

# questions

## d'économie de la santé

analyses

### Repères

La dispense d'avance de frais, ou tiers-payant, déjà largement pratiquée par l'assurance complémentaire, est sans doute amenée à s'étendre encore dans le champ de l'assurance sociale. Elle est retenue dans le projet de médecin référent, pour la couverture maladie obligatoire et la carte Paris-santé.

Cette étude, financée par la Fédération Nationale de la Mutualité Française, s'appuie sur le fichier d'appariement EPAS-ESPS 1995.

L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) regroupe, en 1995, et de façon quasi exhaustive, le détail des dépenses de santé remboursées au cours de l'année, d'un panel d'assurés du régime général et de la CANAM.

L'enquête Santé Protection Sociale (ESPS), réalisée par le CREDES, apporte des informations sur les caractéristiques socio-économiques, la couverture maladie et l'état de santé des enquêtés.

### Le tiers-payant est-il inflationniste ?

*Paul Dourgnon, Michel Grignon*

Qui recourt au tiers-payant ? Les personnes ayant recours au tiers-payant ont-elles des dépenses de santé supérieures aux autres ? L'impact du tiers-payant est-il le même selon le revenu de l'assuré ?

Le système de tiers-payant, appelé également dispense d'avance de frais, s'est fortement développé ces dernières années pour l'acquisition de pharmacie. En 1995, 6 ordonnances sur 10 sont remboursées en tiers-payant. Ce terrain d'observation nous a permis d'analyser les répercussions de ce mode de prise en charge sur la dépense de santé. En premier lieu, nous avons constaté que le recours au tiers-payant est lié à la présence d'ordonnances très coûteuses et par conséquent à l'importance que celles-ci font peser sur la trésorerie des assurés. D'autre part, nous avons noté que s'il est vrai que le tiers-payant augmente la dépense de santé, cette progression ne s'observe que parmi les personnes à bas revenus, leur permettant de rattraper le niveau de dépense des plus aisés. Plutôt qu'un effet inflationniste, le tiers-payant a donc un réel effet de justice sociale, limitant le renoncement aux soins pour raisons financières.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris  
Téléphone : 01 53 93 43 02/17  
Télécopie : 01 53 93 43 50  
E-mail : document@credes.fr  
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :  
Dominique Polton

Rédactrice en chef :  
Nathalie Meunier

Secrétaire maquettiste :  
Khadidja Ben Larbi

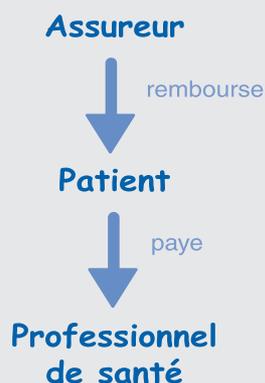
ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an  
Environ 10 à 15 numéros par an

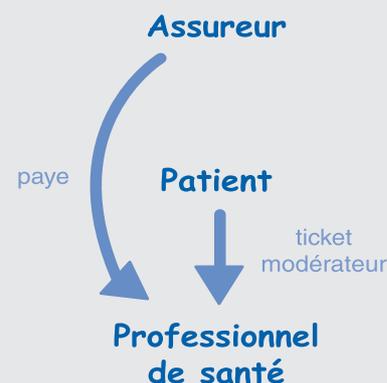
**Prix : 30 F**

### Les mécanismes de l'avance de frais et du tiers-payant

#### AVANCE DE FRAIS



#### TIERS-PAYANT



L'avance de frais est un mode de paiement des soins typiquement français : le patient s'acquitte auprès du professionnel du total du prix, puis se tourne vers son assurance pour se faire rembourser la part prise en charge (voir schéma).

Les autres systèmes, y compris les réseaux de soins privés américains, pratiquent toujours le paiement direct du professionnel de santé par l'assurance. On parle alors de remboursement en tiers-payant, le tiers payeur étant en l'occurrence l'assurance.

### Quel argument économique justifie l'avance de frais ?

Pourquoi l'avance de frais ? Le premier type d'argument tient à la relation particulière entre le soignant et le patient et à l'implication de ce dernier dans le processus thérapeutique, la relation monétaire directe entre le médecin et l'assuré permettant d'améliorer l'observance et, donc, l'efficacité des soins.

2 Mais il existe aussi un argument d'ordre économique : l'avance de frais agirait comme un frein à la surconsommation en faisant prendre conscience au patient du coût des soins qu'il engage ou se fait prescrire. Dans une logique plus économique, en pesant

### Sources des données

Nous disposons d'un fichier consignait les consommations pharmaceutiques effectuées pendant l'année 1995 par des assurés du régime général et du régime des indépendants. Ces données issues des caisses de sécurité sociale sur les consommations présentées au remboursement ont été complétées par une enquête auprès des ménages, ce qui nous permet, pour un individu donné, de retracer le détail de sa consommation médicale sur une année, dans la mesure où elle est remboursable et présentée au remboursement, mais aussi de disposer d'un assez large éventail d'informations sur sa situation socio-économique, sa santé, et sa couverture santé.

