

Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation

Pierre-Yves Geoffard * et Grégoire de Lagasnerie **

Les évolutions du système de remboursement des dépenses de soins par l'assurance publique ont progressivement diminué la couverture publique du risque maladie. Ce système laisse à la charge des assurés des sommes qui peuvent s'avérer importantes lorsque ceux-ci traversent des épisodes de maladie longs et coûteux, et parfois même lorsqu'ils bénéficient d'exonérations au titre d'une affection de longue durée. L'assurance complémentaire est de fait devenue nécessaire. Cependant, 7 % de la population ne jouit pas d'une telle assurance. Cet article étudie une réforme possible de l'assurance maladie obligatoire qui prend la forme d'un plafond annuel de la participation financière en soins de ville. Un tel plafond serait financé par l'instauration de franchises annuelles. Nous évaluons cette réforme à partir de micro-simulations appliquées aux données de l'enquête santé-soins médicaux 2003, appariée avec les données de remboursement de l'assurance maladie publique (SNIIR-AM). La grande taille de l'échantillon permet de simuler finement les participations financières aux dépenses de soins sous divers scénarios. Les résultats des simulations permettent alors de juger les différentes réformes du système de remboursement des dépenses de soins du point de vue de l'équité, de la couverture du risque financier, ainsi que de la faisabilité politique. Le plafond permet notamment une réelle amélioration de la prise en charge des patients ayant des dépenses importantes. Leur risque maladie et le risque de devoir payer une lourde participation financière sont en effet mieux couverts. Parallèlement, le système de remboursement devient plus équitable lorsque le plafond est fixé en proportion du revenu.

* Paris School of Economics (CNRS), EHESS, 48 bd Jourdan, 75014, Paris, France (e-mails : geoffard@pse.ens.fr)

** Paris School of Economics (PSE), EHESS, 48 bd Jourdan, 75014, Paris, France (e-mails : lagasnerie@pse.ens.fr)

Les auteurs remercient la CNAMTS, Amedeo Spadaro et les participants aux workshops « Microsimulations en santé » et « Microsimulation as a tool for the analysis of public policies: methods and applications » et les participants aux Journées des Économistes de la Santé Français à Rennes ainsi que les rapporteurs de la revue. Ils restent seuls responsables des opinions exprimées et des éventuelles erreurs.

Les évolutions du système de remboursement des dépenses de soins par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ont progressivement diminué la couverture publique du risque maladie. La diminution de la part de la sécurité sociale dans le financement de ces dépenses est certes restée limitée : elle n'a décliné que de 76,8 % en 2005 à 75,5 % en 2011. Cependant, cette légère diminution est la conséquence de deux tendances contraires. Première tendance, la constante augmentation des admissions en Affection de Longue Durée dite exonérante (ALD)¹. Entre 2005 et 2010, le taux de croissance annuelle des admissions a été compris entre 3,5 % et 4,2 %. Au total en 2010, on compte 9 millions d'assurés souffrant d'une ALD² contre près de 8 millions en 2005. Cette évolution engendre de fait une hausse de la part de la sécurité sociale dans le financement des dépenses de soins. Parallèlement, on assiste à une baisse de la prise en charge publique des dépenses de santé pour les patients non ALD ou ceux en ALD mais qui ont des dépenses non liées à leur affection. Cette baisse est la conséquence de l'augmentation de la participation financière du patient à ses dépenses de santé (hausse du ticket modérateur, mise en place des forfaits et franchises médicales). Ainsi, lorsque certains assurés traversent des épisodes de maladie longs et coûteux, des sommes importantes peuvent rester à leur charge.

Nous mettons en évidence dans la première partie de cet article les lacunes dans la prise en charge publique du risque maladie. Offre-t-elle une couverture du risque maladie satisfaisante ? Est-elle équitable ? Pour effectuer cette analyse, nous étudions le ticket modérateur³ annuel des assurés.

Quelles solutions permettraient de combler, au moins en partie, ces lacunes ? En France, le financement de la demande de soins est réparti sur trois acteurs distincts : l'Assurance Maladie Obligatoire, les organismes complémentaires et les ménages. La diminution de la couverture publique du risque maladie a mécaniquement contribué au développement d'un système d'assurance maladie à deux vitesses. L'assurance publique se doit d'être complétée par une assurance privée qui couvre tout ou partie des dépenses non prises en charge par l'AMO. La mise en place de la CMU-complémentaire pour les plus démunis a entériné l'avènement d'un tel système.

Afin de garantir une meilleure couverture du risque maladie des assurés, deux solutions existent donc. Première solution, permettre à chacun de bénéficier d'une assurance

complémentaire. Environ 7 % de la population ne jouit pas d'une telle assurance, et l'échec des différents dispositifs visant à diffuser plus largement ce complément d'assurance montre les limites d'une telle solution. Par exemple, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) comptait 620 000 bénéficiaires⁴ en 2011 pour une population cible de 2,2 millions de personnes (Jusot *et al.*, 2011). Deuxième solution, mettre en place un bouclier sanitaire (Briet *et al.*, 2007). Les caractéristiques du bouclier sont simples : au-delà d'un plafond, les dépenses de soins dans le périmètre de l'Assurance Maladie Obligatoire sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie publique.

Nous nous inscrivons dans cette optique, mais selon une logique sensiblement différente. Le financement d'un plafond annuel peut en effet être assuré par une hausse des cotisations, difficile à promouvoir alors que l'ensemble des prélèvements pesant sur le travail est déjà élevé en France. Comme Briet *et al.*, nous analysons les conséquences d'une réforme auto-financée, donc à budget constant pour la sécurité sociale. Mais au lieu de chercher à la financer par la suppression d'exonérations dont le système ALD, nous privilégions une franchise médicale individuelle annuelle (non remboursable par une assurance complémentaire) sur les dépenses de soins en ville, à l'instar des dispositifs existants dans de nombreux pays (Pays-Bas, Suisse, Suède). Le système ALD doit certainement être réformé mais il ne nous semble pas opportun de le supprimer. En effet, ce système révèle de l'information sur l'état de santé du patient. La réduction de l'asymétrie d'information par l'observation, même imparfaite, de l'état de santé permet de déterminer les soins les plus légitimes. C'est parce qu'il existe une asymétrie d'information dans le cas des soins courants que l'instauration d'un schéma d'assurance non linéaire (Blomqvist, 1997), associant franchise, ticket modérateur et plafond de reste à charge est optimal mais il l'est uniquement au

1. Une affection de longue durée exonérante est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %.

2. CNAMTS, Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2012, <http://www.annuaire-secu.com/pdf/Propositions-AM-charges-produits2012.pdf>.

3. En France, pour toute dépense de soins l'assurance publique définit une base de remboursement. La différence entre la dépense effective et cette base est appelée dépassement. Le dépassement est payé par les ménages et/ou par l'organisme complémentaire. Une fois la base définie, l'utilisateur paye une proportion de cette base (le ticket modérateur). Le ticket modérateur annuel correspond à la somme de tous les tickets modérateurs payés au cours de l'année avant toute prise en charge par un organisme complémentaire.

4. Fonds CMU, Rapport d'activité 2011.

second rang (Geoffard, 2006a). La combinaison d'une assurance non linéaire et d'instruments de révélation de l'état de santé offre davantage de possibilités : elle permet de mieux concilier l'objectif d'incitation financières et celui d'une meilleure couverture du risque maladie tout en garantissant une plus grande équité du système de remboursement si franchise et plafond sont modulés en fonction du revenu.

Afin d'analyser l'impact d'une telle modification de la prise en charge des soins, nous retenons l'approche méthodologique de la micro-simulation pour deux raisons principales. Tout d'abord, celle-ci permet de donner des ordres de

grandeur des différents paramètres du nouveau système de remboursement (franchise et plafond). Ensuite, à partir des résultats des simulations, une analyse fine des conséquences d'une telle réforme pourra être menée. Elle s'appuiera sur trois critères : l'équité, la couverture du risque maladie et enfin la répartition des gains et des pertes.

Nous utilisons une base de données originale : l'enquête santé 2003 appariée aux données du SNIIR-AM⁵ (cf. encadré 1). Même si l'évolu-

5. *Système National d'Information Inter-Régime d'Assurance Maladie.*

Encadré 1

DESCRIPTION ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Notre analyse empirique repose sur l'analyse d'une base de données originale : l'enquête santé 2003 appariée aux données du SNIIR-AM. La population appariée comporte 15042 individus et 6740 ménages. Puisque nous serons amenés, dans cet article, à étudier le haut des distributions du ticket modérateur annuel, la taille de l'échantillon est un paramètre important. Ceci nous a amené à choisir cette base de données plutôt que l'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) apparié qui ne comprend qu'environ 7 000 individus.

Pour chaque assuré social présent dans la base figurent la dépense totale, la base de remboursement et le montant remboursé pour les soins de ville. Le régime dont dépend l'assuré (ALD, CMU) est

également indiqué. L'appariement avec l'enquête santé permet de surcroît l'accès au revenu du ménage auquel appartient l'individu. Enfin, pour chaque individu sont disponibles différentes variables socio-économiques telles que le sexe, l'âge, la CSP, l'état de santé déclaré. Les statistiques descriptives de notre base de données sont présentées dans le tableau et le graphique ci-dessous. La base de données appariée reste représentative de la population française. On constate cependant une légère sous-estimation des revenus par rapport à l'enquête revenu fiscal 2003. Cette sous-estimation est vraisemblablement liée au mode d'enquête. En effet les revenus présents dans la base sont les revenus déclarés par les personnes enquêtées qui ont tendance à sous-évaluer leurs revenus perçus au cours de l'année.

Statistiques descriptives générales

En %

	Population française	Enquête santé	Population appariée
Femme	51	51	52
Âge médian	38 ans	38 ans	38 ans
Moins de 20 ans	25	27	27
Plus de 60 ans	21	20	20
ALD	14	14	12
État de santé déclaré			
Bon/Très bon	-	73	74
Moyen	-	22	22
Mauvais/Très mauvais	-	5	4
Diplôme			
Sans diplôme	19	19	17
CEP	11	12	12
BEPC	10	10	10
CAP, BEP	22	21	22
Baccalauréat	16	16	15
Supérieur	22	22	24

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).



tion des dépenses de soins depuis 2003 peut modifier à la marge certaines valeurs obtenues, les différentes conclusions en termes d'équité, de couverture du risque ou d'acceptabilité politique des réformes resteront inchangées.

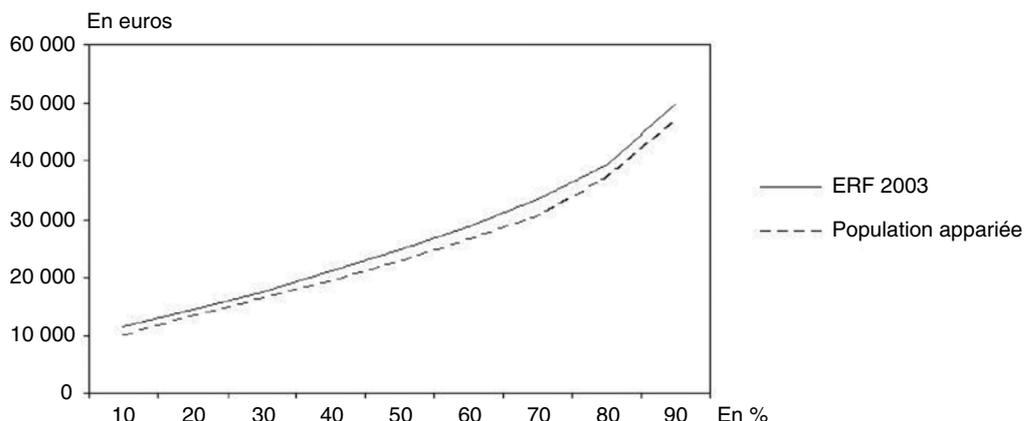
La régulation de la demande de soins a progressivement modifié la couverture du risque maladie

Depuis plus de 20 ans, la régulation de la demande de soins a progressivement modifié la couverture du risque maladie. Durant cette période, l'Assurance Maladie a augmenté la participation financière des patients principalement via des hausses du ticket modérateur. Depuis 1950, sept décrets ou lois ont modifié le ticket modérateur (cf. l'exemple de la loi Veil en encadré 2) et il a été augmenté à six reprises.

En 2005, pour tout assuré de plus de 18 ans, un forfait variant de 1 à 2,5 euros a été institué pour chaque consultation médicale. Le montant de cette participation forfaitaire est plafonné à 50 euros par année civile. Depuis le 1^{er} janvier 2008, trois franchises médicales s'appliquent : 0,50 euro par boîte de médicaments prescrite, 0,50 euro par acte paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers) et 2 euros par transport sanitaire. Le plafond annuel pour l'ensemble de ces franchises est fixé à 50 euros par personne. Sont exonérés de la franchise les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire et de l'aide médicale d'état (AME) et les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité. Ce désengagement progressif de la Sécurité Sociale est soit compensé par les assurances complémentaires soit pris en charge intégralement par le patient (comme le forfait d'un euro par consultation).

