

LA LANCINANTE RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

collection du

CEPREMAP

CENTRE POUR LA RECHERCHE ÉCONOMIQUE ET SES APPLICATIONS

LA LANCINANTE RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

PIERRE-YVES GEOFFARD

ÉDITIONS  RUE D'ULM

© Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure, 2006
45, rue d'Ulm – 75230 Paris cedex 05
www.pressens.fr
ISBN 2-7288-0358-7

Le CEPREMAP est, depuis le 1^{er} janvier 2005, le CEntre Pour la Recherche EconoMique et ses APplications. Il est placé sous la tutelle du ministère de la Recherche. La mission prévue dans ses statuts est d'assurer *une interface entre le monde académique et les décideurs publics et privés.*

Ses priorités sont définies en collaboration avec ses partenaires institutionnels : la Banque de France, le CNRS, le Centre d'analyse stratégique, la direction générale du Trésor et de la Politique économique, l'École normale supérieure, l'INSEE, l'Agence française du développement, le Conseil d'analyse économique, le ministère chargé du Travail (DARES), le ministère chargé de l'Équipement (DRAST), le ministère chargé de la Santé (DREES) et la direction de la recherche du ministère de la Recherche.

Les activités du CEPREMAP sont réparties en *cinq programmes scientifiques* : Politique macroéconomique en économie ouverte ; Travail et emploi ; Économie publique et redistribution ; Marchés, firmes et politique de la concurrence ; Commerce international et développement.

Chaque programme est animé par un comité de pilotage constitué de trois ou quatre chercheurs reconnus. Participent à ces programmes une centaine de chercheurs, associés au Campus Jourdan de l'École normale supérieure ou cooptés par les animateurs des programmes de recherche.

La coordination de l'ensemble des programmes est assurée par *Philippe Askenazy.*

Les priorités des programmes sont définies pour deux ans.

L'affichage sur Internet des documents de travail réalisés par les chercheurs dans le cadre de leur collaboration au sein du CEPREMAP tout comme cette série d'opuscules visent à rendre accessible à tous une question de politique économique.

Daniel COHEN
Directeur du CEPREMAP

EN BREF

La dépense de soins de santé est couverte en partie par différents organismes d'assurance : sécurité sociale, complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance). La part des dépenses non couvertes, qui reste directement à la charge des ménages, représente en moyenne 9 % de la dépense totale de santé. Comment articuler l'intervention des différents organismes ? Est-il légitime de faire peser une partie de la dépense de santé sur les ménages ? Quelle devrait être la forme de cette participation ?

L'analyse économique de la consommation de soins indique deux modes principaux de régulation du système, à travers des actions, réglementaires ou incitatives, sur l'offre ou sur la demande. Cet opuscule se consacre à l'examen des mécanismes de régulation de la demande de soins. Parmi ces mécanismes, la participation financière des assurés aux dépenses est un outil de première importance. Mais son maniement est délicat : certes, une participation financière peut inciter à limiter les dépenses non justifiées ; mais si cette participation est trop élevée, elle peut faire peser sur les individus une part trop lourde de dépenses pourtant justifiées. Il est donc important d'identifier les termes de l'arbitrage entre d'une part le partage des risques et la couverture des dépenses justifiées, et d'autre part la responsabilisation des assurés.

En France, la participation des assurés aux dépenses prend la forme d'un ticket modérateur, qui précise, pour chaque type de soins, chaque médicament, la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance sociale. Plus récemment, la réglementation précise également quelle part ne doit pas être couverte par les complémentaires et donc, quel ticket modérateur a vocation à être assumé directement par les ménages.

Le ticket modérateur est pourtant un très mauvais instrument. Outre les difficultés de coordination entre les différents organismes, il induit un partage des risques très inefficace. En effet, comme la couverture des dépenses par les organismes d'assurance est définie en part du coût de chaque soin, la dépense à la charge des ménages reste très réduite pour des dépenses modérées, mais peut s'avérer lourde pour les plus démunis ou pour les individus dont l'état de santé induit des dépenses élevées dans l'année. Son effet de responsabilisation est donc très faible, alors même qu'il offre une couverture insuffisante contre le risque de dépenses élevées.

Un meilleur outil de régulation de la demande passerait par une franchise annuelle, non prise en charge par les complémentaires, associée à un plafond sur la dépense annuelle maximale à charge des ménages. Un tel mécanisme permettrait à la fois d'améliorer la prise en charge des dépenses élevées et d'introduire un mécanisme de responsabilisation des usagers du système de soins.

Pierre-Yves Geoffard est directeur de recherche au CNRS (Paris-Jourdan Sciences économiques), professeur invité à l'université de Lausanne (Institut d'économie et management de la santé), professeur chargé de cours à l'École polytechnique et codirecteur du programme Économie publique et redistribution du CEPREMAP.

LANCINANT, -ANTE, adj.

Qui se fait sentir par élancements aigus. *Douleur lancinante ; souffrances lancinantes. Mon vieil ami, qui souffre de rhumatismes lancinants, me sourit flatté* (COLETTE, *Vagab.*, 1910, p. 113). *La douleur hépatique devient lancinante et peut entraîner des troubles respiratoires* (QUILLET *Méd.*, 1965, p. 151).

Au fig. Qui tourmente, obsède ou importune d'une façon persistante. *Besoin, remords, souci lancinant ; musique lancinante. Trois ou quatre problèmes lancinants, décision de l'Angleterre et de ses dominions [...] le tenaient dans l'insomnie* (L. DAUDET, *Ciel de feu*, 1934, p. 71). *Se bouchant les oreilles, essayant vainement d'échapper à l'obsession lancinante de ces refrains idiots, grincés du matin au soir, qui leur entraient dans la tête comme des coups de couteau* (R. ROLLAND, *J.-Chr.*, t. 2, *Antoinette*, 1908, p. 902).

Introduction

L'assurance maladie est un chantier permanent : pour s'en tenir à l'histoire récente, pas moins de 24 réformes¹ se sont succédé depuis le plan Barre de 1976... pour le résultat que l'on sait : en 2004, le déficit de la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale est de 12,3 milliards d'euros, le plus élevé jamais enregistré. Le « plan Douste-Blazy », second du nom et dernier en date, n'est pas encore entièrement entré en application, mais la plupart des éléments du dispositif sont en place. Ce plan s'appuie notamment sur un désengagement de l'assurance maladie « publique » (la Sécurité sociale) portant sur de nombreuses dépenses. Ainsi, il introduit un forfait d'un euro par consultation, prévoit une baisse du taux de couverture de nombreux médicaments, et fera payer un tarif de consultation plus élevé à ceux qui consulteront un spécialiste sans être passés par le

1. Voir annexe, p. 43, pour une liste non exhaustive de ces réformes.

filtre de leur médecin traitant. Toujours dans cet ordre d'idées, un forfait de 18 euros devra être acquitté par ceux qui auront reçu des soins « lourds », d'un montant supérieur à 91 euros. Ces quelques éléments donnent la tonalité générale de la réforme : elle fait peser la régulation du système de santé sur une « responsabilisation » accrue des patients, sans jouer sur l'offre de soins.

Notons d'emblée que le désengagement de la sécurité sociale peut se traduire de deux manières distinctes, dont les effets sur les assurés et, *in fine*, sur le fonctionnement du système, sont radicalement différents. Premier cas de figure : les assurances complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) compensent le désengagement en prenant à leur charge ces dépenses. En ce cas, elles ne manqueront pas de répercuter ce coût supplémentaire sur le prix des contrats. Du point de vue de l'assuré, le coût final payé lors du recours aux soins n'aura pas changé, mais les cotisations d'assurance (complémentaire) maladie auront augmenté. Second cas de figure, prévu notamment pour le forfait d'un euro par consultation : les complémentaires ne couvrent pas cette dépense ; elle reste donc à la charge du patient, qui est un peu moins bien assuré.