Les données de sécurité sociale sont issues de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), mis à la disposition du CREDES par la CNAMTS.

Ce panel regroupe 1/1200<sup>ème</sup> des assurés du régime général, ainsi que des assurés CANAM (professions indépendantes), couvrant la totalité du territoire depuis 1990. Il est représentatif en 1995, de 90 % des ménages ordinaires de France métropolitaine. Le fichier EPAS contient de façon quasi exhaustive le détail des dépenses annuelles de santé par individu. Notons que les dépenses de parapharmacie ne sont pas prises en compte, le fichier ne concernant que les dépenses remboursées, mais ce défaut est transparent dans une étude sur le tiers-payant. Il dispense de plus quelques informations sur l'individu : sexe, caractéristiques de la couverture santé (exonérations), type de soins (pharmacie, généraliste...), type d'acte (acte de spécialiste, acte chirurgical, visite, indemnité kilométrique...), exécutant (chaque médecin, pharmacien, auxiliaire de soins possède un identifiant), date de prescription (mais il y aurait parfois confusion entre cette date et la date de remboursement au moment de la saisie), montant et la décomposition de la dépense (total dû, total payé effectivement, ticket modérateur, montant remboursé, dépassement), variable indiquant le paiement par tiers-payant.

L'enquête Santé et Protection Sociale permet de compléter ces informations centrées sur les dépenses de santé, par des informations sur l'assuré lui-même et le ménage auquel il appartient. On y trouve, pour chacun des membres d'un ménage, des caractéristiques socio-économiques telles que âge, taille du ménage, revenu, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études, informations sur la couverture santé, telles que couverture complémentaire, exonérations diverses (Aide médicale Gratuite, exonération pour Affection Longue Durée...), informations sur l'état de santé, telles que pronostic vital, handicaps, affections codées selon la Classification Internationale des Maladies.

### Modélisation du niveau d'utilisation du tiers-payant : principaux résultats

#### Caractéristiques de l'assuré

#### Influence sur la probabilité de recours au tiers-payant

Fort % de dépenses inférieures à 75F	▲
Fort % de dépenses supérieures à 1 000F	▲▲
Non scolarisé	▲
Etudes supérieures	▲
Revenu supérieur à 6 000F par U.C.	▲▲
Agé de plus de 65 ans	▲▲
Bénéficiaire de l'Aide médicale (AMG)	▲▲
Bénéficiaires d'autres exonérations	▲▲

sur leur trésorerie, elle jouerait un rôle de partage des coûts analogue au ticket modérateur.

### L'acquisition de produits pharmaceutiques est principalement réa-lisée par tiers-payant

Qui recourt au tiers-payant ? A notre connaissance, la question n'a jamais été abordée sous l'angle économétrique, mais a fait l'objet de considérations normatives *a priori*. Il est vrai que, jusqu'à un passé récent, l'avance de frais était en France la norme quasi universelle. Le tiers-payant, intitulé du reste "dispense d'avance de frais", était réservé

à des populations très particulières, qui bénéficiaient d'autres dérogations au droit commun de la sécurité sociale, notamment l'exonération du ticket modérateur. Si leur consommation était affectée par la dérogation, il était difficile de séparer l'effet propre du tiers-payant de celui des autres dérogations. Au milieu des années 90, le tiers-payant pharmaceutique offre un terrain d'analyse intéressant. En effet, depuis 1982, les officines sont autorisées à proposer le tiers-payant à leurs clients, sans condition d'éligibilité autre que celle d'être assuré social, et cette pratique s'est répandue dans le courant des années 90. En 1995, 6 ordonnances pharmaceutiques sur 10 environ sont réglés en tiers-payant. On peut alors différencier l'impact du tiers-payant de celui des autres dérogations portant sur les prix (exonération du ticket modérateur).

En 1995, le régime général a remboursé 59,9 milliards de francs de médicament (source Cnamts, 1996). D'après notre fichier (voir encadré ci-contre), 75% du montant total des remboursements de médicament, soit environ 44 milliards de francs, sont pris en charge en tiers-payant. Selon cette même source, un consommateur moyen de pharmacie présente au remboursement 7,4 ordonnances, dont 4,6 en tiers-payant, soit plus de la moitié. Un gros tiers (37 %) des assurés n'ont jamais recours au tiers-payant, et 34 % y ont recours systématiquement.