Encadré 1 (suite)

Statistiques descriptives : Revenu annuel déclaré par décile



Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Cette base comporte deux limites contraignant notre analyse. Tout d'abord, si la base de données nous renseigne sur l'affiliation de l'assuré à un organisme complémentaire, nous n'avons pas accès aux remboursements effectués par celui-ci. Par conséquent, notre étude se focalisera uniquement sur le ticket modérateur annuel - c'est à dire le coût supporté par l'individu après la prise en charge de l'AMO. Ensuite, on constate dans la base une forte sous-estimation des dépenses hospitalières. Cette sous-estimation s'explique d'une part par un taux de réponse à l'enquête plus faible pour les individus en mauvaise état de santé ou en institutions. D'autre part, certaines dépenses de fonctionnement de l'hôpital sont difficilement individualisables et ne sont donc pas présentes dans le SNIIR-AM. La mise en place de la tarification à l'activité devrait permettre de dépasser cette limite dans

des enquêtes futures. Nous limitons donc notre champ d'étude aux seuls soins de ville.

La base a une dernière limite qui impose de retraiter les données de remboursement des patients atteints d'une ALD. Les données du SNIIR-AM ne permettent pas de distinguer directement le montant des consommations de soins qui ne sont pas directement liées à leur affection. Pour autant, les données détaillent les dépenses de soins selon les différents postes de consommation de soins de ville (généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, actes de biologie...) Pour chacun de ces postes, le ticket modérateur acquitté par l'individu en ALD est renseigné. Ainsi, en appliquant le taux de remboursement officiel de chacun de ces soins dans le cas du régime général, on reconstitue la dépense qui n'est pas en rapport avec l'affection.

Le contour de la participation financière des patients dans notre système d'assurance maladie a donc constamment évolué au fil des réformes. Quel est-il actuellement dans le cas des soins de ville ? Ces soins de ville correspondent aux traitements ne nécessitant pas l'hospitalisation du malade : ils comprennent les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales et cures thermales) et la consommation des biens médicaux (médicaments, optiques, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés, petits matériels et pansements). Au 31 décembre 2011, différents taux de ticket modérateur leur sont appliqués. Par exemple, l'assuré social doit payer un ticket modérateur de 30 % pour les consultations de généralistes et de spécialistes. Les honoraires des auxiliaires médicaux, comme certains actes de biologie, sont soumis à un ticket modérateur de 40 %. Un ticket modérateur variant entre 0 % et 85 % est appliqué aux médicaments selon le service médical rendu. À ce ticket modérateur s'ajoute la participation forfaitaire notamment pour les consultations de généralistes et de spécialistes et les franchises médicales pour les médicaments.

L'instauration d'une participation financière du patient est souvent justifiée par la volonté de responsabiliser les assurés. En effet, l'asymétrie d'information entre l'assuré et l'assureur crée un problème d'efficacité dans le choix de l'étendue de la couverture. Plus la couverture offerte par l'assureur est généreuse, plus le prix des soins pour les assurés est diminué. Les patients peuvent ainsi adopter des comportements non-optimaux (aléa moral) susceptibles d'entraîner une surconsommation médicale car ils ne sont

plus sensibilisés au coût réel des soins. Cette situation impose alors à l'assureur d'arbitrer entre couvrir plus de risque et le coût additionnel des dépenses induites par l'assurance. L'aléa moral existe lorsque l'assureur ne peut observer l'état de santé des individus assurés au moment de la dépense de soins (Geoffard, 2006a). Comme il n'est pas alors possible de transférer une somme forfaitaire couvrant le besoin de soins, l'assurance maladie n'intervient qu'en remboursant une partie du coût, ce qui introduit une distorsion dans le prix payé par l'assuré⁶. On distingue deux types d'aléa moral, *ex ante* et *ex post*, dans la relation entre l'assureur et l'assuré. D'une part, l'aléa moral *ex ante* influence la probabilité d'occurrence d'un risque. L'effort que fera un individu pour éviter la maladie par un choix de mode de vie ou encore une attitude prudente peut influencer la fréquence des épisodes de maladie. La souscription à un contrat d'assurance peut dissuader un individu d'entreprendre des actions préventives (Stanciole, 2007). D'autre part, l'aléa moral *ex post* survient lorsque la personne traverse un épisode de maladie. En diminuant les prix nets des soins médicaux, le contrat d'assurance mènerait à une « surconsommation » de soins (Pauly, 1968 ; Ehrlich et Becker, 1972 ; Feldstein, 1973).

Afin de limiter l'impact de la participation financière sur le revenu des assurés, plusieurs dispositifs d'exonérations du ticket modérateur ont été mis en place. Tout d'abord, pour les actes dont le coût est supérieur à 120 euros, l'assuré social s'acquitte d'une participation financière

6. Cette distorsion peut également contribuer à renforcer l'induction de la demande par le médecin.

Encadré 2

L'IMPACT DU TICKET MODÉRATEUR : L'EXEMPLE DE LA LOI VEIL (1993)

Chiappori *et al.* (1998) ont analysé l'impact de l'augmentation du ticket modérateur de 5 points sur l'ensemble des biens et services médicaux suite à la mise en place de la loi Veil (1993). Dans ce cadre les auteurs disposent de données issues d'organismes complémentaires santé dans lesquelles figure la consommation de soins sur deux ans des assurés. L'assurance pour les assurés étudiés étant souscrite par l'entreprise, les effets de sélection adverse sont probablement mineurs. L'étude porte sur la comparaison de deux groupes d'assurés au sein de cette population : d'une part ceux (groupe contrôle) pour qui l'assurance complémentaire s'ajuste et prend en

charge cette augmentation du ticket modérateur ; d'autre part ceux (groupe test) pour lesquelles l'assurance complémentaire a baissé son propre taux de remboursement de 5 %. La baisse du taux de couverture est donc de 10 % pour le groupe test, par rapport au groupe de contrôle qui continue à être remboursé intégralement. L'analyse en différence de différence montre une absence d'aléa moral pour les visites en cabinet, ce qui suggère une élasticité de la demande proche de zéro pour de faibles variations de prix. Au contraire, dans le cas des visites à domicile, les auteurs mettent en évidence une diminution de la demande.

réduite. De plus, les soins liés à cet acte sont exonérés de tickets modérateurs. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2004, seuls les soins qui sont directement en rapport avec l'acte sont sujets à cette exonération. Cet aménagement de la prise en charge des actes coûteux pose le problème des dépenses annexes, parfois importantes, qui seront donc à la charge du patient dans la limite du ticket modérateur.

Ensuite, deux dispositifs exonèrent certains assurés du ticket modérateur sur des critères médicaux ou de revenu. Le premier dispositif est l'exonération au titre d'affection de longue durée (ALD). Un assuré social est admis en ALD lorsque celui-ci a une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. L'admission en ALD s'appuie sur une liste de trente affections répertoriées. Les ALD 31 et 32 complètent le dispositif. L'ALD 31 couvre tout malade qui est atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. Parallèlement, l'ALD 32 vise les polyopathologies invalidantes. La prise en charge au titre d'ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés à l'affection « classante ». Les soins relatifs aux autres pathologies sont toujours soumis au ticket modérateur. La population en ALD représente, en 2010, 15,5 % de la population vivant en France. En 2010, les remboursements pour les personnes admises en ALD représentent 63,3 %⁷ de la dépense totale des régimes de base, soit environ 110 milliards d'euros, contre 60,8 % en 2008. Le devenir à cinq ans des ALD est assez hétérogène : 45 % sont toujours en ALD, 28 % sont guéris au sens médico-administratif et 27 % sont décédés⁸ - ce qui montre bien la gravité des maladies prises en charge et donc la pertinence d'un tel système. Autre dispositif, les assurés dont le revenu annuel pour une personne seule ne dépasse pas 7 771 euros en 2011 bénéficient de la CMU complémentaire (CMUC). Elle prend en charge le ticket modérateur et permet aux bénéficiaires de ce dispositif de n'avancer aucune somme d'argent lors de la pratique d'examen, de consultations médicales, de soins dentaires, d'une hospitalisation ou encore de l'achat de médicaments. De plus, la loi sur la couverture complémentaire universelle interdit, en principe, la facturation de dépassements à ses bénéficiaires.

Malgré les mécanismes instaurés pour protéger certaines catégories de la population, les caractéristiques de notre système de remboursement et les différentes réformes mises en place ont créé un système porteur d'inégalités.

Le ticket modérateur en question

En 2011⁹, la consommation de soins et bien médicaux (CSBM) a atteint 180 milliards d'euros, et les dépenses de soins de ville s'élevaient à 96 milliards d'euros, soit 53 % de la CSBM et 4,8 % du PIB. Les soins ambulatoires sont pris en charge à 67 % par l'assurance publique, 21 % par les organismes complémentaires et 12 % par les ménages. Les biens médicaux sont, eux, pris en charge à 61 % par l'assurance publique, 21 % par les organismes complémentaires et 18 % par les ménages. Les débats autour de la régulation et de la prise en charge des soins de ville sont donc d'une importance capitale.

L'évaluation de notre système de remboursement se focalisera sur le ticket modérateur. En effet, dans la base de données utilisée (cf. encadré 1), il n'est pas possible d'inclure les différents forfaits et franchises mis en place respectivement en 2005 et 2008. Les données disponibles ne sont pas assez détaillées pour analyser ces deux dispositifs. Cette limite doit être relativisée : s'interroger sur l'efficacité du ticket modérateur reste essentiel car il est le principal mode de participation financière en France. Mais il est important de garder à l'esprit qu'au ticket modérateur s'ajoutent aussi les dépassements à la charge de l'assuré. Ces dépassements peuvent représenter une somme importante et dresser des barrières financières à l'accès aux soins. En d'autres termes, notre étude porte uniquement sur l'efficacité du système de remboursement public des soins c'est-à-dire dans la limite du tarif de la sécurité sociale et donc hors dépassements.

Un premier objectif du système d'assurance maladie français est de garantir à chaque assuré social qu'il ne sera pas soumis à une dépense très élevée si un épisode de maladie survient. Le mécanisme du ticket modérateur ne permet pas de remplir pleinement cet objectif. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'analyser la distribution des tickets modérateurs annuels des assurés sociaux (cf. tableau 1). Le ticket modérateur moyen peut cacher de fortes disparités. On en présente plutôt un certain nombre de quantiles : la médiane, les huitième et neuvième déciles et le 95^e centile.

7. PLFSS 2011, Annexe 1, PQE, <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cadrage14pqemaladie.pdf>.

8. HCAAM, 2005, <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaamnoteald.pdf>.

9. Comptes nationaux de la santé, 2011.

Le ticket modérateur permet une bonne prise en charge du risque pour les dépenses faibles. La part de la dépense à la charge de l'assuré est également faible. Mais les assurés sociaux devant faire face à des épisodes de maladie coûteux se retrouvent avec des tickets modérateurs annuels qui peuvent représenter une lourde charge. C'est le cas notamment des individus se déclarant en mauvaise santé, des personnes âgées et des malades atteints d'une ALD. Cette lacune dans la prise en charge des personnes âgées est fortement préoccupante. En effet, les personnes âgées ne sont *a priori* pas protégées, comme c'est le plus souvent le cas pour les salariés, par des organismes de prévoyance collective dont le coût est supporté pour une part par l'entreprise et en grande partie défiscalisé. Ainsi, le taux d'effort¹⁰ des retraités est bien plus élevé que celui qu'ils devaient fournir lors de leur période d'activité.

Parallèlement, malgré son ambition, le dispositif d'ALD ne protège pas contre le risque de ticket modérateur élevé. La modification du système de remboursement depuis le plan Seguin a accru la charge financière supportée par les ALD. Les

malades chroniques doivent faire face le plus souvent à des maladies intercurrentes qui ne sont plus prises en charge à 100 % par l'assurance maladie depuis ce plan. Ainsi, les ALD doivent parfois s'acquitter de tickets modérateurs annuels élevés et ceci malgré le système d'exonération mis en place. 10 % des personnes en ALD ont un ticket modérateur annuel supérieur à 643 euros et pour 5 % d'entre eux celui-ci est supérieur ou égal à 839 euros. Rappelons qu'il ne s'agit ici que du ticket modérateur sur les soins de ville.

Enfin, la comparaison de la distribution du ticket modérateur annuel des assurés disposant d'une assurance complémentaire et de ceux qui ne détiennent pas une telle assurance fait apparaître une forte différence (cf. graphique I). 10 % des assurés sans assurance complémentaire ont un reste à charge annuel supérieur à 250 euros contre 500 euros parmi ceux disposant d'une assurance complémentaire. Les raisons

10. Le taux d'effort est égal au rapport entre la prime d'assurance/cotisation payée à l'organisme complémentaire et le revenu.

Tableau 1
Ticket modérateur annuel (situation actuelle)

	Moyenne	D5 (1)	D8 (1)	D9 (1)	Q95 (1)
Population exemptée de ticket modérateur					
Non ALD	181	109	292	448	611
ALD	265	175	421	643	839
Âge					
0-5	133	103	201	285	361
5-20	90	60	222	325	424
21-39	137	92	289	450	586
40-49	182	119	138	202	289
50-59	250	181	397	561	724
60-69	328	254	516	737	883
70-79	367	295	585	797	983
80 et plus	372	266	591	786	1 021
État de santé déclaré					
Bon/Très bon	182	120	290	430	569
Moyen	322	244	534	727	915
Mauvais/Très mauvais	356	235	617	913	1215
Sexe					
Homme	159	87	251	404	575
Femme	219	142	351	521	695

1. Di désigne le i-ème décile et Qj le j-ème centile de la distribution du ticket modérateur.

Lecture : parmi les assurés sociaux de 80 ans et plus, 5 % acquittent un ticket modérateur annuel d'au moins 1 021 €, 10 % d'au moins 786 euros, 20 % d'au moins 591 euros.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

de cet écart sont diverses. On peut penser que ce sont des individus en meilleure santé qui choisissent de ne pas s'assurer. Mais cet écart peut être également dû à des problèmes d'accès aux soins pour certains assurés qui n'ont pas les moyens de contracter une assurance complémentaire et qui, en l'absence d'une telle couverture, renoncent à des soins utiles.