Les questions posées par la baisse des remboursements de l'assurance sociale sont de nature profondément différente selon le cas de figure. Dans le premier cas, des dépenses sont basculées depuis l'assurance sociale vers les assurances complémentaires privées opérant en univers concurrentiel. Que peut-on attendre d'une place accrue de la concurrence en assurance maladie, et surtout comment doit-elle être encadrée ? Dans le second cas, on s'attend à ce que le patient, qui doit alors payer plus cher pour un service jusque-là presque gratuit, réduise sa consommation de soins. Peut-on pour autant espérer une meilleure efficacité de la dépense de santé ?

Une présentation des dernières réformes des systèmes de santé en Europe montre que ces interrogations existent dans plusieurs pays. En France, l'architecture générale de la réforme la plus récente s'appuie essentiellement sur la régulation de la demande de soins, et très peu sur celle de l'offre de soins. Des analyses économétriques récentes des liens entre les dépenses de soins et la couverture assurantielle permettent d'éclairer ces questions, et de se livrer à un examen critique de la réforme actuelle.

Quelques réformes récentes en Europe

Dans les quinze dernières années, de nombreux pays européens ont entrepris de profondes réformes de leur système de santé. Celles-ci portent sur de multiples points : gouvernance de l'assurance maladie, organisation du système de soins, évaluation de la qualité des soins, financement... Sans entrer dans tous les détails de ces réformes, quelques exemples mettent en évidence trois principes généraux sur lesquels elles s'appuient. Tout d'abord, la régulation du système fait de plus en plus appel à une mise en concurrence, strictement encadrée, des caisses d'assurance maladie. Ensuite, la participation des assurés aux dépenses augmente systématiquement, sous des formes assez similaires d'un pays à l'autre. Enfin, le mode de rémunération des offreurs de soins (cliniques, hôpitaux, mais aussi médecins exerçant en cabinet de groupe ou individuel) prend des formes de plus en plus forfaitaires : les cliniques ou hôpitaux sont souvent financés en fonction des pathologies de leurs patients, et non plus en fonction de la durée de leur hospitalisation. De même, les médecins sont de moins en moins souvent payés à l'acte, mais davantage par capitation (un forfait annuel tenant compte du nombre de patients vus dans l'année, ajusté

selon des critères sanitaires et les caractéristiques socio-économiques de leur clientèle), voire sous la forme d'un salaire.

Ainsi aux Pays-Bas, le plan Simons de 1991 a étendu à l'ensemble de la population la possibilité, jusqu'alors réservée aux assurés gagnant plus de 33 000 euros par an, de choisir sa caisse d'assurance maladie parmi plusieurs offreurs privés. Cette mise en concurrence accrue s'est appuyée sur un dispositif de péréquation des risques, mécanisme par lequel une caisse couvrant une population présentant un profil de risque plus défavorable (selon l'âge, le sexe, l'activité ou la localisation géographique de ses assurés) reçoit de la part des autres caisses un transfert financier compensant cette différence de coût moyen prévisible. Elle prévoit également une « double obligation » d'assurance : l'obligation pour chaque caisse d'accepter toute demande d'adhésion, ainsi que l'obligation pour toute personne résidant aux Pays-Bas de souscrire à une assurance maladie. En outre, une participation des assurés aux dépenses, sous la forme d'une franchise minimale de 250 euros par an, a été introduite en janvier 2006. Enfin, on laissera plus de latitude aux caisses dans leurs relations avec les professionnels de santé : la liberté de contracter avec tel ou tel offreur de soins sera ainsi complétée par la possibilité de négocier les tarifs des actes médicaux.

L'Allemagne a également connu de profonds bouleversements de l'organisation de son système de santé. La réforme Seehofer, soutenue par les partis de l'actuelle « grande coalition » (CDU, CSU, SPD), a introduit en 1992 la concurrence entre caisses, elle aussi assise sur un mécanisme de compensation des risques. Des enveloppes annuelles de dépenses ont alors été instaurées (hôpital, médicaments, soins en ville), celles-ci étant déclinées, depuis 1997, sous la forme d'un budget annuel perçu par chaque médecin, tenant compte de sa clientèle, de

sa spécialité et de son environnement socio-économique. Les réformes entreprises en 2003 par le gouvernement Schröder, dans le cadre de l'Agenda 2010, complètent ce dispositif par l'introduction d'une participation des assurés aux dépenses : forfait hospitalier, ticket modérateur de 10 % sur les médicaments, forfait de 10 euros par trimestre payé par les patients consultant un spécialiste directement (sans avoir été « aiguillés » par leur généraliste, celui-ci étant payé par capitation). Les effets de ces mesures ont été extrêmement sensibles dès la première année : la consommation de médicaments a ainsi baissé de 13 %, les consultations médicales de 10 %. Alors que l'ensemble des caisses d'assurance maladie accusait en 2003 un déficit de 3 milliards d'euros, l'exercice 2004 leur a permis de dégager un excédent de 4 milliards d'euros, qui devrait se traduire par une réduction des primes payées par les assurés.

La Suisse fournit un autre exemple, particulièrement intéressant. À l'inverse de la plupart des pays européens, la concurrence entre caisses d'assurances y est un principe très ancien, en vigueur depuis 1911, les caisses d'assurance intervenant au premier franc étant privées à but non lucratif. Les réformes récentes ont consisté, entre autres, à encadrer cette concurrence par des règles plus strictes. Ainsi, la loi sur l'assurance maladie de 1996 introduit la « double obligation » d'assurance. Le tarif proposé doit être indépendant du sexe, de l'état de santé et de l'âge (sauf pour les enfants) des assurés. La loi définit les biens et services de santé couverts par les contrats d'assurance, dont la forme est également précisée. Les premiers francs de la dépense de soins sont toujours intégralement à la charge de l'assuré, jusqu'à une franchise annuelle. Au-delà de ce montant, l'assuré contribue aux frais à hauteur d'un copaiement de 10 % (ticket modérateur, porté récemment à 20 %) des dépenses supérieures à

sa franchise. Lorsque celles-ci atteignent 6 000 francs suisses (environ 4 000 euros), l'assurance maladie couvre intégralement le coût des soins ; la dépense annuelle laissée à la charge des patients (franchise plus ticket modérateur) est donc plafonnée. Chaque assuré peut choisir son niveau de franchise, de 300 à 2 500 francs suisses par an (environ 200 à 1 700 euros). Des assurances complémentaires couvrent certains types de dépenses (chambre individuelle à l'hôpital, soins dentaires...) ; mais, contrairement à la France où les assurances complémentaires couvrent notamment le ticket modérateur, la loi interdit aux assureurs de proposer des contrats qui couvriraient les franchises ou ledit ticket. Plusieurs caisses proposent en outre une assurance à prix réduit restreignant le choix des offreurs de soins, ces derniers étant payés à l'acte ou, dans certains cas, sous une forme de capitation. Enfin, le mécanisme de compensation des risques entre caisses d'assurance, introduit pour une durée de 10 ans, a depuis été pérennisé.

Ces expériences peuvent-elles éclairer la récente réforme de l'assurance maladie en France ? Les comparaisons internationales sont souvent instructives, mais elles gardent de sérieuses limites. En effet, les systèmes de santé diffèrent d'un pays à l'autre à tant d'égards qu'il est très délicat d'attribuer les différences constatées dans la performance relative d'un pays à telle ou telle caractéristique particulière de son système de santé. Un autre type d'approche consiste à identifier quelques questions fondamentales se posant dans tous les systèmes de santé, et à les analyser en détail dans un système particulier. On espère alors qu'une meilleure compréhension de l'un des éléments du tableau d'ensemble dans un pays particulier permette d'illustrer le fonctionnement du même élément dans un autre pays.

