligatoire. Plusieurs travaux se sont intéressés au caractère inéquitable des restes à charge selon la santé et le revenu. Au travers de deux travaux récents, l'Irdes apporte des éclairages supplémentaires sur cette problématique, d'une part en s'intéressant aux profils de consommation des individus ayant des restes à charges élevés et aux caractéristiques socioéconomiques associées, d'autre part en étudiant les catégories de restes à charge qui contribuent le plus aux inégalités selon le revenu.

Une mutualisation imparfaite selon l'état de santé

Au sein de l'assurance maladie obligatoire, plusieurs mécanismes permettent de limiter les restes à charge des individus en mauvaise santé. Tout d'abord, la part de la dépense reconnue prise en charge au titre du régime obligatoire est élevée sur des soins présentant un caractère vital tel que les médicaments à service médical rendu élevé ou les soins hospitaliers : selon les comptes de la santé 2016, les taux de prise en charge

moyens sont très élevés pour les soins hospitaliers et pour les transports sanitaires (respectivement 91,3 % et 92,9 %), et nettement plus faibles pour les soins de ville – soins de médecins, de dentistes et d'auxiliaires médicaux – et pour le médicament (respectivement 64,7 % et 68,8 %) et, enfin, ces taux dépassent à peine les 40 % pour les autres biens médicaux, dont l'optique. Le régime des affections de longue durée (ALD) exonère ses bénéficiaires du ticket modérateur pour tous les soins en rapport avec les pathologies chroniques pour lesquelles ils bénéficient d'une reconnaissance.

Malgré l'ensemble des mécanismes que nous venons de citer, il existe de fortes variabilités de restes à charge au sein de la population. Ainsi le rapport 2013 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), dans son chapitre sur les restes à charge élevés [47], indique qu'en 2009 les 5 % des individus ayant les restes à charge les plus élevés supportaient 28 % des restes à charge. Les distributions présentées dans ce rapport permettaient de constater qu'en 2009, si 70 % des individus avaient un reste à charge annuel inférieur à 500 euros, 10 % avaient un reste à charge supérieur à 1 000 euro et 5 % un reste à charge supérieur à 1 600 euros. Or les auteurs soulignent que comparativement à l'ensemble de la population, ces individus supportant les 5 % de restes à charge les plus élevés sont nettement plus âgés (60 ans contre 39 ans), davantage en ALD (33 % contre 16 %) et beaucoup plus souvent hospitalisés (45 % contre 13 %). Ainsi, les restes à charge élevés sont beaucoup plus souvent associés à un profil d'état de santé dégradé. Enfin, il existe une certaine récurrence dans le temps des restes à charge élevés puisque 28 % des individus ayant eu un reste à charge supérieur à 1 600 euros en 2009 se retrouvent dans la même situation en 2010. Il est par contre rare d'observer trois années de suite des restes à charge de cette ampleur. Une autre analyse s'appuyant sur le suivi d'une cohorte d'assurés du régime général d'assurance maladie durant la période 2008-2013 confirme cette persistance modérée des restes à charge élevés. Au travers de ces résultats, ressort également le constat que les restes à charge élevés ne sont pas occasionnés uniquement par l'optique ou par le dentaire mais également par des soins en principe bien couverts, tels que les soins hospitaliers ou des soins de ville courants (notamment les médicaments) qui peuvent faire l'objet d'exonération du ticket modérateur dans le cadre du dispositif des ALD.

Dès lors, on est amené à se demander si les individus ayant un reste à charge élevé cumulent une dépense relativement importante en soins de ville, en soins hospitaliers et en optique ou dentaire, ou s'ils ont des restes à charges très élevés spécifiquement sur un de ces postes. En corollaire, dans le second cas de figure, on peut s'interroger sur la part d'individus pour lesquels le reste à charge élevé est lié spécifiquement à un type de soin donné (soins de ville, soins hospitaliers, optique ou dentaire). L'Irdes [39] a cherché à caractériser plus finement les individus ayant un reste à charge élevé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

¹. Selon les comptes de la santé, les restes à charge moyens finaux des ménages n'excédaient pas 8,4 % de la DSBM (dépense de soins et de biens médicaux) en 2016, un des plus faibles taux au niveau européen.



en mettant en évidence les profils de consommations de soins rencontrés au sein de cette population et les caractéristiques sociales et médicales associées à chaque profil de consommation, ainsi que la persistance dans le temps des restes à charge élevés en fonction du profil de consommation. L'analyse s'est appuyée sur l'appariement de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes avec les données de remboursements issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram, désormais appelé SNDS, Système national des données de santé). Cet appariement permet de construire la typologie des consommations chez les 10 % d'individus ayant les restes à charges les plus élevés et de distinguer les groupes obtenus en termes de caractéristiques sociales et médicales. Les restes à charge sont ensuite réobservés en 2012, de manière à déterminer le niveau de reste à charge de chaque groupe, deux ans après.

