



DOCUMENTS DE TRAVAIL DE LA DG TRÉSOR

Numéro 2012/04 – Décembre 2012

Évaluation de modifications du système de remboursement des soins, enseignements de la maquette ISIS

Grégoire de LAGASNERIE

ÉVALUATION DE MODIFICATIONS DU SYSTÈME DE REMBOURSEMENT DES SOINS, ENSEIGNEMENTS DE LA MAQUETTE ISIS

Grégoire de LAGASNERIE*

Ce document de travail n'engage que ses auteurs. L'objet de sa diffusion est de stimuler le débat et d'appeler commentaires et critiques

L'auteur est en poste à la Direction Générale du Trésor du Ministère de l'Économie et des Finances et du Ministère du Commerce Extérieur (France)

* **Grégoire de LAGASNERIE** (+33-1-44-87-17-13)
gregoire.delagasnerie@dgtresor.gouv.fr

Table des matières

1	L'assurance maladie dans le cadre de la stratégie pluriannuelle des finances publiques.....	4
1.1	Un objectif de retour à l'équilibre des finances publiques en 2017	4
1.2	L'ONDAM, vers une élaboration pluriannuelle	6
2	Quelles évolutions possibles de la prise en charge des assurés sur les soins de ville ?.....	10
2.1	Augmentation du ticket modérateur	11
2.2	Mise en place d'une franchise à la base à l'image de ce qui a été fait en Suisse, au Pays-Bas et en Suède.....	12
2.3	Instauration d'un plafond de reste à charge à l'image de ce qui a été fait en Allemagne, Suisse, Suède, Belgique	14
3	Résultats des simulations.....	16
3.1	Résultats généraux	16
3.2	Résultats microéconomiques au regard de critères socio-économiques	20
3.2.1	Les caractéristiques de l'effort des assurés.	20
3.2.2	Répartition de l'effort	23
3.2.3	Les déterminants de l'effort : une analyse « toutes choses égales par ailleurs » ..	26
3.2.4	Impact sur les organismes complémentaires santé	28

Résumé

Le redressement des comptes publics nécessaire au respect de nos engagements communautaires se décline pour l'assurance maladie sous la forme d'une maîtrise renforcée de la croissance des dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2017. Le présent document de travail illustre différentes voies possibles d'économies et en analyse plus particulièrement les conséquences possibles sur le remboursement des soins de ville. Différentes évolutions de la prise en charge des assurés, s'inspirant notamment des systèmes de santé étrangers, sont ainsi présentées et étudiées. L'analyse tire les enseignements de l'outil de microsimulation ISIS¹ développé à la DG Trésor. Cette maquette permet notamment d'étudier finement les conséquences de modifications de la participation financière des assurés au regard de critères socio-économiques tels que le revenu, l'âge, l'état de santé.

Abstract

Fiscal consolidation, with a return to structurally balanced public finances in 2016, will require to limit the annual growth of health expenditures over the period 2013-2017. This paper illustrates some possible cost savings reforms and documents their consequences. Possible evolutions of the public insurance scheme, based notably on foreign health insurance systems, are presented and discussed. This analysis relies on the microsimulation tool ISIS² developed at the Treasury. This tool allows us to document the consequences of the changes in co-payment for different beneficiaries, with various socio-economic characteristics such as income, age, health status.

¹ Maquette construite par Valérie Albouy et Bérengère Mesqui avec la collaboration d'Emilie Rodriguez, Claire Montialoux et Grégoire de Lagasnerie.

² ISIS has been built by Valérie Albouy and Bérengère Mesqui in collaboration with Emilie Rodriguez, Claire Montialoux and Grégoire de Lagasnerie.

Le redressement des finances publiques se décline pour l'assurance maladie sous la forme d'une maîtrise renforcée de la croissance des dépenses d'assurance maladie. Fixé à 2,7 % en 2013, 2,6 % en 2014 puis 2,5 % par an jusqu'en 2017³, le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) requiert un effort de 2,7 milliards d'euros par an soit au total 13,5 milliards d'euros d'économies à l'horizon 2017.

La DG Trésor a développé un outil de microsimulation (ISIS⁴) des dépenses de soins de santé et de leur prise en charge par les patients, les organismes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie. L'utilisation de ce type d'outil présente de nombreux avantages et connaît un développement croissant (Jones, 2010). Le modèle de microsimulation ISIS permet notamment d'étudier finement par type de population l'impact de diverses mesures de modulation de la prise en charge des soins par l'assurance maladie publique.

Cette étude explicite dans un premier temps les défis auxquels devra faire face l'assurance maladie obligatoire à l'horizon 2017. Dans ce contexte, sont ensuite présentés et analysés, à partir du modèle de microsimulation ISIS, différents scénarios d'évolution possible du système de remboursement des soins. D'autres évolutions de la participation financière du patient ont déjà été analysées [Briet et Fragonard (2007), Debrand, Sorasith (2010), Geoffard et *al.* (2011)]. Cette analyse complète ainsi la littérature en appréhendant concrètement l'impact de différentes réformes possibles du système de remboursement des soins.

1 L'assurance maladie dans le cadre de la stratégie pluriannuelle des finances publiques

La France a décidé de poursuivre ses efforts de maîtrise des comptes publics afin de respecter ses engagements pris auprès de ses partenaires européens à l'horizon 2017.

1.1 Un objectif de retour à l'équilibre structurel des finances publiques en 2017

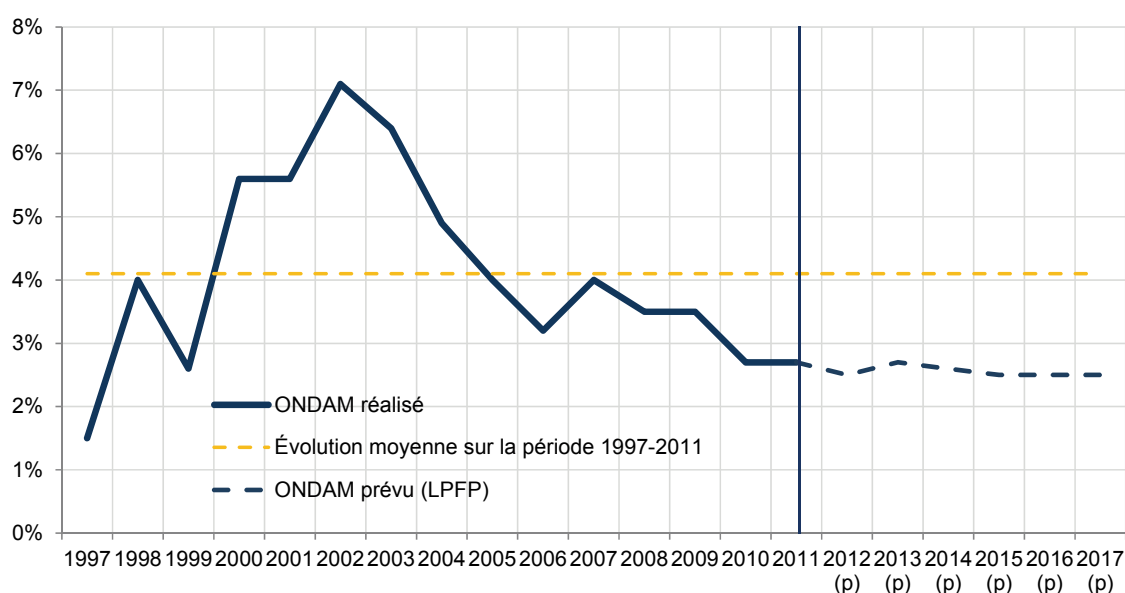
De 7,1 % du PIB en 2010, le déficit public devrait être ramené à 4,5 % en 2012 et 3 % en 2013 conformément à l'engagement pris par la France vis à vis de ses partenaires européens. Le retour à l'équilibre structurel des comptes publics à l'horizon 2017 devra par ailleurs être atteint au moyen de réformes articulant au mieux efficacité et équité.

Dans ce contexte, des objectifs ambitieux de maîtrise des dépenses d'assurance maladie ont été définis. Les taux de progression des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont été fixés à 2,7 % en 2013, 2,6 % en 2014 puis 2,5 % par an jusqu'en 2017. L'effort demandé est sans précédent depuis la création de l'ONDAM en 1997 (cf. graphique 1).

³ Projet de Loi de Programmation des Finances Publiques (LPFP).

⁴ Maquette construite par Valérie Albouy et Bérengère Mesqui en collaboration avec la DREES et avec la participation d'Emilie Rodriguez, Claire Montialoux et Grégoire de Lagasnerie. ISIS= Instrument de Simulation Individualisée des dépenses de Santé.

Graphique 1 : taux de progression de l'ONDAM entre 1997 et 2017



Source : DG Trésor.

Note : les évolutions annuelles ne sont pas rigoureusement comparables car le périmètre de l'ONDAM peut varier d'une année sur l'autre.

Pour assurer le respect de ces objectifs ambitieux, les efforts d'économies sont calibrés annuellement à partir d'une évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie. À partir du niveau de l'ONDAM de l'année précédente, est calculée une prévision des dépenses sous ONDAM de l'année en fonction de leur évolution spontanée au regard de la tendance passée et en l'absence de toute mesure ou événement nouveau. Sur le champ retenu pour l'ONDAM, les dépenses de santé évolueraient aujourd'hui spontanément à un rythme de l'ordre de 4 % par an. Pour que l'ONDAM respecte la trajectoire inscrite dans le projet de loi relatif à la programmation des finances publiques, il est donc nécessaire de réaliser des économies annuelles sur la tendance spontanée d'environ 1,5 % des dépenses sous ONDAM jusqu'en 2017.

Le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) documente les nouvelles mesures d'économies permettant de construire l'ONDAM pour 2013. Mais, environ 11 milliards d'euros d'économies sur les dépenses d'assurance maladie restent à réaliser entre 2014 et 2017 pour sécuriser le respect des ONDAM sur cette période.

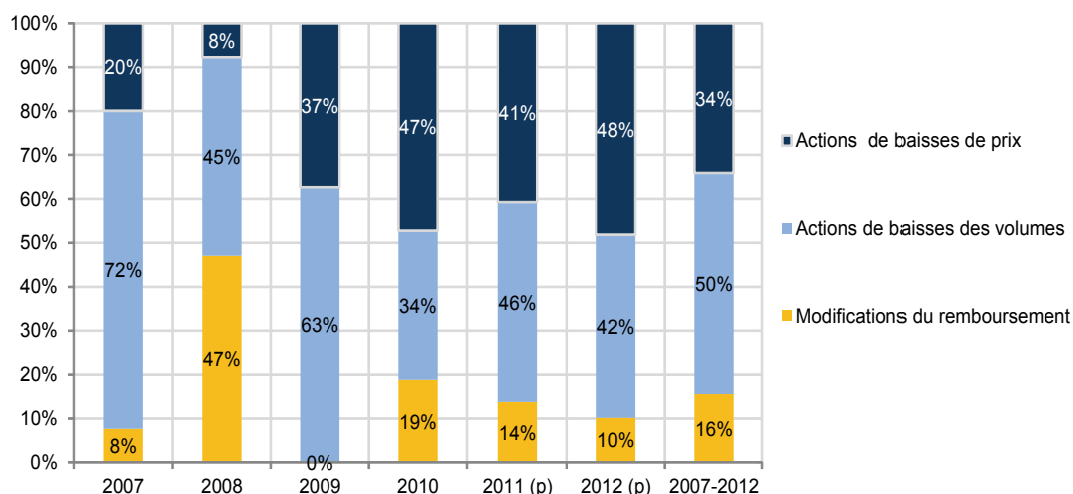
Ce contexte de poursuite dans les prochaines années de la maîtrise des dépenses publiques offre l'opportunité de réfléchir aux évolutions possibles du système d'assurance maladie français dans un cadre pluriannuel.

⁵ Entre 1997 et 2011, est indiqué l'ONDAM réalisé. À partir de 2012, est indiqué l'ONDAM voté ou prévu.

1.2 L'ONDAM, vers une élaboration pluriannuelle

Depuis sa création en 1997, l'ONDAM a permis d'infléchir la dynamique des dépenses de santé à travers des mesures d'économies annuelles. Le HCAAM (2011) identifie trois grandes catégories de mesures d'économies classiquement utilisées pour assurer le respect de l'ONDAM : les baisses de prix et de tarifs (médicaments, radiologie et biologie), les actions de baisses de volumes (fraudes, maîtrise médicalisée comme la diffusion des génériques) et enfin les modifications du remboursement (franchises médicaments, indemnités journalières...). Depuis 2007, les économies réalisées se répartissent en moyenne environ entre 34 % sur les prix, 50 % sur les volumes, et 16 % sur les modifications de remboursement (cf. graphique 2).