L'information cachée

De nombreux travaux empiriques ont cherché à mieux cerner les relations complexes entre assurance maladie et dépense de soins. Le point de départ est le suivant : la plupart des études constatent une corrélation positive entre niveau d'assurance et montant des dépenses. Toutefois, corrélation n'est pas causalité, et deux interprétations de cette relation statistique sont possibles. D'une part, le fait d'être mieux couvert par une assurance peut entraîner chacun à consommer davantage ; ce phénomène, souvent qualifié d'« aléa moral », traduit simplement un effet d'incitation dû à une modification du prix payé par l'usager. Mais d'autre part, il est possible qu'une personne se sachant en mauvaise santé, et anticipant ainsi qu'elle aura besoin de soins dans le futur, choisisse de souscrire un contrat d'assurance couvrant une part plus grande du coût de ces soins. La causalité est alors inversée, puisqu'en présence d'« autosélection », ce serait la dépense de soins qui déterminerait le niveau d'assurance, alors qu'en présence d'« aléa moral, » c'est le niveau d'assurance qui influence la dépense de soins. Notons que ces deux interprétations ne sont pas exclusives l'une de l'autre, et que les deux phénomènes peuvent tout à fait coexister.

Les déterminants de la dépense de soins sont multiples. Les processus de décision qui conduisent à cette dépense sont complexes, et font intervenir de manière centrale l'interaction entre le patient et le professionnel de santé, notamment le médecin. Des éléments propres à chacun des acteurs en présence peuvent donc potentiellement influencer sur la dépense de soins. Du côté du patient, en premier lieu, l'état de santé conditionne fortement la dépense ; mais le revenu dont il dispose peut limiter sa capacité à payer, notamment pour des

soins coûteux. Dans tous les pays développés, des systèmes d'assurance, publique ou privée, visent à garantir un accès aux soins en principe indépendant du revenu. Un tel objectif peut s'envisager du point de vue de l'équité ou de la solidarité entre malades et bien portants, mais il peut aussi s'interpréter en termes d'assurance¹. Les soins coûteux correspondent à des traitements lourds, qui ne sont mobilisés que dans la prise en charge de pathologies survenant avec une faible probabilité. L'assurance permet, si l'on paye une prime lorsque tout va bien, de disposer en cas de nécessité de sommes importantes permettant d'accéder aux soins coûteux. C'est là la principale mission de l'assurance maladie que de prendre en charge le coût des soins « adéquats, » dont la nature dépend des traitements disponibles et de l'état des connaissances médicales, permettant de traiter des maladies dont la survenance future reste incertaine, surtout à un niveau individuel. La couverture complète du coût de ces « besoins de santé » par une assurance correspond à un transfert du risque depuis les individus vers les organismes collectifs, et ce partage des risques est efficient *ex ante*.

Mais la dépense de soins ne répond pas uniquement à cette logique de « besoins de santé ». En effet, l'assurance maladie ne peut évaluer systématiquement, dans les soins consommés, ceux qui relèvent de tels besoins. Or, elle rembourse, intégralement ou partiellement, le coût des soins engagés, et intervient donc en modifiant le prix des soins payés par l'assuré ; cette diminution du prix payé peut alors

1. Lorsque l'on prend en compte la dimension temporelle du risque santé, la distinction entre assurance et solidarité devient encore plus délicate, cf. Pierre-Yves Geoffard, « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue d'économie politique*, 2000, 110 (4), p. 457-482.

conduire, par un effet d'incitation, à une « demande » de soins d'un montant plus élevé. La distorsion du prix correspond à une inefficience *ex post*, lors du recours aux soins. C'est en fait là le cœur du dilemme posé par l'« aléa moral » : trop peu d'assurance est inefficent *ex ante*, trop d'assurance est inefficent *ex post*. Où mettre le curseur ?

Notons que cette présentation passe sous silence l'importance d'un autre acteur dont l'intervention détermine aussi la dépense de soins, à savoir le médecin, qui seul peut prescrire certains traitements. La demande de soins naît donc de l'interaction complexe entre le patient et le médecin, et les incitations monétaires auxquelles ce dernier fait face (notamment les conditions de sa rémunération) peuvent donner lieu à une « induction » de la demande par l'offre, phénomène déjà remarqué par Jules Renard ou George Bernard Shaw et depuis lors objet d'une abondante littérature empirique¹.

Pour en revenir au patient, et à l'« aléa moral » (arbitrage entre partage des risques et incitations), la question posée est de savoir quel type de dépenses, et quelle part de leur coût, doivent être laissées à la charge de l'assuré, sous la forme de franchises ou de tickets modérateurs, sans que cette participation entraîne un renoncement aux soins « adéquats ». *In fine*, la réponse à cette question dépend de la mesure empirique des effets d'incitation, la participation aux soins devant être plus élevée lorsque ces effets sont plus importants.

1. Jules Renard, *Docteur Knock, ou le triomphe de la médecine*, 1923 ; George Bernard Shaw, *The Doctor's Dilemma*, 1906. Voir aussi Thomas McGuire, « Physician agency », in A. Culyer et J. Newhouse (éd.), *Handbook of Health Economics*, North-Holland, Elsevier, 2000.

L'autre explication possible de la corrélation entre niveau de couverture et montant de la dépense de soins, à savoir l'autosélection, est radicalement différente, et recommande de prêter une attention particulière à la régulation de la concurrence entre assureurs. En effet, cette forme d'asymétrie d'information entre les assurés et les assureurs peut sévèrement déstabiliser le bon fonctionnement du marché.

Du point de vue de l'assureur, cela entraîne que les assurés présentent une structure de risque différente selon leur niveau de couverture. Un contrat d'assurance est un bien de nature très particulière, puisque son « coût de fabrication » dépend des caractéristiques de celui qui l'achète. Or, les individus les plus disposés à acheter un contrat d'assurance sont justement les clients les plus « risqués » et donc les moins « profitables ». Dans un environnement concurrentiel, chaque assureur peut au contraire, en proposant un contrat d'assurance incomplète, tenter d'attirer les clients les moins risqués. On peut alors assister à un fonctionnement délétère de la concurrence¹ : un contrat unique peut être rentable tant qu'il attire à la fois des clients « risqués » et d'autres moins coûteux ; mais un assureur qui proposerait une couverture moins complète peut attirer sélectivement les individus supportant le risque le plus faible. Cette stratégie commerciale vient déstabiliser le contrat précédent, contraint d'augmenter ses tarifs ; cette augmentation des tarifs peut alors conduire d'autres individus à préférer le contrat moins complet,

1. Le fonctionnement d'un marché d'assurance en présence d'asymétries d'information a été notamment étudié par Michael Rothschild et Joseph Stiglitz, « Equilibrium in competitive insurance markets : an essay on the economics of imperfect information », *Quarterly Journal of Economics*, 1976, 90 (4), p. 630-649.

nourrissant ainsi une « spirale de la mort », qui peut conduire rapidement à une disparition pure et simple du meilleur contrat¹.

L'autosélection recommande donc un encadrement très strict des règles de concurrence en assurance : les réflexions sur la régulation du système de santé doivent s'appuyer sur une estimation empirique de l'importance de ce phénomène

Les leçons de l'analyse économétrique

Avant de revenir sur ces recommandations de politique économique, il convient donc d'estimer la part relative des deux phénomènes, et notamment de mesurer l'ampleur des effets d'incitation. L'impact de la participation des assurés aux frais de santé sur le montant de leur dépense de soins peut s'interpréter en termes d'élasticité prix de la demande de soins. De nombreuses études ont entrepris de mesurer précisément cette élasticité, à partir de données d'enquête ou administratives, ou en exploitant des « expériences naturelles » durant lesquelles l'étendue de l'assurance couvrant une population particulière avait changé au cours du temps². Selon les premières études, dans les années 1960, les estimations variaient considérablement, entre

1. Ce phénomène a été mis en évidence sur un marché concurrentiel d'assurance santé par David Cutler et Sarah Reber; « Paying for health insurance : The trade-off between competition and adverse selection », *Quarterly Journal of Economics*, 1998, 113 (2), p. 433-466.