La population des individus ayant des restes à charges élevés en 2010 est âgée (66 % ont 50 ans ou plus), a un état de santé assez dégradé (28 % d'individus en ALD, 45 % déclarant une affection chronique, 42 % déclarant un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais) et bénéficie très majoritairement d'un contrat de couverture complémentaire santé individuel. Le reste à charge moyen s'établit à 1 914 euros : 1 620 euros en ambulatoire et 214 euros à l'hôpital. En classant ces individus selon leurs restes à charge par poste de soin, quatre profils sont mis en évidence.

- Le premier, regroupant 26 % des individus ayant un reste à charge élevé, concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques. Par rapport aux autres individus ayant un reste à charge élevé, ceux-ci ont un recours fréquent aux médecins et subissent beaucoup plus souvent des dépassements d'honoraires, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils résident plus souvent en Île-de-France. Ils ont également des restes à charges plus élevés sur les autres soins de ville « courants » (pharmacie, auxiliaires médicaux et biologie). Ils ont enfin un recours plus fréquent et des restes à charge plus élevés à l'hôpital.
- Le second, regroupant 12 % des individus, se caractérise par une forte proportion de personnes hospitalisées dans un établissement public et ayant des niveaux de reste à charge beaucoup plus élevés à l'hôpital, notamment en ce qui concerne les forfaits journaliers. Ce groupe est âgé et présente des caractéristiques d'état de santé très défavorables. Il se singularise enfin par une forte proportion de précaires puisque 30 % des individus ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros par mois, contre 18 % dans l'ensemble de la population ayant un reste à charge élevé.
- Le troisième, regroupant 26 % des individus, se singularise par l'importance des restes à charge pour soins dentaires. Ce groupe est caractérisé par une plus forte proportion d'actifs occupés et par des indicateurs d'état de santé nettement plus favorables que dans le reste de la population.

- Le quatrième profil, regroupant 38 % des individus, rassemble plutôt des seniors non hospitalisés et se distingue par des restes à charge plus élevés en optique et en autres matériels et prothèses.

L'analyse des consommations médicales en 2012 (tableau 1) fait apparaître une persistance des restes à charge élevés chez les individus concernés par cette situation en 2010. Parmi les individus qui supportaient un reste à charge élevé en 2010, 30 % sont encore dans cette situation en 2012. Néanmoins, cette proportion est très variable selon les groupes, atteignant 50 % pour le premier, contre 16 % pour le troisième.

En résumé, l'analyse menée permet de constater que les restes à charge élevés sont loin d'être la résultante uniquement des dépenses en optique et en dentaire. Une proportion importante des individus a des restes à charge occasionnés par des soins essentiels et *a priori* bien remboursés, pouvant faire l'objet d'exonérations du ticket modérateur, tels que les soins de ville courants et les soins hospitaliers. La caractérisation des groupes confirme le fait que cette situation concerne souvent des individus en mauvaise santé, en ALD. En outre, malgré l'existence du dispositif des ALD, il y a récurrence des restes à charge élevés pour une partie de la population, ce qui peut s'expliquer par l'existence de comorbidités qui ne sont pas prises en charge à 100 % mais également par les dépassements d'honoraires facturés par les médecins. À ce titre, on peut noter qu'à l'exception du groupe 3 (individus à forte consommation de soins dentaires), les individus très souvent âgés bénéficient dans leur grande majorité d'un contrat de couverture complémentaire santé individuel, en moyenne moins couvrant que les contrats collectifs.

Un effort financier inégalement réparti selon le niveau de vie

La problématique de l'iniquité verticale (selon le revenu) des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire est également importante car, à la différence de l'iniquité horizontale (selon la santé), l'assurance maladie obligatoire ne prévoit aucun mécanisme de modulation des remboursements selon le revenu. Certes, la corrélation entre niveau de vie et état de santé des mécanismes d'exonération liés à l'état de santé, comme pour une ALD, contribuent aussi à réduire les inégalités de recours aux soins [29]. Néanmoins, plusieurs travaux ont souligné que ces participations financières des assurés conduisaient à des taux d'effort variables selon le niveau de vie [21, 41]. Ainsi, selon le tableau de bord du Hcaam, ces participations représentent une proportion du revenu moindre dans le décile de niveau de vie le plus haut (2 %) que dans le décile du revenu le plus bas (7 %).