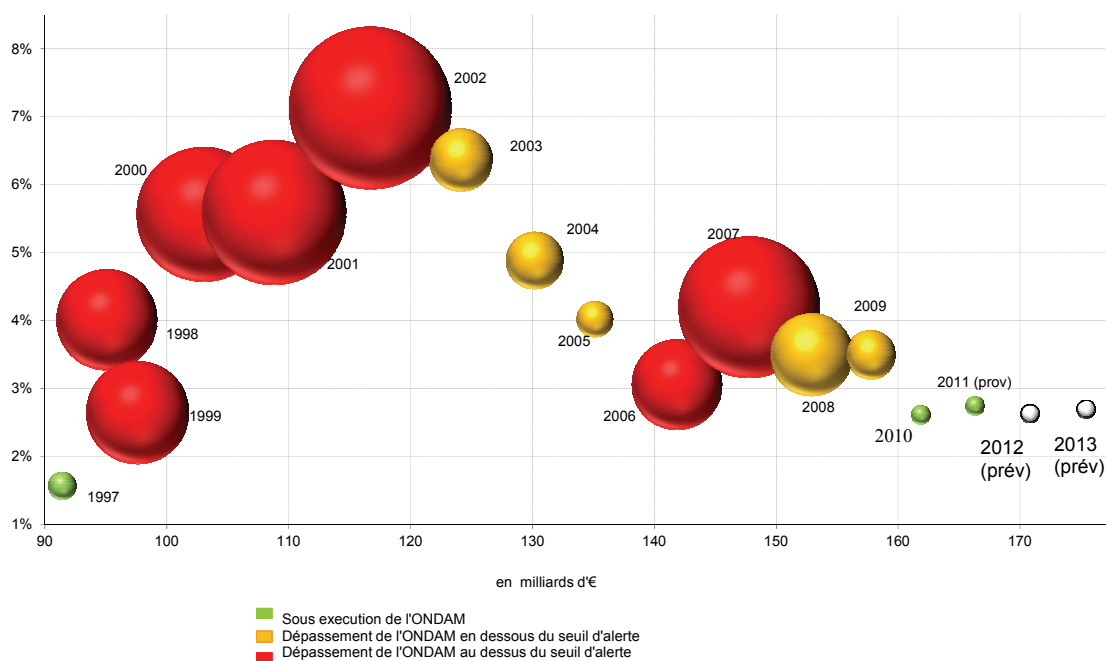
Graphique 2 : répartition des économies dans l'ONDAM entre 2007 et 2012



Source : HCAAM, retraitement DG Trésor.

De nombreuses dispositions réglementaires ont récemment été prises pour renforcer la gouvernance de l'ONDAM (renforcement, en 2011, du rôle du comité d'alerte créé en 2004, abaissement progressif du seuil d'alerte depuis 2011) et ont permis de faciliter son respect (cf. graphique 3). Par ailleurs, des pistes complémentaires avaient été envisagées dans le rapport Briet (2010) sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie afin de s'assurer du respect d'ONDAM plus stricts dans les prochaines années. En particulier, la régulation des dépenses devrait s'inscrire dans une logique pluriannuelle car l'impact des différentes mesures d'économies est dynamique et peut donc avoir un effet sur plusieurs années. C'est d'ailleurs ce que souligne également le HCAAM (2011). La logique pluriannuelle permettrait en outre de tisser un lien plus fort entre la régulation des dépenses de santé via l'ONDAM et une politique globale de santé publique.

Graphique 3 : exécution et dépassement de l'ONDAM 1997-2013



Source : Rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie (2010). Actualisation et retraitement DG Trésor.

Note de lecture : En abscisses figure le niveau de dépenses constaté et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement ou surconsommation et de la sous-consommation. Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,7Mds€ compte tenu d'un dépassement de 2,8 Mds€, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,2 %.

Dans ce contexte et afin de préciser la conduite des politiques publiques en France dans le domaine des finances publiques et des questions de santé, la DG Trésor s'est dotée d'un outil de microsimulation (ISIS). En rapprochant les données de trois sources complémentaires⁶, la maquette décrit le profil complet d'environ 22 000 individus, correspondant à 8 000 ménages, représentatifs de la population générale de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire⁷ en 2006. Elle permet ainsi d'obtenir des éléments détaillés sur la consommation de soins de ville⁸ (cf. encadré 1), la couverture santé et le reste à charge des individus en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques, de leur activité professionnelle, de leur état de santé et des revenus du ménage (cf. encadré 2 pour plus de détails sur cette variable). Cet outil permet ainsi d'étudier finement l'impact financier de diverses mesures portant sur le remboursement des soins des assurés (hausse du ticket modérateur, mise en place de franchise à la base...) notamment sur les assurés et l'assurance maladie obligatoire. Il vise à renforcer l'information et la transparence sur l'impact des mesures.

⁶ Enquête Santé et Protection sociale 2006 (IRDES), Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux 2006 (CNAMTS) et Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé (DREES)

⁷ C'est-à-dire à l'exclusion des personnes en foyers, institutions, services de long séjour hospitalier et des personnes sans domicile fixe. Cette population représente plus de 96 % de la population de France métropolitaine.

⁸ Soins ambulatoires (consultations, auxiliaires médicaux, laboratoires) et biens médicaux (officines pharmaceutiques, optique, prothèses).

Encadré 1 : imputation des dépenses de santé

La maquette de microsimulation ISIS est construite sur la base des données appariées de l'Enquête Santé et Protection Sociale 2006 (ESPS) de l'IRDES et de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux 2006 (EPAS) de la CNAMTS. L'échantillon EPAS est utilisé comme base de sondage de l'enquête. Un assuré est tout d'abord tiré dans l'EPAS par l'Assurance maladie - dit « assuré principal ». L'enquête ESPS s'étend ensuite à l'ensemble de son ménage. Au total sont donc compris dans l'échantillon ESPS, l'assuré principal, ses ayants droit cohabitants, les autres membres du ménage : conjoint lui-même assuré social, ayant droit du conjoint, ayant droit d'un assuré hors ménage. Pour l'ensemble de ces assurés, les informations sur leurs dépenses de santé sont complétées lorsqu'elles sont disponibles dans l'EPAS.

Sur les 22150 individus que comprend la base de données ESPS, l'appariement est réalisé pour 10448 individus, les dépenses de santé de 11702 individus n'étant pas disponibles suite à l'appariement. Par conséquent, pour la plupart des ménages présents dans la base ESPS, les dépenses de santé de l'ensemble du ménage ne sont pas disponibles. Afin de préserver la représentativité d'ESPS, on impute les informations manquantes sur les dépenses de santé à l'aide de la méthodologie du « Hot Deck stratifié ». Cette méthode consiste à attribuer à un individu dont les dépenses sont inconnues (receveur), les dépenses d'un individu (donneur) qui sont disponibles suite à l'appariement. Cette imputation se déroule en trois étapes.

Première étape : juger de la corrélation entre les dépenses pour chaque type de soins

La première étape consiste à étudier les données afin de déterminer s'il est pertinent d'utiliser le même donneur afin d'imputer l'ensemble des dépenses. En effet, si les dépenses sont interdépendantes et corrélées entre elles car faisant partie du parcours de soins de l'assuré, les dépenses d'un même donneur doivent être utilisées lors de l'imputation. Ainsi, le lien entre les différentes consommations de soins est-il préservé. Suite à une étude des corrélations entre les types de dépenses (omnipraticien, biologie, dentiste, infirmière...), une corrélation significative est apparue entre l'ensemble des dépenses mises à part les dépenses d'optique et de dentaire qui apparaissent indépendantes des autres dépenses. Ces dépenses seront donc imputées séparément.

Deuxième étape : sélection des variables utilisées pour l'imputation

Le Hot Deck constitue une imputation sous contrainte. En effet, les individus sont répartis en sous-population en fonction de variables auxiliaires effectivement corrélées avec le niveau des dépenses de santé. L'imputation s'effectue alors entre les donneurs et les receveurs au sein de ces sous-populations (troisième étape).

Les variables auxiliaires nécessaires à la détermination des sous-populations doivent être sélectionnées sous deux contraintes. D'une part, les variables doivent être corrélées significativement aux dépenses de santé. D'autre part, le nombre de variables sélectionnées ne doit pas être trop important pour ne pas créer des sous-populations de tailles trop réduites.

Sous ces deux contraintes, les caractéristiques individuelles retenues pour déterminer les sous-populations et imputer les dépenses sont les suivantes : le sexe et l'âge de l'individu, son niveau d'études, sa perception de son état de santé, son nombre de visites chez le généraliste, son régime de sécurité sociale et le type d'organisme lui fournissant sa couverture complémentaire.

Troisième étape : imputation des dépenses de santé

On dispose dans l'échantillon de deux sous-population d'individus :

- Les « donneurs », pour lesquels la variable d'intérêt X (dépenses de santé) est connue,
- Les « receveurs », pour lesquels cette variable X est manquante.

On utilise ensuite les variables auxiliaires, connues pour ces deux sous-populations, et bien corrélées avec la variable d'intérêt X, pour former des classes d'individus de mêmes caractéristiques. Dans chaque classe les valeurs de X observées pour les « donneurs » sont affectées aléatoirement aux « receveurs ». Lorsque le nombre de « donneurs » dans une classe est insuffisant, on n'impute pas de valeur de X aux receveurs et on relance le processus en supprimant une ou plusieurs variables auxiliaires pour construire de nouvelles classes d'individus. On procède ainsi jusqu'à ce qu'une valeur de X ait été imputée à l'ensemble des « receveurs ». Pour chaque individu sont imputés à cette étape les dépenses totales, le remboursement par l'assurance maladie, le ticket modérateur, la participation forfaitaire et les dépassements d'honoraires. On obtient finalement une maquette représentative de la population française en ménage ordinaire et qui est globalement représentative, en niveau comme en structure, de la consommation de soins.

Si la répartition future des types d'effort reste conforme à ce qui a été observé dans le passé récent, sur les 11 milliards d'euros d'économies à réaliser entre 2014 et 2017, 1,7 milliard d'euros d'économies (15 %) pourraient résulter de modifications du système de prise en charge des soins. Au moyen de la maquette ISIS, différentes possibilités d'évolution du

remboursement des soins sont simulées et analysées. Pour autant, les limites de la maquette ISIS imposent de restreindre les études sur le champ des soins de ville⁹. En effet, les dépenses d'hospitalisation sont à ce stade largement sous-estimées et mal individualisées dans la maquette, faute de sources disponibles suffisamment détaillées. Ainsi, à titre illustratif et sans préjuger des décisions futures dans la structure des efforts demandés, les différentes évolutions simulées ci-après permettraient toutes d'enregistrer une économie globale de 1 milliard d'euros sur les remboursements de soins de ville par l'assurance maladie.

Encadré 2 : imputation des revenus dans la maquette ISIS

La variable de revenu tient une place centrale dans l'analyse d'un système de remboursement des soins. Tout d'abord, elle permet de juger de l'équité du système de prise en charge des soins et de l'effort demandé aux assurés sociaux à travers la participation financière à leur dépense de soins. Ensuite, les réflexions sur l'instauration d'un lien entre revenu et remboursement par l'assurance maladie introduites lors du débat sur la mise en place d'un bouclier sanitaire nécessitent de pouvoir simuler des scénarios de modifications du système de remboursement en fonction du revenu.

Dans la base de données Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES, 31 % des ménages n'ont pas déclaré leur revenu net (2492 sur 8095 ménages). La DG Trésor a donc imputé une partie des revenus présents dans la maquette de microsimulation ISIS selon la méthode aléatoire d'imputation dite des résidus simulés (Montialoux, 2010). Cette méthode présente deux grands avantages. Elle permet d'intégrer un grand nombre d'observations auxiliaires qui conditionneront l'imputation des revenus. Ensuite, elle préserve la distribution observée avant imputation de la variable d'intérêt.

L'imputation se déroule en trois étapes distinctes. Tout d'abord, une estimation est réalisée à partir des revenus des répondants. Ensuite, le revenu de chaque non répondant est estimé à partir de ces estimations de revenu. Enfin, à chaque revenu estimé est ajouté un résidu tiré aléatoirement dans les résidus observés chez les répondants afin de ne pas toujours imputer la moyenne conditionnelle.

Première étape : estimation sur les revenus des répondants

Dans un premier temps, l'hypothèse d'indépendance entre la décision de répondre à la question du montant des revenus nets du ménage et les caractéristiques socio-économiques du ménage est testée par un modèle tobit estimé par maximum de vraisemblance. Les variables explicatives introduites dans les estimations sont la catégorie socio-professionnelle des membres du ménage, leur âge, leur niveau d'étude, leur statut vis-à-vis de l'emploi, le fait que le ménage comprenne ou non au moins un bénéficiaire de la CMU-Complémentaire, du RMI et le sexe du chef de famille.

$$\begin{cases} D^* = X' \beta_1 + \varepsilon \\ Y^* = Z' \beta_2 + v \end{cases}$$

avec D égal à 1 si l'enquêté a répondu à la question sur le revenu net du ménage et 0 sinon et Y la transformation logarithmique du revenu net du ménage. L'estimation de ce modèle permet de conclure à une corrélation non significative entre le fait de répondre à la question sur le revenu net et le montant du revenu. Par conséquent, l'estimation des revenus sur la population des répondants peut être réalisée par le biais des moindres carrés ordinaires. L'estimation est effectuée au sein de trois sous-populations à l'intérieur desquelles les résultats de la régression pourront être considérés comme stable (Montialoux, 2010). La partition de l'ensemble de la population comprend trois catégories : les ménages où tous les adultes sont actifs, les ménages où tous les adultes sont inactifs et les ménages « mixtes ».

Deuxième étape : calcul du revenu estimé pour les non-répondants

Après avoir estimé le modèle reliant la variable à imputer aux variables auxiliaires sur la population des répondants, un revenu est imputé aux individus non répondants en leur appliquant les coefficients estimés sur les répondants.