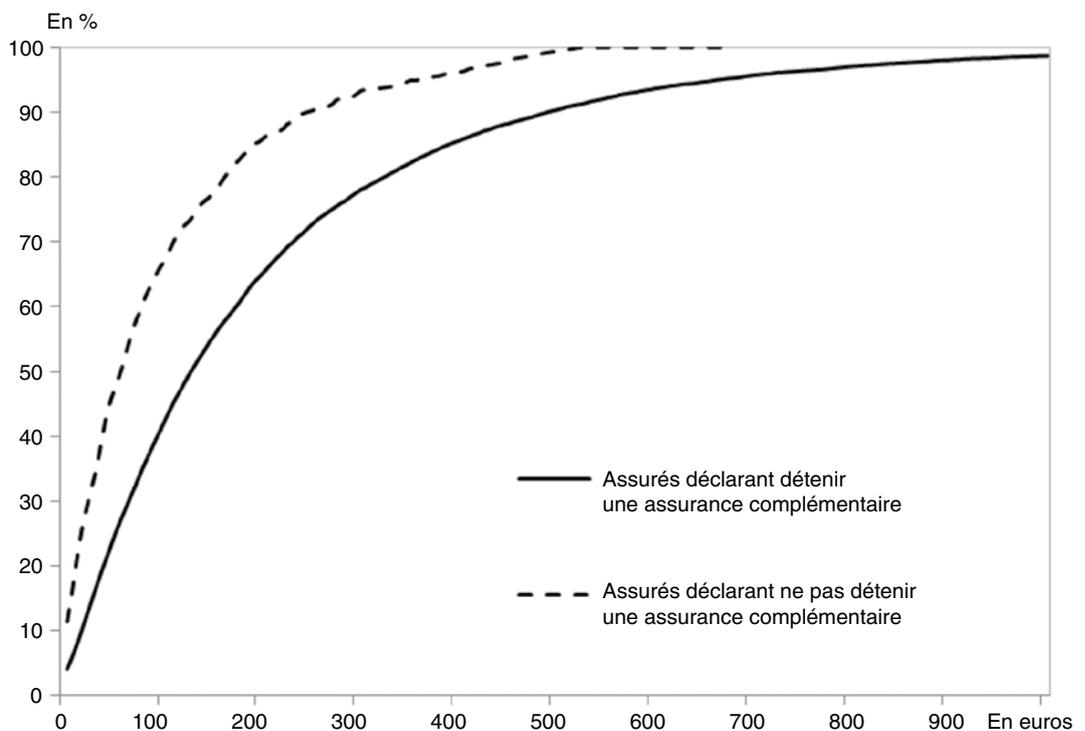
Le ticket modérateur est de surcroît injustement réparti en fonction du revenu. Une simple analyse du ticket modérateur annuel en proportion du revenu du ménage permet de s'en rendre compte (cf. graphique II). Cette courbe est fortement décroissante alors que dans un système où le ticket modérateur serait justement réparti au sens de l'équité verticale cette courbe serait plate (Van Doorslaer *et al.*, 1993). Si on se concentre sur le premier et dernier décile de revenu, on constate que pour 10 % des assurés du premier décile la participation financière annuelle dépasse 8,2 % du revenu contre 0,66 % pour le dixième décile. Ainsi les tickets modérateurs annuels peuvent s'avérer excessivement élevés pour les ménages les moins aisés bouleversant le « pacte de 1945 » à l'origine de la sécurité sociale selon lequel chacun contribue au financement des soins selon ses moyens.

De plus, la probabilité de renoncement aux soins pour des raisons financières diminue de façon évidente quand le revenu augmente (Dourgnon, Jusot, 2011).

Une autre mesure permet d'étayer ces conclusions. L'indice de Kakwani mesure l'écart par rapport à la proportionnalité d'un système d'imposition. Il évalue donc l'équité verticale de ce système. Par extrapolation, cet outil a par la suite été utilisé en santé afin de déterminer l'écart à la proportionnalité de la participation financière du patient par rapport à sa capacité contributive (Lambert, 1985 ; Van Doorslaer *et al.*, 1993 ; Lachaud-Fiume, LARGERON-LÉTENO et ROCHAIX-RANSON, 1999). Un système de participation financière est progressif si la part du ticket modérateur annuel total supportée par les premiers déciles de revenu est inférieure à la part de leur revenu dans le revenu total. On compare alors les courbes de concentration du revenu et du ticket modérateur annuel (cf. graphique III).

Si G_{inc} est le coefficient de Gini pour les revenus et C_{tm} l'indice de concentration pour le ticket modérateur annuel alors l'indice de progressivité de Kakwani, π_k , est égale à $\pi_k = C_{tm} - G_{inc}$. L'indice de Kakwani est égal à deux fois l'aire

Graphique I
Distribution du ticket modérateur annuel (en euros)



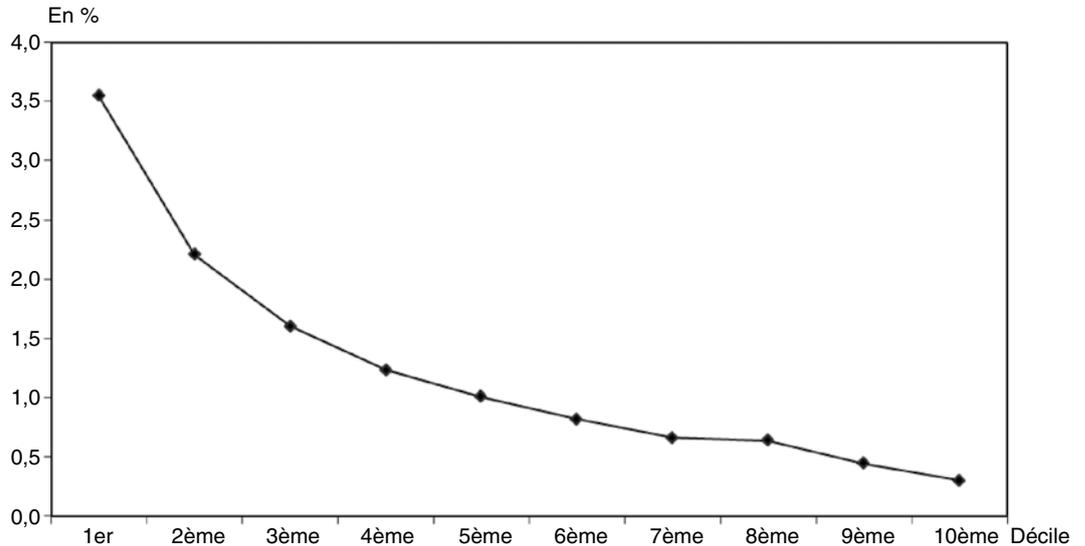
Lecture : 10 % des assurés sans assurance complémentaire font face à un ticket modérateur supérieur ou égal à 240 euros
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

entre les deux courbes de concentration¹¹. Lorsque les deux courbes sont confondues, le système est verticalement équitable : chacun participe proportionnellement à sa capacité contributive. Lorsqu'il prend des valeurs négatives (avec un minimum de -2), il décrit

alors un système verticalement inéquitable et régressif. A l'inverse lorsqu'il est positif, ce

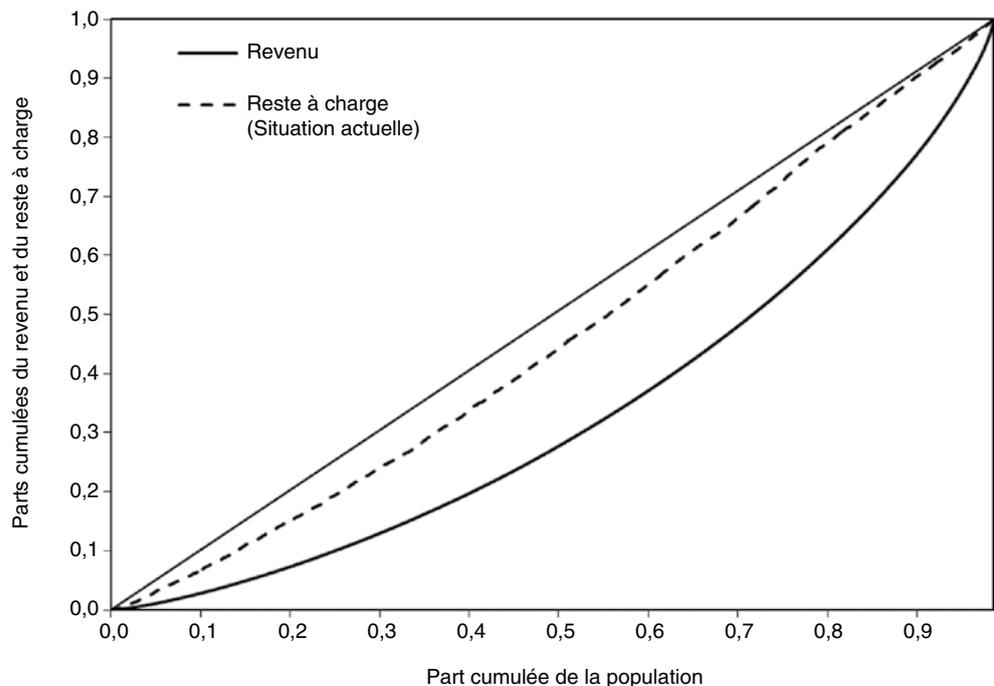
11. Pour plus de détails sur l'analyse en termes d'équité d'un système de remboursement des soins et plus particulièrement sur l'indice de Kakwani se référer à Rochaix (1999).

Graphique II
Ticket modérateur annuel en proportion du revenu du ménage par décile de revenu



Lecture : pour les individus du 1^{er} décile (« 1^{er} » en abscisse), le ticket modérateur représente 3,5 % du revenu annuel.
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Graphique III
Courbe de concentration du revenu et du ticket modérateur annuel



Lecture : les 20 % les moins riches touchent 7,1 % de l'ensemble des revenus mais versent 14,7 % de l'ensemble des restes à charge supportés par les ménages.
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

système est verticalement inéquitable mais progressif. C'est le cas lorsque la courbe de concentration des tickets modérateurs annuels est en-dessous de la courbe de Lorenz. Un dernier cas de figure existe. Si les courbes de concentration se croisent alors le système sera régressif pour une partie de la population et progressif pour l'autre partie.

Dans le cas de la France, il apparaît clairement que le système de participation financière est verticalement inéquitable et régressif. L'indice de Kakwani est égal à -0,25 (cf. graphique III). L'inéquité verticale est une conséquence directe de l'ordonnance de 1945 qui stipule que chacun reçoit selon ses besoins et non ses moyens. Ce principe devait permettre de préserver la solidarité de notre système d'assurance maladie. Pour autant, il devient légitime de s'interroger sur ce principe lorsque la participation financière du patient devient importante et peut alors poser des problèmes d'accès aux soins pour les assurés aux revenus modestes.

L'inéquité verticale et l'injuste répartition du ticket modérateur ne remettent pas en cause le caractère redistributif du système d'assurance maladie pris dans son ensemble. En effet, la proportionnalité des cotisations sociales salariales et de la CSG instaure une solidarité entre hauts et bas revenus. Cependant, comme on l'a vu, des participations financières parfois élevées réduisent la couverture du risque maladie. Par ailleurs, lorsqu'il est réassuré, le ticket modérateur n'est pas un mécanisme incitatif efficace (Geoffard, 2000). Dans ce contexte, il serait opportun de repenser la structure de notre système de remboursement en introduisant des mécanismes plus efficaces à la fois en termes d'incitation et de protection contre le risque de dépenses élevées.

Pour une nouvelle régulation de la demande de soins : une piste de réforme

Le système d'assurance maladie en France comporte de nombreuses limites : limite dans la prise en charge des assurés sociaux qui ne dépendent pas d'un régime spécial de remboursement, limite dans la prise en charge des personnes âgées, des assurés ayant des revenus modestes, et enfin des assurés sociaux admis au titre d'une ALD.

La réponse « classique » à ces limites passe par la souscription d'une assurance complémentaire.

Témoin de cette nécessité, la CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur des plus démunis. Toutefois, une part importante des personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au seuil CMU n'est pas couverte, et les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ne bénéficient qu'à une faible part de la population concernée (Grignon et Kambia-Chopin, 2010). La population cible était de 2,2 millions de personnes en 2007 (Jusot *et al.*, 2011) alors que fin 2011 on dénombrait, seulement, 620 000 bénéficiaires.

Plafonner le reste à charge

Afin de résoudre en partie ces problèmes, nous proposons de mettre en place un plafond de reste à charge pour les soins de ville. Le plafond de reste à charge consiste en la prise en charge à 100 % des dépenses de soins de ville dans le périmètre AMO lorsque le reste à charge de l'assuré dépasse un certain montant. Un malade dont la dépense de soins est de 1 200 euros par an et qui ferait face à un TM de 30 % subirait, dans le système actuel, un ticket modérateur annuel de 360 euros. Avec un plafond de 300 euros, l'AMO prendrait à sa charge 60 euros.