Le reste à charge étant composé de plusieurs participations financières, on peut s'interroger sur le rôle de chacune d'entre elles aux inégalités d'effort constatées selon le revenu. Une étude de l'Irdes [75] s'est intéressée à la contribution de chaque catégorie de reste à

tableau 1

Montants moyens par types de soins des restes à charge supportés en 2010 et en 2012 selon les profils des individus ayant des restes à charge élevés (en euros)

	Profil 1 (N = 324)		Profil 2 (N = 153)		Profil 3 (N = 311)		Profil 4 (N = 480)		Total (N = 1 268)	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Ambulatoire	1 630	1 237	1 131	545	1 831	575	1 648	937	1 620	889
Omnipraticiens	133	80	60	37	31	31	62	55	74	54
Spécialistes	359	218	158	45	98	83	121	99	186	121
Dentaire	202	216	113	70	1 243	177	352	161	492	169
Biologie	93	55	52	24	12	16	40	39	50	36
Pharmacie	382	293	279	157	97	100	299	244	274	214
Optique	195	160	102	78	204	127	416	163	268	143
Transports	10	11	87	17	0	1	2	3	14	6
Urgences	7	3	13	7	1	2	1	1	4	3
Matériels/prothèses	94	103	140	48	88	22	289	115	171	82
Auxiliaires	156	99	128	62	16	17	66	57	87	60
Hôpital	311	221	1 183	250	89	52	107	97	294	140
Hospitalisation publique	85	94	1 108	228	37	29	45	63	187	84
Hospitalisation privée	226	127	74	22	52	22	62	34	107	56
Total	1 942	1 458	2 314	796	1 920	626	1 755	1 034	1 914	1 029

Sources : appariement ESPS 2010 ; Sniiram 2010 et 2012.

charge à ces inégalités, en s'appuyant sur les mêmes données que celles utilisées dans l'étude de Carine Franc et Aurélie Pierre [39] à savoir l'appariement ESPS-Sniiram 2010. Ce travail porte sur la charge financière en ville et à l'hôpital, chez les individus qui ont eu à consommer ces soins au cours d'une année.

Un examen des restes à charge moyens, selon les quintiles de niveau de vie, montre que, malgré l'absence d'ajustement des remboursements de l'assurance maladie obligatoire aux ressources des individus, les restes à charge sont plus fortement liés au revenu et semblent donc moins inéquitables après remboursements de l'assurance maladie obligatoire qu'avant. Ainsi, en ambulatoire, la dépense varie peu selon le niveau de vie (entre 1 299 euros et 1 415 euros selon les quintiles de revenu par unité de consommation) alors que les restes à charge sont en moyenne plus faibles chez les 20 % d'individus les plus pauvres que chez les 20 % les plus riches (374 contre 530 euros). À l'hôpital, en MCO², la dépense est nettement plus importante chez les plus pauvres alors que le reste à charge ne varie que très peu – de 275 à 309 euros – selon les quintiles de revenu par unité de consommation. Malgré tout, il

y a persistance de restes à charge substantiels pour les faibles revenus.

Une analyse descriptive permet de vérifier que cette persistance est liée avant tout aux tickets modérateurs, aux participations forfaitaires et franchises médicales. En ville, les restes à charge sont quasiment identiques quel que soit le niveau de vie. À l'hôpital, en MCO, les montants de tickets modérateurs et de forfaits journaliers hospitaliers sont plus élevés pour les individus ayant un bas niveau de revenu que pour ceux ayant un haut revenu. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en médecine l'exonération du ticket modérateur hospitalier est moins fréquente et les durées de séjour plus longues. De plus, des travaux ont souligné le lien entre précarité et hospitalisation, mettant en évidence des durées de séjour plus longues des personnes isolées [87]. À l'inverse, les montants de dépassements d'honoraires sont fortement liés au niveau de vie : en ville, ils sont en moyenne de 133 euros pour les individus du premier quintile de niveau de vie (36 % du reste à charge en ville), contre 279 euros pour ceux du cinquième quintile (53 % du reste à charge en ville). Ceux liés à une hospitalisation s'élèvent à 31 euros (11 % du reste à charge en MCO) pour les individus du premier quintile de revenu, contre 124 euros (40 % du reste à charge en MCO) pour ceux

2. Médecine, chirurgie, obstétrique.



Reste à charge et santé

du dernier quintile. Ce gradient s'explique en premier lieu par le fait que les individus ayant un faible niveau de revenu peuvent plus difficilement accéder à des soins dont les dépassements d'honoraires sont élevés, ou les substituent par des soins sans restes à charge en privilégiant le recours à des médecins sans dépassements d'honoraires. De plus, les bénéficiaires de la CMU-C, situés dans les catégories les plus basses de revenu, ne supportent en principe pas de dépassements d'honoraires et le prix de leurs lunettes et prothèses dentaires est encadré par des grilles tarifaires.

