

## **Assurance maladie complémentaire : régulations, accès aux soins et inégalités de couverture**

Thèse d'Aurélié Pierre, sous la direction de Carine Franc (CESP, Inserm UMR 1018), soutenue le 29 juin 2018

**Période de réalisation : 2015-2018**

En France, le système mixte d'assurance maladie est relativement spécifique et l'assurance maladie privée, qui est une assurance complémentaire, joue un rôle central dans le financement des dépenses de santé. Cette thèse questionne la place de l'Assurance maladie complémentaire dans l'organisation globale du système d'assurance santé sous l'angle des inégalités sociales et de la solidarité entre les individus bien portants et les malades. Une première partie (chapitre 1) est consacrée à l'analyse du rôle de l'assurance maladie complémentaire sur l'accès aux soins et les dépenses de santé ambulatoires ainsi qu'à ses effets dynamiques dans le temps. Une deuxième partie (chapitre 2) concerne le rôle joué par l'assurance maladie complémentaire sur la mutualisation des risques entre les bien portants et les malades en comparaison de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire. Une troisième partie (chapters 3 et 4) s'intéresse à la régulation de la complémentaire santé et étudie les effets à attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités sociales de couverture et le bien-être de l'ensemble de la population.

### **Chapitre 1 - Une analyse dynamique du rôle de l'assurance complémentaire sur l'accès aux soins et les dépenses de santé**

Ce premier chapitre s'intéresse au rôle joué par l'assurance complémentaire sur les dépenses de santé ambulatoires, avec pour objectif de comprendre la nature et la temporalité de ces effets. Deux éléments peuvent expliquer l'existence d'effets temporels de l'assurance sur l'accès aux soins. Le premier résulte d'une anticipation, par les assurés, du changement de leur niveau de couverture. Il induit une moindre consommation de soins des assurés juste avant l'amélioration du niveau de couverture, soins qui sont alors reportés au moment de l'adhésion afin d'optimiser les consommations de soins durant la période où ils sont les mieux couverts. Le second est induit par l'existence de reports dans le temps de soins jugés trop coûteux sans assurance qui engendre, au moment de l'adhésion, une consommation particulièrement élevée de la dépense de santé.

Dans ce travail, nous étudions l'ensemble de la dynamique des dépenses de santé avant et après l'adhésion à une surcomplémentaire santé. Nous considérons le cas spécifique des assurés de la MGET. Trois dimensions de la consommation de soins ambulatoires sont étudiés : (1) la probabilité de recourir aux soins, (2) le nombre de recours aux soins, (3) le coût moyen de la dépense par recours. Utilisant la richesse de nos données de panel sur une période de cinq ans, nous contrôlons du mieux possible l'endogénéité due à la sélection adverse.

Les résultats révèlent que l'augmentation des dépenses de santé ambulatoires est essentiellement transitoire et principalement induite par des effets de rattrapage liés à des soins reportés de longue date. En effet, les résultats ne permettent pas de mettre en évidence un effet d'anticipation avant la souscription de la surcomplémentaire. Ils confirment en revanche l'importance d'une telle couverture dans l'accès aux soins optiques et dentaires. Enfin, les résultats révèlent le rôle significatif de l'assurance privée dans l'accès aux soins de médecins et aux médicaments des plus modestes. Ils questionnent ainsi en creux les questions d'accès à l'assurance.

### **Chapitre 2 - Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas**

Ce deuxième chapitre concerne la mutualisation des dépenses de santé apportée successivement par les assurances maladie publique et privée entre les individus bien portants et les malades. Il vise à comprendre le type d'interaction pouvant exister entre ces deux niveaux d'assurance, qui, de par leurs différences de fonctionnement et d'organisation, ne mutualisent pas de la même façon les risques santé des assurés.

A partir des données administratives de la MGET, qui gère simultanément les régimes obligatoire et complémentaire de l'assurance maladie, nous étudions la concentration des dépenses et des restes à charge supportés par les assurés après les interventions des deux niveaux d'assurance. Nous focalisons notre analyse sur une année d'étude où tous les assurés bénéficient du même contrat de complémentaire santé et identifions les besoins de soins par deux indicateurs permettant d'approcher l'état de santé des individus dans des bases de données médico-administratives, à savoir le fait d'être exonéré ou non du ticket modérateur et le niveau initial des dépenses, avant les remboursements des assurances.

Les résultats montrent que, même si les deux niveaux d'assurance permettent successivement une certaine mutualisation, elles ne réduisent pas de la même façon la concentration des restes à charge qui peut exister sur les individus les plus malades. Ainsi, pour les postes de soins le plus souvent associés à la maladie et pour lesquels il existe une certaine liberté tarifaire (consultations, actes médicaux techniques et autres prescriptions), l'effet mutualisant de l'assurance privée apparaît relativement faible en comparaison de celui de l'assurance publique.