La théorie économique mais également les expériences étrangères plaident pour la mise en place d'un tel dispositif. Ce mécanisme de protection existe dans de nombreux pays européens. Il prend la forme soit d'un montant monétaire fixe (Suisse, Pays-Bas, Suède), soit d'un plafond fixé en fonction du revenu (Allemagne, Belgique). D'un point de vue théorique, comme indiqué plus haut, Blomqvist (1997) a caractérisé les contrats optimaux au second rang, ceux qui résolvent au mieux l'arbitrage entre partage des risques et incitations. De tels contrats comportent une participation aux dépenses importante pour les dépenses faibles, et réduite, voire nulle, pour les dépenses élevées. Ces résultats s'expliquent par le fait qu'un individu, même faiblement averse au risque, est prêt à payer une prime de risque élevée pour couvrir des risques catastrophiques (risque à faible probabilité mais causant une perte élevée). Au contraire, sa disposition à payer une prime pour un risque engendrant une petite perte à probabilité élevée est faible. Ainsi, le bénéfice de l'assurance est élevé pour les risques catastrophiques (utilité d'un plafond) et modéré pour les risques à fortes probabilités et engendrant une petite perte (franchise). Dans ce même esprit, les contrats d'assurance optimaux calculés notamment par Newhouse *et al.* (1993) ou encore Manning et Marquis (1996) comportent

un plafond de dépenses. Par exemple pour les premiers le contrat d'assurance optimal comporterait une franchise de 200 à 300 dollars 1993, un taux de coassurance de 25 % et un plafond fixé à 1 000 dollars.

Les avantages du plafond sont nombreux. Tout d'abord, il permet une meilleure prise en charge du risque maladie. Il compense l'effet négatif du ticket modérateur en limitant la part des dépenses de santé à la charge de l'assuré. Une des conséquences directes de cette protection est un accès aux soins mieux garanti ; un assuré ayant un revenu faible sera moins contraint financièrement par un épisode de maladie coûteux. Ensuite, il permet une meilleure couverture du risque maladie des assurés ayant une forte dépense de soins du fait de leurs caractéristiques individuelles (personnes âgées, ALD). Enfin, la mise en place d'un plafond permettrait une plus grande transparence quant à la décision de recourir à une assurance complémentaire. Grâce à l'instauration d'un plafond, l'assuré saurait quel est le risque maximal qu'il encourt par rapport aux prestations remboursables. Son choix de s'assurer ou non auprès d'une assurance complémentaire serait éclairé (Bras *et al.*, 2007).

Cependant, la mise en place d'un tel mécanisme de protection soulève trois questions. L'effet de gratuité, une fois atteint le plafond, pourra-t-il provoquer un surcroît de consommation ? Du fait de l'existence d'assurances complémentaires, la gratuité existe déjà pour une grande partie des assurés sociaux. Ce risque semble d'autant plus faible que la gratuité assurée par ce plafond n'est pas une gratuité totale. Le patient continuerait notamment à supporter les dépassements d'honoraires. De plus, il est souvent admis que pour les dépenses de soins élevées, l'élasticité-prix de la demande devient nulle (Newhouse, 1993) et la dépense est alors plus souvent déterminée par l'offre de soins. Ensuite, quelle incidence ce plafond pourrait-il avoir sur les assurances maladies complémentaires ? Premièrement, les assurances complémentaires peuvent craindre une vague de désaffiliation suite à l'instauration de ce type de plafond. Ce phénomène devrait être limité car la couverture du ticket modérateur n'est pas l'unique raison pour contracter une telle assurance. De plus, si le plafond est élevé, celui-ci ne couvrirait qu'une faible part des assurés sociaux ; pour tous les autres, l'utilité d'une assurance complémentaire reste élevée. Deuxièmement, ce plafond constituerait une sorte de garantie pour l'assureur complémentaire

puisqu'il connaîtrait le risque maximal de prise en charge pour un assuré. Par conséquent, le mode de fixation des primes pourrait être modifié. Par exemple, si le plafond est en fonction du revenu, il serait logique d'introduire le revenu dans le calcul de la prime. En effet, la prise en charge par l'assurance complémentaire serait dans ce cas d'autant plus faible que le revenu est faible. Enfin, quelles conséquences le plafonnement pourrait-il avoir sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire ? Cette réforme suppose évidemment un changement important des relations entre le régime obligatoire et le régime complémentaire et des rôles qui leur sont alloués dans la couverture du risque maladie. La sécurité sociale, prenant en charge toutes les dépenses d'un assuré au-delà d'un certain montant annuel, interviendrait en quelque sorte en tant que réassureur. Les assureurs complémentaires seraient alors incités à développer leur rôle d'assureur supplémentaire c'est à dire la couverture des prestations en dehors du périmètre de l'assurance maladie publique.

Quel financement pour le plafond ?

Le plafond semble donc être une solution efficace face aux limites de notre système de remboursement puisqu'il permet une meilleure prise en charge de certains assurés sociaux ayant des dépenses élevées. Cette prise en charge est cependant coûteuse, ce qui pose la question de son financement. Outre une augmentation des cotisations, deux possibilités principales s'offrent aux décideurs publics.

Dans la lignée du bouclier sanitaire inspiré des systèmes étrangers, l'Assurance Maladie Obligatoire pourrait opérer un redéploiement de dépenses notamment en supprimant certains dispositifs d'exonérations comme le régime ALD (Briet *et al.*, 2007). Cependant, ce type de réforme a trois limites importantes. Tout d'abord, le bouclier sanitaire serait financé par les plus malades car l'ensemble des économies réalisées passerait par le déremboursement partiel des malades en ALD. Ce type de financement est particulièrement injuste. Pour financer ce plafond on demande un effort exclusivement aux plus malades, à ceux pour qui le système d'assurance maladie doit jouer pleinement son rôle d'assurance pour que leur maladie ne soit pas à l'origine d'un appauvrissement important. Ensuite, en réduisant l'asymétrie d'information entre l'assureur et l'ensemble « patient-médecins », le dispositif d'ALD contribue à rendre plus efficaces les dépenses de santé. Comme

nous l'avons souligné précédemment, l'existence d'incitations financières est justifiée par la présence d'asymétries d'information entre l'assuré et l'assureur, lorsque celui-ci n'observe pas l'état de santé de l'assuré, et ne peut vérifier la légitimité de la dépense de soins (Geoffard, 2006a). Or le dispositif ALD informe de l'état de santé de l'assuré et permet ainsi de vérifier, au moins en partie, que le traitement correspond à la maladie. Par exemple, le régime social des indépendants (RSI) a mis en place un système de liquidation médicalisée i.e. le contrôle automatisé du respect des référentiels de traitement de l'ALD ayant justifié l'exonération du ticket modérateur. Enfin, cette réforme peut poser un problème d'accès aux soins pour les malades atteints d'affection de longue durée. Ces malades doivent faire face à des dépenses récurrentes. Suite à la suppression du dispositif, ces dépenses seraient soumises au ticket modérateur dans la limite du plafond. Comme les malades en ALD sont surreprésentés dans les premiers déciles de la population selon nos données, un problème d'accès aux soins des malades chroniques pourrait émerger et engendrer des complications coûteuses. Ce phénomène serait d'autant plus important que le plafond serait élevé.

Au lieu de supprimer les ALD, cette réforme pourrait être l'occasion de mettre en place un système de participation financière qui permettrait à la fois de financer le plafond de reste à charge mais également de créer des incitations financières efficaces. Rappelons que le ticket modérateur qui est réassurable auprès d'un organisme complémentaire n'est pas un mécanisme incitatif efficace (Geoffard, 2000). Une solution pourrait être alors l'instauration d'une franchise médicale individuelle annuelle sur l'ensemble des dépenses de soins de ville. Cette franchise serait non remboursable par une assurance complémentaire afin de sensibiliser pleinement le patient à une partie du coût de ses dépenses de soins. Dans le cas de la mise en place d'une franchise, le mécanisme de couverture des dépenses de santé (ticket modérateur) n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses d'un patient, cumulées depuis le début de l'année, dépassent le montant de sa franchise. En deçà de ce montant, le patient supporte la totalité de ses dépenses. Il convient de faire une mise au point sur les franchises. Celles-ci sont souvent présentées comme le pire mécanisme incitatif notamment en termes de justice sociale et ceci pour deux raisons principales. Tout d'abord, on reproche à la franchise de peser plus sur les revenus faibles, mais notons qu'il en est de même pour le reste à

charge issu du ticket modérateur. Ensuite, celle-ci peut poser un problème d'accès aux soins pour les assurés à revenus faibles. En effet, tant que l'assuré n'a pas dépassé la franchise celui-ci doit s'acquitter de 100 % du coût des soins qu'il consomme. Cependant, on constate que celle-ci est utilisée dans de nombreux pays européens ayant des résultats en termes d'accès aux soins équivalents ou supérieurs à ceux de la France (Suède, Suisse, Pays-Bas)¹².

Malgré ses limites, la franchise a trois avantages importants. Tout d'abord, elle serait sans doute un mécanisme incitatif efficace. En effet, le peu d'efficacité des réformes visant la responsabilisation des assurés pourrait être notamment expliqué par l'effet d'inertie des habitudes. En augmentant le ticket modérateur on ne change pas en profondeur les habitudes du patient qui reste remboursé en partie pour chacune de ses dépenses. La mise en place d'une franchise aurait des effets plus radicaux puisque les habitudes de consommation des assurés seraient alors complètement remises en cause. Le patient ne sera plus du tout remboursé avant d'avoir atteint la franchise. Ensuite, la franchise sensibilise les patients au coût des soins sur les premiers euros de la dépense à la différence du système actuel où les remboursements interviennent dès le premier euro. Enfin, cette source de financement porte sur une assiette large : l'ensemble des consommateurs quel que soit leur état de santé. Elle permet donc d'enregistrer des gains importants pour des niveaux de franchise faibles. De ce point de vue, il existe une certaine analogie entre une hausse de la CSG (assiette large et prélèvement indépendant de l'état de santé) et la mise en place d'une franchise proportionnelle au revenu (Lagasnerie, 2012).

Simuler les effets de la réforme

Nous étudions donc la mise en place d'un plafond de participation financière annuelle financée par une franchise annuelle et individuelle sur l'ensemble des soins de ville. La franchise et le plafond pourraient être mis en place en préservant les tickets modérateurs actuels sur les différents postes de consommation. Cependant la réforme proposée, en plus de créer une incitation financière efficace et d'améliorer la couverture du risque maladie, se doit de simplifier le système de remboursement des soins en France. En effet, celui-ci souffre d'une grande complexité du fait de la diversité des taux de ticket

12. OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011, les indicateurs de l'OCDE*.

modérateur en vigueur. Nous simulons donc la mise en place d'une franchise et d'un plafond et l'instauration d'un ticket modérateur unique de 30 % sur l'ensemble des soins de ville. Les systèmes d'assurance maladie et de prix sont donc plus lisibles et clairs pour les assurés que dans le système actuel.

Une telle réforme permettrait, en outre, deux évolutions importantes de notre système d'assurance maladie. Tout d'abord, elle instaurerait une plus grande transparence sur la participation financière des patients. En effet, face aux besoins de financement de la sécurité sociale, il est possible d'ouvrir un débat intelligible par tous sur le niveau de la franchise et du plafond. Un tel débat sera plus concret que celui portant sur le niveau du ticket modérateur, car lorsqu'une modification du ticket modérateur est envisagée, l'assuré ne peut percevoir clairement l'effort qui lui est demandé. Celui-ci sera déterminé en proportion de sa dépense. Ensuite, cette réforme confère à l'assurance maladie publique une plus grande latitude pour mener certaines réformes. Face aux limites du système ALD, une réflexion sur la réforme de ce système d'exonération pourrait être menée plus sereinement. La protection assurée par le plafond permettrait d'envisager une modification du système de remboursement pour les malades en ALD ou encore l'arrêt de la prise en charge de certaines maladies dont la présence dans le périmètre ALD ne fait pas l'unanimité.

L'apport de la microsimulation

La modification du système de remboursement que nous allons étudier sera appliquée aux assurés sociaux du régime général hors CMU. En effet la franchise imposant la prise en charge à 100 % du coût des premières dépenses de santé, elle pourrait pénaliser l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. On entendra par dépense la part des dépenses dans la limite du tarif de sécurité sociale. En incluant dans le plafond les dépassements d'honoraires ou encore la partie libre de certains tarifs (prothèses dentaires, audioprothèses, optique), on pourrait créer une incitation à une inflation de ceux-ci. Nous choisissons d'appliquer notre réforme au niveau de l'individu et non du ménage car, comme nous gardons intact le système des ALD, nous nous basons sur l'état de santé individuel pour définir la meilleure couverture du risque maladie. De plus, la mise en place d'un plafond au niveau du ménage peut inciter à des comportements opportunistes. L'exemple canonique est un ménage dans lequel la femme est

enceinte. Anticipant des dépenses élevées qui dépasseront le plafond, les autres membres de la famille se comportent comme si le coût des soins était nul. Par conséquent, le risque d'aléa moral est accru.

