

Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire

Thierry Debrand, Christine Sorasith, Irdes

En France, bien qu'une grande partie des dépenses de santé soit prise en charge par le système d'Assurance maladie obligatoire, d'importants restes à charge – différence entre les dépenses de santé et les remboursements de l'Assurance maladie – peuvent persister.

Dans le cadre de la réflexion engagée sur les moyens de limiter ces restes à charge « excessifs », nous avons testé deux types de plafonnement des restes à charge, à partir du modèle de microsimulation Arammis. Nous avons simulé le remplacement du dispositif actuel de remboursement à 100 % des malades en affections de longue durée (ALD) par l'instauration de deux plafonnements appliqués à l'ensemble des assurés (hors bénéficiaires de la CMU) sur les remboursements de leurs dépenses de santé en ambulatoire (hors hôpital et dépassements d'honoraires). Le premier applique un plafond identique à tous ; le deuxième établit un plafond en fonction du revenu.

L'étude documente, à partir d'un modèle de microsimulation basé sur des données individuelles, deux mécanismes de plafonnements de restes à charge en ne modifiant pas les équilibres financiers de l'Assurance maladie obligatoire.

Le système d'assurance maladie français est fondé sur un mécanisme de solidarité : « Chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Ainsi, les remboursements ne dépendent pas des revenus mais du risque maladie. Il peut aussi exister des restes à charge – différence entre les dépenses de santé et les remboursements de l'Assurance maladie. Néanmoins, des dispositifs d'exonération (encadré 1) sont instaurés pour protéger les individus des risques liés à certaines pathologies (dispositif d'affections de longue durée - ALD) ou

à des circonstances particulières (grossesse, accidents du travail, invalidité...). En France, même si une grande partie des dépenses est captée par des dispositifs spécifiques, d'importants restes à charge peuvent perdurer (Tabuteau, 2006).

Les restes à charge importants ou « excessifs », peuvent être définis de deux manières distinctes : soit en niveau, soit relativement au revenu. Dans le premier cas, ils sont considérés comme excessifs quand ils dépassent un certain montant fixe ne dépendant pas des revenus. Dans

le deuxième cas, les restes à charge sont considérés comme excessifs dès lors qu'ils représentent une part conséquente du revenu du ménage venant dégrader son niveau de vie. Indicateurs de la performance des systèmes d'assurance maladie, les restes à charge excessifs sont révélateurs d'une insuffisance de couverture des risques, laquelle remet en cause l'équité du système. Aussi une réflexion s'est-elle engagée sur les possibles évolutions du système actuel. L'une d'elles, le bouclier sanitaire (Briet et Fragonard, 2007 ; Tabuteau, 2009), consisterait à substituer

Encadré 1**Les principaux systèmes de couverture des risques**

En France, en plus de l'Assurance maladie obligatoire, trois principaux systèmes de couverture des risques médicaux et sociaux existent, qui sont publics ou privés.

La couverture maladie universelle (CMU). Ce système public couvre à 100 % les dépenses de santé des personnes dont le revenu mensuel par unité de consommation est inférieur à 598 € par mois, ce qui exclut *a priori* les restes à charge. Hors du champ de notre analyse.

Les assurances complémentaires santé. Ce système privé complète les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire. Même si 93 % des Français en bénéficient (dont 7 % grâce à la CMU), les plus démunis et fragiles en sont souvent exclus et ce, malgré la mise en place de l'Aide à la complémentaire santé (dispositif public)*. Ces

assurances complémentaires, payées par les individus, ont un coût qui n'est pas proportionnel à leur revenu et qui augmente à chaque prestation supplémentaire. En outre, la couverture des bénéficiaires est incomplète puisqu'elle ne prend pas en charge les franchises.

Les affections de longue durée (ALD). Ce régime public, au cœur de la simulation, couvre à 100 % les personnes atteintes d'une maladie chronique, nécessitant une thérapeutique coûteuse et prolongée, dans un double objectif : économique – neutraliser les restes à charge importants – et médical – assurer un meilleur suivi des personnes reconnues en ALD. Or l'objectif de neutraliser les restes à charge n'est pas complètement atteint.

* *Questions d'économie de la santé* n° 132 et 153.

REPÈRES

Cet article s'intègre à la réflexion engagée à l'Irdes sur l'efficacité et l'équité des systèmes de protection sociale en France et à l'étranger ainsi que sur l'évaluation de dispositifs publics mis en œuvre dans le cadre de réformes de ces systèmes. Il est issu du *Document de travail* n° 32 de juin 2010, rédigé par Thierry Debrand et Christine Sorasith, intitulé : « Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle de microsimulation Arammis ».

paramédicaux (0,5 €) et les transports (2 €). Ces non-remboursements peuvent être considérés comme une contribution au financement des dépenses de santé.

