

L'économie du "reste à charge"

Pierre-Yves Geoffard

Ecole d'Economie de Paris, EHESS

21 novembre 2008

La question à 40 milliards

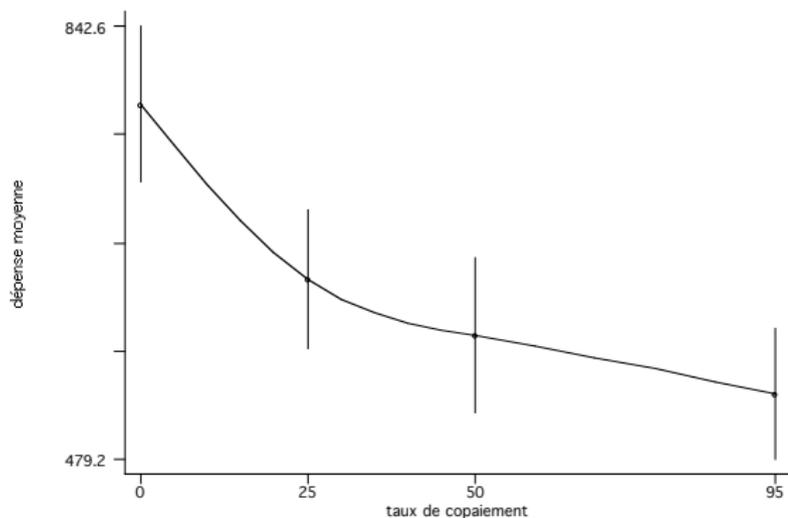
- Comment réduire les dépenses de soins inutiles ?
 - ... et encourager les dépenses utiles ?
- Problème : on ne sait pas identifier facilement ce qui est utile et ce qui l'est moins...
- Actions possibles :
 - Sur l'offre de soins : bonnes pratiques,...
 - Sur la demande de soins : information, participation financière.
- Quel impact de la participation financière des usagers sur :
 - La dépense de soins ?
 - L'état de santé ?

PY Geoffard, *La lancinante réforme de l'assurance maladie*, éd. rue d'Ulm, 2006

- Expérience randomisée (1974...) :
 - 6 000 personnes, +/- représentatives pop. US
 - réparties entre différents contrats ("plans") d'assurance santé :
 - différents niveaux de copaiement (T.M.) : 0, 25%, 50%, 95%.
 - plafond annuel sur le montant des dépenses
 - suivies pendant 3 à 5 ans
 - mesure des dépenses et de l'état de santé
- Elasticité mesurée en comparant les différents plans :
 - de l'ordre de - 0.2
 - élasticité plus faible pour les soins hospitaliers (pour la probabilité d'une hospitalisation dans l'année)
 - effet plus fort du passage de 0 à 25% que de 25 à 50 ou à 95%

REF : Newhouse (1993), *Free for All?*, Harvard University Press

RAND : copaiement et dépense de soins



- en général, aucun effet négatif
 - sauf pour les plus bas revenus :
 - santé dentaire, hypertension artérielle, vision
- pas de mesure des effets à long terme (+ de 5 ans).

- Entre 37 et 60 milliards de \$ (1984) de dépenses supplémentaires entre
 - le plan à 95% (avec plafond de dépenses)
 - le plan gratuit (0% de TM).
- Soit 15 à 20 % de la dépense de soins.
- Arbitrage entre :
 - partage des risques (solidarité, accès aux soins)
 - incitations

- Impact positif du niveau de couverture (complémentaire) sur la dépense
- Mais impact sur l'état de santé ? on ne sait rien...
- “Reste à charge” : de quoi parle-t-on ?
 - du coût des soins “sorti de la poche” des ménages ? (“out-of pocket”)
 - du coût des soins non pris en charge par la Sécurité Sociale ?
 - Différence : la part couverte par les complémentaires

Structure du financement (2006)

Structure du financement (2006)				
(en %)	Hôpital	Soins ambulatoires	Médicaments	Ensemble
Sécurité sociale	91,9	65,7	67,5	77
Pseudo-reste à charge	8,1	34,3	32,5	23
Etat, coll. loc, CMUC	1,2	1,6	1,5	1,4
Mutuelles	2	11,4	12,5	7,4
Sociétés d'assurance	1,2	5,1	4	3,2
Inst. de prévoyance	0,9	4	2,4	2,4
Vrai reste à charge	2,7	12,2	12,1	8,6

- Le reste à charge : les soins de ville, les médicaments

Plus détaillé : qui paie quoi ?

- La probabilité d'être couvert par une complémentaire est "croissante" avec le revenu
 - (mais CMUC)
- Mais peu de niveau de détail : manque d'information couplée AM-RC.
 - Un jour peut-être (IDS)...

Quelques chiffres sur le “reste à charge”

- Reste à charge : ici, dépense non couverte par la SS (pseudo-rac)
- Données : CNAMTS, données de remboursement (feuilles de soins)
 - Régime général (80% de la population)
 - appariées avec l'Enquête Santé 2002-2003 (15024 individus)
 - permet d'avoir des informations socio-démo, sur l'état de santé,...
- Mémoire de master “Analyse et Politique Economiques”
 - Grégoire de Lagasnerie (EHESS)
- Note : uniquement dépenses de soins de ville (...)
 - RAC : ticket modérateur, dépassements de tarifs.
 - Ici : focus sur le TM

Dépense totale et "reste à charge"

- Part du reste à charge en fonction du revenu :
 - Premier décile de revenu : TM= 3,41% du revenu ; dépassements = 1,35%
 - Dernier décile : TM= 0,56% du revenu ; dépassements = 0,74%
- Déciles :
 - D1 : 10% paient moins que ...
 - D9 : 10% paient plus que ...

	D1	D9
Dépense		
non ald	57	1777
ald	647	6571
Reste à charge		
non ald	6	448
ald	16	643

Dépense totale et "reste à charge"

	D1	D9
Dépense		
0-19 ans	48	982
40-49 ans	56	1416
70-79 ans	444	4666
80+ ans	669	6429
Reste à charge		
0-19 ans	0	228
40-49 ans	6	450
70-79 ans	34	797
80+ ans	26	786

- L'assurance maladie réduit le risque financier de la maladie... partiellement

Augmentation du reste à charge		
quantile de revenu	moyenne	écart-type
0-10%	64,60	18,71
12-25%	64,24	18,31
25-50%	65,72	16,37
50-75%	65,06	15,86
75-90%	66,24	15,60
90-100%	65,34	15,55

- Mais plus forte augmentation pour
 - les ald : 86,1 contre 62,4
 - les plus âgés : 78 pour les 80+ contre 61 pour les 0-19 ans

Propositions pour une réforme du ticket modérateur

- Financer un plafond annuel par une franchise annuelle
- Réforme à budget constant
- Bonne couverture contre le risque lourd, effet incitatif fort.
 - Pour une franchise de 50 euros, quel plafond ? : 460 euros
 - Franchise à 100 euros, plafond à 330 euros
 - Franchise à 150 euros, plafond à 270 euros.
- Attention :
 - à l'équité (riches-pauvres, jeunes-vieux,...)
 - à l'impact potentiel négatif sur la santé des plus pauvres
- Pistes : franchises / plafonds fonction du revenu, de l'état de santé (ALD)