La microsimulation est une méthode particulièrement appropriée pour estimer les effets de telles réformes. Afin de simuler les différentes réformes, nous optons donc pour une microsimulation statique bouclée à comportements exogènes. La microsimulation sera bouclée car nous raisonnons à budget constant (tous les gains seront compensés par des pertes). Il aurait été possible d'y ajouter une endogénéisation des comportements des individus suite aux réformes qui seront simulées. Cependant, ce type d'analyse suppose de faire des hypothèses comportementales sur l'ampleur desquelles il n'existe pas d'unanimité (aléa moral par exemple) ou encore des hypothèses sur certains paramètres dont l'ordre de grandeur n'a pas encore été déterminé de façon tangible comme l'aversion pour le risque. Ainsi, dans le cadre de notre étude, la microsimulation à comportements exogènes analysant l'impact d'une modification du système de remboursement à dépenses données, semble plus appropriée. Elle a d'ailleurs déjà été utilisée dans le cadre du modèle de Rochaix, Fiume-Lachaud et Letenlargeron (1999) dans le cas français (cf. encadré 3). Cette méthode permet en particulier un chiffrage des effets redistributifs *ex ante* de la réforme, avec un faible risque de conduire à une sous-estimation du coût financier global de la réforme. Le plafond peut certes provoquer une croissance de la consommation de soins que ne capte pas la simulation à comportements exogènes mais on s'attend à ce que cette croissance soit assez faible et ceci pour une large part de la population couverte par une assurance complémentaire. À l'inverse, la franchise doit inciter les assurés à limiter leur demande de soins. Si on conjecture que les effets de modération induits par les franchises sont plus importants que les effets désincitatifs du plafond, alors la modélisation à comportement exogène peut être vue comme une estimation prudente de l'impact budgétaire des réformes envisagées.

Les hypothèses

Comment détermine-t-on les paramètres du nouveau système ? On choisit tout d'abord de manière exogène un montant de franchise ainsi que le nouveau ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de soins de ville qu'on fixe à 30 %. On en déduit la somme des

économies ainsi réalisées par l'Assurance Maladie. On calcule alors le plafond de ticket modérateur annuel par individu qui égalise ces économies à la somme des prises en charge supplémentaires au delà du plafond : le budget total de l'AMO est donc non affecté, la réforme est autofinancée. Ainsi, en fixant une franchise annuelle à 50 euros dans le scénario 1, (respectivement 100 euros et 200 euros dans les scénarios 2 et 3) on obtient un plafond de ticket modérateur annuel de 650 euros (respectivement 355 et 255 euros) (cf. tableau 2). Le graphique IV représente l'ensemble des choix possibles, du moins ambitieux (franchise faible, plafond élevé) au plus ambitieux (franchise élevée, plafond faible). Pour mémoire, pour chaque choix, le graphique indique le taux de CSG qui serait nécessaire pour financer le même plafond sans mettre en place de franchises.

Cependant, la mise en place d'un plafond fixe peut poser un problème d'équité. En effet,

différentes analyses sociologiques (Sayad, 1999) ont montré que l'appartenance à un groupe social modifie le rapport à la santé. Le diagnostic personnel de l'état de santé diffère en fonction du milieu social auquel l'assuré appartient. Les individus appartenant aux catégories sociales les moins favorisées se déclarent malades et débutent un parcours de soins lorsque leur état de santé est beaucoup plus détérioré par rapport aux catégories les plus favorisées. Plus on appartient à un milieu riche et instruit, plus on a tendance à se rendre fréquemment chez le médecin, à adopter des comportements préventifs et, lorsqu'une maladie se déclare, à consulter rapidement. Ainsi un plafond fixe pourrait prendre en charge des assurés à revenus élevés et bien portants mais ayant une propension importante à consommer des soins. De plus, une franchise indépendante du revenu pèse plus que proportionnellement sur les revenus faibles. L'effet incitatif sera donc plus important pour ces catégories de revenu.

Encadré 3

UN EXEMPLE DE MICROSIMULATION DANS LE CAS FRANÇAIS : LE MODÈLE DE ROCHAIX, FIUME-LACHAUD ET LETENO-LARGERON (1999)

Rochaix *et al.* (1999) ont simulé les effets de l'introduction d'une franchise sur la distribution des dépenses de santé restant à la charge des assurés sociaux avant toute prise en charge par une assurance complémentaire. Cette étude qui fait référence en microsimulation dans le domaine de la santé en France est basée sur l'Enquête Santé et Protection Sociale de 1998. Les auteurs simulent la mise en place d'une franchise annuelle sur les soins ambulatoires par ménage puis par individu dont le but est de réaliser une économie de 6 milliards de francs 1998.

Les simulations montrent tout d'abord qu'il n'est pas envisageable de garantir la gratuité des soins après le dépassement de la franchise. En effet ceci conduirait à fixer un montant de franchise par ménage de 5 000 francs (environ 760 euros) et à ne plus prendre en charge près de la moitié des familles d'assurés

sociaux ayant une dépense médicale non nulle. La deuxième conclusion importante de cette étude est que si l'on garde les taux de coassurance actuels au-delà de la franchise celle-ci s'élèverait alors à 950 francs par an soit environ 145 euros (en maintenant les cas d'exonération en deçà de la franchise elle serait de 1 125 francs (170 euros)). Suite à l'application d'une telle franchise un cinquième des familles d'assurés sociaux ayant une dépense médicale non nulle ne serait plus remboursées. La deuxième partie de l'analyse porte sur une franchise individuelle de l'ordre de 550 francs (83 euros). Face aux inégalités de revenu introduites par une franchise fixe Rochaix *et al.* mettent en place une modulation de la franchise en fonction du revenu. Pour générer une économie de 6 milliards de francs, la franchise devrait alors représenter 0,7 % du revenu annuel par unité de consommation

Tableau 2
Récapitulatif des scénarios retenus

	Scénarios					
	1 (1)	2 (1)	3 (1)	1R (2)	2R (2)	3R (2)
Franchise	50	100	200	0,3	0,6	1,2
Plafond	650	355	255	5,1	2,35	1,55

1. En euros.
2. En pourcentage du revenu annuel par unité de consommation.

Lecture : première colonne : une franchise de 50 euros permet de financer un plafond de reste à charge de 650 euros.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), calculs des auteurs

De même, en fixant un plafond de ticket modérateur annuel fixe, le montant restant à la charge de l'assuré dans la limite du plafond représente une plus grande part du revenu pour les assurés ayant des revenus modestes.

Ainsi, un deuxième type de scénario peut être simulé. En reprenant une méthodologie identique à celle utilisée pour une franchise et un plafond fixes (cf. graphique V), on obtient qu'une franchise fixée à 0,3 % du revenu annuel par unité de consommation dans un scénario « 1R » (respectivement 0,6 % et 1,2 % dans les scénarios 2R et 3R) permet de financer un plafond à 5,1 % du revenu annuel par unité de consommation (respectivement 2,35 % et 1,55 %)¹³ (cf. tableau 2). Dans le cas du scénario 1R, les montants moyens de la franchise et du plafond pour les individus appartenant au premier décile de revenu par UC s'élèvent respectivement à 19 euros et 321 euros. Ils s'avèrent environ 6,5 fois plus élevés pour le dernier décile et atteignent respectivement 123 euros et 2 087 euros (cf. graphique VI).

Trois critères d'évaluation des réformes

Les résultats des simulations seront analysés selon trois critères. Le premier est l'équité.

Les réformes proposées mènent-elles à un système de prise en charge plus équitable ? Cette étude s'appuiera sur l'analyse de la nouvelle participation financière du patient en proportion du revenu mais également de l'évolution de l'indice de Kakwani. Le second est la couverture du risque. Quel choix ferait un assuré averse au risque entre le statu quo et la réforme proposée ? Le troisième critère est le degré d'acceptabilité. Quelle est la proportion de perdants et de gagnants ? Combien perdent-ils ou gagnent-ils suite à la mise en place de ces réformes ?

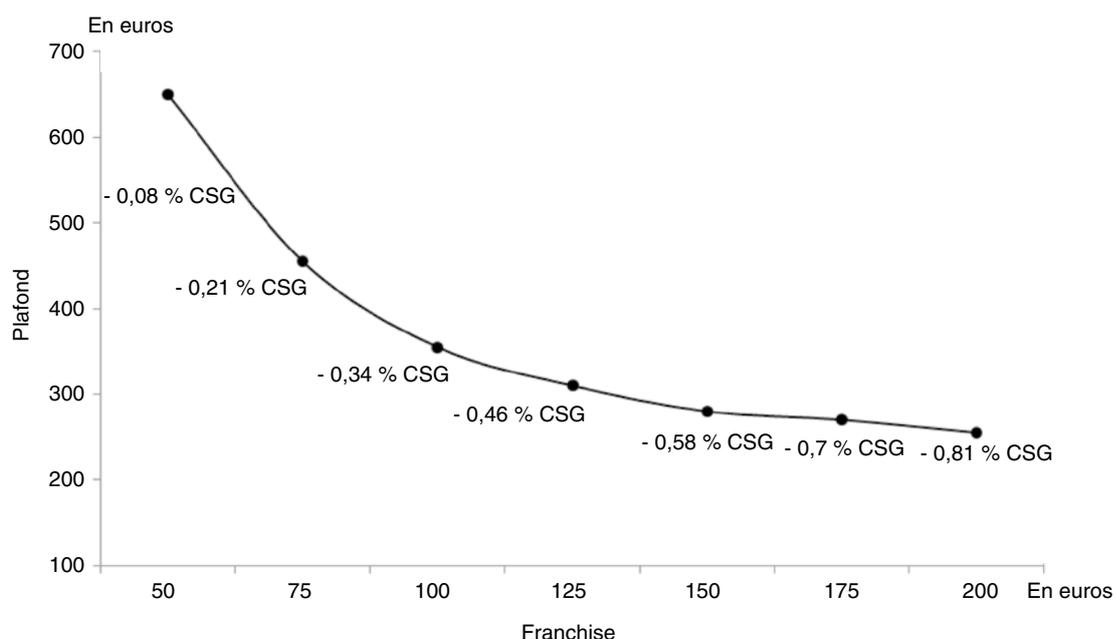
Équité : quelle évolution des taux de copaiement ?

Rendre plus équitable notre système de prise en charge des soins est un des objectifs de la réforme proposée. La comparaison du copaiement annuel¹⁴ en proportion du revenu dans

13. Du fait de la sous-estimation du revenu dans notre enquête, les valeurs des plafonds en proportion du revenu sont sans doute surestimées.

14. Le copaiement annuel correspond au ticket modérateur annuel pour la situation actuelle auquel on ajoute la franchise dans le cas des réformes simulées.

Graphique IV
Couples franchise/plafond fixes



Lecture : une franchise annuelle égale à 100 euros génère des économies représentant 0,34 point de CSG. Ces économies permettraient de financer un plafonnement à 355 euros du montant annuel du ticket modérateur.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

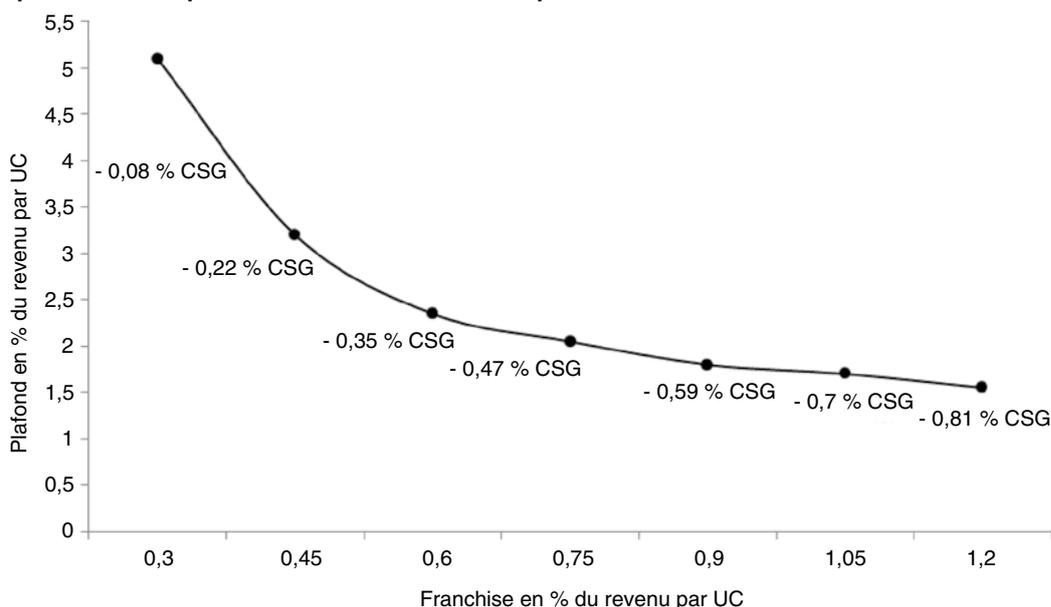
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

la situation actuelle et après la mise en place des réformes permet de juger si cet objectif est atteint. Les graphiques VII et VIII effectuent cette comparaison pour les scénarios 2 et 2R¹⁵.

On constate tout d'abord que les réformes proposées ont toutes un effet positif en termes

15. Les résultats détaillés pour chaque scénario ne seront pas tous présentés. Les auteurs les tiennent à disposition du lecteur.

