

Fiche thématique n°10

## *Ticket modérateur, franchise, bouclier : quelle assurance santé ?*

Note rédigée par Pierre-Yves GEOFFARD, professeur à l'Ecole d'Economie de Paris, directeur d'Etudes à l'EHESS

### *1. Introduction*

L'assurance maladie est un chantier permanent : pour s'en tenir à l'histoire récente, pas moins de 20 réformes se sont succédé depuis le plan Barre de 1976... pour le résultat que l'on sait : le déficit de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale attendu pour 2011 est de 21,4 milliards d'euros, le plus élevé jamais enregistré. En principe, tout système de santé doit viser une dépense de soins soit efficiente, et à un financement équitable. L'assurance maladie n'est ainsi qu'un outil au service de ces deux objectifs. Et s'il est une leçon claire de l'analyse économique, c'est que tant l'efficacité que l'équité doivent s'appuyer sur une régulation claire de l'offre de soins et de la demande de soins. Du côté de l'offre, la loi HPST de 2009 a modifié assez fortement le financement et la gouvernance de l'hôpital, mais peu de réformes se sont attaquées à la

médecine de ville. De fait, on peut dire que les réformes récentes ont surtout procédé à des modifications des conditions de prise en charge : le plan Douste-Blazy de 2004 a introduit un forfait d'un euro par consultation, une baisse du taux de couverture de nombreux médicaments (baisse poursuivie depuis), et fait payer un tarif de consultation plus élevé à ceux qui consulteront un spécialiste sans être passé par le filtre de leur médecin traitant. Toujours dans cet ordre d'idées, un forfait de 18 euros doit être acquitté par ceux qui auront reçu des soins " lourds ", d'un montant supérieur à 91 euros. Ces quelques éléments donnent sa tonalité générale aux réformes récentes : elle font peser la régulation du système de santé sur une " responsabilisation " accrue des patients. Que penser de cette responsabilisation ? Quels en sont les bénéfices attendus, et quels en sont les coûts ?

### *2. Quelques éléments de débat*

- 1. La santé est un risque non monétaire, qui induit un risque monétaire**
- 2. Ce risque est mal observable par un tiers**
- 3. Surconsommation ou accès aux soins ?**
- 4. Le ticket modérateur en question**
- 5. Franchises et boucliers : pistes pour une réforme**
- 6. Articulation RO/RC**

#### **1. La santé est un risque non monétaire**

Si l'on parle d'assurance maladie, c'est bien que chaque individu fait face à un risque. Premier élément important : ce risque est lié à l'évolution future de l'état de santé, il n'est pas en lui-même de nature monétaire. Le risque santé pèse avant tout sur le corps : la maladie, chronique ou aiguë, peut

frapper, ou non. Elle peut entraîner des difficultés à maintenir une activité productive ; elle peut entraîner une souffrance physique ; elle peut requérir une prise en charge qui mobilisera des ressources réelles (temps passé, capital utilisé,...), et entraînera des coûts. Les agents économiques qui y consacrent ces ressources reçoivent une rémunération. Par exemple, un médecin passe du temps pour examiner un

patient ; en contrepartie de ce temps il reçoit un paiement. C'est cette rémunération qui constitue le risque monétaire induit par le risque santé.

Ce risque monétaire dépend donc, bien évidemment du risque santé lui-même (quel état de santé demain ?), mais également de la manière dont ce risque santé se traduit en ressources engagées pour les soins, et enfin de la manière dont ces ressources engagées se traduisent en versements monétaires. A cette première composante monétaire du risque santé il convient d'ajouter la perte de ressources produites de l'individu frappé par la maladie. Là encore, cette perte de ressources peut se traduire en termes monétaires lorsque la baisse de productivité de l'individu entraîne une diminution de ses revenus. Cette seconde composante monétaire du risque santé est couverte par des mécanismes d'indemnisation des arrêts de travail, de l'invalidité temporaire ou permanente, et également par le système d'assurance retraite, qui verse un revenu de remplacement à des personnes dont le vieillissement du corps rend l'activité salariée plus pénible ou moins rémunératrice ; mais elle se situe en dehors du champ de la présente note.

En ce qui concerne la première composante, celle qui est couverte par les mécanismes d'assurance maladie, il faut bien garder en tête la complexité de l'ensemble de la chaîne : le risque couvert par l'assurance maladie dépend du risque santé ; il dépend également du comportement de recours aux soins et des décisions de l'offre de soins ; il dépend enfin de la manière dont l'offre de soins est rémunérée.

## 2. La réalisation du risque santé est difficilement observable

Connaître l'état de santé d'une personne à un instant donné demande de poser un diagnostic. Ce diagnostic requiert lui-même du temps passé par un médecin, voire des examens complémentaires, et cette " mesure " de l'état de santé est une composante importante du processus de soins lui-même. Il est donc difficile et coûteux de conditionner les versements de l'assurance maladie à l'état de santé du patient qui bénéficie des soins. C'est possible lorsque le coût des soins engagés est élevé par rapport au coût du diagnostic : à l'hôpital, c'est bien le principe de la tarification à la pathologie. Mais c'est peu ou prou impossible en médecine de ville.