Ces mesures, limitant la prise en charge collective, parviennent plus ou moins à réduire les déficits. En revanche, elles engendrent également des risques de renoncement aux soins des plus pauvres et une forte augmentation des restes à charge pour les plus malades, d'où la réflexion sur le plafonnement des restes à charge également appelé « bouclier sanitaire ».

au système des ALD un système de limitation des restes à charge pour l'ensemble des assurés qui existe dans quelques pays européens (Chambaretaud, Hartmann, 2009).

Les déséquilibres des comptes de l'Assurance maladie et de la participation financière des patients

Si, en 1945, le financement du système d'assurance maladie – organisé autour de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) – reposait essentiellement sur des cotisations auprès du salariat, ce n'est plus le cas depuis le milieu des années 1970. En effet, avec le ralentissement de la croissance économique, le vieillissement de la population, la recherche d'une plus grande justice fiscale, et pour limiter le déséquilibre budgétaire du côté des recettes, le système est de plus en plus financé par des impôts et taxes – dont la Contribution sociale généralisée (CSG). Depuis 2000, il existe une relative stabilité de la part du financement reposant directement sur les individus et de la part socialisée remboursée par l'Assurance maladie. En moyenne, 35 % des dépenses en ambulatoire (avant remboursements des complémentaires santé) restent à la charge des patients (Eco-Santé, 2010). Malgré cette relative stabilité, de profonds changements sont à l'œuvre : l'augmentation de la participation financière des patients, qui

réduit la part collectivisée, et la couverture à 100 % de plus en plus d'assurés (+ 3,5 % par an pour les ALD selon Païta et Weill (2009)) qui pourrait générer une sélection des risques. Le système couvre mieux les risques et dépenses des « plus malades » en laissant à la charge financière des patients « moins malades » les petits risques. Le système des ALD représente 62,3 % des remboursements de l'Assurance maladie alors que seuls 14,6 % des assurés sont concernés (Païta et Weill, 2008). Néanmoins, il ne faut pas oublier que les individus en ALD peuvent aussi être soumis à de très forts restes à charge.

Sous l'effet du progrès technologique, de l'accès aux soins et du vieillissement, ainsi que de l'évolution des comportements de consommation, les dépenses de santé continuent à croître à un rythme plus élevé que les recettes. Les premiers plans de redressement du déficit de l'Assurance maladie intervenus entre 1967 et 1995 s'appuyaient sur l'augmentation des prélèvements, les déremboursements, l'augmentation du ticket modérateur et la création du forfait hospitalier. Ces réformes, aux résultats financiers limités, ont taxé de la même manière les individus quel que soit leur revenu. Plus récemment, en 2004, le forfait à 1 € par consultation est instauré et il y a eu une augmentation du forfait hospitalier de 12 à 16 €. En 2006, le forfait à 18 € pour tous est établi pour les actes médicaux supérieurs à 91 €. En 2008 s'ajoute une franchise médicale sur les médicaments (0,5 € par boîte), les soins

Remplacer le système des ALD par un plafonnement des restes à charge pour l'ensemble des assurés : hypothèses et champ

A partir du modèle de microsimulation Arammis (encadrés Sources et Méthode), nous testons le remplacement du système

SOURCES

Les données socio-économiques utilisées pour ce travail proviennent de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006 et celles sur la consommation médicale de l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) 2006, au niveau de chaque consommation pour chaque individu. Il s'agissait en effet de pouvoir recalculer les variables de remboursements et de reste à charge liées à l'hypothèse de substitution du régime des ALD par un bouclier sanitaire.

La base finale comprend 6 960 individus, hors les non-consommateurs et éligibles à la Couverture maladie universelle (CMU). Seules les prestations effectuées dans le champ ambulatoire, hors dépassements d'honoraires, ont été étudiées ici. Plus de 85 % des individus y ont recours.

de remboursement actuel à 100 % des malades en ALD par l'instauration d'un plafond appliqué à l'ensemble des assurés – hors bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) – qui a pour but de limiter les restes à charge importants sur les dépenses en ambulatoire. Deux types de plafonnements sont simulés suivant les deux définitions évoquées précédemment : un bouclier uniforme, au plafond identique pour tous, et un bouclier en fonction du revenu, au plafond proportionnel au revenu. Le choix du plafonnement dépend donc de la définition des restes à charge excessifs retenue : soit tous les individus sont traités de la même façon et l'on parle alors ici d'« égalité » ; soit les individus sont traités en fonction de leur revenu et nous utiliserons le terme d'« équité ». La modélisation par microsimulation permet de tenir compte de l'hétérogénéité des situations individuelles et donc d'étudier la dispersion des restes à charge en ne se limitant pas uniquement à des analyses sur les moyennes.