Graphique V
Couples franchise/plafond en fonction du revenu par UC

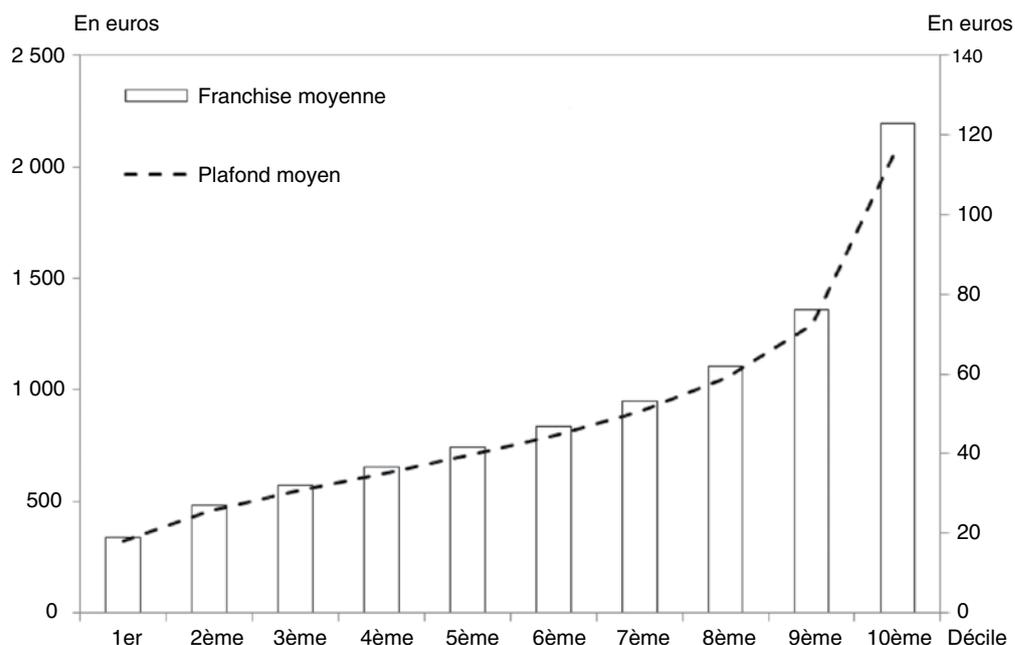


Lecture : une franchise annuelle égale à 0,6 % du revenu par unité de consommation génère des économies représentant 0,35 point de CSG. Ces économies permettraient de financer un plafonnement du ticket modérateur annuel à 2,35 % du revenu par unité de consommation.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Graphique VI
Montant moyen de la franchise et du plafond par décile de revenu par UC (scénario 1R)



Lecture : dans le scénario 1R, la franchise appliquée aux individus du 1^{er} décile (« 1^{er} » en abscisse) est de 19 euros (échelle de droite) et le plafond appliqué au ticket modérateur annuel est de 321 euros (échelle de gauche).

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

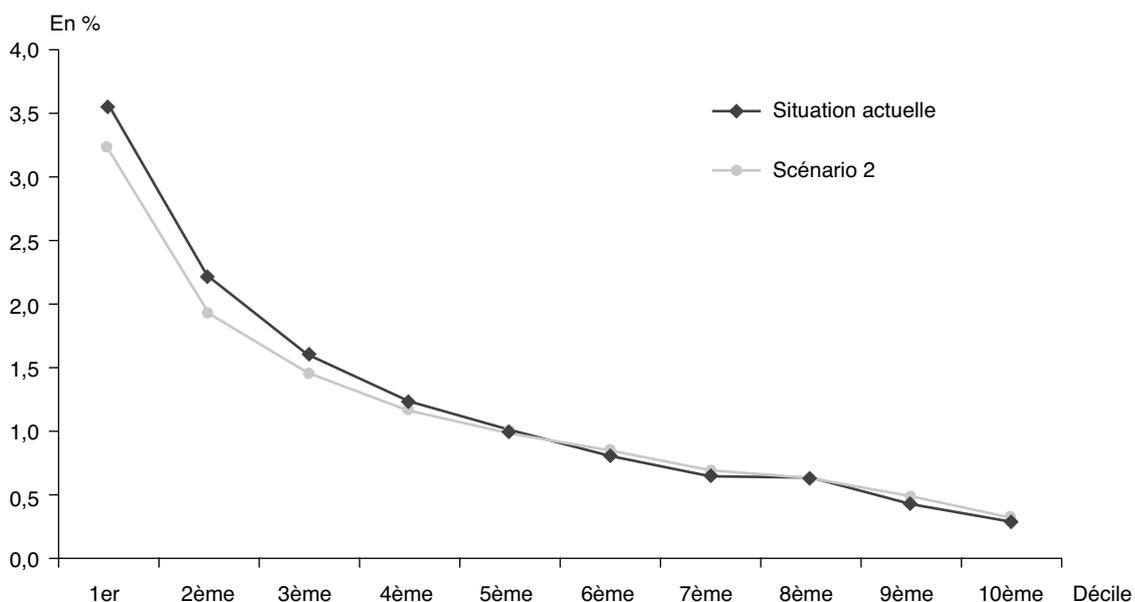
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

d'équité par rapport à la situation actuelle. Le copaiement annuel en proportion du revenu diminue pour les premiers déciles de la population. Alors que le ticket modérateur annuel représentait en moyenne 3,5 % du revenu pour le premier décile, cette part diminue à 3,2 %

dans le cas du scénario 2 et à 1,6 % dans le cas du scénario 2R.

Les scénarios prenant en compte le revenu ont, logiquement, un impact plus grand sur l'équité que les scénarios avec franchise et plafond fixes.

Graphique VII
Copaiement annuel en proportion du revenu par décile de revenu

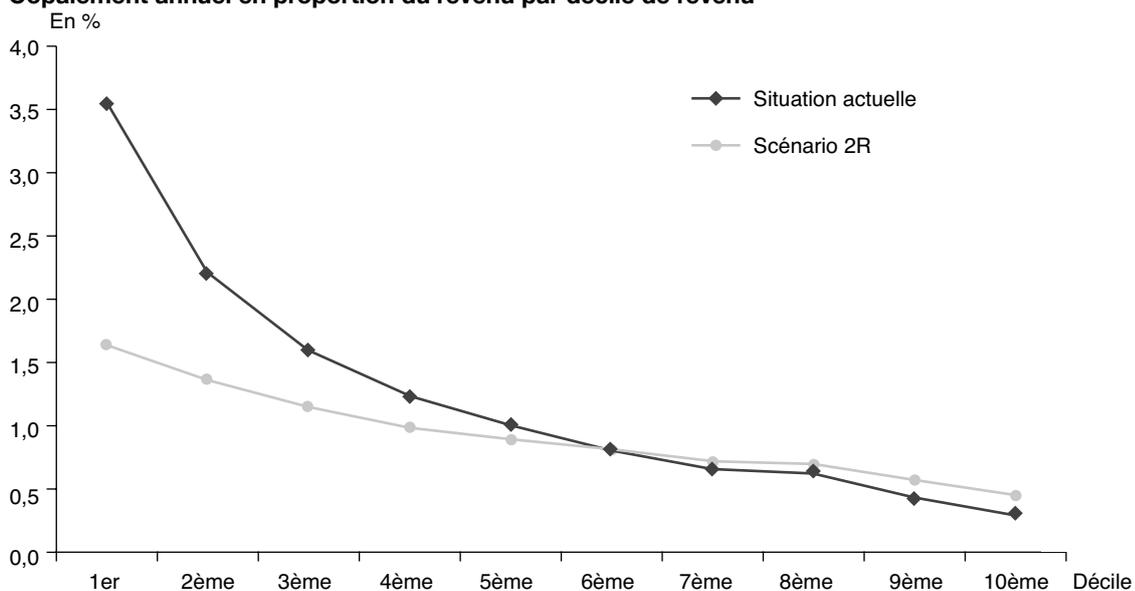


Lecture : dans le scénario 2, pour les individus du 1^{er} décile (« 1^{er} » en abscisse), le taux de co-paiement annuel des dépenses de santé s'établit à 3,2 % contre 3,5 % dans la situation sans réforme.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Graphique VIII
Copaiement annuel en proportion du revenu par décile de revenu



Lecture : dans le scénario 2R, pour les individus du 1^{er} décile (« 1^{er} » en abscisse), le taux de co-paiement annuel des dépenses de santé s'établit à 1,6 % contre 3,5 % dans la situation sans réforme.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Plus les revenus sont bas, plus la franchise et le plafond sont également faibles et inversement. Les assurés les plus aisés devront faire face à des franchises élevées et supporteront une large partie de leur dépense de soins au contraire des assurés aux revenus modestes.

L'intérêt d'une telle réforme en termes d'équité peut également être illustré par l'évolution de l'indice de Kakwani (cf. tableau 3). Dans tous les scénarios étudiés, l'indice de Kakwani diminue en valeur absolue. Comme nous pouvions nous y attendre, les scénarios qui prennent en compte le revenu engendrent une amélioration

plus grande de l'équité verticale de notre système de remboursement.

L'analyse graphique des courbes de concentration montre cependant que le système de remboursement reste régressif. Les courbes de concentration des nouveaux copaiements annuels restent systématiquement au-dessus de la courbe de Lorenz. Seul le scénario 3R fait exception : la courbe de concentration des nouveaux copaiements annuels suite à la mise en place du scénario 3R coupe la courbe de Lorenz (cf. graphique IX). Le système de remboursement qui en résulte est donc légèrement

Tableau 3
Évolution de l'indice de Kakwani

	Situation actuelle	Franchise/Plafond fixes			Franchise/Plafond en fonction du revenu par UC		
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 1R	Scénario 2R	Scénario 3R
Indice de Kakwani	- 0,25	- 0,23	- 0,21	- 0,2	- 0,17	- 0,08	- 0,02
Différence (1)		- 0,02	- 0,04	- 0,05	- 0,08	- 0,17	- 0,23

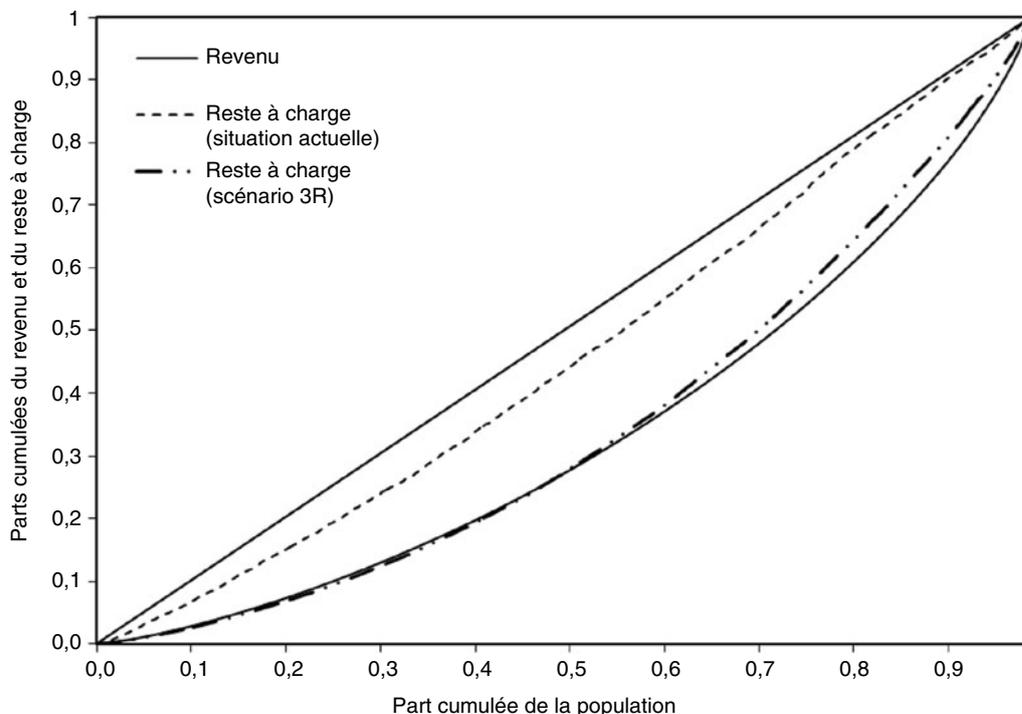
1. Différence entre l'indice relatif à l'un des scénarios et l'indice relatif à la situation actuelle.

Lecture : dans la situation actuelle, l'indice de Kakwani s'élève à - 0,25. À la suite de la mise en place du scénario 3, l'indice de Kakwani atteint - 0,2. La différence des indices de Kakwani entre la situation actuelle et la situation où le scénario 3 serait mis en place est alors de - 0,05 (deuxième ligne, colonne scénario 3).

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), calculs des auteurs.

Graphique IX
Courbes de concentration du revenu et du copaiement annuel, scénario 3R



Lecture : avec le scénario 3R, les 20 % les moins riches touchent 7 % de l'ensemble des revenus mais versent 6,8 % de l'ensemble des restes à charge supportés par les ménages.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

progressif jusqu'à l'intersection des deux courbes, puis régressif. En effet, avant l'intersection, la part du ticket modérateur annuel dans le revenu est inférieure à la capacité contributive des assurés. Après l'intersection, cette part devient supérieure à la capacité contributive. Le scénario 3R permet donc une redistribution des assurés les plus riches vers les plus pauvres comme le ferait, par exemple, une CSG progressive, et non plus seulement proportionnelle aux revenus.