Troisième étape : imputation des résidus aux revenus simulés des non-répondants

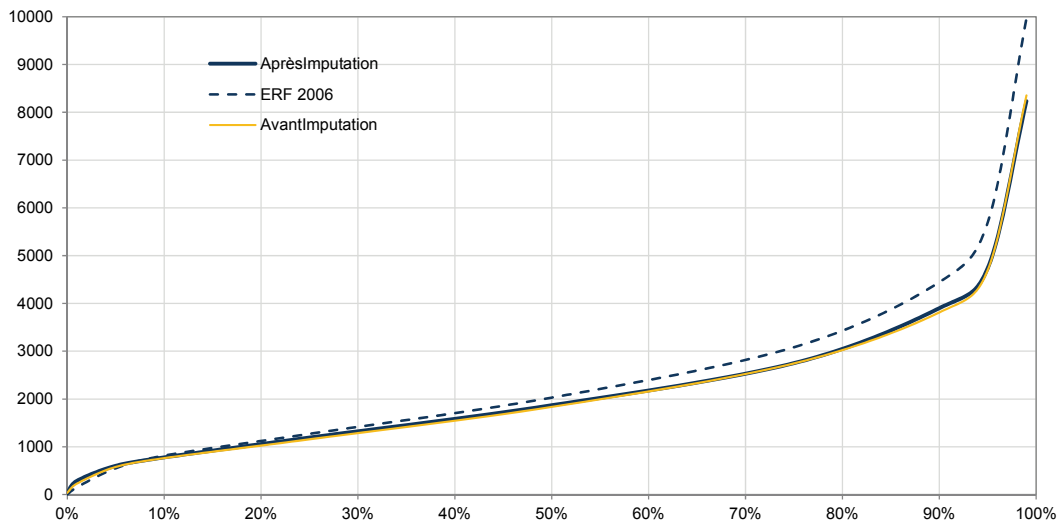
Les résidus obtenus suite à l'estimation menée sur les répondants sont ajoutés à l'estimateur calculé dans la deuxième étape afin de calculer les revenus imputés. Le choix a été fait de tirer les résidus au hasard parmi l'ensemble des résidus observés sur les répondants plutôt que de tirer les résidus dans une loi normale. L'hétérogénéité des données est ainsi mieux respectée puisque les résidus observés sont issus des données disponibles dans ESPS.

Au total, on dispose d'un échantillon dans lequel les revenus sont renseignés pour l'ensemble de la population et

⁹ Soins ambulatoires (consultations, auxiliaires, laboratoires) et biens médicaux (officines pharmaceutiques, optique, prothèses).

d'une distribution des revenus légèrement redressée par rapport à l'échantillon avant imputation.

Graphique : distribution des revenus des ménages avant et après imputation



Source : Maquette ISIS, ERF 2006.

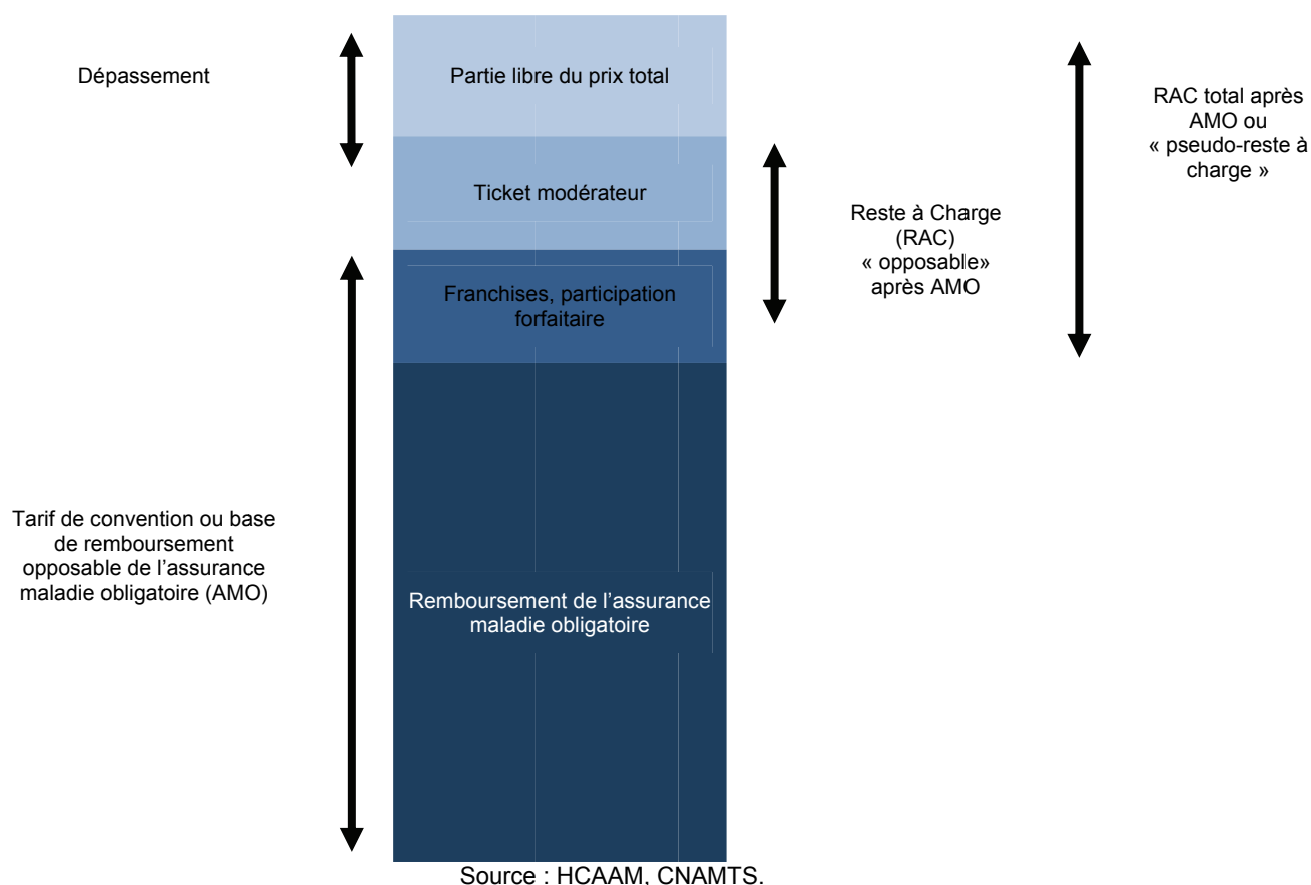
2 Quelles évolutions possibles de la prise en charge des assurés sur les soins de ville ?

La prise en charge des soins en France s'articule autour de différents instruments de participation financière des patients. Pour les soins de ville, au ticket modérateur en vigueur depuis 1930, se sont ajoutées progressivement les participations financières de 1 € (en 2005) sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques et sur les analyses de biologie médicale mais également en 2008 les franchises médicales sur les boîtes de médicaments (cf. graphique 4). Parallèlement, ont été mis en place différents dispositifs d'exonérations visant à atténuer les conséquences financières de ces mesures pour les populations les plus fragiles (ALD, CMU-C¹⁰...).

Les différents scénarios envisagés de réforme de la participation financière vont de l'évolution paramétrique simple des dispositifs actuels jusqu'à une redéfinition complète de la couverture assurantielle obligatoire en s'inspirant notamment des mécanismes mis en place dans d'autres pays européens. Six scénarios seront simulés ; une hausse de ticket modérateur, deux modalités de mise en place d'une franchise à la base, et enfin trois scénarios de mise en place d'une franchise à la base, d'un ticket modérateur unique et d'un plafond de reste à charge dans la lignée des réflexions sur le bouclier sanitaire (Briet, Fragonard, 2007).

¹⁰ Le seuil de revenu annuel pour bénéficier de la CMU complémentaire pour une personne seule est de 7 771 € au 1^{er} juillet 2011.

Graphique 4 : remboursement des soins, participation financière des patients et reste à charge (RAC)¹¹



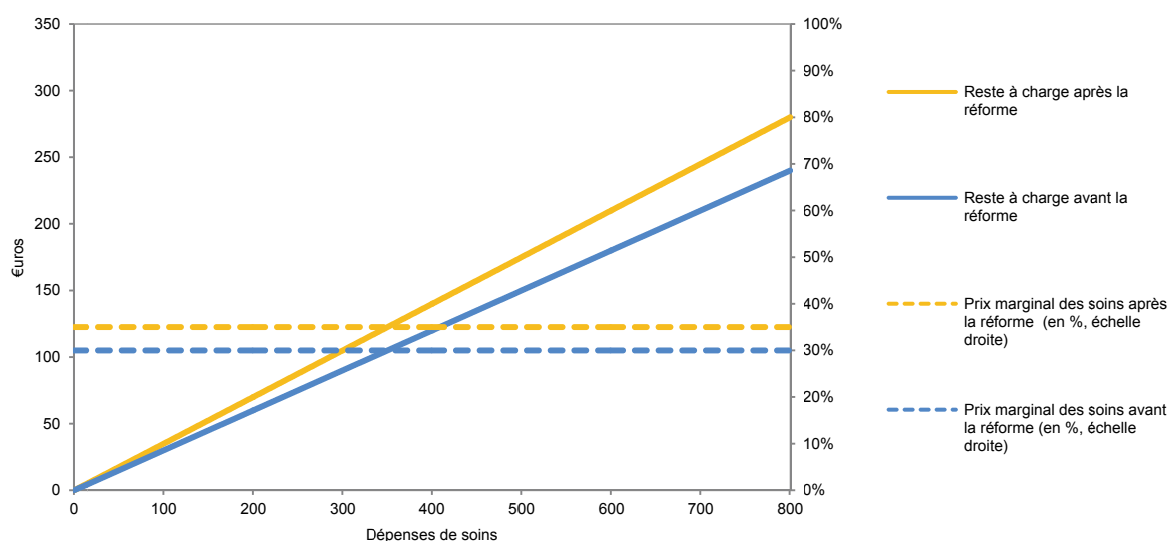
2.1 Augmentation du ticket modérateur

Le premier scénario simulé s'appuiera sur le ticket modérateur, principal mode¹² de participation financière des patients du système actuel (Scénario 1). Pour tous les postes de consommation sur les soins de ville, le ticket modérateur est augmenté uniformément de façon à enregistrer une économie globale de 1 milliard d'euros pour l'assurance maladie. Une telle réforme s'inspire notamment de la loi Veil de 1993 qui décida une hausse générale de 5 points du ticket modérateur. Même si la loi Veil était la dernière hausse généralisée du ticket modérateur, des hausses plus ciblées du ticket modérateur sur certains soins ont été privilégiées ces dernières années afin de réaliser des économies sur le remboursement des soins. Ces hausses ont par exemple pris la forme d'une augmentation du ticket modérateur de 5 points sur les médicaments à vignette bleue (en 2010, ticket modérateur passant de 65 % à 70 %), ou encore sur les dispositifs médicaux (en 2010, ticket modérateur passant de 35 % à 40 %).

¹¹ Le reste à charge opposable après AMO correspond à la différence entre le tarif de convention et le remboursement effectivement versé par l'assurance maladie obligatoire. Le reste à charge total après assurance maladie obligatoire correspond à la différence entre le tarif de convention auquel on ajoute la partie libre du prix et le remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

¹² Le ticket modérateur représente environ 90 % du reste à charge opposable des assurés.

Graphique 5 : illustration graphique d'une hausse du ticket modérateur



Source : DG Trésor.

Note de lecture : pour une dépense de 200 €, le reste à charge s'élève à 70 € dans le cas d'un ticket modérateur à 35 %. Le ticket modérateur étant unique, le prix marginal des soins est égal à 35 % quelle que soit le niveau de dépense. Par commodité, dans l'ensemble des graphiques on représente un ticket modérateur passant de 30 % à 35 % mais il faut garder à l'esprit que les différents produits et soins ont des tickets modérateurs différents dont chacun augmente de 5 %.

Conformément à la pratique récente, cette hausse s'applique uniquement aux assurés de droit commun. Ainsi, les individus qui bénéficient pour certaines dépenses d'une exonération du ticket modérateur la conservent pour ces soins. La modification du taux ne change pas en profondeur la philosophie du système de remboursement actuel. Évolution paramétrique marginale, la hausse du ticket modérateur est simple à mettre en œuvre.

Pour autant, les hausses de ticket modérateur accentuent les limites inhérentes à ce mécanisme de participation financière. Geoffard (2006) souligne notamment que pour certaines personnes ayant besoin de recourir à des soins coûteux, un taux de ticket modérateur même modéré peut conduire à un reste à charge élevé. Comme le ticket modérateur est proportionnel à la dépense de soins, plus la dépense est élevée plus le reste à charge est élevé. Il exige donc une participation financière d'autant plus importante que l'état de santé est dégradé.

Certains pays européens ont opté pour d'autres instruments de participations financières. La microsimulation permet de quantifier les conséquences financières de la mise en place de tels instruments dans le système de remboursement des soins français.

2.2 Mise en place d'une franchise à la base à l'image de ce qui a été fait en Suisse, au Pays-Bas et en Suède

La mise en place d'une franchise décale l'intervention du mécanisme de couverture assurantielle. Le remboursement des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses cumulées des patients depuis le début de l'année, ou de la période de référence choisie, dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises à la base sont le plus souvent définies sur des périodes de 12 mois (non glissantes).