Les mesures que nous testons ont donc pour hypothèses le remplacement du système des ALD pour les malades chroniques, la création d'un plafonnement des restes à charge pour l'ensemble des assurés sous neutralité assurantielle (l'Assurance maladie ne perd ni ne gagne à l'application des mesures). Nos résultats ne prennent pas en compte les cotisations versées par les individus qui dépendent du revenu, aussi les notions d'équité discutées ne sont-elles que partielles. En effet, une partie de la redistribution est due aux cotisations qui dépendent des revenus. L'objectif

étant ici d'étudier les effets de règles de remboursement, nous n'avons travaillé que sur la partie dépenses sans prendre en compte la partie ressources, invariante. Nos calculs reposent sur certaines hypothèses et un champ précis. Premièrement, nous étudions uniquement les restes à charge des soins en « ambulatoire », c'est-à-dire hors hôpital. Nous écartons de l'étude les non-consommateurs et les individus éligibles à la CMU. Notre analyse ne tient pas compte du caractère redistributif de la CMU dans le système de remboursement. Deuxièmement, nous ne tenons pas compte des remboursements liés aux complémentaires santé payées par les individus qui couvrent une partie des restes à charge. En effet, ces remboursements des complémentaires n'impactent pas les caractéristiques assurantielles et redistributives du système obligatoire. Troisièmement, nous travaillons sur les restes à charge hors dépassements d'honoraires qui, actuellement, ne sont pas pris en compte par l'Assurance maladie dans les remboursements. Tenir compte du dépassement dans la règle du plafonnement pourrait générer de l'aléa moral pour le patient dans la non-maîtrise de ses dépenses de santé et, pour le médecin, dans l'augmentation de ses honoraires. Il s'agit donc des dépenses correspondant à la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Notre but ici n'est pas de choisir entre l'instauration ou non d'un plafonnement ou entre les différents types de bouclier, mais plutôt de renseigner sur les effets qu'ils peuvent avoir en termes de redistribution

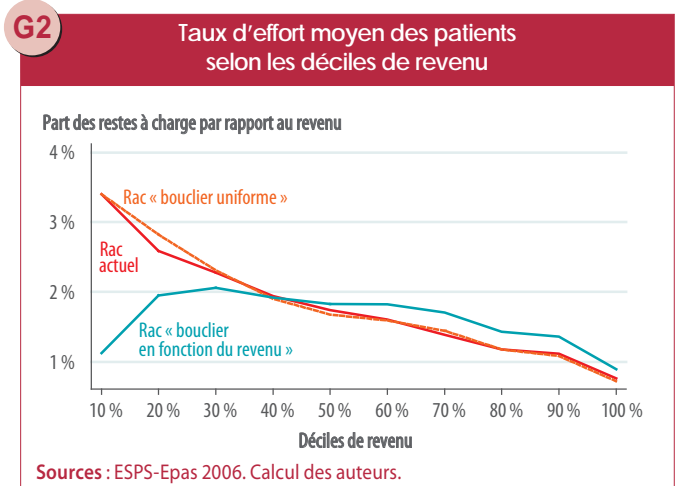
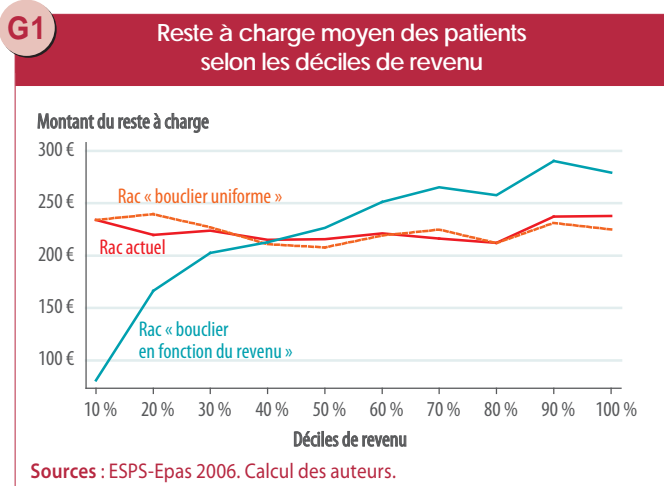
sur les patients et sur les caractéristiques du système d'Assurance maladie obligatoire.

Des effets différents pour les patients selon les règles de plafonnement des restes à charge

Les deux types de plafonnement des restes à charge retenus reposent sur des logiques différentes. Le bouclier uniforme applique un même plafond à tous les individus quel que soit leur revenu. Il ne tient donc pas compte du taux d'effort de l'assuré (rapport du reste à charge sur le revenu annuel) qui est plus important chez les individus les plus modestes. Le bouclier en fonction du revenu cherche, pour sa part, à égaliser les taux d'effort des individus en modulant le plafond en fonction de leur revenu. Le plafond est défini comme le seuil qui protège l'assuré contre les restes à charge élevés puisqu'au-delà, les dépenses seraient prises en charge à 100 %. Les effets de ces différents plafonds sont illustrés par des cas-types (encadré 2).

La situation actuelle

Les premiers résultats descriptifs permettent de comparer la situation actuelle des restes à charge avec celles obtenues avec les deux règles de plafonnements (graphiques 1 et 2). Le reste à charge moyen par patient avant et après réforme est de 223 €, ce qui vérifie bien la neutralité assurantielle.