Un système qui améliore la couverture du risque

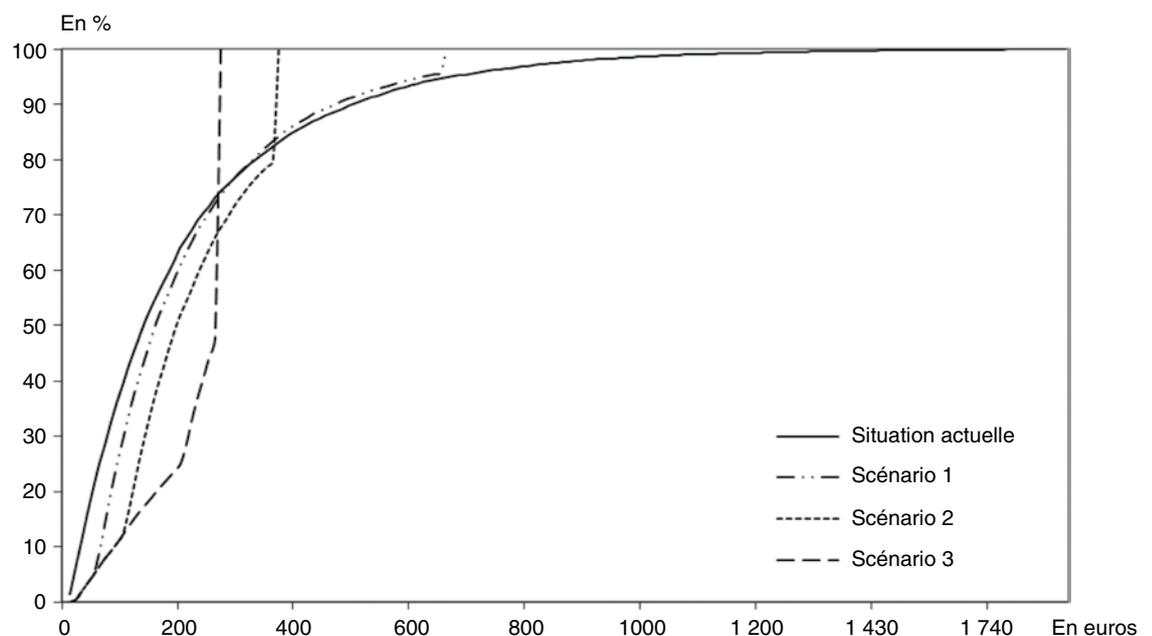
Garantir une meilleure couverture du risque maladie est le deuxième objectif de la réforme. Le ticket modérateur engendre une mauvaise prise en charge des soins longs et coûteux. En mettant en place un plafond de copaiement annuel, on tente de diminuer cet effet négatif du ticket modérateur. Cependant, en introduisant une franchise pour le financer, on diminue la couverture du risque maladie sur les premières dépenses de soins. Il est donc important de définir quel système de remboursement serait préférable pour les assurés.

Pour effectuer cette analyse, on se place derrière le voile d'ignorance. On compare les différents

systèmes de remboursement lorsque la personne n'a pas d'information sur son état de santé : sa dépense de santé est alors une variable aléatoire dont la distribution est supposée la même pour tout individu. La question est de savoir, pour ce qui nous concerne, si la distribution des restes à charge annuels est plus ou moins risquée selon le système de remboursement actuel ou selon le système « réformé ». Comme par construction (budget constant), ces distributions ont la même moyenne, on peut dire que l'une est moins risquée que l'autre si elle la domine stochastiquement à l'ordre 2. Rothschild et Stiglitz (1970) ont en effet montré que dans une telle situation, tout individu averse au risque préfère faire face à la distribution qui domine l'autre, et qu'il est donc légitime d'appeler « moins risquée ». Il y a dominance stochastique d'ordre 2, notamment, lorsque les distributions cumulées ne se croisent qu'une fois.

Les simulations montrent que l'ensemble des réformes proposées dominant stochastiquement à l'ordre 2 la situation actuelle (cf. graphiques X et XI). Un individu averse au risque placé derrière le voile d'ignorance préférera donc chaque réforme à la situation actuelle. La nouvelle couverture du risque maladie est meilleure que celle offerte dans la situation actuelle. L'intuition

Graphique X
Distribution cumulée des copaiements annuels (franchises/plafonds fixes)



Lecture : dans le scénario 2, aucun assuré ne fait face à un copaiement annuel supérieur à 355 euros, alors que c'est le cas d'environ 17 % d'entre eux dans la situation actuelle.

Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

sous-jacente à ce résultat est assez simple. Un individu averse au risque qui ne connaît pas son état de santé préférera les réformes pour la simple et bonne raison qu'il voudra se couvrir contre les risques catastrophiques. Par exemple, dans le cas du scénario 2, le risque d'acquitter un copaiement annuel supérieur à 355 euros est supprimé (cf. graphique X). Conserver le système actuel c'est s'exposer au risque d'avoir à payer un copaiement annuel important et, par conséquent, au risque de s'appauvrir en cas d'épisodes de soins coûteux.

Gagnants vs perdants

On étudie enfin les proportions de gagnants et perdants suite à la modification du système actuel (cf. tableau 4). Contrairement à l'analyse précédente en termes de risque, la simulation se place ici dans une logique *ex post*, situation dans laquelle chaque patient connaît sa dépense annuelle de soins et sa participation financière.

Pour chaque réforme la proportion de perdants est fortement supérieure à celle de gagnants.

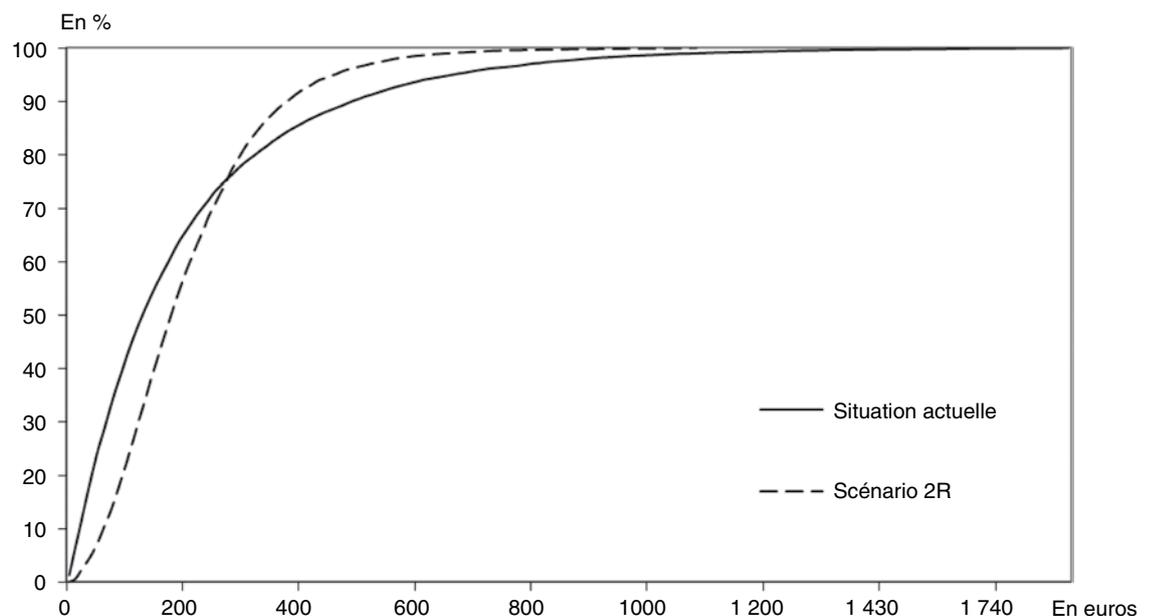
Tableau 4
Les gagnants et les perdants de chaque scénario

	Gagnants/Perdants (1)	Gain moyen (2)	Perte moyenne (3)
Scénario 1	24/76	91	27
Scénario 2	20/80	232	54
Scénario 3	27/73	245	92
Scénario 1R	26/74	87	31
Scénario 2R	21/79	221	60
Scénario 3R	30/70	233	105

1. En %
2. En euros, moyenne calculée sur les gagnants.
3. En euros, moyenne calculée sur les perdants.

Lecture : dans le cas du scénario 1, 24 % des individus gagnent à la suite de la mise en place d'une franchise de 50 euros et un plafond de 650 euros. Avec ce scénario, le gain moyen des gagnants s'élève à 91 euros et la perte moyenne des perdants à 27 euros.
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), calculs des auteurs.

Graphique XI
Distribution cumulée des copaiements annuels (Scénario 2R)



Lecture : dans le scénario 2R, le copaiement annuel est inférieur à 400 euros pour 92 % de la population. Dans la situation actuelle, ce n'est le cas que pour environ 86 % de la population.
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Dans le cas du scénario 2, on compte 20 % de gagnants contre 80 % de perdants. C'est le prix à payer pour introduire une plus grande solidarité dans notre système de prise en charge des soins. En effet, ces réformes instituent une plus grande solidarité entre les assurés en bonne santé et ceux qui traversent un épisode de maladie coûteux. Et c'est justement cette solidarité qui comporte des failles dans notre système de remboursement actuel et qui rend notre système de prise en charge parfois inefficace. Elle s'exprime par des gains importants pour les assurés devant faire face à des épisodes de maladie coûteux. Toujours dans le cas du scénario 2, ce gain s'élève à 232 euros en moyenne. Les perdants subissent, eux, une perte moyenne de cinquante-quatre euros, somme toute assez faible.

On constate ensuite un plus grand nombre de gagnants dans le scénario 1 que dans le scénario 2 alors que le plafond est plus élevé dans le scénario 1 (cf. tableau 4). La mise en place d'un ticket modérateur unique de 30 % permet à certains assurés d'enregistrer des gains, même s'ils ne sont pas pris en charge par le plafond, du seul fait de la baisse de leur ticket modérateur. En effet, le ticket modérateur moyen sur les soins courants est de 35 %. Pour certains, le gain enregistré grâce à la mise en place d'un ticket modérateur unique est donc plus fort que la perte due à la franchise, notamment dans le scénario 1, où le montant de la franchise est faible. Lorsque la franchise est de 100 euros et 200 euros, il s'estompe et disparaît même. Les gains d'un ticket modérateur unique ne compensent plus, pour aucun assuré, les pertes dues à la franchise.

Ces réformes permettent bel et bien une meilleure prise en charge des assurés dont l'état de santé nécessite des soins coûteux (cf. tableau 5). Dans le cas du scénario 2, ce sont 25 % des ALD, 46 % des 70-79 ans et 41 % des assurés déclarant leur état de santé comme mauvais ou très mauvais qui profitent de cette réforme. Leurs gains moyens sont conséquents : 316 euros pour les premiers, 285 euros pour les seconds et jusqu'à 400 euros pour les derniers. Les catégories de la population qui ont des risques maladies plus faibles perdent dans leur grande majorité à l'instauration de ce nouveau système de remboursement. Seuls 4 % des 5-20 ans et 10 % des 21-39 ans jouissent d'une amélioration de leur couverture des soins. Lorsqu'ils sont pris en charge par le plafond, leur gain moyen est également plus faible. Il est de 141 euros pour les premiers et 144 euros pour les seconds. Enfin, les femmes profitent

davantage du plafond que les hommes. Elles sont un peu moins d'une sur quatre à profiter de cette réforme pour un gain moyen de 236 euros contre 15 % des hommes dont le gain moyen s'élève à 224 euros. Parallèlement, la proportion de gagnants et de perdants s'avère équivalente quel que soit le décile de revenu par UC avec une proportion de gagnants d'environ 20 %. Le gain moyen des premiers déciles de revenu est légèrement supérieur aux gains des derniers déciles (cf. tableau 5).

En somme, même si un dispositif de type franchise/plafond instaure de fait tant une meilleure couverture contre les risques qu'une plus grande solidarité entre malades et biens portants, ou entre jeunes et personnes âgées, une large part de la population pourrait s'opposer à cette réforme. Dans un premier temps, certains assurés se sentiront lésés (on pense aux jeunes actifs en bonne santé) même s'ils sont susceptibles un jour de jouir de cette plus grande solidarité. Une étude de la distribution des pertes permet de rendre compte plus précisément de l'effort demandé aux perdants. Dans le scénario 2 (cf. graphique XII), 80 % des perdants ont une perte inférieure à 72 euros en valeur absolue, 20 % à 35 euros. Dans le scénario 2R (cf. graphique XIII), 80 % des perdants ont une perte inférieure à 87 euros, 20 % à 27 euros. Dans le cas du scénario 3, où la franchise est la plus élevée (200 euros), 20 % des perdants ont une perte inférieure à 43 euros, et 50 % à 98 euros. Ainsi, certains perdants, du fait de pertes assez faibles, pourraient être neutres à ces réformes même si la franchise instaurée est d'un montant important (100€).

* *
*

La diminution du déficit de l'Assurance Maladie est devenue l'objectif principal de nombreuses réformes depuis ces trente dernières années. Depuis le plan Barre (1976), on dénombre pas moins de 25 réformes (Geoffard, 2006b). Ces réformes ont eu pour effet la mise en place des instruments de maîtrise comptable des dépenses. Parallèlement, elles ont également cherché à accroître les incitations financières pesant sur le patient par le biais de hausses du ticket modérateur ou dernièrement par la mise en place de franchises médicales. Même si ces tentatives cherchent légitimement à diminuer l'aléa moral, conséquence directe de l'asymétrie d'information qui existe entre l'assuré et

l'assureur, il n'en demeure pas moins qu'elles ont introduit des failles dans notre système de remboursement actuel, notamment au niveau de la prise en charge des assurés sociaux ayant de fortes dépenses (personnes âgées, ALD).