2. Pour une application de ces techniques à des données françaises d'assurance complémentaire, voir Pierre-André Chiappori, Franck Durand et Pierre-Yves Geoffard « Moral hazard and the demand for physician services : first lessons from a French natural experiment », *European Economic Review*, 1998, 42 (3-5), p. 499-511.

– 0,1 et – 2,1. Aucune recommandation sérieuse ne pouvait s'appuyer sur une telle variabilité des estimations empiriques.

L'EXPÉRIENCE DE LA RAND

En 1974, afin de lever cette incertitude et d'obtenir une évaluation globale des impacts de l'assurance maladie, le gouvernement fédéral américain a commandé à la RAND Corporation une étude complète de la question. Trois questions principales étaient posées. Tout d'abord, quel est l'impact d'une couverture plus généreuse sur le montant des dépenses de soins ? Ensuite, cet impact dépend-il des caractéristiques des assurés (revenu, état de santé...) ? Enfin, l'impact se traduit-il par une amélioration de l'état de santé ? La RAND a alors entrepris la Health Insurance Experiment, l'une des plus ambitieuses expériences contrôlées en sciences sociales. Un échantillon de près de 8 000 individus, à peu près représentatifs de la population américaine, a été suivi sur une durée allant jusqu'à 7 ans. Ces individus étaient couverts par un contrat d'assurance tiré au sort parmi 15 plans différents, comportant un taux de participation aux dépenses, ainsi qu'un plafond sur les dépenses annuelles restant à charge (au-delà duquel les dépenses étaient couvertes à 100 %). Ces plans différaient selon deux dimensions : d'une part le taux de copaiement valait 0 (plan « gratuit »), 25, 50 ou 95 % ; d'autre part les dépenses restant à la charge du ménage étaient plafonnées, le montant du plafond étant fonction du revenu du ménage, et variable. Un dernier plan proposait une prise en charge complète (taux de copaiement de 0 %) des dépenses d'hospitalisation, et quasi nulle (taux de copaiement de 95 %) des autres dépenses. Enfin, et c'est un élément important du dispositif expérimental, chaque ménage participant à l'enquête recevait

en début d'année à titre incitatif une somme forfaitaire correspondant au plafond de ses dépenses éventuelles.

Les données recueillies par la RAND constituent la référence incontournable sur la question de l'élasticité prix de la demande de soins : seule à avoir procédé à de telles estimations en fonction du revenu, l'enquête de la RAND est l'une des rares qui permette également de mesurer l'impact en termes d'état de santé¹. Les principaux résultats de cette étude (pour ce qui nous intéresse) peuvent être résumés ainsi.

Tout d'abord, la dépense totale est clairement décroissante selon le taux de copaiement : la consommation totale de soins répond bien aux incitations monétaires. Cet effet de réduction des dépenses pour les ménages les moins bien couverts est principalement dû à la diminution du nombre d'épisodes de soins, la dépense par épisode ne faisant pas apparaître de différence importante ; d'autre part, la baisse la plus forte de la dépense totale, de près de 30 %, apparaît lorsque le taux de copaiement passe de 0 à 25 %. La dépense hospitalière, en revanche, est peu sensible à l'étendue de la couverture : une baisse du taux de copaiement de 95 à 25 % ne se traduit par aucune augmentation de la probabilité d'hospitalisation, le seul effet (d'ampleur modérée) concernant le plan gratuit. En outre, le coût moyen d'un séjour hospitalier ne dépend pas du niveau de couverture.

L'impact du revenu est plus complexe. La probabilité d'avoir à fournir une dépense de soins augmente toujours avec le revenu, y

1. Ces données ont conduit à de nombreuses publications, dont un ouvrage rend compte de manière très complète : Joseph Newhouse, *Free For All ? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard, Harvard University Press, 1993.

compris (et c'est un point surprenant et intéressant) lorsque le taux de copaiement est nul. En revanche, la probabilité d'hospitalisation décroît avec le revenu sauf pour le plan « gratuit ». *In fine* le montant total des dépenses suit une courbe en U par rapport au revenu, et ceci quel que soit le niveau de couverture ; mais les bas revenus dépensent davantage à l'hôpital, alors que les hauts revenus ont plus souvent recours à des soins ambulatoires.

Un autre élément important de l'expérience de la RAND, qu'aucune autre étude n'a permis d'évaluer aussi précisément, concerne la mesure des effets du niveau d'assurance sur l'état de santé. Alors que la comparaison des comportements selon le niveau de couverture montrait des différences marquées dans le volume des soins consommés, cette analyse ne montre pas de différence d'évolution de l'état de santé entre le début et la fin de l'étude (à trois et cinq ans) selon le niveau d'assurance, tout du moins au sein de la population générale. Toutefois, pour les individus aux revenus les plus bas, la prise en charge complète (plan gratuit) permet de réduire les troubles de vision, ceux liés à l'hypertension artérielle, et d'améliorer la santé dentaire. En dehors de ce groupe spécifique, les dépenses supplémentaires engagées par les individus mieux couverts semblent n'apporter aucun bénéfice en termes d'état de santé, tout du moins dans cette perspective de moyen terme.

Au final, le plan gratuit conduit à des dépenses de 30 à 40 % plus élevées que le plan à 95 % de taux de copaiement, sans amélioration sensible de l'état de santé. Selon Newhouse, l'essentiel de la différence est déjà présent lorsque l'on compare le plan gratuit et celui à 25 % de taux de copaiement, la demande étant ensuite relativement peu sensible au passage de 25 à 95 % de taux de copaiement. Un ticket modérateur supérieur à 25 % apporterait donc peu de gains en

termes de diminution des dépenses peu utiles ; mais il ferait porter aux assurés un risque de dépenses assez élevé.

En résumé, l'introduction d'un copaiement de 25 % entraîne une diminution de 30 % de la dépense de soins, sans effet notable sur l'état de santé. À partir de ces résultats, Newhouse estime donc qu'un contrat d'assurance qui résoudrait l'arbitrage entre partage des risques (efficience *ex ante*) et incitations (efficience *ex post*) comporterait trois éléments : une franchise sur le montant annuel des dépenses de l'ordre de 600 dollars (en valeur 2005), puis un taux de copaiement de 25 % applicable tant que les dépenses annuelles ne dépassent pas un plafond de 2 000 dollars, les dépenses au-delà de cette somme étant totalement couvertes par l'assurance. Enfin, il conviendrait de réduire la participation aux dépenses pour les assurés les plus pauvres, notamment pour certaines actions de santé (soins préventifs, dépistage et suivi de l'hypertension artérielle, soins dentaires...).

Le coût total de la Rand Health Insurance Experiment a été de 80 millions de dollars en 1977 (ce qui équivaldrait à près de 300 millions de dollars actuels). Ceci explique sans doute pourquoi une telle expérience n'a jamais été reproduite, ni aux États-Unis, ni dans un autre pays. Or, il est important de vérifier si ses conclusions principales restent valides au-delà du contexte particulier des États-Unis des années 1970.

L'ANALYSE DES DONNÉES SUISSES

L'organisation de l'assurance maladie en Suisse fournit un cadre pertinent pour tenter une telle analyse. L'analyse économétrique des données suisses montre qu'un mécanisme de franchise annuelle permet de diminuer fortement la consommation de soins pour des dépenses

peu coûteuses, tout en assurant une prise en charge intégrale des dépenses élevées par l'assurance maladie¹.