Actuellement, le reste à charge est en moyenne à peu près identique en fonction des déciles de revenu. Cependant, l'écart type est de 254 €, ce qui reflète une grande dispersion sur l'ensemble des restes à charge. Le maximum des restes à charge s'élève à 3 607 €. Faibles pour la majorité de la population, les restes à charge se concentrent sur un petit nombre de personnes : 10 % de la population supportent 40 % des restes à charge (graphique 3). La distribution cumulée nous montre qu'environ 92 % des individus ont un reste à charge inférieur à 600 € (graphique 4). Le taux d'effort décroît en fonction du revenu. Il est trois fois plus élevé pour les individus du premier décile comparés aux plus riches (graphique 2).

Avec un plafond uniforme

Avec le bouclier uniforme, le plafond annuel s'élève à 544 €. La distribution des restes à charge change très peu comparée à la situation actuelle. En effet, les ménages les plus aisés ont en moyenne, à consommations de soins équivalentes, les mêmes restes à charge que les plus modestes. Dès lors, les taux d'effort sont inversement proportionnels aux revenus (graphique 2). Le maximum des restes à charge est égal au plafond du bouclier, ce qui explique une moindre dispersion des restes à charge comparés à la situation actuelle (graphique 4). Tous ceux en dessous de ce plafond et qui ne sont pas en ALD seront neutres à la réforme car ils auront un reste à charge inchangé avec l'instauration du bouclier uniforme. Cela vaut pour la majorité des individus car ils dépensent moins que le plafond fixe

MÉTHODE

Arammis : un modèle de microsimulation pour évaluer des réformes

Le modèle de microsimulation Arammis, Analyse des réformes de l'assurance maladie par microsimulation statique, est un outil d'analyse et d'évaluation des impacts de dispositifs spécifiques en matière de politiques économiques et sociales, tels que le bouclier sanitaire. Il n'en existait pas de pérenne en France jusqu'à maintenant. Conduit à partir d'un échantillon représentatif d'unités microéconomiques, il permet d'agréger les résultats obtenus pour chaque unité afin d'étudier les caractéristiques du système dans son ensemble. Modèle statique, Arammis utilise une base de données en coupe à une date t, sans modification donc de la structure de la population avant et

après la réforme sur une année donnée. Le modèle Arammis peut simuler des réformes en modifiant les variables de décisions qui interviennent dans la charge financière des assurés du régime d'assurance maladie comme : le taux de remboursement, les participations financières, la possibilité de supprimer un ou plusieurs cas d'exonération.

D'un modèle exogène, reposant sur des comportements inchangés - c'est-à-dire sans prise en compte des éventuels changements de comportements suite à la réforme - nous souhaitons par la suite passer à un modèle endogène intégrant certains comportements, par exemple le renoncement aux soins.

annuel. Toutefois, il y a plus de perdants que de gagnants avec une telle mesure (9,6 % de gagnants, 10,9 % de perdants et 79,5 % de neutres).

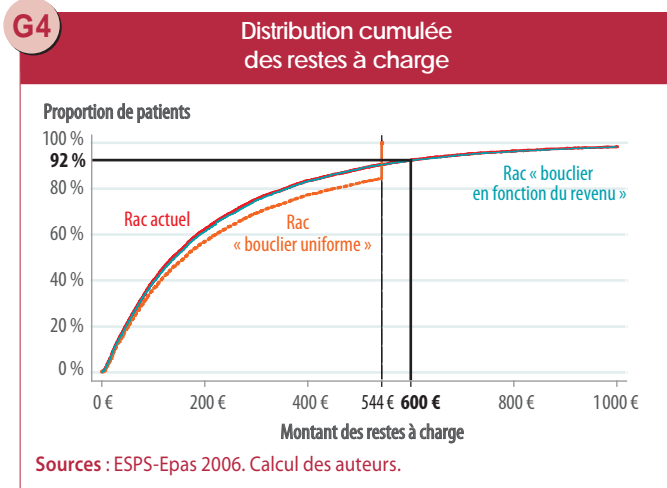
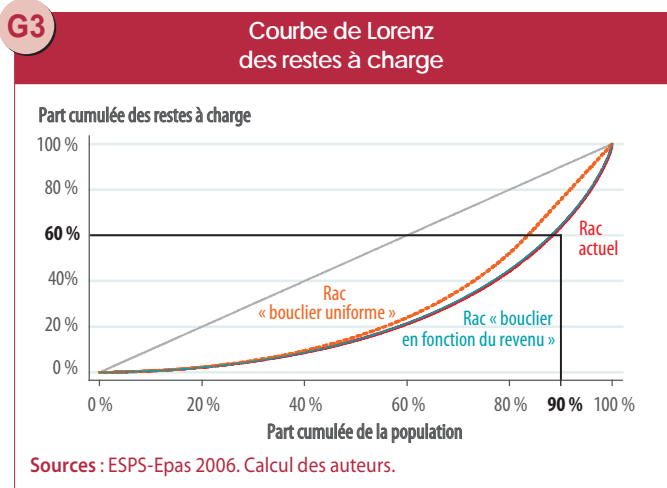
Avec un plafond en fonction du revenu