### **Chapitres 3 et 4 – Les effets à attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités de couverture et sur le bien-être de la population**

Les deux derniers chapitres s'intéressent à une mesure phare de la régulation du marché de la complémentaire santé appelée la réforme de l'Ani (Accord national interprofessionnel). Cette réforme oblige les employeurs du secteur privé à proposer et à financer partiellement, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, une complémentaire santé à l'ensemble de leurs salariés. Elle s'accompagne d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail.

Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture par une complémentaire santé de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'efficacité et d'équité. En termes d'équité tout d'abord, le dispositif exclut de facto les individus qui ne sont pas en emploi, c'est-à-dire les plus malades, les plus âgés et les plus précaires. En termes d'efficacité, l'obligation d'offre d'assurance s'assortit de l'obligation de souscription par les employés, qui les contraint à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture optimal au regard de leurs besoins de soins, de leur revenu, et de leurs préférences face au risque notamment. A partir des données de l'Enquête santé et protection sociale de 2012, nous proposons dans ce travail de construire une situation contrefactuelle nous permettant d'étudier les effets à attendre de la réforme de l'Ani sur les inégalités de couverture par une complémentaire santé d'une part (chapitre 3), et sur le bien-être de la population d'autre part (chapitre 4).

Le chapitre 3 révèle que le taux de personnes sans couverture, estimé à 5 % en 2012, passerait à 4 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et à 3,7 % en tenant compte de la portabilité. L'absence de couverture resterait toutefois toujours plus élevée pour les populations les plus fragiles et les plus précaires alors même que le lien avec les préférences vis-à-vis du risque en serait supprimé.

Le chapitre 4, qui mobilise la théorie de l'utilité espérée, montre que la réforme pourrait permettre une augmentation du bien-être collectif quasiment « Pareto-améliorante » si et seulement si les salaires et les primes des contrats individuels restent les mêmes. En effet, lorsque l'on tient compte des conséquences de la réforme sur le marché individuel de l'assurance, son effet est quasi-nul sur le bien-être collectif. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est alors contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes qui restent couvertes en individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. En considérant en sus que les employeurs intègrent le montant de leur subvention à la rémunération de leurs salariés, la réforme réduit fortement le bien-être. La moitié de la population verrait son bien-être se réduire pour seulement 7 % de gagnants.

## Valorisation

### Publications dans des revues à comité de lecture

- Pierre A., Jusot F., Franc C., Raynaud D. (2018) : « Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ; une évaluation *ex ante* des gains et des pertes de bien-être ». *Revue économique*, vol 69, n° 3, 2018/05, 407-441 (Catégorie 2 – CNRS) – (Cat. A – HCERES).  
<https://www.cairn.info/revue-economique-2018-3-page-407.htm>
- Pierre A., Jusot F. (2017), « The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France », *Health Policy*, Volume 121, Issue 3, March 2017, Pages 321–328 (Online 5 January 2017, 1-8)  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016303475>
- Franc C., Pierre A. (2015) : « Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas », *Economie et Statistique*, n°475-476, 2015/04, 31-49. Sur le site de l'Insee.  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ES475C.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475C.pdf)
- Franc C., Pierre A. (2015), « Compulsory Private Complementary Health Insurance Offered by Employers in France: Implications and Current Debate ». *Health Policy*, Volume 119, Issue 2, February 2015, Pages 111–116 (online)  
[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00348-0/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00348-0/pdf)
- Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2015) : « Supplemental health insurance and healthcare consumption: A dynamic approach to moral hazard », *Health Economics*.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3271/full>

### Séminaires-colloques scientifiques

#### Internationaux

- *4th European Health Economics Association PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference*, Lausanne (Suisse), 6-8 septembre 2017
- *3<sup>rd</sup> Irdes Workshop on Applied Health Economics-AHEPE*, 22-23 juin 2017, Paris
- *66<sup>e</sup> Annual Congress of the French Economic Association*, 19-21 juin 2017, Nice
- *Journées des économistes de la santé français*, Décembre 2016, Lyon
- *EuHea*. Juillet 2016. Hambourg
- *Journées des économistes français de la santé*. Décembre 2014. Bordeaux
- *Journées des économistes français de la santé*. Décembre 2013. Créteil

#### Nationaux

- *Journée Maurice Marchand des doctorants en économie de la santé*, Novembre 2016, Paris
- *Colloque Santé et société*, 11-13 mai 2015, Toulouse

### Séminaires Irdes

- *Séminaire de recherche Irdes*, Novembre 2016, Paris
- *Conseil scientifique de l'Irdes*. 16 juin 2015. Paris