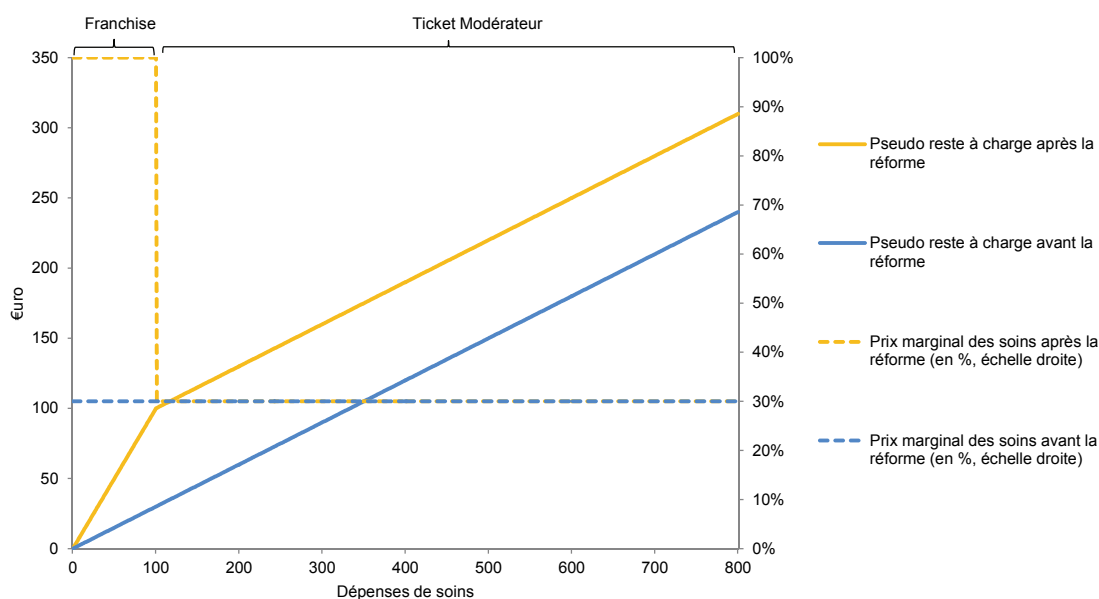
Certains pays européens ont opté pour la mise en place d'un tel mécanisme de participation financière et ce, quel que soit le système de prise en charge des soins, public ou privé. Les assurés suisses et néerlandais, qui bénéficient d'un système d'assurance maladie concurrentiel géré par des caisses d'assurances privées, se voient offrir des contrats avec, pour les premiers, une franchise variant d'environ 180 € à 1 500 € et, pour les seconds, une franchise variant de 0 € à 500 €. Les assurés suédois couverts par un système national de

santé financé par impôt doivent, pour leur part, s'acquitter d'une franchise annuelle à la base de 100 € sur leur dépense de médicaments.

L'une des principales critiques formulées contre la franchise se fonde sur le lien présumé entre niveau de franchise et ampleur du phénomène de renoncement aux soins. Une franchise trop élevée peut entraîner des problèmes d'accès aux soins notamment pour les assurés aux revenus modestes. Un recours tardif aux soins peut également être à l'origine de complications médicales, entraînant *in fine* un surcoût de traitement. À l'inverse, la franchise est une incitation financière qui sensibilise le patient au coût total des soins et peut être à l'origine de changements de comportement. De plus, l'effet incitatif joue à plein car la franchise se concentre sur les petites dépenses où l'élasticité de la demande de soins est la plus forte. Elle permet ainsi, théoriquement, un recours aux soins plus efficace (Newhouse, 1993). Parallèlement, l'effort maximum demandé est plafonné au montant de la franchise. Elle ne demande pas, tant que son montant reste modéré, un effort d'autant plus fort que l'état de santé de l'assuré est dégradé.

Deux scénarios introduisant des franchises seront simulés, le cas où une telle franchise s'applique à l'ensemble de la dépense de soins (Scénario 2) et celui où elle s'applique seulement aux dépenses actuellement non exonérées de participation financière (Scénario 3). En s'alignant sur les modalités actuelles de prise en charge des soins, on suppose que la franchise est à la charge exclusive du patient, au même titre que la participation forfaitaire ou les franchises médicales sur les médicaments.

Graphique 6 : illustration graphique de la mise en place d'une franchise à la base



Source : DG Trésor.

Note de lecture : Avant la réforme, le patient ne doit payer que le ticket modérateur. La réforme consiste à mettre en place une franchise à la base en plus du ticket modérateur. Dans cet exemple, la franchise est fixée à 100 €. Lorsque la dépense est inférieure à la franchise, le reste à charge est égal à la dépense et le prix marginal des soins est donc égal à 100 %. Lorsque la dépense de soins dépasse la franchise, le ticket modérateur s'applique à la différence entre la dépense de soins et la franchise. Le reste à charge est alors égal au montant de la franchise auquel on ajoute le ticket modérateur. Le prix marginal des soins est alors égal au ticket modérateur (dans cet exemple 30 %).

2.3 Instauration d'un plafond de reste à charge à l'image de ce qui a été fait en Allemagne, Suisse, Suède, Belgique

Un plafond de dépense est défini généralement sur une base annuelle calendaire (non glissante), en fonction de la dépense remboursable (dépense engagée dans la limite du tarif de référence) ou du ticket modérateur. Au-delà de ce plafond, l'assurance prend en charge la totalité du coût des soins, toujours dans la limite de la dépense remboursable. La participation financière marginale de l'assuré est alors nulle.

Ce dispositif est utilisé sous différentes formes dans de nombreux pays européens. Son niveau peut tout d'abord dépendre du revenu. Lorsque le reste à charge dépasse une certaine part du revenu de l'assuré ou du ménage, l'assurance maladie prend en charge la totalité de ses dépenses supplémentaires de soins. En Allemagne, le reste à charge ne peut représenter plus de 2 % du revenu annuel du ménage. Ce seuil est de 1 % pour les assurés atteints d'une affection de longue durée ou les personnes âgées dépendantes. Un plafond indépendant du revenu existe également dans certains pays européens. En Suisse, en fonction du contrat et de la franchise choisis, le plafond varie de 600 € à 2 000 €. Le plafond peut, enfin, varier en fonction du type de soins. En Suède, le plafond de reste à charge est fixé à 100 € pour les consultations, à 200 € pour les médicaments et 222 € pour les dispositifs médicaux. Ces plafonds ont pour but de prévenir les difficultés financières d'un assuré confronté à un risque catastrophique de santé, c'est-à-dire un risque à faible probabilité mais extrêmement coûteux.

La France a opté pour un système différent. Afin d'atténuer les conséquences financières des instruments de participation des patients à leur dépense de soins, différents dispositifs d'exonération et de plafonnement ont été mis en place. Le plus important, en nombre d'assurés bénéficiaires comme en montant de prise en charge, est celui des affections de longue durée (ALD) qui exonère du ticket modérateur les dépenses de soins liées à la maladie exonérante¹³, dite ALD. Le nombre de patients exonérés en ALD a augmenté de 4 % en 2010, dans la poursuite de la tendance antérieure (entre 2005 et 2010 le taux de croissance annuel a été compris entre 3,5 % et 4,2 %). Environ 9 millions de personnes bénéficiaient de ce dispositif en 2010 soit 15,5 % de la population¹⁴. La part des remboursements destinés aux bénéficiaires en affection de longue durée représentait, en 2008, 62 % du total des remboursements du régime général d'assurance maladie¹⁵. La CNAMTS prévoit une croissance dynamique du nombre de bénéficiaires en ALD qui devrait atteindre 17 % des assurés en 2014¹⁶. À côté de ce dispositif, la Cour des comptes¹⁷ totalise une trentaine de motifs d'exonération pour le seul ticket modérateur (les invalides, les femmes enceintes, les nouveaux nés...).

Ces exonérations présentent deux limites principales. D'une part, leur foisonnement rend complexe et peu lisible notre système de remboursement des soins. Cette « illisibilité [apparaît] contradictoire avec l'idée affichée de vouloir responsabiliser les patients » par le biais de la participation financière (Elbaum, 2008). D'autre part, malgré la multitude de motifs d'exonération, les assurés ne sont pas forcément bien couverts contre les risques catastrophiques. Comme le souligne le HCAAM (2011), « si une grande majorité des assurés ont un reste à charge après assurance maladie obligatoire relativement peu élevé, il apparaît en revanche très important pour une minorité significative des assurés. » (cf. tableau 1).

¹³ Ce dispositif s'applique à trente affections énumérées (diabète, VIH, cancer, ...) auxquelles s'ajoutent des affections évolutives ou invalidantes « hors liste » (31^{ème}) et des poly-pathologies invalidantes (32^{ème}).

¹⁴ Source : Proposition de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012, CNAMTS, 2011. <http://www.annuaire-secu.com/pdf/Propositions-AM-charges-produits2012.pdf>.

¹⁵ Baillot A. (2010), « Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie », Comptes nationaux de la santé, DREES.

¹⁶ Source : Proposition de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012, CNAMTS, 2011. <http://www.annuaire-secu.com/pdf/Propositions-AM-charges-produits2012.pdf>.

¹⁷ La prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale. Cour des comptes. Sécurité sociale 2011 – septembre 2011.

Tableau 1 : reste à charge annuel total moyen après AMO pour les soins de ville et à l'hôpital selon les déciles de reste à charge (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
Premier décile de reste à charge (D1)	18	0	18
Médiane (D5)	219	7	227
Dixième décile de reste à charge (D10)	1 797	286	2 084
Dernier centile de reste à charge (C100)	3 982	946	4 928
Ensemble	454	44	498

Source : HCAAM à partir des données de la Cnamts, ATIH, Echantillon Généraliste des Bénéficiaires 2008.

Note de lecture : Ligne Dixième décile de reste à charge (D10) : les 10 % des assurés qui ont le plus fort reste à charge ont un reste à charge annuel total moyen après AMO de 1 797 € pour les soins de ville et de 286 € pour les soins hospitaliers.

Note : Hôpital correspond aux activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

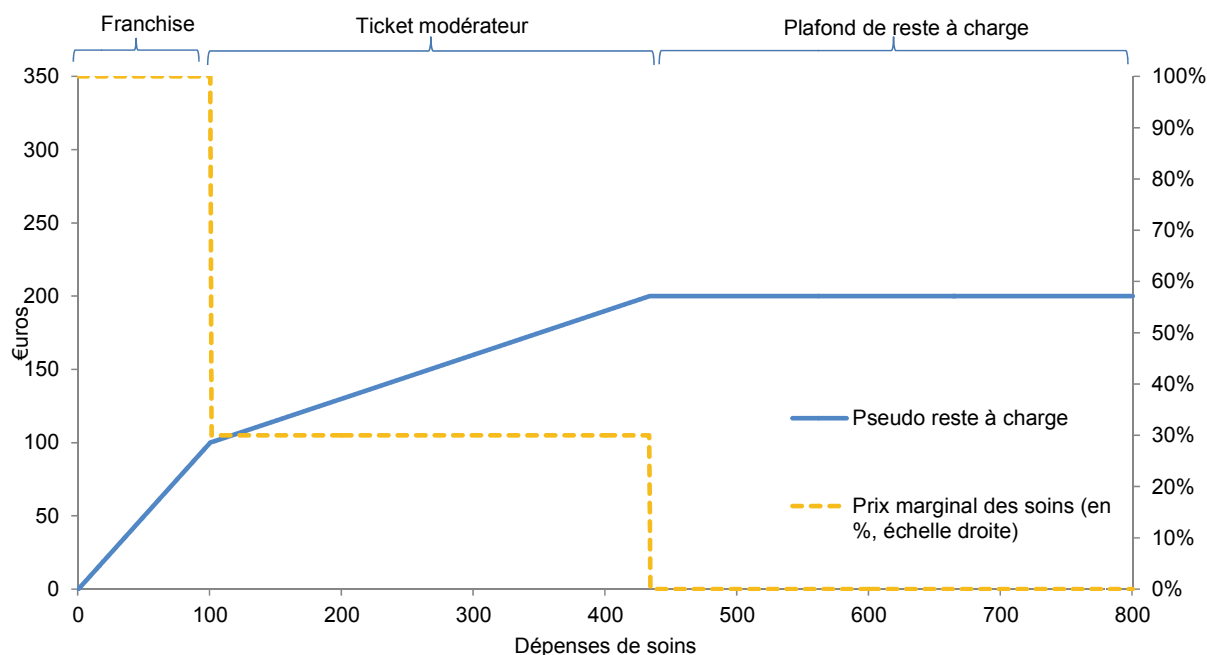
Ces deux limites ont contribué à développer la réflexion sur une réforme plus ambitieuse de la participation financière de l'assuré en France. Elles ont notamment abouti aux travaux menés sur le bouclier sanitaire (Briet, Fragonard, 2007). Dans la lignée de ces travaux sur le bouclier sanitaire et des modèles de couverture du risque maladie en Europe, nous simulerons trois réformes systémiques dans lesquelles toutes les exonérations actuelles sont supprimées et où sont alors mis en place :

- une franchise, un ticket modérateur unique de 30 % dans un souci de simplification du système de remboursement comme le suggère le rapport sur le bouclier sanitaire (Briet, Fragonard 2007) et un plafond de reste à charge opposable fixe comme en Suisse (Scénario 4) ;
- une franchise, un ticket modérateur unique de 30 % et un plafond de reste à charge opposable en proportion du revenu par unité de consommation¹⁸ (Scénario 5) ;
- une franchise, un ticket modérateur unique de 30 % et un plafond de reste à charge opposable en proportion du revenu mais différencié en fonction des pathologies subies. Dans ce scénario à l'image du système d'assurance allemand où le plafond est de 2 % du revenu pour les assurés de droit commun et de 1 % du revenu pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée, le plafond de reste à charge est moitié moindre pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée (Scénario 6).

Les six scénarios retenus seront calibrés, simulés et analysés à l'aide de la maquette ISIS. Cette analyse permet de quantifier leurs avantages et leurs inconvénients au regard de différents critères socio-économiques.

¹⁸ Le revenu par unité de consommation consiste à rapporter le revenu total du ménage à sa taille, qui, en raison d'économies d'échelle sur de nombreuses dépenses (logement, transports), évolue moins que proportionnellement au nombre de membres le composant.

Graphique 7 : illustration graphique de la mise en place d'une franchise, d'un ticket modérateur unique et d'un plafond de reste à charge



Source : DG Trésor.

Note de lecture : Dans cet exemple, la franchise est fixée à 100 €, le ticket modérateur à 30 % et le plafond à 200 € de reste à charge. Lorsque la dépense est inférieure à la franchise, le reste à charge est égale à la dépense et le prix marginal des soins est donc égal à 100 %. Lorsque la dépense de soins dépasse la franchise, le ticket modérateur s'applique à la différence entre la dépense de soins et la franchise. Le reste à charge est alors égal au montant de la franchise auquel on ajoute le ticket modérateur. Le prix marginal des soins est alors égal au ticket modérateur (dans cet exemple 30 %). Lorsque la dépense atteint le plafond, le reste à charge est égal au plafond quelle que soit la dépense et le prix marginal des soins est donc de 0 %.