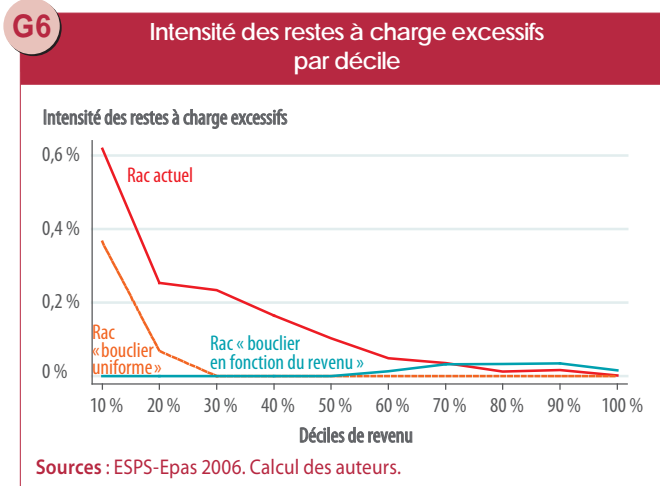
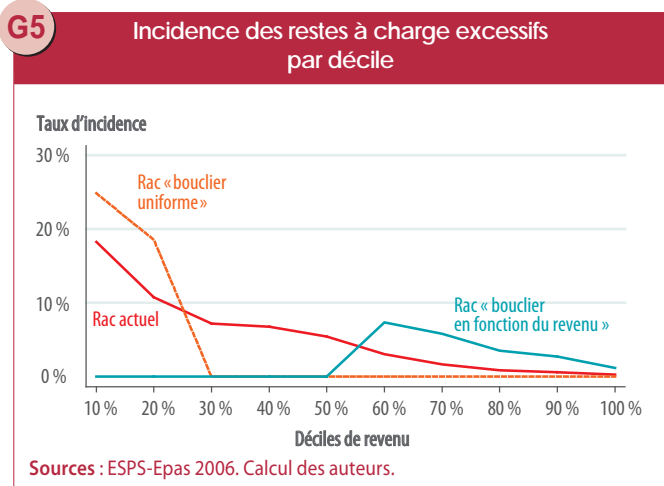
Avec le bouclier en fonction du revenu, le plafond annuel est proportionnel au revenu (0.092 % du revenu annuel au-delà du seuil de la CMU). Les restes à charge deviennent donc croissants en fonction du revenu (graphique 1). Comparés à la situation actuelle, les taux d'effort sont constants quels que soient les revenus, ce qui n'est pas le cas dans la situation actuelle et avec le bouclier uniforme. L'écart-type de la distribution des restes à charge est plus élevé, ce qui reflète une hétérogénéité des situations encore plus importante qu'actuellement et qu'avec le bouclier uniforme. Le reste à charge maximum, 3 638 €, est lui aussi plus important que

dans la situation actuelle (et plus encore qu'avec le bouclier uniforme. Avec ce modèle, il y a plus de gagnants que de perdants (12,5 % de gagnants, 10,4 % de perdants et 77,1 % de neutres). La redistribution des restes à charge est alors plus forte quand les revenus sont considérés et elle est plus importante pour les personnes en ALD que pour celles qui ne le sont pas.

L'évolution des caractéristiques redistributives de l'Assurance maladie

Trois méthodes ont été utilisées pour étudier l'évolution des caractéristiques du système de remboursement des dépenses de santé selon les règles de remboursement : l'analyse des restes à charge excessifs, de l'équité et du partage des risques.





De l'analyse des restes à charge excessifs...

Dans cette analyse, nous qualifions les restes à charge d'excessifs quand ils dépassent 5 % du revenu annuel du ménage de l'individu. Cette norme diffère selon les situations et les auteurs (cf. Berki, 1986 ; Xu *et al.*, 2003). Par exemple, pour un revenu mensuel de 1 200 €, le reste à charge sera considéré comme excessif s'il dépasse le seuil annuel de 720 €. Pour mesurer l'impact des réformes proposées sur les restes à charge excessifs, nous étudions la courbe d'incidence qui mesure la part d'individus ayant des restes à charge excessifs et la courbe d'intensité qui mesure le taux de dépassement du montant moyen de ces restes à charge au-delà de 5 % (graphiques 5 et 6).

Dans la situation actuelle, comme pour la courbe du taux d'effort, le taux d'incidence décroît en fonction des déciles de revenu. 10 à 20 % des individus ayant des revenus inférieurs au troisième décile de revenu ont un reste à charge excessif. La courbe d'intensité des restes à charge excessifs indique que les plus pauvres sont non seulement les plus nombreux à avoir un reste à charge excessif mais qu'ils supportent en moyenne des restes à charge excessifs plus élevés.

Avec le bouclier uniforme, il n'y a plus que les individus appartenant aux deux premiers déciles de revenus qui supportent un reste à charge excessif. L'incidence est nulle pour le reste des individus aux revenus plus élevés. En effet, le reste à charge plafonné à 544 € ne représente pas pour ces derniers une part du revenu

annuel suffisamment critique. Pour les individus les plus pauvres ayant un reste à charge excessif avec le bouclier uniforme, celui-ci est réduit d'environ de moitié même si l'incidence reste à un niveau élevé pour les individus du premier décile.