L'assurance maladie en Suisse : un lien entre niveau de couverture et montant des dépenses

En ce qui concerne l'assurance obligatoire couvrant un ensemble de soins défini par la loi, chaque assuré peut choisir entre différents niveaux de couverture, correspondant à des montants différents de la franchise annuelle, allant pour la période considérée de 230 à 1 500 francs suisses. Les frais hospitaliers, de médicaments et le coût de certaines consultations médicales sont systématiquement payés par l'assureur, qui refacture aux assurés la participation aux frais qui leur incombe : la totalité des frais inférieurs à la franchise, puis le copaiement (ticket modérateur) de 10 % au-delà ; la participation aux frais ne peut toutefois excéder un plafond annuel, au-delà duquel l'assureur couvre intégralement les dépenses. Ce plafond est égal au montant de la franchise plus 600 francs suisses. Ainsi, le contrat à franchise basse garantit que l'assuré ne paiera jamais plus de 830 francs suisses en soins de santé dans l'année, alors que ce plafond annuel est de 2 100 francs suisses pour les assurés les moins couverts.

1. Cette présentation s'appuie sur trois articles récents : Lucien Gardiol, Pierre-Yves Geoffard et Chantal Grandchamp, « An econometric study of Swiss health insurance claims data », in P. A. Chiappori et Ch. Gollier (éd.), *Competitive Failures in Insurance Markets : Theory and Policy Implications*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 2006 ; Lucien Gardiol, Pierre-Yves Geoffard et Chantal Grandchamp, « Separating selection and incentive effects in health insurance », doc. de travail PSE, 2005 ; Pierre-Yves Geoffard, « Incentive and selection effects in health insurance », in A. Jones (éd.), *Elgar Companion to Health Economics*, Cheltenham (GB), Edward Elgar, 2006.

L'analyse des dépenses annuelles de soins a porté sur des données de remboursements effectués par une des principales caisses d'assurance maladie, dans le canton de Vaud. De telles données sont très complètes, et précieuses, car elles portent sur une vaste population, en l'occurrence plus de 60 000 individus au total, dont on suit les dépenses sur une durée allant jusqu'à 4 ans (de 1997 à 2000), ce qui conduit à près de 200 000 observations. Pour simplifier ici la présentation, nous nous limiterons aux résultats portant sur les hommes, âgés de plus de 26 ans en 1997, qui ont conservé le même niveau de franchise durant la période d'étude, soit 31 540 individus.

Le premier constat est celui d'un lien statistique très net entre le niveau de couverture et le montant de la dépense annuelle, comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 1 – Dépense annuelle moyenne

	Franchise annuelle (FS)				
	230	400	600	1 200	1 500
Effectif	12 632	5 084	8 048	3 100	2 676
Dépense annuelle moyenne totale	3 474	2 648	1 872	1 327	614

La dépense annuelle de soins est ainsi près de six fois moins élevée pour les assurés les moins bien couverts – ceux ayant opté pour la franchise annuelle la plus élevée (1 500 francs suisses) – que pour les assurés les mieux couverts. Une interprétation naïve de ces chiffres suggérerait que l'augmentation de la franchise annuelle de 230 à 1 500 francs suisses diminuerait la dépense de santé par un

facteur 6. Toutefois, il est possible que l'état de santé moyen des assurés les mieux couverts soit, toutes choses égales par ailleurs, moins bon que celui des assurés les moins bien couverts. La différence du niveau de dépenses ne traduirait donc pas un effet des incitations monétaires sur la demande de soins, mais le simple fait que l'on consomme aussi des soins parce que l'on est malade, et pas seulement parce que c'est moins cher...

En d'autres termes, il reste à identifier les raisons de la corrélation entre montant des dépenses et niveau de couverture, en tâchant de séparer ce qui relève de l'effet d'autosélection (différence d'état de santé moyen) et de l'effet d'incitation (augmentation de la dépense de soins causée par une meilleure couverture).

De considérables effets d'autosélection

Si l'on s'intéresse maintenant au recours à l'hôpital, on voit que la probabilité d'hospitalisation (au moins une fois durant les quatre années) est plus élevée pour les assurés les mieux couverts, de même que le montant des dépenses en cas d'hospitalisation (tableau 2).

Tableau 2 – Probabilité de recours à l'hôpital et dépenses hospitalières

	Franchise annuelle (FS)				
	230	400	600	1 200	1 500
Effectif	12 632	5 084	8 048	3 100	2 676
Hospitalisation					
Probabilité	28 %	26 %	24 %	17 %	15 %
Dépense	3 623	2 939	2 589	2 644	2 494

Il est peu plausible que de tels chiffres traduisent un effet d'incitation : le recours à l'hôpital porte en général sur des soins lourds. Dans une certaine mesure, ces soins sont *nécessaires* ou, tout au moins, relèvent assez peu d'une décision individuelle de la part de l'assuré. Comme ils reposent davantage sur des décisions médicales, on peut s'attendre à ce que les dépenses hospitalières soient plus sensibles aux incitations monétaires portant sur l'offre de soins (les modes de rémunération des pratiques médicales) que sur la demande (l'étendue de la couverture d'assurance)¹. Dans tous les cas, dans le cadre du système suisse, le prix moyen d'une journée d'hospitalisation est supérieur à 1 500 francs suisses. On peut alors estimer que, le montant de la franchise étant presque systématiquement dépassé dès la première nuit passée à l'hôpital, les conséquences financières pour l'assuré sont à peu près les mêmes quel que soit le niveau de couverture (en tout état de cause, dès que le coût total du séjour est supérieur à 7 500 francs suisses, même les assurés à la franchise la plus haute sont entièrement couverts). La corrélation de la probabilité d'hospitalisation indiquerait donc davantage un effet d'auto-sélection : les assurés qui pensent avoir recours à l'hôpital choisiraient une franchise plus basse.

1. Certaines analyses indiquent que le mode de rémunération des médecins peut influencer les prescriptions et entraîner davantage d'interventions, même lourdes comme l'accouchement par césarienne (Jonathan Gruber et Maria Owings, « Physician financial incentives and cesarean section delivery », *RAND Journal of Economics*, 1996, 27 (1), p. 99-123), ou l'hystérectomie, le remplacement total de hanche, etc. (Alberto Holly, Lucien Gardiol, Gianfranco Domenighetti et Brigitte Bisig, « An econometric model of health care utilization and health insurance in Switzerland », *European Economic Review*, 1998, 42 (3-5), p. 513-522).

Pour se convaincre définitivement de la présence d'un tel effet, une autre mesure est possible. Compte tenu de la taille de la population suivie, il est possible de regarder le nombre de décès au sein de chaque groupe ayant choisi un certain niveau de franchise. En retenant cette fois la population des deux sexes âgée de 20 à 64 ans, on obtient les chiffres suivants :

Tableau 3 – Fréquence des décès

	Franchise annuelle (FS)			
	230	400	600 ou plus	Ensemble
Effectif	12 362	4 195	8 757	25 314
Nombre de décès	257	42	61	360
Taux brut de mortalité	2,07 %	1,00 %	0,70 %	1,42 %
	(sur 4 ans)			

Le taux de mortalité parmi les assurés les mieux couverts est trois fois plus élevé que parmi ceux ayant choisi une franchise haute. On ne peut attribuer ceci à un effet d'incitation : il faudrait supposer qu'être mieux couvert augmente la probabilité de décès... La causalité ne fait aucun doute : la différence de mortalité traduit bel et bien le fait que l'état de santé des groupes est différent. En d'autres termes, les assurés qui se savent en meilleure santé ont tendance à choisir une franchise plus haute. Des analyses complémentaires montrent que ce phénomène reste valide lorsque l'on contrôle par les variables d'âge et de genre, et vérifiable lorsque l'on intègre les personnes plus âgées ou les enfants. Par exemple, l'âge moyen des

assurés diminue, selon le niveau de franchise, de 47 à 41 ans. Même si les jeunes ont bien tendance à choisir des franchises plus élevées, de telles différences d'âge ne sont pas suffisantes pour rendre compte des différences observées de mortalité.

De la même manière qu'une augmentation des franchises de 230 à 1 500 francs suisses ne conduirait pas à une division de la dépense totale par un facteur 6 comme le suggérerait la comparaison naïve des chiffres du tableau 1, une telle politique ne conduirait pas à une diminution de la mortalité. Cette analyse montre donc qu'il existe bien un effet d'autosélection. Mais une analyse complémentaire permet de voir que les différences constatées dans le tableau 1 sur les dépenses de santé selon le niveau de franchise ne sont pas entièrement imputables à des différences d'état de santé. En d'autres termes, si les effets d'autosélection sont considérables, les effets d'incitation restent importants.