3 Résultats des simulations

3.1 Résultats généraux

Chacun des six scénarios est calibré de telle façon qu'il permette une économie de 1 milliard d'euro sur l'ensemble des soins de ville.

Dans tous les cas, les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire restent couverts intégralement et ne sont soumis à aucune modification du système de remboursement, comme l'envisageait le rapport sur le bouclier sanitaire (Briet, Fragonard, 2007) pour préserver cette population fragile. Enfin, la participation financière du patient reste individualisée. Il serait en effet possible de calculer les différentes participations financières au niveau du ménage. Pour autant, ce mode de calcul peut engendrer des comportements opportunistes de surconsommation des soins (Newhouse, 1993) notamment pour les proches d'une personne soumise à d'importantes dépenses de soins.

Tableau 2 : récapitulatif des différents scénarios simulés

	Description rapide du scénario	Nom du scénario dans les résultats
Scénario 1	Augmentation générale du ticket modérateur sur l'ensemble des soins de ville	TM
Scénario 2	Mise en place d'une franchise sur l'ensemble des dépenses de soins de ville y compris sur les dépenses exonérées de ticket modérateur	FRENS
Scénario 3	Mise en place d'une franchise sur l'ensemble des dépenses de soins de ville à l'exception des dépenses exonérées de ticket modérateur	FREXO
Scénario 4	Instauration d'une franchise, un ticket modérateur unique et un plafond de reste à charge fixe comme en Suisse	PLFIX
Scénario 5	Instauration d'une franchise, un ticket modérateur unique et un plafond de reste à charge en proportion du revenu	PLREV
Scénario 6	Instauration d'une franchise, un ticket modérateur unique et un plafond de reste à charge en proportion du revenu et moitié moindre pour les assurés souffrant d'une affection de longue durée comme en Allemagne	PLALD

Pour les trois derniers scénarios qui comportent des changements plus importants, certaines hypothèses ont été posées et pourraient être modulées. Dans un premier temps, on calcule le nouveau remboursement par l'assurance maladie induit par la mise en place d'une franchise de 40 €¹⁹, d'un ticket modérateur unique de 30 %²⁰ et la suppression de l'ensemble des exonérations. Une fois simulés ces changements, est quantifiée la baisse des dépenses de l'assurance maladie. Dans un second temps, le niveau d'un plafond de reste à charge, qui constitue un coût pour l'assurance maladie, est déterminé de façon à enregistrer une économie finale de 1 milliard d'euros.

Le tableau 3 présente les résultats de ces calibrages. 1 milliard d'euros d'économies nécessite ainsi une hausse uniforme de 2,3 points du ticket modérateur sur les dépenses non exonérées ou la mise en place d'une franchise sur l'ensemble des dépenses de 19 € (20 € dans le cas du scénario 3-FREXO s'appliquant aux seules dépenses non exonérées). Avec une franchise de 40 € et un ticket modérateur unique de 30 %, le même rendement est obtenu avec un plafond de reste à charge fixe d'environ 560 € pour le scénario calqué sur le modèle Suisse (PLFIX), 4 % du revenu par unité de consommation²¹ lorsque le plafond est proportionnel au revenu. Dans le scénario d'un plafond différencié en fonction de l'état de santé, il s'élève à 6,2 % du revenu par unité de consommation pour les assurés de droit commun et à 3,1 % pour les patients atteints d'une ALD. Le calcul du plafond à partir du revenu par unité de consommation permet d'homogénéiser la prise en charge des ménages de tailles ou de compositions différentes. La prise en compte du revenu par unité de consommation pour le calcul d'un droit serait une nouveauté dans le système actuel de prestations sociales.

¹⁹ Le montant de la franchise a été fixé afin de s'aligner sur le montant du copaiement demandé en Allemagne pour un recours aux soins réguliers sur une année.

²⁰ La seule mise en place d'un ticket modérateur unique à 30 % pour les dépenses non exonérées représente une perte pour l'assurance maladie. En effet, le ticket modérateur moyen est actuellement de 32 % en moyenne pour ces dépenses sur les soins de ville.

²¹ Nous avons choisi l'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) qui retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Tableau 3 : les différents scénarios pour économiser 1 milliard d'euros sur les remboursements des soins de ville

	Définition des scénarii			
	Hausse du taux	Franchise	Plafond	
	points	Euros/an	Euros/an	%REV/UC
TM	+ 2,3	-	-	-
FRENS	0	19	-	-
FREXO	0	20	-	-
PLFIX	-	40	560	-
PLREV	-	40	-	4
PLALD	-	40	-	6,2 pour les patients Non-ALD
				3,1 pour les patients ALD

Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note : Le montant très proche des franchises dans le cas des scénarios FREXO et FRENS s'explique par un montant de dépenses non exonérées qui dépasse 20 € pour plus de 85% des assurés qui bénéficient d'une exonération de ticket modérateur. Ainsi, ces assurés même s'ils sont exonérés de ticket modérateur pour une partie de leur dépense s'acquitteront de la franchise sur leur dépense non exonérée.

Encadré 3 : effet des changements de comportements suite aux différentes réformes.

Chaque scénario est étalonné afin de permettre une économie pour l'assurance maladie obligatoire de 1 milliard d'euros. Cependant, cette économie pour l'assurance maladie constitue une diminution des remboursements pour les assurés et donc un renchérissement du coût apparent des soins. Comme l'ont montré de nombreuses études (Newhouse, 1993), le changement de prix des soins induirait une modification du comportement de consommation des assurés ce qui peut venir modifier *in fine* le montant de l'économie escompté par l'assurance maladie. Afin d'appréhender l'impact des différentes mesures étudiées sur la décision de consommation des assurés, les changements de comportements des assurés sont intégrés à la maquette ISIS.

Ces simulations reposent sur différentes hypothèses. Tout d'abord, il est nécessaire de calibrer la réaction des agents confrontés à une modification du prix des soins. Le spectre d'estimation de l'élasticité-prix de la demande de soins reste large autour d'une valeur centrale de -0,2 (Newhouse, 1993) c'est-à-dire que pour une augmentation de 10 % du prix des soins on constate une diminution de la demande de soins de 2 %. Afin de prendre en compte les divergences d'estimation et une possible adaptation partielle des comportements juste après la réforme, deux hypothèses d'élasticité de -0,1 et -0,2 sont retenues. Ensuite, il convient de déterminer l'augmentation du prix des soins. Dans la lignée des travaux d'Eichner (1998) qui utilisent le prix constaté de fin d'année pour l'étude de l'élasticité-prix de la demande de soins aux Pays-Bas, nous considérons que le prix des soins est égal au reste à charge opposable annuel après assurance maladie obligatoire. L'augmentation du prix des soins est donc égale à la variation du niveau de ce reste à charge. Une dernière hypothèse sur les modalités de couverture par l'assurance maladie complémentaire est nécessaire. En s'alignant sur les modalités actuelles de prise en charge des soins, le ticket modérateur est considéré comme couvert et mutualisé par les assurances complémentaires alors que la franchise est, au même titre que la participation forfaitaire ou les franchises médicales, à la charge exclusive du patient. Ainsi, pour les assurés qui bénéficient d'une assurance complémentaire, l'augmentation du ticket modérateur n'aura pas d'effet direct sur leur comportement de consommation de soins au contraire d'une franchise non réassurable. En effet, leur reste à charge final hors prime d'assurance ne sera pas modifié par une hausse du ticket modérateur. Pour les scénarios avec franchise et plafond, les changements de prix sont plus complexes à appréhender. Nous considérons donc que, pour les assurés qui bénéficient d'une assurance complémentaire, seule la mise en place de la franchise augmente le prix des soins et influence donc leur comportement. Le plafond de reste à charge se substitue à la prise en charge des organismes complémentaires. Pour les assurés sans couverture complémentaire, l'évolution de leur reste à charge opposable correspondra à l'augmentation du coût des soins.

Cependant pour les assurés bénéficiant d'une assurance complémentaire, la hausse des primes relative à un transfert mutualisé de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire pourrait entraîner une modification du comportement d'assurance. Cet effet n'est pas pris en compte dans ISIS. Seuls sont décrits les changements de consommation de soins des assurés liés directement à la modification du coût des soins (cf. Tableau 4). Les différents effets de comportement sont résumés dans le tableau 4.

La hausse des prix apparents induite par les réformes simulées du système de participation financière des assurés induit une baisse de la demande de consommation de soins. Les différentes réformes, dont les paramètres ont été calibrés sur une réduction des dépenses avant effets comportementaux de 1 milliard d'euro pour l'assurance maladie, engendrent finalement des baisses plus fortes, une fois pris en compte les changements de comportements de consommation des assurés. Les résultats des simulations intégrant les changements de comportements des assurés

sont résumés dans le tableau 5. Une hausse uniforme de ticket modérateur aurait peu d'impact sur le comportement des assurés. Ceci explique les faibles économies supplémentaires pour l'assurance maladie publique (cf. tableau 5). Seuls 7 % de la population ne bénéficient pas d'une assurance complémentaire et changeraient donc de comportement en cas de hausse du ticket modérateur. De plus, leur dépense est plus faible que celle des assurés avec une couverture complémentaire (Geoffard, 2011). La franchise a un effet plus important sur le comportement de consommation de soins (cf. tableau 5) car, selon les hypothèses retenues, elle ne serait pas couverte et mutualisée par les assureurs complémentaires. Lorsque les changements de comportement sont pris en compte, la différence de rendement entre le scénario 2 FRENS et le scénario 3 FREXO s'explique par la suppression des exonérations dans le cas du scénario 2 FRENS. Très faible dans le cas des exonérations, le prix apparent bondit avec la mise en place d'une franchise ce qui a pour effet de réduire l'ensemble de la demande de soins (par nature élevée) des personnes souffrant d'une ALD. Le fort rendement des mesures comprenant la mise en place d'un plafond de reste à charge est principalement liée au niveau élevé de la franchise (40 €).

Tableau 4 : modification du comportement de consommation et d'assurance des assurés sociaux

	Comportement de consommation Pris en compte dans la maquette	Comportement d'assurance Non pris en compte dans la maquette
Assuré social affilié à un organisme complémentaire	TM réassurable : Pas de modification du comportement de consommation Franchise Diminution de la demande de soins	Augmentation des primes : Diminution de la demande d'assurance complémentaire Diminution de la couverture publique : Augmentation de la demande d'assurance complémentaire
Assuré social uniquement couvert par l'AMO	Augmentation du TM : Diminution de la demande de soins Franchise Diminution de la demande de soins	Augmentation des primes : Désincitation plus importante à s'affilier auprès d'un organisme complémentaire Diminution de la couverture publique : Augmentation de la demande d'assurance complémentaire

Tableau 5 : baisse des dépenses d'assurance maladie en fonction des hypothèses de changements de comportements (en Mds€)

	Gain en fonction des changements de comportements		
	Elasticité nulle	Elasticité de -0,1	Elasticité de -0,2
TM	1	1,03	1,06
FRENS	1	1,5	1,9
FREXO	1	1,2	1,35
PLFIX	1	1,7	2,2
PLREV	1	1,6	2,1
PLALD	1	1,6	2,1

Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : Dans le cas du scénario 1 TM, la hausse du ticket modérateur s'accompagne d'une baisse de 1 milliard d'euros des dépenses d'assurance maladie sans changement de comportement, elle s'élève à 1,03 milliard d'euros en prenant en compte les changements de comportement avec une élasticité-prix de la demande de soins de -0,1 et 1,06 milliard d'euros avec une élasticité-prix de -0,2.

Ces résultats appellent principalement deux réserves. Tout d'abord, comme des élasticités distinctes pour tous les assurés de la base ne sont pas disponibles, une élasticité unique est assignée à l'ensemble des assurés. Pour autant, différentes études empiriques ont montré la diversité des élasticités entre les types de soins et les catégories d'assurés. On constate par exemple dans les simulations de forts changements de comportement de consommation des assurés ALD qui avaient avant la réforme des restes à charge très faibles. L'estimation différenciée de l'élasticité-prix des assurés en ALD aurait permis de constater si les assurés souffrant de maladies chroniques ont une demande de soins élastique alors que leur traitement est souvent vital. Une telle estimation aurait également permis de mettre en avant d'éventuels effets de seuil pour l'élasticité-prix de la demande de soins en fonction du niveau de consommation de soins voire du niveau de revenu. Ensuite, la relation non linéaire des résultats entre une élasticité de -0,1 et -0,2 s'explique principalement par le moindre rendement de la franchise du fait de la diminution de la consommation de soins. En effet plus l'élasticité est forte plus le nombre d'assurés qui consomment moins que la franchise croît.

3.2 Résultats microéconomiques au regard de critères socio-économiques

Cette partie analyse les principales conséquences des différents scénarios sur la prise en charge des assurés. Seules les différences significatives entre scénarios sans modifications de comportement ont été étudiées dans ce document.

3.2.1 Les caractéristiques de l'effort des assurés

On définit pour chaque assuré l'effort comme étant la variation du reste à charge par rapport à la situation actuelle.

3.2.1.1 Une forte disparité des efforts individuels pour chaque scénario sauf dans le cas de la mise en place d'une franchise

L'effort moyen²² sur l'ensemble de la population concernée par la modification du système de remboursement s'élève à 18€.

Une analyse comparée des déciles d'effort (cf. graphique 8) permet de constater que les scénarios avec une franchise demandent un effort réparti uniformément sur l'ensemble de la population (environ 19 €) alors que l'effort dans le scénario de hausse du ticket modérateur est plus concentré sur certains assurés. Ainsi, 50 % des assurés ont une variation du reste à charge inférieure à 9 € alors que 10 % de la population ont un effort supérieur à 41 €. Le rapport interdécile (D9/D1) est très élevé (40) pour le scénario ticket modérateur alors que, dans le cas des scénarios comportant une franchise, ce rapport est unitaire. L'unité de ce ratio signifie que la quasi-totalité des assurés fournissent un effort équivalent en niveau.