Avec le bouclier en fonction du revenu, ce sont les individus les plus pauvres qui sont protégés des restes à charge excessifs. En effet, la moitié de la population la plus pauvre a une incidence nulle : aucun des individus appartenant à ces cinq premiers déciles n'aura de restes à charge excessifs. Ce sont les sixième et septième déciles de revenu qui ont l'incidence la plus élevée mais, de manière générale, les plus riches voient malgré cela leur niveau de reste à charge excessif inchangé.

... à l'analyse de l'équité...

Nous appréhendons l'« équité » à l'aide de l'indice de Kakwani qui « mesure l'écart à la proportionnalité d'un système de contribution par rapport aux ressources des contribuables » (Lachaud, Largeton, Rochaix, 1998). Autrement dit, cet indice permet de quantifier la régressivité ou la progressivité du système de remboursement des dépenses de santé. Calculé sur la situation actuelle, il est négatif, c'est-à-dire que le système de remboursement actuel est régressif. Les restes à charge se répartissent selon les revenus en faveur des plus riches (20 % des plus pauvres concentrent 11 % des revenus et 21 % des restes à charge tandis que 20 % des plus riches concentrent 36 % des revenus et 19 % des restes à charge). Selon notre définition de l'« équité » (voir ci-dessus), il est possible d'assimiler « régressivité »

à « égalité » de même que « progressivité » à « équité ».

Après simulation de plafonnements, cet indice diffère selon les boucliers. Le bouclier uniforme accentue la régressivité du système alors qu'un bouclier en fonction du revenu l'atténue et rendrait donc le système de remboursement plus équitable car moins régressif. En effet, le bouclier uniforme qui tend à rendre le système plus égalitaire déconnecte d'autant plus les restes à charge des revenus. En revanche, le bouclier en fonction du revenu rend la distribution des restes à charge plus inégalitaire au profit des plus modestes.

... et du partage des risques

L'indicateur de dominance stochastique de deuxième ordre sert à mettre en évidence les préférences théoriques des assurés averse au risque qui sont confrontés à une évolution du système de remboursement. Si les individus sont « rationnels » au sens de la théorie économique, les assurés « risquophobes » préféreraient une mesure qui permet de réduire les risques. Et inversement pour les assurés « risquophiles ».

Les individus averse aux risques préféreront le bouclier uniforme car il assure des restes à charge maximum relativement faibles pour l'ensemble des assurés. Les analyses descriptives nous montraient effectivement que la dispersion des restes à charge est plus faible quand le bouclier est uniforme. En effet, les « risquophobes » s'estimeraient davantage protégés contre les restes à charge excessifs selon la

Encadré 2

Les effets de différents plafonnements des restes à charge à travers cinq cas-types

Ces cas-types sont des individus réellement présents dans notre base de données. Ils représentent donc des situations réelles. Le fichier étant anonymisé, les noms sont fictifs.

Sont qualifiés de perdants des patients dont le reste à charge augmente après la réforme. Leur taux d'effort augmente et leur taux de dépense socialisée diminue.

Sont qualifiés de gagnants des patients dont le reste à charge diminue après la réforme. Leur taux d'effort diminue et leur taux de dépense socialisée augmente.

Anne, âgée de 70 ans vivant dans l'Ouest de la France, en affection de longue durée (ALD), a actuellement une dépense ambulatoire hors dépassement de 4 636 € et un reste à charge de 1 644 €. Elle vit dans un ménage de 2 personnes avec un revenu par unité de consommation de 1 470 €, soit un revenu total de 2 205 € :

- avec le bouclier uniforme, son reste à charge serait de 544 €,
- avec le bouclier en fonction du revenu, son reste à charge serait de 610 €.

Elle serait donc gagnante avec le plafonnement uniforme et gagnante avec celui en fonction du revenu.

Paul, âgé de 60 ans vivant dans le Sud de la France, en ALD, a actuellement une dépense ambulatoire hors dépassement de 1 618 € et un reste à charge de 258 €. Il vit dans un ménage de 2 personnes avec un revenu par unité de consommation de 1 829 €, soit un revenu total de 4 989 € :

- avec le bouclier uniforme, son reste à charge serait de 544 €,
- avec le bouclier en fonction du revenu, son reste à charge serait de 941 €.

Il serait donc perdant avec le plafonnement uniforme et perdant avec celui en fonction du revenu.

Yann, âgé de 54 ans vivant dans l'Est de la France, en ALD, a actuellement une dépense ambulatoire hors dépassement de 3 046 € et un reste à charge de 878 €. Il vit dans un ménage de 3 personnes avec un revenu par unité de consommation de 2 772 €, soit un revenu total de 4 989 € :

- avec le bouclier uniforme, son reste à charge serait de 544 €,
- avec le bouclier en fonction du revenu, son reste à charge serait de 1 079 €.