D'importants effets d'incitation

La méthode suivie pour examiner cette question peut être résumée ainsi. L'état de santé d'un assuré détermine une dépense « naturelle » définie comme la demande de soins en présence d'une assurance complète. La participation aux frais peut alors entraîner une diminution de la dépense : ainsi, lorsque la dépense naturelle d'un individu est inférieure au plafond annuel mais reste supérieure à sa franchise, il en supporte 10 % du coût (le ticket modérateur) ; on suppose alors que sa dépense effective est égale à sa dépense naturelle, divisée par un certain coefficient qu'il convient d'estimer. Si l'estimation conduit à un coefficient supérieur à 1, la participation de l'assuré aux dépenses induit bien un effet d'incitation et vient « modérer » sa demande de soins (en revanche, une valeur inférieure à 1 indiquerait que le fait de payer

une partie de la dépense de soins entraîne une augmentation de sa consommation). De même, si la dépense naturelle d'un assuré est inférieure à sa franchise, il doit en supporter intégralement le coût, et on suppose alors que sa dépense effective est égale à sa dépense naturelle divisée par un autre coefficient, qu'il convient encore d'estimer:

L'analyse économétrique permet de quantifier les effets d'incitation, qui vont dans le sens d'une modération de la dépense. Ainsi, par rapport à une assurance complète, l'application d'un ticket modérateur de 10 % conduit à une division du montant de la dépense par un coefficient de 1,3 et le paiement intégral des soins conduirait à une division de la dépense par un facteur de l'ordre de 2,5. Ces chiffres peuvent paraître très élevés, mais il convient de rester prudent quant à leur interprétation. En effet, tous les individus de la population observée sont couverts par des contrats d'assurance, certes d'une ampleur plus ou moins grande : il est donc impossible d'estimer ce que serait l'effet *total* du passage d'une assurance complète à une situation où l'individu ne serait plus du tout assuré. L'impact de la participation aux dépenses sur la demande de soins est mesuré « à la marge », mais permet d'estimer l'impact d'un changement du niveau de franchise en contrôlant par l'état de santé. La mesure de l'impact total de l'assurance serait pertinente s'il était envisagé de supprimer l'assurance maladie ; fort heureusement, le débat politique en Suisse ne porte que sur la modification des niveaux de franchise. Toutefois, depuis 2005, la loi a fait passer la franchise la plus élevée de 1 500 à 2 500 francs suisses. Certains assurés doivent donc payer intégralement le coût des soins tant que celui-ci ne dépasse pas un montant annuel de l'ordre de 1 600 euros par an...

Pour traduire en termes plus concrets l'importance de ces effets d'incitation, on peut se livrer à des simulations, à partir des valeurs

estimées des coefficients. Le tableau 1 indique que la dépense moyenne passe de 3 474 à 6 14 francs suisses lorsque l'on compare le groupe à franchise basse à celui à franchise haute ; quelle part de la différence observée (2 860 francs suisses) traduit la différence d'état de santé moyen de ces deux groupes, et quelle part traduit l'effet de la participation aux dépenses ? En d'autres termes, si l'on considère les assurés ayant choisi la franchise la plus basse (230 francs suisses), quel serait l'effet d'une augmentation du niveau de cette franchise à 1 500 francs suisses sur leur dépense moyenne ? En retenant les coefficients de réduction des dépenses indiqués ci-dessus, la simulation indique que la dépense moyenne serait réduite de 697 francs suisses. La différence des dépenses observées entre les deux groupes se décompose ainsi de la manière suivante : 697 francs suisses (soit 24 % de la différence) attribuables à l'effet propre des incitations monétaires ; 2 163 francs suisses (soit 76 %) attribuables aux différences d'état de santé des deux groupes.

La décomposition des différences de dépenses observées entre d'autres niveaux de franchise, présentée dans le tableau 4, conduit à des estimations du même ordre : un quart de la différence serait due à l'effet modérateur de la participation aux dépenses, et trois quarts à des effets d'autosélection. Ces travaux confirment donc bel et bien le fait que la demande de soins répond aux incitations monétaires. Des analyses complémentaires confirment également que cet effet porte surtout sur les dépenses hors hôpital (soins en ville, médicaments) mais que la participation aux dépenses affecte peu les dépenses hospitalières, ce que d'autres études avaient déjà mis en évidence¹.

1. Voir aussi Pierre-Yves Geoffard, « Dépenses de santé : l'hypothèse d'« aléa moral », *Économie et Prévision*, 2000, 142, p. 123-135 ; et surtout Joseph Newhouse, *op. cit.*

Tableau 4 – Décomposition de l'effet total (source : Gardiol *et al.*, 2005)

	Franchise annuelle (FS)				
	230	400	600	1 200	1 500
Dépense moyenne	3 474	2 648	1 872	1 327	614
Différence avec franchise = 1 500	2 860	2 034	1 258	713	0
Décomposition					
Effet d'incitation	697	521	306	62	
Effet de sélection	2 163	1 513	952	651	

En ce qui concerne les effets d'autosélection, l'analyse montre qu'ils ne sont pas entièrement réductibles à des différences d'âge ou de sexe. Il semble bien que les assurés choisissent leur niveau de couverture en fonction de leurs prévisions de dépenses, et que ces prévisions s'appuient sur une information privée concernant leur état de santé¹, plus fine qu'une simple prise en compte de l'âge ou du sexe.

Le lien avec les résultats de la RAND n'est pas immédiat. En effet, l'étude de la RAND portait sur l'impact des taux de copaiement : l'assuré devait payer une part constante de chaque dépense de soins, tant que la dépense annuelle restait inférieure au plafond. En revanche,

1. Notons que l'information privée détenue par les agents est constituée de tous les éléments permettant de prévoir la dépense future mieux qu'à partir de la seule information contenue dans les variables facilement observables par l'assureur (âge, sexe). Elle peut porter sur l'état général de santé, mais aussi sur la propension à consommer des soins.

le système suisse conduit à faire payer à l'assuré l'intégralité de la dépense annuelle en dessous de la franchise. Une estimation des élasticités prix à partir de ces deux modes de participation aux dépenses est donc délicate, mais l'effet d'incitation apparaît plus important dans le cas d'une franchise que dans le cas d'un copaiement de 25 %.

La régulation des systèmes de santé

Quelles leçons peut-on tirer de ces analyses ?

Tout d'abord, la présence d'effets de type « aléa moral » entraîne l'existence d'un arbitrage entre partage du risque et incitations. En l'absence d'assurance, chacun risquerait de devoir engager des dépenses de soins élevées dans le futur ; le coût de prise en charge de certaines pathologies sévères peut même parfois dépasser l'ensemble des ressources dont un individu dispose : ainsi une dialyse à un coût de l'ordre de 54 000 euros par an, une greffe de poumon un coût de l'ordre de 100 000 euros. L'assurance permet un transfert de ce risque depuis l'individu qui peut tomber malade vers un organisme collectif ; en couvrant de nombreux individus dans une situation identique, l'organisme réalise une mutualisation du risque, au bénéfice de chacune des personnes couvertes. Mais ce transfert de risque induit aussi un transfert de responsabilité : chacun, ne supportant qu'une partie de l'impact monétaire du risque, pourra être moins incité à réduire l'importance de ce risque. Cet arbitrage entre partage des risques et incitations doit être évalué sans *a priori*, et pensé selon ses deux dimensions. Première dimension : l'efficacité du partage du risque. Si chacun va, bon an mal an, au moins deux fois dans l'année chez le médecin, il est à peu près équivalent de payer 20 euros à

chaque visite ou de payer 40 euros en début d'année puis plus rien à chaque visite : la prise en charge par l'assurance ne change pas grand chose en termes de partage des risques. En revanche, une maladie survenant avec une faible probabilité mais dont la prise en charge est très coûteuse (on parle alors de « dépense catastrophique ») est le type de risque dont il est important de libérer chacun. À l'inverse du risque récurrent, une couverture la plus complète améliore considérablement l'efficacité du partage du risque. La seconde dimension porte sur le contrôle du risque, traduit par l'effet des incitations monétaires. Cet effet est bien réel, mais porte surtout sur les dépenses modérées ; ainsi, les soins coûteux réalisés à l'hôpital ne sont pas affectés par la participation de l'assuré aux dépenses.