Les scénarios dans lesquels seule une franchise est mise en place peuvent donc être assimilés à l'instauration d'un prélèvement forfaitaire sur l'ensemble des consommateurs. En effet, la quasi-totalité des consommateurs bénéficient aujourd'hui d'un remboursement par l'assurance maladie qui dépasse le montant retenu de la franchise. Au contraire, les autres scénarios sont à l'origine de pertes ou de gains qui dépendent des caractéristiques du patient et notamment de sa consommation de soins et de son revenu.

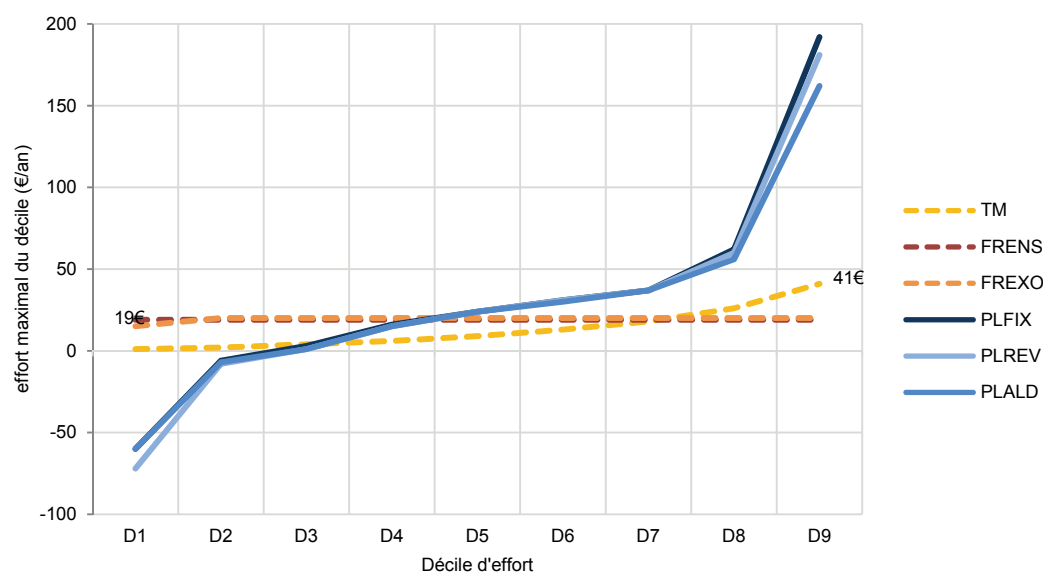
Les scénarios avec un plafond de reste à charge sont caractérisés par un spectre des efforts encore plus large et présentent la particularité d'entraîner des gagnants à la réforme. Dans ces scénarios, environ 22 % de la population²³ bénéficient de la réforme, *i.e.* leur reste à charge après la réforme est plus faible que celui observé dans la situation actuelle. Dans le cas du scénario avec plafond de reste à charge fixe (PLFIX), 10 % des assurés gagnent ainsi plus de 60 € par an (cf. graphique 8). Entre 25 % des assurés pris en charge pour ALD pour le scénario PLALD et 19 % pour le scénario PLFIX profiteront de la mise en place de ces nouveaux systèmes de remboursement. Lorsque celui-ci est défini en fonction du revenu (scénario 5 PLREV, scénario 6 PLALD), 35 % des individus appartenant à un ménage du premier quartile de revenu et 25 % de ceux du deuxième quartile gagnent. 35 % (scénario 6 PLALD), 32 % (scénario 5 PLREV) et 27 % (scénario 4 PLFIX) des personnes se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé profitent également de cette réforme du système de remboursement.

L'analyse de l'effort par sous-population et notamment selon le statut en ALD permet de juger de l'effort demandé en fonction des caractéristiques individuelles des consommateurs.

²² Variation moyenne du reste à charge opposable entre le système actuel de remboursement et le nouveau système.

²³ 22,5 % dans le cas du scénario PLFIX, 23,3 % dans le cas du scénario PLREV et 23,2 % dans le cas du scénario PLALD.

Graphique 8 : distribution de l'effort dans les six scénarios



Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : dans le cas du scénario TM, 10 % de la population (premier décile d'effort, D1) fournit un effort supérieur à 41 € suite à la modification du système de remboursement.

3.2.1.2 L'instauration d'une franchise n'engendre pas de discrimination en fonction du statut ALD au contraire des autres scénarios

L'exonération du ticket modérateur pour cause d'affection de longue durée est un indicateur qui permet de rendre compte à la fois de l'état de santé du patient mais également de son besoin de soins. On compare les différents profils d'effort pour la population qui bénéficie de l'exonération au titre d'une ALD selon les différents scénarios.

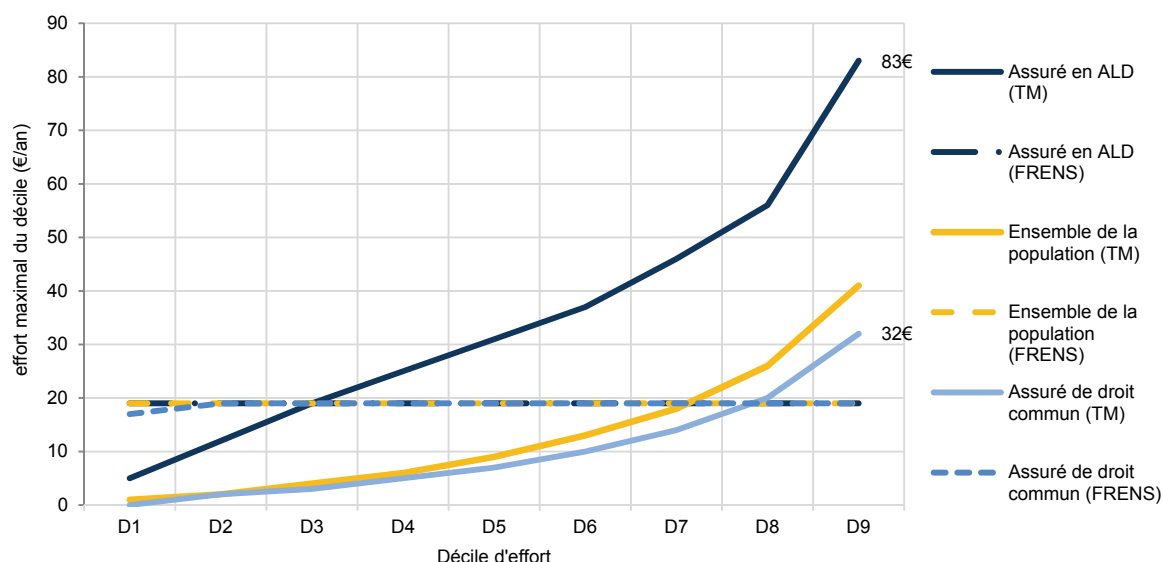
La mise en place d'une franchise n'introduit pas de discrimination dans l'effort en fonction du statut en ALD au contraire du scénario ticket modérateur (cf. graphique 9). Dans le cas des scénarios de franchise (Scénario 2 FRENS, Scénario 3 FREXO), la variation du reste à charge moyenne est identique pour les ALD et les non ALD s'élevant à 18 €. Dans le scénario 1 TM, la différence d'effort entre ces populations apparaît en revanche significative, l'effort moyen pour les ALD représente plus de trois fois celui des assurés de droit commun (45 € contre 14 €). Les pertes individuelles consécutives à une hausse du ticket modérateur peuvent également s'avérer importantes pour les ALD puisque 10 % d'entre eux voient leur reste à charge augmenter d'au moins 83 € contre seulement 32 € pour les 10 % des assurés non ALD perdant le plus à une telle réforme (cf. graphique 9). En effet, même si les assurés en ALD conservent leur exonération dans le scénario TM, les dépenses et le reste à charge issu des maladies intercurrentes²⁴, dont le traitement n'est pas exonéré, peuvent représenter une somme importante.

Dans le cas des scénarios avec plafond de reste à charge comme dans le scénario de hausse du ticket modérateur, l'effort demandé aux assurés en ALD est significativement supérieur à celui des autres assurés (cf. graphique 10). La suppression des exonérations explique ce supplément d'effort pour les assurés souffrant d'une ALD. La modulation du plafond en fonction du statut en ALD dans le scénario 6 PLALD permet de diminuer l'effort qui porte sur les ALD par rapport aux autres scénarios dans lesquels le plafond est identique pour l'ensemble de la population (cf. graphique 10). Parallèlement dans ce scénario, parmi

²⁴ Maladies qui se déclenchent au cours d'une autre.

les gagnants, le gain des ALD est plus important. En moyenne, les ALD voient leur reste à charge diminuer de 660 € dans le cas du scénario PLFIX contre 130 € pour les assurés non ALD.

Graphique 9 : distribution de l'effort selon le statut en ALD (TM, FRENS)

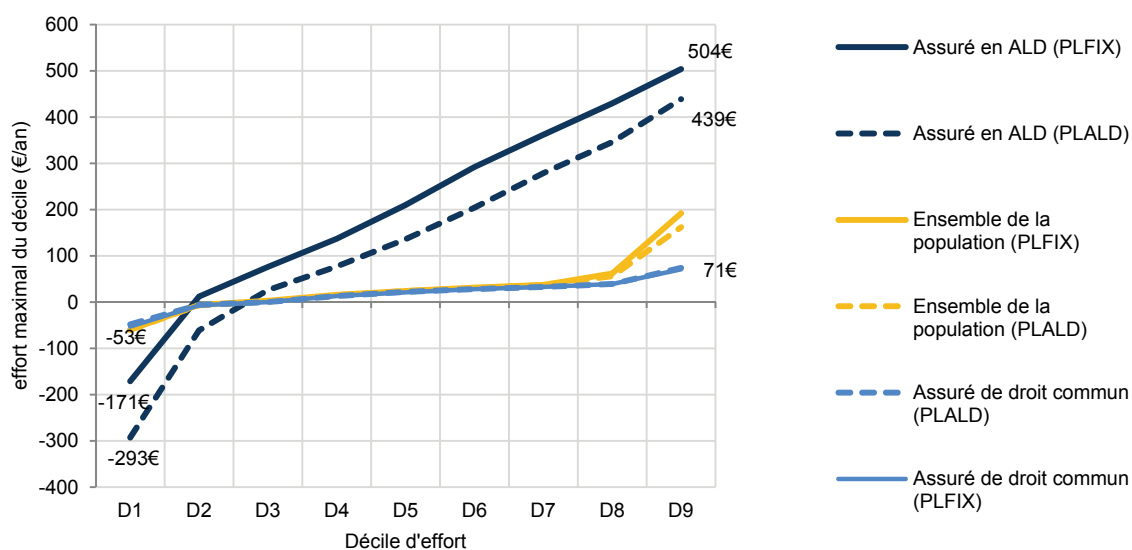


Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : dans le cas du scénario TM, 10 % de la population non ALD fournissent un effort supérieur à 32 € suite à la modification du système de remboursement.

Ces différentes analyses de l'effort des assurés mettent en avant l'hétérogénéité des conséquences des différentes réformes envisagées selon les caractéristiques de l'individu. Une analyse selon la part de l'effort supportée par sous population permet de rendre compte des effets redistributifs entre assurés comme des populations perdantes ou gagnantes à la réforme.

Graphique 10 : distribution de l'effort selon le statut en ALD (PLFIX, PLALD)



Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : dans le cas du scénario PLALD, 10 % de la population en ALD fournissent un effort supérieur à 439 € suite à la modification du système de remboursement.

3.2.2 Répartition de l'effort

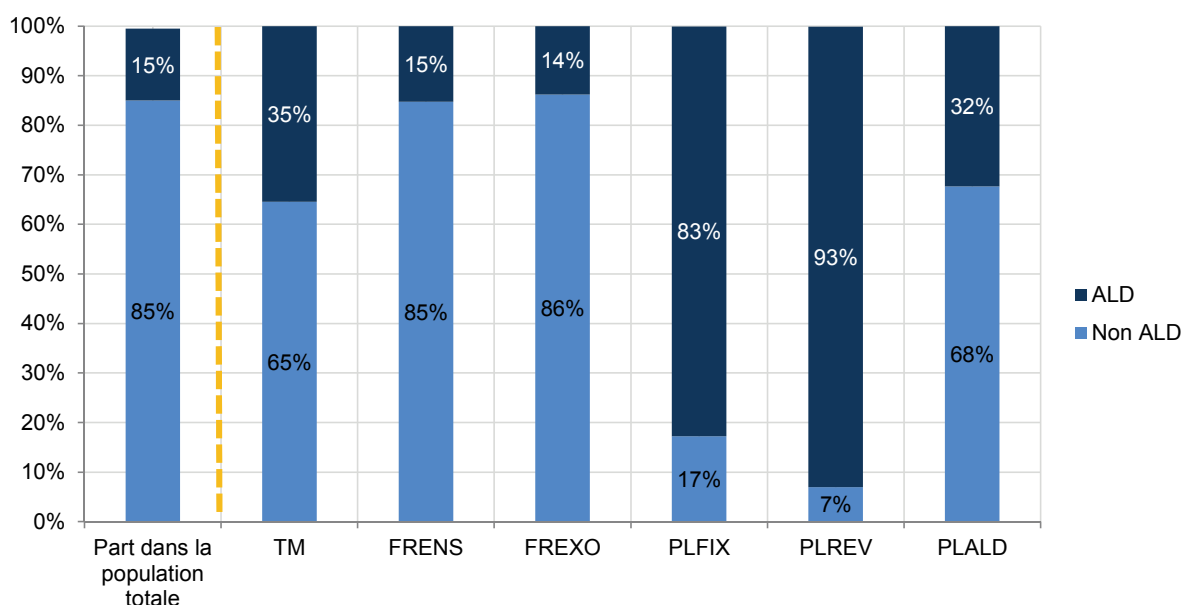
La concentration de l'effort est un indicateur qui compare la part d'une sous population dans la population totale et la part que cette sous population représente dans l'effort total demandé, soit un milliard d'euros. Cette comparaison sera effectuée au regard de trois indicateurs : le statut en ALD, le revenu et enfin l'âge.