Dans le but d'atténuer ce phénomène, nous avons étudié une réforme qui consiste à instaurer un système de plafond de ticket modérateur annuel. Ce plafond permet, comme nous l'avons montré, une réelle amélioration de la prise en charge des patients ayant des dépenses

importantes. Leur risque maladie est en effet mieux couvert. Ce système permet également de rendre plus efficace les incitations financières par l'instauration d'une franchise annuelle non réassurable par les organismes complémentaires. Celle-ci constituerait à la fois un mécanisme incitatif efficace mais également un mode de financement à ce plafond.

Nous avons simulé deux types de scénario à budget constant pour l'Assurance Maladie : franchise et plafond fixes, franchise et plafond

Tableau 5
Analyse gagnants et perdants, Scénario 2

	Gagnants (1)	Gain moyen (2)	Perte moyenne (3)
Population exemptée de ticket modérateur			
NON ALD	18	215	51
ALD	25	316	84
Âge			
0-5	6	147	48
5-20	4	141	55
21-39	10	144	52
40-49	18	201	52
50-59	29	223	55
60-69	39	270	60
70-79	46	285	69
80 et plus	44	318	75
État de santé déclaré			
Bon/Très bon	18	189	52
Moyen	40	278	62
Mauvais/Très mauvais	41	399	80
Sexe			
Homme	15	224	54
Femme	23	236	55
Revenu			
1 ^{er} décile	18	263	54
2 ^{ème} décile	18	253	54
3 ^{ème} décile	19	247	55
4 ^{ème} décile	20	246	54
5 ^{ème} décile	21	197	55
6 ^{ème} décile	17	211	54
7 ^{ème} décile	20	225	54
8 ^{ème} décile	18	206	55
9 ^{ème} décile	21	238	56
10 ^{ème} décile	21	232	55
1. En %			
2. En euros, moyenne calculée sur les gagnants.			
3. En euros, moyenne calculée sur les perdants.			

Lecture : Dans le cas du scénario 2, 25 % des ALD, 46 % des 70-79 ans et 41 % des assurés déclarant leur état de santé comme mauvais ou très mauvais gagnent. Leurs gains moyens sont s'élevés à 316 euros pour les premiers, 285 euros pour les seconds et 399 euros pour les derniers.

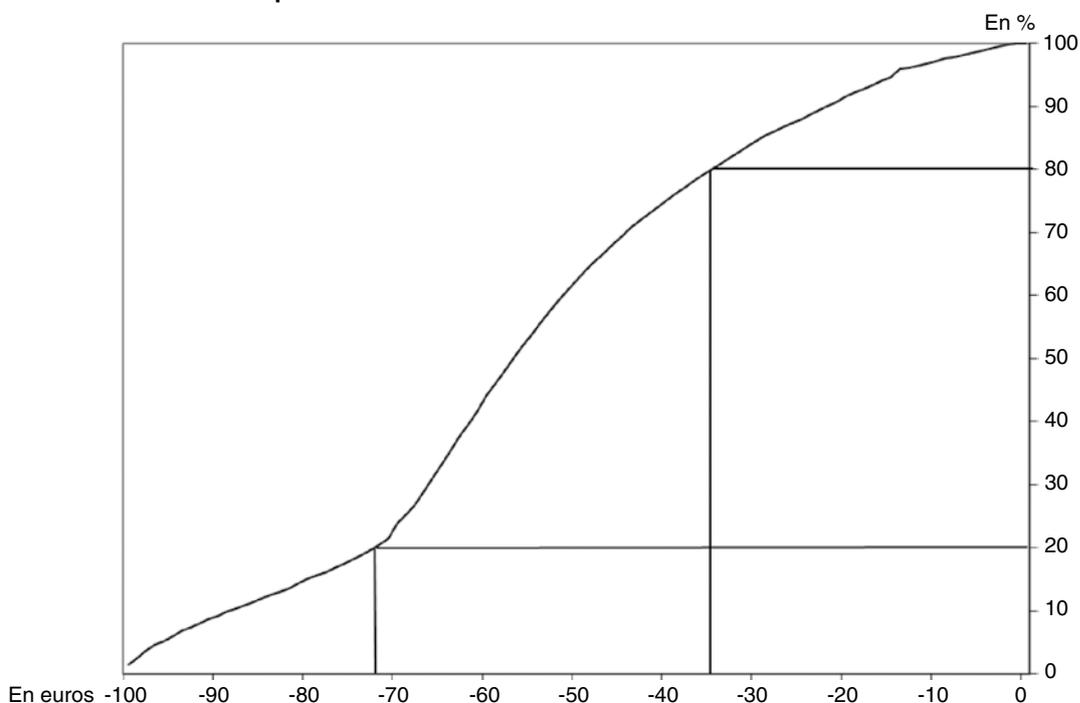
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.

Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), calculs des auteurs.

en proportion du revenu. Ces réformes introduisent une plus grande solidarité entre malades et biens portants, et offrent une meilleure couverture du risque maladie. Cependant, les trans-

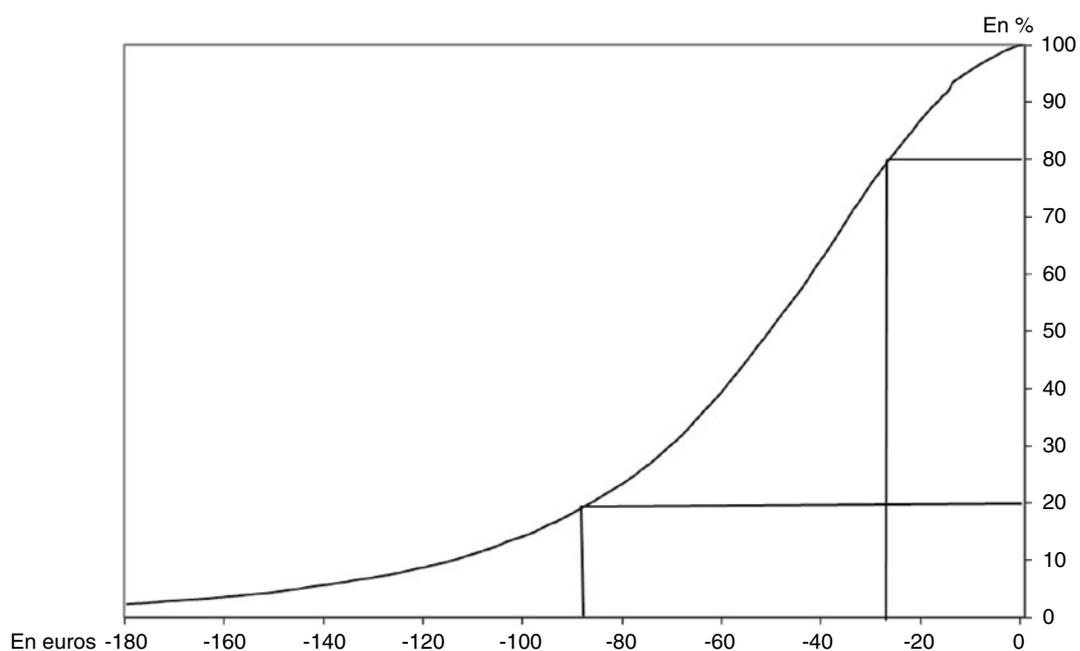
ferts qu'elles induisent par rapport à la situation actuelle entraînent des perdants et des gagnants, et les premiers sont bien plus nombreux à subir les franchises que les seconds à bénéficier des

Graphique XII
Distribution cumulée des pertes : Scénario 2



Lecture : dans le scénario 2, 80 % des perdants ont une perte inférieure à 72 euros en valeur absolue.
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Graphique XIII
Distribution cumulée des pertes : Scénario 2R



Lecture : dans le scénario 2R, 80 % des perdants ont une perte inférieure à 87 euros en valeur absolue.
Champ : personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et résidant en France métropolitaine.
Source : enquête Santé 2003 (Insee) appariée au Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

plafonds. Pour autant, comme nous l'avons souligné, une étude longitudinale permettrait de mener une analyse plus précise du degré d'acceptabilité de ces réformes.

On pourra dans le futur enrichir cette analyse sur plusieurs points. Tout d'abord, ces réformes pourraient être mises en place selon d'autres critères que le revenu comme l'état de santé ou le nombre de personnes appartenant au ménage ou sur un autre champ de dépenses qui prendrait en compte à la fois les dépenses

en ville mais également hospitalières. Ensuite, un prolongement de notre analyse, à partir de microsimulations à comportement endogène, viserait à prendre en compte les modifications de comportements des assurés à la suite de cette réforme. Enfin, cette réforme ne prend pas en compte les dépassements d'honoraires qui constituent une autre barrière à l'accès aux soins. Il conviendrait donc d'étudier l'articulation entre une régulation des dépassements d'honoraires avec cette réforme du système de remboursement des soins. □

BIBLIOGRAPHIE

Arrow K.J. (1963), « Uncertainty and the medical welfare economics of medical care », *American Economic Review*, vol. 53, n° 5, pp. 941-973.

Blomqvist A.G. (1997), « Optimal non-linear health insurance », *Journal of Health Economics*, vol. 16, n° 3, pp. 303-321.

Bourguignon F. et Spadaro A. (2006), « Microsimulation as a tool for evaluating redistribution Policies », *Journal of Economic Inequality*, vol. 4, n° 1, pp. 77-106.

Bras P-L., Grass E. et Obrecht O. (2007), « En finir avec les affections de longue durée (ald), plafonner les restes à charge », *Droit social*, vol. 4.

Briet R., Fragonard B. et Lancry P-J. (2007), *Rapport sur la mission bouclier sanitaire*, <http://www.sante-sports.gouv.fr/>.

Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M. et Perronin M. (2004), « Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France », *Health Economics*, vol. 13 n° 7, pp. 669-87.

Caussat L. et Glaude M. (1993), « Dépenses médicales et couverture sociale », *Économie et Statistique*, n° 265, pp. 31-44.

Chiappori P-A., Durand F. et Geoffard P-Y. (1998), « Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment », *European Economic Review*, vol. 42, n° 3-5, pp. 499-511.

Dourgnon P., Jusot F., Desprès C. et Fantin R. (2011), « Dépense de santé et accès financier aux

services de santé : une étude du renoncement aux soins », *Les comptes nationaux de la santé 2010*, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-depense.pdf.

Ehrlich I. et Becker G.S. (1972), « Market insurance, self-insurance, and self-protection », *Journal of Political Economy*, vol. 80, pp. 623-648.

Feldstein M.S. (1970), « The rising price of physician services », *Review of Economics and Statistics*, vol. 52, n° 2, pp. 121-133.

Feldstein M.S. et Friedman B. (1977), « Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis. » *Journal of Public Economics*, vol. 7, n° 2, pp. 155-178.

Gardiol L., Geoffard P.Y. et Grandchamp C. (2005), « Separating selection and incentives effects in health insurance », *PSE working paper*, n° 2005-38.

Geoffard P.Y. (2000), « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Économie et Prévision*, vol. 142, n° 1, pp. 123-136.

Geoffard P.Y. (2006a), « Incentive and selection effects in health insurance », *Chap. 10 in Elgar Companion to Health Economics*, Andrew Jones, Elgar.

Geoffard P.Y. (2006b), *La lancinante réforme de l'assurance maladie*. Edition rue d'Ulm, Paris.

Grignon M. et Kambia-Chopin B. (2010), « Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 153.

- Jusot F., Wittwer J. et Guthmuller S. (2011)**, « Le recours à l'aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », *Questions d'économie de la santé*, n° 162.
- Emmett B., Keeler, D.A. et Rolph, J.E. (1977)**, « The choice between family and individual deductibles in health insurance policies », *Journal of Economic Theory*, vol. 16, n° 2, pp. 220–227.
- Lachaud-fiume C., LARGERON-Leténo, C. et ROCHAIX L. (1998)**, « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale », *Économie et Statistique*, n° 315, pp. 51–72.
- Lagasnerie, de G. (2012)**, « Évaluation de modifications du système de remboursement des soins, enseignements de la maquette ISIS », *Document de Travail de la DG Trésor*, n° 2012/04.
- Lambert P.J. (1985)**, « Tax Progressivity: a Survey of the Literature », Institute for Fiscal Studies, *Working Paper*, n° 56, London.
- Manning W.G. et Marquis M.S. (1996)**, « Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard », *Journal of Health Economics*, vol. 15, n° 5, pp. 609–639.
- Newhouse J.P., Keeler E.B. et Phelps C.E. (1977)**, « Deductibles and the demand for medical services: the theory of consumer facing a variable price schedule under uncertainty », *Econometrica*, vol. 45, n° 3, pp. 641–656.
- Newhouse J. et The Insurance Experiment Group (1993)**, *Free for all? Lessons from the Health Insurance Experiment*. Cambridge, Harvard University Press, 1993.
- Pauly M.V. (1968)**, « The economics of moral hazard. Comment », *The American Economic Review*, vol. 58, pp. 531–537.
- Rothschild M. et Stiglitz J. (1970)**, « Increasing risk: I. a definition », *Journal of Economic Theory*, vol. 2, n° 3, pp. 225–243.
- Sayad A. (1999)**, « *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré* », Seuil, Paris.
- Stanciole A.E. (2007)**, « Health insurance and life style choice: identifying the ex ante moral hazard », *IRISS working paper studies*, n° 2007-10.
- Van Doorslaer E., Wagstaff A. et Rutten, R. eds. (1993)**, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Wilson C. (1977)**, « Model of insurance market with incomplete information », *Journal of Economic Theory*, vol. 16, pp. 167–202.
- Zeckhauser R. (1970)**, « Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives », *Journal of Economic Theory*, vol. 2, pp. 10–26.