L'arbitrage entre partage du risque et incitations conduit donc à deux types de recommandations. Une couverture complète des dépenses régulières n'améliore pas beaucoup le partage du risque, mais elle peut conduire à une demande de soins trop élevée ; en revanche, une bonne couverture des soins très coûteux est importante, et elle n'induit pas d'augmentation de la demande de tels soins. Il convient donc de laisser une part du « petit risque » à la charge de l'assuré, mais aussi de garantir une prise en charge complète des dépenses « catastrophiques ». Un dispositif comportant une franchise obligatoire annuelle, que les assurances complémentaires ne seraient pas autorisées à couvrir, répondrait au premier objectif. Par ailleurs, pour les mêmes raisons mais cette fois pour répondre au second impératif, ce dispositif devrait également comporter un plafond sur la dépense totale non remboursée par l'assurance maladie.

De ce point de vue, le ticket modérateur dans sa version française est un très mauvais instrument. Tout d'abord, il est le plus souvent couvert par des assurances complémentaires, ce qui laisse planer un

certain doute sur son effet de « modération » des dépenses. À un niveau très général, la présence d'effets d'incitation pointe l'impérieuse nécessité d'une coordination étroite entre l'assurance maladie publique et les organismes complémentaires. La mise en place d'un « ticket modérateur d'ordre public » qui ne pourrait faire l'objet d'une telle prise en charge par les complémentaires, a été régulièrement évoquée depuis le plan Barre de... 1976. Mais c'est le plan Douste-Blazy le plus récent qui, pour la première fois, introduit formellement ce mécanisme de régulation du système¹. En effet, les assurances complémentaires ne peuvent proposer de prendre en charge certains frais non couverts par la sécurité sociale. Plus précisément, les « contrats responsables » d'assurance complémentaire ne pourront pas couvrir le forfait d'un euro par consultation, ni la différence de tarif pratiqué par un spécialiste consulté sans passage par le médecin traitant. Des sociétés d'assurance qui ne respecteraient pas ces prescriptions et proposeraient des contrats « irresponsables » (ou déresponsabilisants ?) ne pourrait plus bénéficier d'un traitement fiscal avantageux.

Toutefois, à supposer même qu'il reste effectivement à la charge de l'assuré, le ticket modérateur (ou le forfait d'un euro) s'applique indistinctement à chaque dépense. Pour éviter qu'il ne constitue, au total, une somme trop importante pour l'assuré, le montant de ce ticket modérateur doit être très réduit ; son impact sur la demande de soins ne peut alors être que limité. La prise en compte de l'état de santé n'est effectuée que de manière très brutale, à travers l'exonération

1. De tels dispositifs sont en vigueur dans de nombreux pays. On l'a vu, la loi suisse interdit aux assurances la couverture des franchises ou des tickets modérateurs ; de même, l'assurance maladie en Belgique comporte de telles dispositions.

du ticket modérateur appliquée aux patients souffrant d'affections de longue durée. Un ticket modérateur modulable, diminuant en fonction de la dépense totale engagée dans l'année, permettrait de faire jouer les incitations monétaires là où elles ont un impact (sur les dépenses modérées), sans pour autant pénaliser les assurés les plus malades. Dans un souci d'équité, on peut d'ailleurs envisager que ce ticket modérateur soit également modulé en fonction du revenu de l'assuré.

Il est également parfaitement clair que l'introduction d'un forfait de 18 euros pour les soins « lourds » ne peut avoir d'effet sur la demande de tels soins. Les mutuelles ont d'ailleurs annoncé qu'elles couvriraient ce forfait ce qui, en termes de partage des risques, est parfaitement justifié. Mais le surcoût d'une telle mesure se traduira inmanquablement par une hausse des cotisations des mutuelles, ces dernières étant contraintes (au contraire de la sécurité sociale, cette contrainte n'est pas théorique et s'applique année par année) à équilibrer leurs comptes. L'achat d'une assurance complémentaire, pour les individus aux revenus modestes, sera de plus en plus difficile. Certes, la complémentaire CMU couvre les plus pauvres, dont le revenu mensuel est inférieur à 587 euros ; mais au-delà de ce seuil, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire reste d'une ampleur assez limitée. Une partie de la population risque donc d'être moins bien couverte, et de devoir en outre payer des sommes importantes pour des soins lourds dont la responsabilité ne lui incombe guère.

Ce basculement prévisible de dépenses depuis la Sécurité sociale vers les assurances complémentaires prolonge un mouvement déjà amorcé à l'occasion de la baisse du taux de prise en charge de certains médicaments par l'assurance sociale. Une part de plus en plus importante des dépenses de soins semble donc destinée à être prise en charge par des organismes qui opèrent dans un cadre

concurrentiel. Il est important de s'interroger sur la capacité de la concurrence à contribuer à une meilleure efficacité de la dépense de santé. L'analyse économique dont nous avons ici présenté les résultats principaux permet également d'éclairer cette question essentielle.

Auparavant, une petite parenthèse s'impose. L'analyse précédente notait que, du point de vue du partage du risque, laisser le « petit risque » à la charge de l'assuré n'induisait pas de coût très élevé. Cette remarque faisait toutefois abstraction des effets d'équité, car il est plus simple de moduler les cotisations d'assurance que le prix des soins en fonction du revenu. De même, une telle modulation est *a priori* plus facile à mettre en œuvre dans le cadre d'une caisse unique que dans un système concurrentiel. Ainsi, le financement de la Sécurité sociale repose sur des cotisations (CSG, cotisations employeurs) à peu près proportionnelles aux revenus. Si l'assurance complémentaire est fournie dans le cadre d'un contrat de groupe (prévoyance collective d'entreprise), la cotisation peut encore croître avec le revenu de l'assuré. En revanche, pour la moitié de la population française non couverte par de tels contrats de groupe, la prime d'assurance complémentaire est indépendante du revenu (comme pour un contrat d'assurance automobile), en dehors de la CMU complémentaire accordée sous conditions de ressources (revenu inférieur à un seuil de 587 euros pour une personne seule), ou de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (revenu entre 1 et 1,15 fois le seuil CMUC), dont le montant reste limité. Notons toutefois que certains systèmes qui s'appuient sur une concurrence entre caisses prévoient malgré tout que les contributions dépendent du revenu. Ainsi, alors qu'en Suisse la prime payée (qui peut varier selon la caisse choisie) est indépendante du revenu mais peut faire l'objet d'un subside public pour les plus pauvres, aux Pays-Bas l'essentiel de la

contribution est proportionnel au revenu et prélevé par un organisme central de recouvrement, qui reverse ensuite un forfait à chaque caisse, calculé selon le nombre d'assurés ayant choisi cette caisse et leur profil de risque. L'équité dans le financement des soins relève donc bien d'un choix politique, et reste possible même dans le cadre d'une organisation concurrentielle.

Mais revenons à la question de l'efficacité du système. Outre la mesure des effets d'incitation, l'analyse économétrique a mis en évidence la présence d'autosélection : les assurés détiennent une information privée sur leur consommation future de soins, et cette information influence leur choix d'assurance. On l'a vu, la concurrence entre caisses peut se traduire par une recherche des assurés les plus « rentables », qui peuvent être attirés par une couverture plus réduite (franchises ou copaiement plus élevés) ; cette forme de concurrence conduit alors à une éviction du marché des contrats qui proposaient une couverture plus large. Ce phénomène rend donc la mutualisation des risques plus délicate.