3.2.2.1 La suppression des dispositifs d'exonération pénaliserait fortement les assurés bénéficiant du régime des ALD

Les assurés bénéficiant du régime des ALD représentent 15 % de la population. Dans le cas de l'augmentation du ticket modérateur, 35 % de l'effort total est supporté par les assurés en ALD contre 65 % pour les assurés de droit commun (cf. graphique 11). Au contraire dans le cas des scénarios de franchise, la part de l'effort et la part dans la population totale est la même. Ainsi, 15 % de l'effort est supporté par les assurés en ALD et 85 % par les assurés de droit commun (cf. graphique 11).

Dans les scénarios de suppression intégrale des exonérations (scénario 4 PLFIX, 5 PLREV, 6 PLALD), l'effort repose principalement sur les populations en ALD. Ainsi dans le cas des scénarios 4 PLFIX et 5 PLREV, les ALD supportent respectivement 83 % et 93 % de l'effort total. Le financement plus important dans le cas du scénario 5 PLREV par les ALD s'explique notamment par un effort conséquent des assurés en ALD ayant des revenus élevés. Ces derniers ne sont en effet plus remboursés à 100 % avant le plafond et n'atteignent que tardivement ce plafond même avec des dépenses importantes. Parallèlement, la modulation du plafond en fonction de la présence d'une maladie chronique permet de limiter considérablement cet effet. Ainsi, l'effort total supporté par les ALD est ramené à 32 % dans le cas du scénario 6 PLALD (cf. graphique 11).

Graphique 11 : répartition de l'effort selon le statut ALD



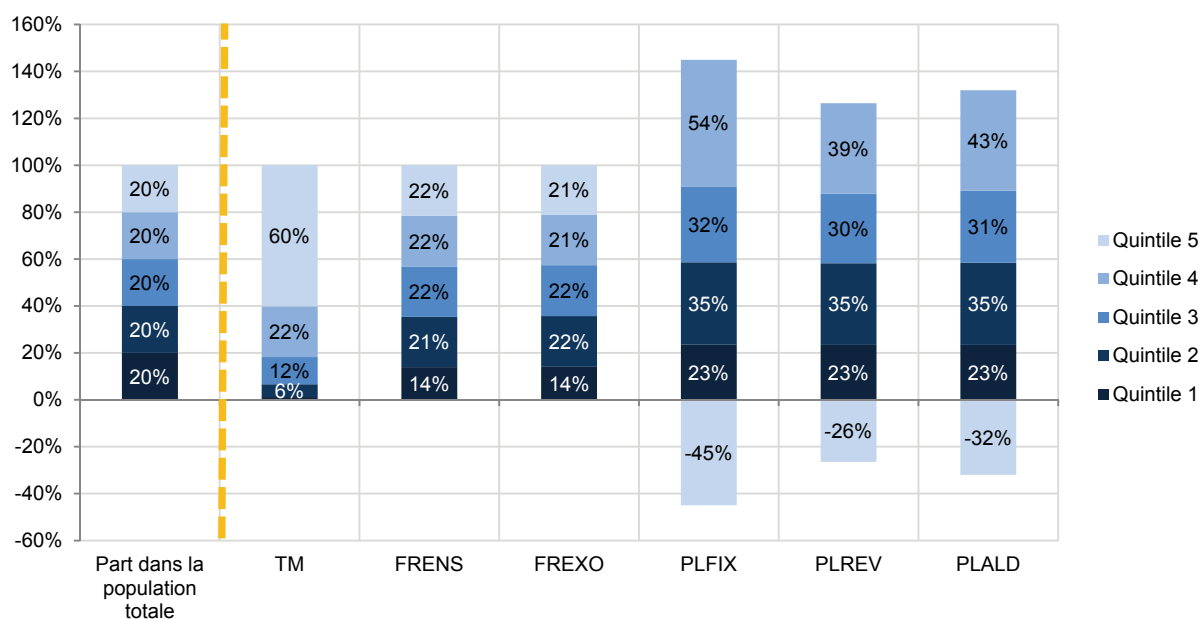
Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : dans le cas du scénario PLALD, 32 % de l'effort total est supporté par les populations en ALD.

Pour autant, ce constat peut être relativisé par l'analyse de la concentration de l'effort en fonction de l'importance de la consommation. Les assurés sont classés par quintile de dépense de soins de ville (cf. graphique 12). Les scénarios comprenant un plafond de reste à charge introduisent une redistribution des assurés qui font partie des quatre premiers quintiles de dépenses vers les assurés qui appartiennent au cinquième quintile de dépense.

Ainsi, la mise en place d'un plafond de reste à charge permet effectivement une meilleure couverture des assurés qui font face à des dépenses importantes.

Graphique 12 : répartition de l'effort selon le quintile de dépense de soins de ville



Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : Dans le scénario TM, les assurés qui font partie des 20 % des plus gros consommateurs (Quintile 5) supportent 60 % de l'effort total.

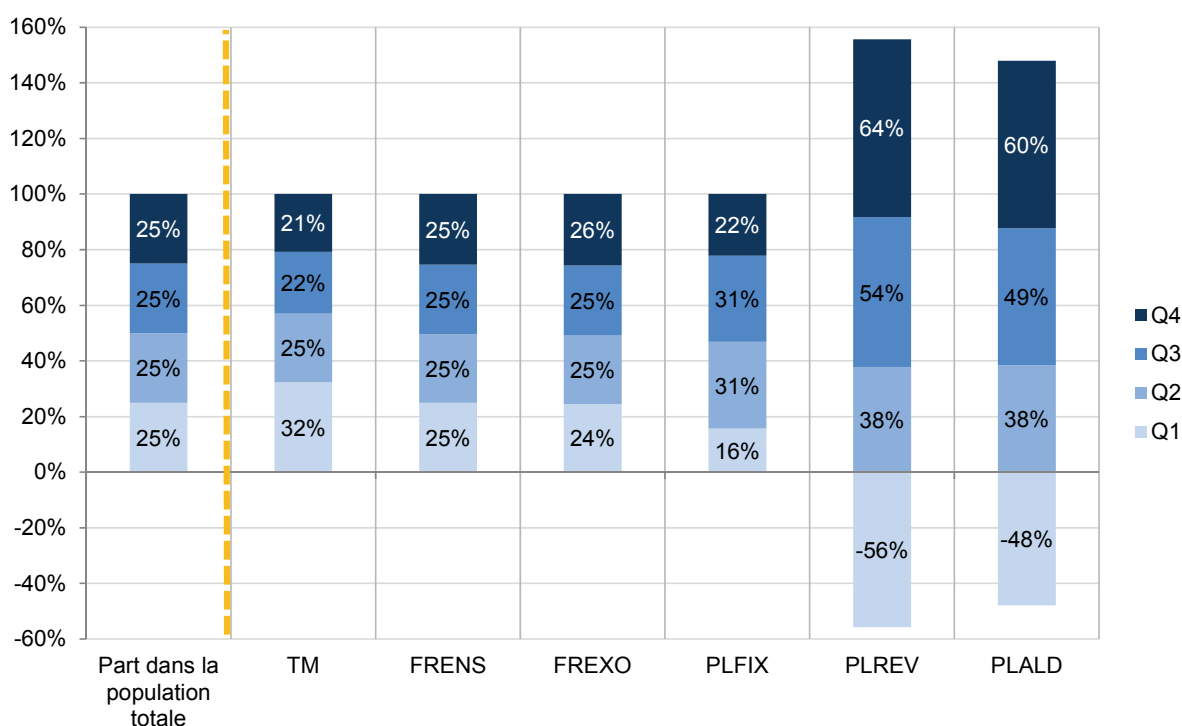
3.2.2.2 L'introduction d'un critère de revenu instaurerait une redistribution vers les assurés aux revenus les plus modestes

Les individus sont classés selon l'appartenance du ménage aux différents quartiles de revenu.

Une analyse comparée de la part de l'effort pour chaque groupe permet de constater que le scénario ticket modérateur demande un effort plus important pour les assurés du premier quartile de revenu. En effet, 32 % de l'effort total est supporté par le premier quartile de revenu contre 21 % pour le quatrième quartile (cf. graphique 13). Les assurés en ALD et en état de santé moyen ou mauvais sont en effet surreprésentés dans le premier quartile de revenu. 42 % des assurés en ALD et 56 % des personnes se déclarant en mauvais état de santé appartiennent à ce quartile.

Les scénarios introduisant une prise en compte du revenu dans le calcul du plafond (scénario 5 PLREV et scénario 6 PLALD) permettent d'instaurer une redistribution de la couverture assurantielle vers les assurés aux revenus les plus modestes. Ainsi, le premier quartile de revenu est globalement gagnant suite à ces modifications du système de remboursement (cf. graphique 13). À l'inverse, les assurés du dernier quartile sont largement mis à contribution puisqu'ils fournissent, respectivement, 64 % et 60 % de l'effort total (cf. graphique 13).

Graphique 13 : répartition de l'effort selon le quartile de revenu



Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

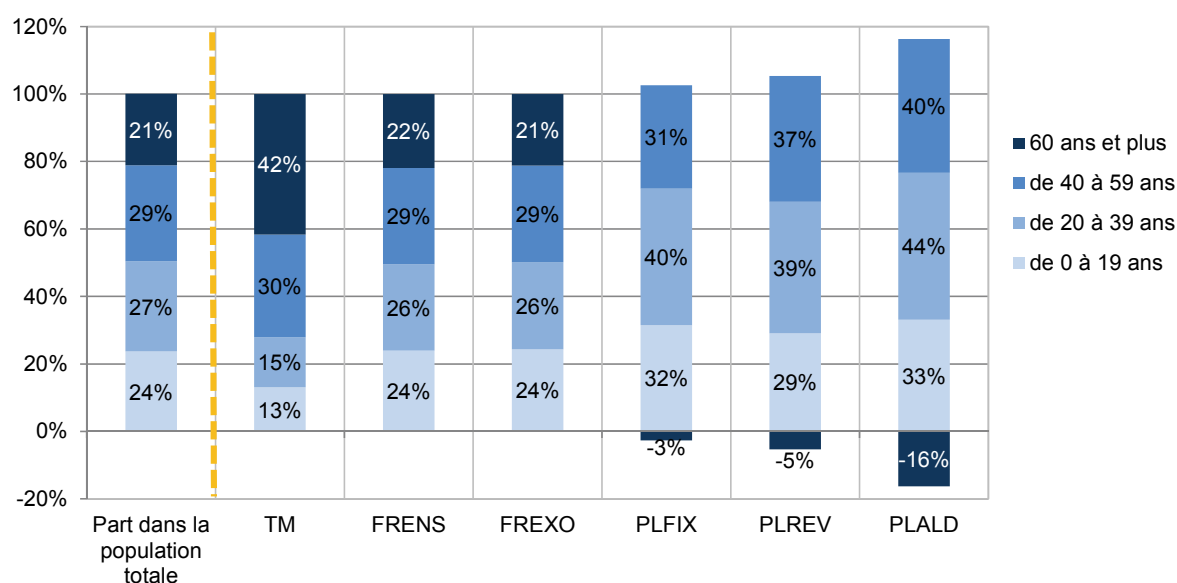
3.2.2.3 L'introduction de plafonds de reste à charge induit une redistribution vers les assurés les plus âgés

Dans le cas du scénario TM, les assurés de plus de 60 ans fournissent 42 % de l'effort total alors qu'ils ne représentent que 21 % de la population (cf. graphique 14). Les dépenses de soins sont en effet fortement croissantes avec l'âge du fait d'un état de santé qui se dégrade progressivement. La dépense moyenne annuelle d'un assuré dont l'âge est compris entre 20 ans et 39 ans s'élève ainsi à 620 € contre 2 400 € en moyenne pour les assurés de plus de 60 ans²⁵.

Dans les scénarios avec un plafond de reste à charge, l'analyse de l'effort par âge montre également une redistribution des assurés de moins de 60 ans vers les assurés de plus de 60 ans (cf. graphique 14). Le plafond de reste à charge permet ainsi aux assurés les plus âgés d'être mieux couverts pour leur dépense de santé.

²⁵ Source : Maquette ISIS.

Graphique 14 : répartition de l'effort selon l'âge



Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Ces analyses permettent de juger de la répartition de l'effort selon chaque caractéristique retenue de la population. Elles ne permettent pas, en revanche, de décrire l'effort dans son ensemble ou « toutes choses égales par ailleurs ». Une analyse économétrique plus fine sur l'effort le permet en contrôlant l'effet de différentes variables et en isolant l'effet propre de chaque déterminant de l'effort.

3.2.3 Les déterminants de l'effort : une analyse « toutes choses égales par ailleurs »

Pour quatre des six scénarios, une régression par les moindres carrés ordinaires est menée sur le montant de l'effort en s'inspirant des travaux de l'IRDES lors de l'évaluation du bouclier sanitaire (Debrand, Sorasith, 2010). En variables explicatives, outre des variables relatives à l'état de santé, au revenu, et l'âge sont ajoutées des variables telles que le statut professionnel ou le niveau d'étude (cf. tableau 6). Cette analyse n'est pas menée sur les scénarios 2 FRENS et 3 FREXO de mise en place d'une franchise car la variabilité de l'effort est alors très faible, la quasi-totalité des consommateurs s'acquittant de la franchise. Une telle analyse pourrait devenir opportune en revanche dans un scénario alternatif de mise en place d'une franchise plus élevée et donc non saturée par une part plus importante de la population.