Il serait donc gagnant avec le plafonnement uniforme et perdant avec celui en fonction du revenu.

Florence, âgée de 30 ans vivant dans le Sud-Est de la France, en ALD, a actuellement une dépense ambulatoire hors dépassement de 1 113 € et un reste à charge de 324 €. Elle vit dans un ménage de 4 personnes avec un revenu par unité de consommation de 840 €, soit un revenu total de 1 764 € :

- avec le bouclier uniforme, son reste à charge serait de 407 €,
- avec le bouclier en fonction du revenu, son reste à charge serait de 261 €.

Elle serait donc perdante avec le plafonnement uniforme et gagnante avec celui en fonction du revenu.

Thierry, âgé de 40 ans vivant en région parisienne, n'étant pas en ALD, a actuellement une dépense ambulatoire hors dépassement de 1 837 € et un reste à charge de 705 €. Il vit dans un ménage de 4 personnes avec un revenu par unité de consommation de 762 €, soit un revenu total de 1 600 € :

- avec le bouclier uniforme, son reste à charge serait de 544 €,
- avec le bouclier en fonction du revenu, son reste à charge serait de 177 €.

Il serait donc gagnant avec le plafonnement uniforme et gagnant avec celui en fonction du revenu.

	ALD	Revenu par UC	Dépenses	Reste à charge			Taux socialisé (en %)			Taux d'effort (en %)			Gagnant/ Perdant	
				Actuel	BU	BFR	Actuel	BU	BFR	Actuel	BU	BFR	BU	BFR
Anne	oui	1 470	4 636	1 644	544	610	64,5	88,3	86,8	9,3	3,1	3,5	Gagnant	Gagnant
Paul	oui	1 829	1 618	258	544	941	84,1	66,4	41,8	1,2	2,5	4,3	Perdant	Perdant
Yann	oui	2 772	3 046	878	544	1 079	71,2	82,1	64,6	2,6	1,6	3,2	Gagnant	Perdant
Florence	oui	840	1 113	324	407	261	70,9	63,4	76,5	3,2	4,0	2,6	Perdant	Gagnant
Thierry	non	762	1 837	705	544	177	61,6	70,4	90,4	7,7	5,9	1,9	Gagnant	Gagnant

Sources : ESPS-Epas 2006. Calcul des auteurs.

première définition en niveau absolu. En l'absence d'aléa moral, les individus averses aux risques préféreront donc le bouclier uniforme. Or ce dernier, comme nous l'avons vu précédemment, ne garantit pas une protection des restes à charge excessifs pour les plus pauvres selon la deuxième définition. Il présente cependant l'avantage pour les « risquophobes » de connaître à l'avance le plafond maximal qu'ils pourraient atteindre dans les situations les plus à risques, ce qui constitue un réel bénéfice (diminution de l'incertitude) pour des patients qui ont de fortes probabilités d'avoir des restes à charge importants.

* * *

Les effets des deux plafonnements discutés conduisent donc à des conclusions opposées. Le bouclier uniforme limite les très forts restes à charge mais rend le système de remboursement encore plus régressif. Toutefois, en réduisant le risque d'avoir de très forts restes à charge, il réduit l'hétérogénéité des situations et pourrait convenir aux individus qui ont la plus forte aversion au risque. A l'inverse, le bouclier en fonction du revenu induit une plus grande hétérogénéité des restes à charge mais rend le système de remboursement moins régressif. Nous passerions ainsi d'un système plutôt égalitaire à un système équitable mais avec plus d'incertitude. Quelle que soit la mesure étudiée, 25 % des patients verraient leur situation évoluer.

Par ailleurs, la mise en place de telles mesures susciterait de nombreuses questions non étudiées ici : le plafonnement doit-il porter sur les individus ou sur les ménages ? Sur l'ambulatoire ou sur l'ensemble des dépenses, hôpital et ambulatoire ? Que faire des dépenses en optique et en dentaire ? Quel impact peut avoir un tel système sur l'offre ou la demande de complémentaire santé ? Comment techniquement est-ce faisable ? Au final, quelle sera la réaction des individus en termes de demande de soins et d'assurance ? Les différents systèmes de santé dans le monde témoignent des choix que les pays ont faits en termes de justice sociale. En France, le partage des restes à charge traduira ce qui est juste et acceptable socialement en termes d'assurance maladie (Rawl, 1971) : l'égalité n'est-elle pas

contradictoire avec la recherche d'une plus grande équité ?