**Le recours au tiers-payant est fortement lié au montant de l'ordonnance et au revenu de l'assuré**

Le tableau présenté ci-contre résume les effets, toutes choses égales par ailleurs, des facteurs susceptibles d'expliquer le recours au tiers-payant pharmaceutique (voir encadré ci-contre). Il apparaît que :

- **la couverture complémentaire** ne semble pas influencer le recours au tiers-payant pharmaceutique ;

- en revanche la présence **d'exonérations du ticket modérateur**, pour des raisons médicales ou sociales, joue fortement. Ce résultat semble assez naturel, l'exonération médicale étant liée à une fréquentation régulière de l'officine, et l'exonération sociale étant liée réglementairement au tiers-payant ;

- **le recours au tiers-payant diminue avec le revenu par unité de consommation** ce qui semble indiquer que le tiers-payant aide des ménages à la trésorerie plus contrainte ;

- plus étonnant, à revenu égal, **le niveau d'études joue un rôle négatif**. On pouvait penser en effet qu'un niveau d'études plus élevé, à revenu égal, pouvait correspondre à une meilleure information sur le système de remboursement et de prise en charge ;

- on remarque aussi que, toutes choses égales par ailleurs, **les personnes plus âgées tendent à y recourir moins**. On pourrait certes attribuer cette tendance à une inertie plus grande des comportements des personnes âgées (qui hésiteraient à remplir les formalités ou à changer d'officine), mais, en matière de tiers-payant, cette inertie pourrait tout aussi bien expliquer une capacité supérieure à passer au tiers-payant (l'officine proposant ce système prioritairement à ses clients réguliers). Une explication alternative, plus convaincante, est à chercher du côté de la trésorerie du ménage : les études de consommation des ménages montrent que la trésorerie des personnes âgées est, à revenu égal, moins contrainte.

- enfin, et c'est là sans doute le résultat principal, la structure des dépenses est liée au taux de recours au tiers-payant : un assuré **a d'autant plus de chances de recourir au tiers-payant** dans l'année **qu'il doit faire face à une forte proportion d'ordonnances coûteuses**. En revanche, pour les ordonnances peu coûteuses, le recours au tiers-payant n'est pas corrélé à une augmentation du nombre d'ordonnances.

### Méthode :

#### comment estimer l'impact du tiers-payant sur la dépense ?

Selon une méthode économétrique classique, on est en mesure de comparer les dépenses de santé individuelles en fonction du taux de recours au tiers-payant, en éliminant l'effet des autres variables. Mais ce faisant, on se heurte à deux problèmes :

- nous ne cherchons pas seulement à savoir si le tiers-payant augmente la consommation, nous cherchons surtout à savoir s'il permet aux assurés les moins aisés de surmonter l'obstacle de trésorerie et d'ajuster leur dépense sur celle des plus riches, ou s'il entraîne tous les patients, quel que soit leur niveau de revenu, sur un niveau de dépense supérieur.

- le modèle classique ne mesure pas correctement l'impact du tiers-payant sur la consommation car on peut craindre une causalité inverse. On constate en effet que le recours au tiers-payant est plus élevé pour les dépenses importantes (en approche univariée) : 90 % des débours supérieurs à 2 000 francs sont pratiqués en tiers-payant. Si c'est le montant de l'ordonnance qui explique le recours au tiers-payant, il est logique que les patients ayant recours au tiers-payant aient aussi de plus fortes dépenses annuelles. Pour autant, on ne peut conclure à un impact inflationniste du système de tiers-payant.

Nous adoptons donc la stratégie suivante : nous commençons par expliquer la probabilité de recourir au tiers-payant, qui nous permet de montrer que la probabilité de recourir au tiers-payant augmente, toutes choses égales par ailleurs, et de manière significative, avec la part d'ordonnances élevées dans le total des ordonnances de l'assuré. Nous renonçons à estimer l'impact du tiers-payant sur la dépense, toutes choses égales par ailleurs mais étudions les effets croisés du tiers-payant et du niveau de revenu sur la dépense de santé, à état de santé donné et couverture

Tout se passe donc comme si le recours au tiers-payant obéissait à un choix rationnel, le taux de recours augmentant avec l'avantage relatif procuré. Rien ne permet en revanche d'affirmer que cet impact du montant de l'ordonnance sur le recours au tiers-payant s'explique par une demande de l'assuré ou par une proposition du pharmacien.

### Méthode d'estimation du taux de recours au tiers payant

Le fichier utilisé est construit sur un échantillon d'assurés, pour lesquels nous connaissons tous les actes de pharmacie. Il n'est cependant pas possible d'estimer un modèle sur le fichier des actes, car tous les actes d'un même assuré sont liés et les résidus de l'estimation ne sont alors plus des variables indépendantes (violation d'une hypothèse du modèle linéaire). On travaille sur un fichier d'assurés, pour lesquels on connaît le taux de recours au tiers-payant dans l'année et la distribution des dépenses attachées aux différentes ordonnances de l'année.