Tableau 6 : régression sur l'effort selon les six scénarios

	TM	PLFIX	PLREV	PLALD
État de santé (ref : Moyen)				
Très bon	-6,66 ***	23,675 ***	19,888 ***	14,251 **
Bon	-5,81 ***	20,637 ***	18,240 ***	16,085 ***
Mauvais	9,48 ***	64,452 ***	58,731 ***	57,375 ***
Très mauvais	15,68 ***	101,498 ***	82,311 ***	84,630 ***
Au moins un motif d'exonération	15,90 ***	146,984 ***	165,675 ***	79,526 ***
Revenu (ref : Q4)				
Q1	-0,86	-7,313	-97,403 ***	-78,839 ***
Q2	-0,44	3,394	-23,758 ***	-17,703 ***
Q3	0,06	2,088	-10,545	-9,391
Homme	-2,90 ***	24,539 ***	27,356 ***	23,637 ***
Âge				
Âge	0,00	4,906 ***	3,931 ***	4,432 ***
Âge ²	0,00 ***	-0,084 ***	-0,073 ***	-0,076 ***
Couverture complémentaire	4,07 ***	-22,670 *	-29,087 ***	-26,626 ***
Statut (ref : Actifs)				
Étudiants	2,07 *	24,751 **	21,971 *	23,371 ***
Retraités	0,16	9,719	10,010	7,005
Chômeurs	-0,07	58,979 ***	59,808 ***	64,465
Inactifs	0,77	2,297	0,081	2,427
Nsp	-12,57 ***	-37,873 **	-52,619	-12,500
Niveau d'étude (ref: troisième cycle)				
Deuxième cycle	0,33	7,162	7,563	7,144
Premier cycle	1,63 **	6,565	7,374	9,627
Primaire	2,31 **	8,883	-1,134	3,368
Sans diplôme	7,14 ***	26,355	3,239	13,600
Nombre de personne dans le ménage	-0,43 **	-4,739	-13,704 ***	-11,979 ***
Constante	8,57 ***	-38,49 **	44,55 **	30,08 *

*** significatif à 1% , ** significatif à 5%, *significatif à 10%

Source : Maquette ISIS, DG Trésor.

Note de lecture : Les résultats sont issus d'une estimation par les moindres carrés ordinaires. Pour le scénario PLFIX, avoir un an de plus nécessite en moyenne un effort supplémentaire de 4,906 €. Pour le même scénario, les hommes fournissent en moyenne un effort supplémentaire de 24,539 € par rapport aux femmes.

Le résultat des régressions confirme que le scénario ticket modérateur demande un effort d'autant plus important que l'état de santé est dégradé. Les personnes se déclarant en très bon ou en bon état de santé ont un effort moins important que les assurés se déclarant en état de santé moyen. À l'inverse, les personnes se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé ont un effort plus important que ceux en état de santé moyen.

Parallèlement, les scénarios introduisant le revenu dans le calcul de la participation financière du patient (scénario 5 PLREV, scénario 6 PLALD) sollicitent un effort d'autant moins important que le revenu est faible. Dans ces deux scénarios, les individus dont le revenu est inférieur à la médiane fournissent un effort plus faible que les assurés les plus aisés. La différence d'effort demandé au troisième quartile par rapport au quatrième quartile n'est par ailleurs pas significative.

Enfin, le scénario 1 TM demande un effort plus important aux très jeunes et aux très âgés. Les trois derniers scénarios sollicitent plus les assurés au milieu de la pyramide des âges. En effet, pour le scénario TM l'effort varie en fonction de l'âge selon une courbe en U. Pour les scénarios avec plafond de reste à charge, la courbe d'effort décrit un U inversé.

Ces différentes analyses montrent la diversité de l'effort en fonction des caractéristiques socio-économiques. La régression par les moindres carrés ordinaires sur l'effort a permis de plus de contrôler l'effet de différentes variables et d'isoler l'effet propre de chaque déterminant de l'effort. Si l'ensemble de ces analyses repose sur l'analyse de la variation du reste à charge avant intervention des assurances maladies complémentaires, du fait notamment des limites de la maquette ISIS, il semble utile d'appréhender même globalement l'impact de ces mesures sur le secteur de l'assurance complémentaire.

3.2.4 Impact sur les organismes complémentaires santé

Les résultats précédents décrivaient l'évolution de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire. Pour autant, l'évolution de la couverture de l'assurance maladie obligatoire pourrait induire des changements sur le marché de l'assurance complémentaire. Après l'évaluation de l'effet mécanique sur les primes d'assurances d'un transfert de prise en charge d'un milliard d'euros, on présente les implications de la mise en place d'un plafond de reste à charge sur la place des assurances complémentaires dans le système d'assurance maladie.

3.2.4.1 Un impact faible à la hausse sur les primes d'assurance

Les hypothèses retenues en termes de modalités de prise en charge des soins reprenant les pratiques actuelles, le ticket modérateur est considéré comme intégralement couvert par l'assurance complémentaire²⁶. La hausse du ticket modérateur implique alors un transfert de financement vers les financeurs privés dont les organismes complémentaires. Ce transfert n'est pas total. 6% de la population ne bénéficient pas d'une assurance complémentaire (Perronnin, Pierre, Rochereau, 2011). À partir de la maquette ISIS (cf. encadré 4), on détermine le montant qui est transféré vers les assureurs complémentaires. Sur le milliard d'euros d'économie réalisé par l'assurance maladie, ce sont 940 millions d'euros qui seraient ainsi transférés aux organismes complémentaires. Le comportement de consommation de soins entre assurés avec et sans assurance complémentaire apparaît donc identique dans la maquette ISIS²⁷. Ainsi, la hausse moyenne de prise en charge du ticket modérateur par les assurances complémentaires devrait s'élever à 18 €, montant moyen du désengagement de l'assurance maladie.

Parallèlement, le ratio de remboursement versé sur primes perçues²⁸ s'élève en 2010 à 75 %. Il est donc possible d'anticiper une augmentation moyenne de 24 € par an des primes d'assurance (18 €/75 %) en faisant l'hypothèse d'un taux de marge marginal constant et égal au taux moyen.

Si les franchises n'étaient pas couvertes par les assureurs complémentaires, leur mise en place ne devrait pas avoir d'impact sur les primes. Si elles étaient couvertes, leur impact sur les primes serait comparable à celui d'une hausse du ticket modérateur.

²⁶ Seuls 1 % des contrats souscrits auprès des assureurs complémentaires ne prennent pas en charge l'intégralité du ticket modérateur en 2006 (Arnould, Vidal, 2008).

²⁷ Le contenu de l'échantillon ne permet pas de retrouver le résultat communément admis d'une moindre consommation de soins des assurés sociaux ne bénéficiant pas d'assurance complémentaire comparativement à ceux qui en bénéficient.

²⁸ Source : Fonds CMU.

Encadré 4 : simulation des remboursements de l'assurance complémentaire

L'appariement ESPS-EPAS ne donne aucune information sur les montants remboursés par les organismes complémentaires (OC). Pour les simuler, on utilise l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé (Enquête sur les contrats modaux). À chaque individu de l'enquête ESPS on attribue à l'aide d'un tirage aléatoire (proportionnel au nombre d'assuré pour chaque contrat) un contrat de l'enquête DREES, selon que son contrat complémentaire est collectif ou individuel, obtenu ou non par son entreprise, et fourni par une mutuelle, une société d'assurance ou un institut de prévoyance (variables présentes dans ESPS). Les remboursements de l'OC sont ensuite calculés en fonction des dépenses de santé de l'individu et des caractéristiques du contrat qui lui ont été attribuées. Le mode de calcul diffère selon le type de dépenses.

Pour les dépenses de généralistes, de spécialistes, d'auxiliaires médicaux, de transport et d'actes de biologie, les remboursements des OC sont calculés à partir du taux de remboursement d'une consultation chez le spécialiste, fourni par l'enquête de la DREES sur les contrats modaux. Le remboursement des assurances complémentaires est plus précisément donné par :

$$OC = \min [\tau \times (AMO + TM) - AMO, TM + DPA]$$

avec :

τ = taux de remboursement de la complémentaire d'une consultation chez le spécialiste issu de l'enquête DREES,

AMO = remboursement de l'assurance maladie obligatoire,

TM = montant de tickets modérateurs payés par l'assuré,

DPA = montant de dépassements payé par l'assuré.

Des traitements spécifiques ont été nécessaires pour calculer les **remboursements dentaires**. Il s'agit de partager la dépense dentaire entre « soins conservateurs » et « prothèses ». Pour la partie « soins conservateurs », le remboursement de l'OC se calcule à partir du taux de remboursement d'une consultation chez un spécialiste. Par convention, la totalité des dépassements s'applique à la partie « prothèses » pour laquelle les remboursements de l'OC sont calculés à partir du montant fourni dans l'enquête DREES. Pour la partie prothèse, la formule de calcul des remboursements des OC est donc la suivante :

$$OC = \min [nM, TM + DPA]$$

Où n est le nombre de prothèse, qui, par convention, est supposé inférieur à 3, et M est le montant maximal remboursé par prothèse par l'organisme complémentaire.

La simulation des **remboursements d'optique** utilise également les données de l'enquête DREES sur les contrats qui distingue les remboursements de lunettes entre optique « simple » et optique « complexe ». On considère comme optique complexe les dépenses d'un individu dès lors que la somme du remboursement de l'AMO perçu par celui-ci et du ticket modérateur est supérieure au tarif sécurité sociale des lunettes complexes. Le montant remboursé par l'OC est alors donnée par :

$$OC = \min \left[\left(\frac{AMO + TM}{T_{ss}} \right) M, TM + DPA \right]$$

avec Tss est le tarif sécurité sociale d'une paire de lunettes en optique complexe (resp. simple) et M est le montant remboursé par l'organisme complémentaire pour une paire de lunette « complexe » (resp. « simple »).

Enfin, pour les autres postes de dépenses, on considère que le remboursement des OC est égal au ticket modérateur.

Pour les scénarios introduisant un plafond de reste à charge, des changements dans la régulation du mode de fixation des primes pourraient intervenir. Actuellement dans le cadre des contrats « solidaires et responsables », les différents organismes complémentaires ne subordonnent pas l'accès aux contrats à un questionnaire de santé. Les organismes complémentaires fixent les prix des contrats seulement selon des critères d'âge, de sexe et de lieu de résidence. Ces contrats solidaires sont encouragés par les pouvoirs publics, qui prévoient des dispositifs fiscaux avantageux pour les organismes ayant adopté cette formule. Pour autant, des modifications des paramètres pris en compte pour la fixation du prix du contrat pourraient intervenir suite à la mise en place d'un plafond de reste à charge. Par exemple, si le plafond était calculé en fonction du revenu, il serait envisageable d'introduire le revenu dans le calcul de la prime d'assurance complémentaire. En effet, dans ce cas, la

couverture complémentaire serait d'autant plus faible que le revenu est faible. La prise en charge intégrale par l'assurance maladie publique se déclencherait pour des niveaux de dépenses faibles pour les assurés aux revenus modestes.

3.2.4.2 Un risque de désaffiliation mais qui semble limité dans le cas de la mise en place d'un plafond de reste à charge

La mise en place d'un plafond de reste à charge pourrait inciter les assurés à abandonner leur couverture complémentaire. Les assurés sociaux en bonne santé pourraient notamment décider de ne plus se couvrir auprès d'un assureur complémentaire pour deux raisons. Tout d'abord, ils savent que leur état de santé est satisfaisant et ne se sentent donc pas exposés à des dépenses de soins importantes. La couverture publique est alors suffisante dans ce cas. Parallèlement, l'existence d'un plafond leur permet de connaître leur risque maximum. L'utilité d'une assurance complémentaire pour se prémunir contre la survenance d'un risque catastrophique n'est alors plus nécessaire. Le risque de sélection des mauvais risques pourrait, à terme, remettre en question la viabilité du secteur de l'assurance complémentaire.

Pour autant, selon Briet et Fragonard (2007), deux raisons essentielles devraient limiter la portée du risque de désaffiliation. Tout d'abord, la décision de s'affilier à une assurance complémentaire dépend certes de la prise en charge du ticket modérateur mais aussi et surtout de la prise en charge des prestations d'optique et prothèses dentaires au-delà de la base de remboursement ou encore la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ensuite, les prestations d'assurance supplémentaire, c'est-à-dire sur les dépenses en dehors du panier de soins remboursables, peuvent également constituer un motif d'affiliation.

Bibliographie :

Arnould M-L. & Vidal G. (2008), « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats* n°663.

Baillot A. (2010) : « Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie », *Comptes nationaux de la santé*, DREES.

Briet R. (2010), « Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie », *La documentation Française*, Présidence de la République.

Briet R. & Fragonard B. (2007), « Mission Bouclier sanitaire », *La documentation Française*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

Debrand T. & Sorasith C. (2010), « Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle ARAMMIS », IRDES, *Document de travail* n°32.

Geoffard P.Y. & Lagasnerie (de) G. (2011), « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville : une analyse par microsimulation », *Économie et Statistique*, à paraître.

HCAAM (2011), « L'assurance maladie face à la crise. Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins. », http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_hcaam_version_definitive_2011-2.pdf.

Jones A.M. & Zucchelli E. & Rice N. (2010), 'The evaluation of health policies through microsimulation methods', University of York, HEDG *Working Paper* 10/03.

Montialoux C. (2010), Réformer l'assurance maladie. Simulation des remboursements de soins et instauration d'un bouclier sanitaire, Mémoire de 3^{ème} année ENSAE.

Newhouse J.P. (1993), *Free for all ? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Harvard University press.

Perronnin M. & Pierre A. & Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 161.