Il en est de même, en l'absence de régulation adéquate, si les compagnies d'assurance ne peuvent répercuter l'information dont elles disposent sur les tarifs. Ainsi par exemple, la dépense de soins croît fortement avec l'âge. En France, le prix des contrats individuels d'assurance complémentaire est également croissant avec l'âge. En vertu d'un principe de solidarité jeunes-vieux, de nombreuses mutuelles ont longtemps résisté à l'introduction d'une telle tarification ; mais la pression concurrentielle exercée par d'autres organismes proposant aux plus jeunes des contrats moins chers a déséquilibré la structure d'âge des mutuelles qui, pour continuer à attirer des clients moins âgés, se sont également engagées dans cette voie. Il s'agit bien d'un autre exemple de « spirale » qui montre comment la concurrence

peut rendre la mutualisation des risques plus délicate. Si l'on estime, pour des raisons d'équité, que le prix payé par chacun pour disposer d'une assurance maladie doit être indépendant de l'âge ou d'autres caractéristiques (sexe, état de santé antérieur...), la loi peut interdire aux assureurs de pratiquer une telle « tarification au risque ». C'est d'ailleurs une contrainte imposée assez systématiquement dans de nombreux systèmes concurrentiels d'assurance maladie (Suisse, Pays-Bas, Israël, Allemagne...). Cette contrainte peut produire des effets similaires à l'effet d'autosélection : dans un cas comme dans l'autre, une information pertinente à l'évaluation du risque futur ne peut pas être utilisée. Les assureurs peuvent alors être tentés de sélectionner les risques (par exemple, en cherchant à attirer les jeunes et rejeter les plus âgés), ce qui n'améliore en rien l'efficacité de la dépense de soins¹.

Afin d'éviter les dangers de la sélection des risques, la plupart des pays concernés ont tout d'abord introduit une double obligation d'assurance : tout individu est tenu d'être assuré, et une société d'assurance ne peut refuser une demande d'adhésion. De telles obligations sont en outre assorties d'une « compensation des risques »,

1. Dans un environnement concurrentiel, tout assureur peut avoir intérêt à améliorer l'efficacité de la dépense, si ses primes peuvent traduire ses efforts en termes de baisse des coûts ou d'amélioration de la qualité. La recherche d'efficience peut en particulier passer par une régulation déterminée de l'offre de soins (normes de qualité des soins, accréditation des établissements et des professionnels, contractualisation, modes de rémunération...), démarche dans laquelle certains assureurs peuvent s'engager activement lorsque la réglementation leur en laisse la possibilité. Si tel n'est pas le cas, un des seuls moyens qui restent à la disposition d'un assureur pour améliorer sa situation est de « mieux » sélectionner sa clientèle...

mécanisme de péréquation qui conduit les assureurs bénéficiant d'une clientèle plus jeune à reverser un montant compensatoire à ceux qui couvrent une clientèle plus âgée. Ces derniers reçoivent alors une rémunération en deux parties : la prime payée par leurs assurés, d'une part, qui ne couvre pas l'intégralité du coût du contrat ; le transfert issu de la compensation des risques, d'autre part, qui vient compléter leurs recettes. La rémunération totale devient alors, si le mécanisme tient compte de l'ensemble des indications disponibles sur le risque futur (âge, sexe, choix du niveau de couverture,...), indépendante de ces variables, ce qui réduit en principe l'incitation à sélectionner les risques.

À l'heure où, en France, la part du secteur concurrentiel dans le financement de la dépense de soins semble appelée à augmenter, on peut regretter l'absence de débats sur de tels mécanismes de régulation¹.

Conclusion

Certains enjeux posés par les réformes des systèmes de santé, et notamment de leur financement, sont les mêmes dans de nombreux pays. Il est en particulier crucial d'estimer l'importance des problèmes d'information qui minent la relation entre l'assuré et l'organisme (ou les organismes) couvrant le risque de dépenses de santé. L'analyse montre que ces asymétries d'information sont de deux ordres.

1. Voir toutefois Étienne Caniard et Christine Meyer-Meuret, « L'assurance maladie complémentaire dans la régulation : vers un modèle coopératif », *Revue d'économie financière*, 2004, 76, p. 153-174.

D'une part, la couverture des dépenses peut entraîner, par un effet d'incitation, une augmentation de ces dépenses. D'autre part, lorsque les assurés peuvent choisir leur niveau de couverture, leur choix peut refléter des informations privées sur le montant des dépenses futures.

L'estimation du premier effet illustre la question de la part des dépenses qui doit rester à la charge de l'assuré. L'analyse conduit à recommander un ticket modérateur modulable en fonction de la dépense annuelle, et qui ne pourrait pas être couvert par des assurances complémentaires. Cette modulation du ticket modérateur pourrait prendre la forme d'une franchise annuelle non remboursable par les complémentaires, qui jouerait pleinement son rôle d'incitation à limiter les dépenses non justifiées. Mais il est important qu'un tel mécanisme soit associé à une couverture intégrale des dépenses élevées, au-delà d'un certain plafond annuel, afin de réduire le risque de devoir payer des dépenses élevées alors même qu'elles correspondent à des soins justifiés. Tant le montant de la franchise que celui du plafond pourraient être déterminés en fonction du revenu ou de l'état de santé de l'assuré.

L'estimation du second effet illustre les périls d'une organisation concurrentielle de l'assurance maladie ; pour éviter que celle-ci ne se traduise que par des stratégies de sélection des risques (dont certaines peuvent s'appuyer sur un comportement de choix des assurés), son fonctionnement doit être encadré par des règles strictes, et complété par des mécanismes de péréquation des risques.

ANNEXE

Quelques réformes récentes de l'assurance maladie¹

1976	Réforme Barre
1977	Réforme Weil
1978	Réforme Barrot
1981	Réforme Questiaux
1982	Réforme Bérégovoy
1983	Réforme Bérégovoy bis (budget global)
1984	Réforme Dufoy
1985	Réforme Barzac
1986	Réforme Seguin
1987	Réforme Seguin bis (taxe sur les revenus à 0,8 %)
1988	Réforme Évin
1989	Réforme Évin bis (abaissement du B en biologie)
1990	Réforme Rocard
1991	Réforme Durieux (nouvelle loi hospitalière, déremboursement de médicaments, relèvement des cotisations)
1992	Réforme Kouchner 1
1993	Réforme Balladur
1994	Réforme Douste-Blazy 1
1995	Réformes Juppé
1996	Réforme Barrot-Gaymard
1997	Réforme Aubry 1
1998	Réforme Aubry 2
2000	Réforme Guigou
2002	Réforme Kouchner 2
2004	Réforme Douste-Blazy 2

1. Denis-Clair Lambert, *Les Systèmes de santé*, Paris, Le Seuil, 2000 ; observations personnelles pour la période plus récente.

Organigramme du CEPREMAP

Direction

Président : Yves Ullmo
Directeur : Daniel Cohen

Programmes de recherche
Coordinateur : Philippe Askenazy

Directeurs de programme

Programme 1 - La politique macroéconomique en économie ouverte

Michel Juillard
Jean-Pierre Laffargue
Philippe Martin

Programme 2 – Travail et emploi

Bruno Amable
Andrew Clark
Jean-Olivier Hairault
Éric Maurin

Programme 3 – Économie publique et redistribution

Pierre-Yves Geoffard
Thomas Piketty
Claudia Senik

Programme 4 – Marchés, firmes et politique de la concurrence

André Orléan
Anne Perrot
David Spector

Programme 5 – Commerce international et développement

Sylvie Lambert
Akiko Suwa-Eisenmann
Thierry Verdier

Mise en pages
TyPAO sarl
75011 Paris

Imprimerie Jouve
N° d'impression : 396429K
Dépôt légal : mars 2006