Le modèle déterminant le recours au tiers-payant fait intervenir :

- un avantage tiré du tiers-payant, a priori fonction du revenu et du montant de l'ordonnance : on attend que le recours au tiers-payant augmente avec la proportion d'ordonnances coûteuses, et diminue quand le revenu croît ;

- un coût lié à l'offre des officines (coût de recherche d'une officine adoptant le système), à la disponibilité de l'information sur le système, enfin à l'inscription. On s'attend à ce que le recours au tiers-payant diminue quand l'âge augmente et augmente quand le niveau d'instruction augmente.

On estime successivement, et indépendamment, trois équations emboîtées :

- une première prévoit le fait de recourir au moins une fois au tiers payant (contre le fait de ne jamais y recourir),
- une seconde prévoit, parmi ceux recourant au moins une fois, le fait d'y recourir parfois (contre le fait d'y recourir systématiquement),
- une dernière estime le taux de recours sur l'année, parmi ceux recourant au système parfois.

### Le tiers-payant atténue les inégalités des dépenses liées au revenu

Comme on vient de le voir, une ordonnance coûteuse pousse l'assuré à passer en tiers-payant. Il serait donc pour le moins abusif d'interpréter une corrélation positive entre le fait d'être pris en charge en tiers-payant et le niveau de dépense. Ce n'est pas seulement parce que l'assuré bénéficie du tiers-payant qu'il occasionne des ordonnances plus chères, mais aussi parce qu'il est confronté à une telle ordonnance qu'il adhère au tiers-payant.

Cela ne signifie pas pour autant que le tiers-payant n'a aucun impact sur la dépense : le patient a aussi pu accepter l'ordonnance coûteuse parce qu'il savait qu'il pourrait profiter du tiers-payant, et l'aurait refusé (ou aurait même renoncé à consulter son médecin) en l'absence de cette possibilité. La question qui se pose alors est de savoir si cet impact supposé est uniforme ou frappe principalement les plus pauvres. Dans le premier cas, on parlera d'effet d'aubaine du tiers-payant, dans le second cas, on parlera du tiers-payant comme moyen permettant de rapprocher la consommation des pauvres de la moyenne. Pour répondre à cette question, nous avons tenté d'évaluer l'impact sur la dépense du recours au tiers-payant pour l'acquisition de médicaments mais également pour les consultations de généralistes. Pour mener cette analyse, nous avons calculé une dépense dite "normale", à état de santé et de couverture complémentaire donnés, grâce à un modèle linéaire classique. Nous avons ensuite calculé, pour chaque individu, l'écart entre sa dépense prédite par le modèle et sa dépense réellement observée, écart qui représente une sur ou une sous-consommation par rapport à la moyenne.

Que constate-t-on lorsque l'on analyse cet écart en fonction du revenu et du niveau de recours au tiers-payant ?

- Parmi les individus qui n'ont pas recours au tiers payant, les plus aisés consomment davantage que les bas revenus, mais cet effet s'amoindrit à mesure que le niveau d'utilisation du tiers-payant augmente.
- Le tiers payant en revanche n'a pas d'impact clair dans la population disposant des revenus les plus élevés : la dépense de ceux qui recourent parfois, mais non systématiquement au tiers payant est supérieure à la fois à celle de ceux qui n'y ont jamais recours et de ceux qui y ont toujours recours. Au total, on peut en déduire que l'utilisation du tiers-payant ne semble pas "pousser à la consommation" chez les plus aisés, mais que la dépense supplémentaire qu'il génère amène les plus pauvres à la consommation moyenne.

\* \* \*

Aplanissant les effets revenus, le tiers-payant apparaît donc comme un facteur de diminution des inégalités de consommation dues aux écarts de revenus. A morbidité et couverture égales, il tend à rapprocher la dépense des assurés "moins riches" de celle des assurés plus aisés. Cette étude économique tend donc à montrer que le tiers-payant est un mode de paiement socialement équitable. Quelques améliorations et prolongements peuvent être apportés ou envisagés. Il serait notamment intéressant d'étendre l'étude à des domaines où se manifestent davantage les effets revenus, en particulier les dépenses de dentiste.

#### Pour en savoir plus :

*Le tiers-payant est-il inflationniste?*

P. Dourgnon, M. Grignon : rapport, biblio n° 1296, CREDES 2000, 60 p.

*L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991.*

P. Mormiche

Economie et statistique n° 282, 1995.