La simple comparaison des moyennes ne permet pas de statuer sur le caractère inéquitable des restes à charge. Le caractère progressif ou non des restes à charge est mesuré à partir de l'indice de Kakwani. Cet

indicateur, très utilisé en sciences sociales pour mesurer les effets redistributifs d'une intervention publique, est négatif si l'effort financier est plus élevé pour les bas revenus, nul s'il est identique quel que soit le niveau de revenu, et positif s'il est plus élevé pour les hauts revenus. Cet indice présente l'avantage d'être décomposable selon différents types de restes à charge et donc de fournir la contribution de chacun d'eux à l'inégalité totale. Les valeurs de l'indice de Kakwani pour chaque type de reste à charge ambulatoire ou hospitalier et leur contribution sont présentées dans le tableau 2. Il apparaît que les inégalités en termes d'effort financier sont majoritairement occasionnées par la distribution des tickets modérateurs pour les soins hospitaliers (Kakwani de 0,42, soit une contribution aux

tableau 2

Indices d'inégalités sociales de restes à charge en ambulatoire et à l'hôpital en MCO et décomposition par type de restes à charge

	Indice de Kakwani et contribution aux inégalités	Significativité (p-value)	Intervalle de confiance*	
Restes à charge ambulatoires				
Niveau de l'indice	-0,21	0	-0,23	-0,198
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,28	0,000	-0,30	-0,27
Contribution aux inégalités	0,65	0,000	0,62	0,68
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,14	0,000	-0,16	-0,11
Contribution aux inégalités	0,28	0,000	0,24	0,32
Participations forfaitaires et franchises				
Niveau de l'indice	-0,25	0,000	-0,27	-0,23
Contribution aux inégalités	0,07	0,000	0,06	0,07
Restes à charge hospitaliers (MCO)				
Niveau de l'indice	-0,32	0,000	-0,38	-0,27
Forfaits hospitaliers				
Niveau de l'indice	-0,41	0,000	-0,45	-0,36
Contribution aux inégalités	0,40	0,000	0,34	0,47
Tickets modérateurs				
Niveau de l'indice	-0,42	0,000	-0,52	-0,32
Contribution aux inégalités	0,54	0,000	0,46	0,62
Dépassements d'honoraires				
Niveau de l'indice	-0,03	0,216	-0,11	0,05
Contribution aux inégalités	0,02	0,215	-0,03	0,08
Participation forfaitaire de 18 euros				
Niveau de l'indice	-0,29	0,000	-0,33	-0,25
Contribution aux inégalités	0,03	0,000	0,03	0,04

Lecture : en ambulatoire, l'indice de progressivité lié aux tickets modérateurs est de -0,28, sa contribution aux inégalités sociales des restes à charge ambulatoires totaux (-0,21) est de 0,65, autrement dit 65 %.

* Les intervalles de confiance des indices et de leur contribution sont estimés par *bootstrap*, le nombre de tirages effectués pour mettre en œuvre cette méthode étant à chaque fois de 500.

Source : appariements ESPS 2010-DCIR et ESPS 2010-PMSI.

inégalités de 54 %) comme pour les soins ambulatoires (Kakwani de $-0,28$, soit une contribution de 65 %). Pour les soins hospitaliers, le forfait journalier est également très régressif et joue un rôle important (Kakwani de $-0,28$, soit une contribution de 40 %). Le rôle joué par les dépassements d'honoraires en ville est beaucoup plus modeste et il est pratiquement nul à l'hôpital. Les franchises médicales en ambulatoire contribuent également assez peu aux inégalités, leur montant étant faible au regard des autres participations financières.

Les limites d'une réponse par le système d'assurance maladie complémentaire

Les travaux qui viennent d'être exposés confirment l'existence de problèmes d'équité selon la santé et selon le revenu, tout en apportant des précisions sur les catégories de soins, les types de participations et les caractéristiques de la population concernée. Le ticket modérateur, le forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires contribuent tous à l'iniquité des restes à charge, mais de manière différenciée par rapport à l'âge et à l'état de santé ou par rapport au revenu.

Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier contribuent clairement aux inégalités selon le revenu. Ils jouent également un rôle significatif dans la formation de restes à charge élevés et dans leur inégale répartition selon l'âge et la santé, pour une partie de la population concernée, celle du groupe 1 (restes à charge élevés en ville) et du groupe 2 (restes à charge élevés à l'hôpital public). Pour les restes à charge hospitaliers, ce constat est à mettre en parallèle avec ceux présentés dans le rapport 2013 du Hcaam, mettant en évidence le poids prépondérant des tickets modérateurs dans les restes à charge élevés dans le secteur public hospitalier [45]. Le caractère particulièrement inéquitable des restes à charge hospitaliers mérite d'être souligné. En effet, le recours à ce type de soins pouvant être considéré comme crucial et inévitable, la participation financière ne peut pas se justifier par une logique de régulation de la demande de soins par le partage des coûts. Or ces restes à charge concernent plus souvent les seniors et les individus à bas revenus. Ce caractère inéquitable est renforcé par le fait que, dans les établissements publics et privés à but non lucratif, les tickets modérateurs restent basés sur les tarifs journaliers de prestation (TJP), qui sont fixés au niveau des établissements – induisant d'importants écarts de tickets modérateurs selon les établissements pour des séjours similaires – alors que la réforme de la tarification à l'activité de 2004 avait prévu que soient considérés des tarifs par groupe homogène de séjour (GHS) fixés au niveau national.

Les dépassements d'honoraires contribuent quant à eux aux restes à charge élevés dans trois des quatre profils mis en évidence. Ce constat rejoint les chiffres présentés dans le rapport 2013 du Hcaam faisant apparaître un poids des dépassements d'honoraires plus important parmi les 10 % d'individus ayant les restes à charge plus

élevés. En revanche, ils influencent peu les inégalités selon le revenu. Ce résultat peut être lié comme on l'a vu à un recours plus important à des soins sans dépassements de la part des populations précaires. Mais il peut également être la conséquence d'un renoncement plus important à des soins pour lesquels la liberté tarifaire est fréquente et peut donc traduire un phénomène nettement moins positif. Ce résultat pose la question de l'accès à certains soins dont le coût excède le tarif conventionnel. Il peut enfin traduire le fait qu'à certains égards la régulation des tarifs limite les inégalités, comme c'est le cas avec la CMU-C. L'interprétation de ce résultat ne saurait donc être univoque.

Les inégalités de restes à charge entraînent des inégalités de même nature en termes de cotisations de contrat de couverture complémentaire santé, et en termes d'inégalités de remboursements. Les évolutions législatives récentes ont consisté à renforcer la régulation de la complémentaire santé plutôt qu'à modifier les remboursements du régime obligatoire. La législation sur les contrats responsables, qui étend l'obligation de couvrir les tickets modérateurs sur les soins de ville et les soins hospitaliers et qui stipule que le forfait journalier hospitalier doit être remboursé sans limitation de durée, constitue un exemple important qui fait écho à nos résultats. L'extension du cahier des charges des contrats responsables permet, par le biais des couvertures complémentaires santé, de couvrir intégralement deux types de restes à charge qui sont sources de fortes inégalités en termes de charge financière. D'autre part, depuis 2016 la couverture collective a été généralisée à l'ensemble des salariés, leur permettant de bénéficier d'un financement d'au moins 50 % de la prime par l'employeur. Enfin, une réflexion sur les modalités de mise en œuvre d'un reste à charge zéro en optique a été engagée.

Les mesures déjà mises en œuvre ne paraissent pas permettre de répondre pleinement aux problèmes d'équité que nous avons exposés, d'abord parce qu'il subsiste une fraction de la population qui ne bénéficie pas de complémentaire santé et reste donc exposée à l'intégralité des restes à charge laissés par l'assurance maladie obligatoire. Cette population se caractérise par des niveaux de ressources plus faibles que le reste de la population [19]. Par ailleurs, éloignées du marché du travail, les populations âgées et celles à faible revenu bénéficient assez peu de la généralisation de la complémentaire d'entreprise à l'œuvre depuis le 1^{er} janvier 2016 [55]. De plus, la mutualisation sur les contrats d'assurance complémentaire reste imparfaite, les cotisations sont donc indirectement liées au risque de restes à charge élevés, notamment dans le cas de couvertures individuelles dont les tarifs dépendent de l'âge [59]. À cet égard, la loi de financement de la Sécurité sociale 2016 (LFSS) avait prévu une labellisation des contrats seniors, les contrats labellisés devant respecter des critères de garantie et de prix, labellisation qui n'a finalement pas été instaurée. 🏠