Le modèle de microsimulation statique Arammis permet ainsi d'évaluer précisément *ex ante* l'effet de mesures publiques. À terme, il sera possible de prendre en considération certaines modifications des modalités de recours aux soins des patients, de tenir compte des dépenses hospitalières, du rôle de l'assurance complémentaire et de l'effet redistributif des cotisations. Les travaux de simulation dont ceux présentés ici n'ont pas pour objet de trouver la « bonne mesure » mais de décrire les effets de tel ou tel dispositif et donc d'éclairer le débat public. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Berki S.E. (1986). "A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor", *Health Affairs*, 5, pp. 139-45.
- Briet R. et Fragonard B. (2007). *Mission Bouclier Sanitaire*, La Documentation Française, Paris.
- Chambaretaud S. et Hartmann L. (2009). "Cost Sharing, Out-of-Pocket Payments and Exemption Mechanisms in Europe", *Pratiques et Organisation des Soins*, 40-1, pp. 31-8.
- Eco-Santé. (2010). Données de cadrage sur les comptes de la santé. <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/AgregatsComptesSante.htm>
- Lachaud C., LARGERON C. et ROCHAIX L. (1998). « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale », *Économie et Statistique*, 315, pp. 51-72.
- Païta M. et Weill A. (2009). « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 », *Points de repère*, Cnam.
- Païta M. et Weill A. (2008). « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007 », *Points de repère*, Cnam.
- Rawl (1971). *A Theory of Justice*, Harvard University Press.
- Tabuteau D. (2009). « Le bouclier sanitaire : renforcement ou rupture du pacte de 1945 ? », Acte du colloque chaire Santé.
- Tabuteau D. (2006). *Les contes de Ségur - Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Orphys Santé.
- Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramini R., Klavus J. et Murray, C. (2003). "Household Catastrophic Health Expenditure: a Multicountry Analysis", *Lancet*, 362, pp. 111-7.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ 10, rue Vauvenargues 75018 Paris www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 • Email: publications@irdes.fr •

IRDÉS

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans •

Relecteurs : Magali Coldefy, Marc Perronnin • Correctrice : Martine Broïdo • Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault, avec Khadija Ben Larbi •

Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € par an • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769 •

Derniers *Questions d'économie de la santé* parus



- Octobre 2010** **Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?**
Kambia-Chopin Bidénam, Perronnin Marc. *Questions d'économie de la santé* n° 158.
- Septembre 2010** **La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.**
Baudier François, Bourgueil Yann, Evrard Isabelle, Gautier Arnaud, Le Fur Philippe, Mousquès Julien. *Questions d'économie de la santé* n° 157.
- Juillet-août 2010** **Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome.**
Clerc Pascal, Le Breton Julien, Mousquès Julien, Hebbrecht Gilles, de Pourville Gérard. *Questions d'économie de la santé* n° 156.
- Juin 2010** **La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises.**
Guillaume Stéphanie, Rochereau Thierry. *Questions d'économie de la santé* n° 155.
- Mai 2010** **Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?**
Bricard Damien, Jusot Florence, Tubeuf Sandy. *Questions d'économie de la santé* n° 154.
- Avril 2010** **Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ?**
Grignon Michel, Kambia-Chopin Bidénam. *Questions d'économie de la santé* n° 153.
- Mars 2010** **Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006.**
Com-Ruelle Laure, Da Poian Marie-Thérèse, Le Guen Nelly. *Questions d'économie de la santé* n° 152.

La Documentation de l'Irdes

www.irdes.fr/EspaceDoc

Présentation

Missions

La Documentation :

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature pour les chercheurs de l'Irdes ;
- accueille le public sur rendez-vous et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes. Par ailleurs, elle est membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc) ;
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé ;
- 15 000 ouvrages et thèses ;
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais ;
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers ;
- des dossiers thématiques.

Produits documentaires

La documentation élabore de nombreux produits documentaires consultables gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- Lu pour vous, une rubrique mensuelle présentant des livres, des *working papers* et des sites Internet ;
- des bibliographies thématiques ;
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques ;
- des sources et méthodes de recherche bibliographique.

Disponibles en ligne...

Quoi de neuf, Doc ?

Bimensuel, le bulletin bibliographique *Quoi de neuf, Doc ?* est destiné aux personnes s'intéressant à l'économie de la santé. Les références bibliographiques, classées par thème, sont issues de la littérature française et internationale.



Une nouvelle maquette, intégrant la traduction des thèmes en anglais, est prévue pour début 2011. Les numéros sont archivés en ligne depuis 2003.

Synthèses thématiques

Sans prétendre à l'exhaustivité, les synthèses thématiques retracent l'historique d'un élément du paysage sanitaire français.

Déjà parues

Les plans de maîtrise de l'Assurance maladie, la politique du médicament, les lois de financement de la Sécurité sociale, les réformes hospitalières, les conventions médicales, le ticket modérateur, le forfait hospitalier, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires...



Glossaire anglais/français

Ce glossaire spécialisé en économie de la santé est gratuit et accessible dans son intégralité sur le site de l'Irdes :

[http://www.irdes.fr/EspaceDoc/Dossiers Biblios/GlossaireAnglaisFrancais.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/GlossaireAnglaisFrancais.pdf)



Il est régulièrement enrichi et mis à jour à l'occasion des traductions des publications des chercheurs.

Institut de recherche et documentation en économie de la santé - Irdes
Documentation

10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 56/01

Espace Internet : www.irdes.fr/EspaceDoc • Courriel : documentation@irdes.fr