De fait, partout dans le monde, les soins de ville fonctionnent en *remboursant* des dépenses engagées, et non de manière *indemnitaire*. Le principe de l'assurance indemnitaire est en vigueur dans d'autres domaines : par exemple, suite à la destruction d'un pare-brise, l'assurance automobile peut verser à l'assuré une somme fixe de 300 euros ; celui-ci peut alors demander plusieurs devis et choisir le garage le moins cher, ou celui qui lui semble le plus sérieux. Il est en tout cas incité à chercher le garage le mieux à même de réparer le véhicule le mieux possible, et à moindre coût.

Mais l'assurance santé repose sur un principe différent, puisqu'elle rembourse, en partie ou en totalité, le coût des soins effectivement engagés ; le montant versé n'est alors plus directement fonction de l'état de santé (" le pare-brise détruit "), mais de la dépense de soins (" la pose d'un nouveau pare-brise "). L'incapacité de l'assureur, qu'il soit public ou privé, à vérifier systématiquement que les soins fournis correspondent bien aux besoins entraînés par la maladie qui frappe l'assuré constitue une profonde asymétrie d'information, qui interdit de facto toute forme d'assurance indemnitaire<sup>1</sup>.

## 3. Surconsommation ou accès aux soins ?

Dès lors, au moment de la consommation des soins, l'assuré ne paie qu'une partie du coût, voire rien du tout si les soins sont totalement pris en charge. Même si son sentiment de responsabilité vis-à-vis de l'assurance peut dans certains cas jouer un rôle de frein, l'assuré n'est pas incité financièrement à modérer sa dépense : il peut au contraire être poussé à consommer davantage de soins. Empiriquement, de nombreuses études ont démontré l'existence de cet effet. Ainsi, l'expérimentation sociale de très grande ampleur, conduite par la RAND Corporation aux États-Unis dans les années 1970 et 1980, a montré que le taux de copaiement (ticket modérateur) avait un effet direct sur la dépense de soins engagée par des assurés<sup>2</sup>. Plus précisément, c'est le nombre d'épisodes de soins qui est le plus affecté par le niveau d'assurance.

Lorsque l'on parle d'aléa moral ou de surconsommation de soins, c'est bien de cette distorsion, introduite par l'assurance de remboursement, que l'on parle. Ce phénomène est directement lié à la nature du risque santé, et à la difficulté, pour un tiers extérieur au patient et au

1/ Geoffard (2011), " Selection and Incentive effects in health insurance ", chap. 10 in *Elgar Companion to Health Economics*, 2<sup>nd</sup> édition

2/ Pour une présentation de ces éléments, voir Geoffard (2006), " La lancinante réforme de l'assurance maladie, " éd. rue d'Ulm / CEPREMAP.

médecin, d'observer l'état de santé. Dès lors, la seule possibilité de compenser la perte monétaire induite par le risque santé est de rembourser, en partie ou en totalité, le coût des soins, ce qui réduit les incitations à modérer la dépense.

Que la prise en charge du coût des soins par l'assurance maladie entraîne une augmentation de la dépense de soins, c'est d'ailleurs bien naturel : le but de l'assurance maladie est justement de garantir un accès aux soins indépendant des contraintes financières qui pèsent sur le patient ! L'assurance maladie a donc pour objectif d'augmenter la dépense de soins, par rapport à une situation où le patient devrait payer intégralement les soins de sa poche... Il n'en reste pas moins que les soins engagés peuvent être " trop " élevés par rapport à ce que l'état de santé du patient justifierait ; mais comme cet état de santé est difficilement observable, il est délicat de juger qu'une dépense de soins est justifiée ou non.

En termes d'efficience, l'arbitrage fondamental du côté de la demande de soins porte donc sur le compromis à trouver entre couverture des risques 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 coûte de l'ordre de 54 000 euros par an, une greffe de poumon 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, la mutualisation du risque est bénéfique pour 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 ce risque. Cet arbitrage entre partage des risques et incitations doit être évalué sans à priori, et pensé selon ses deux dimensions. Première dimension : le contrôle du risque, traduit par l'effet des incitations monétaires (la " surconsommation ") mentionné ci-dessus. Deuxième dimension : l'efficacité du partage du risque. Si chacun va, bon an mal an, au moins deux fois par an chez le médecin, il est à peu près équivalent de payer 23 euros à chaque visite ou de payer 46 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<sup>3</sup>. 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. A l'inverse du risque récurrent, une couverture la plus complète améliore considérablement l'efficacité du partage du risque.

#### 4. Les limites du ticket modérateur

Les termes de l'arbitrage entre couverture des risques et incitations sont donc radicalement différents pour les dépenses " modérées et régulières " et pour les soins exceptionnels, tant par la fréquence (rare) que par le coût (élevé). Dans le second cas, tout justifie une prise en charge intégrale par l'assurance maladie : peu de distorsions sont à prévoir (personne ne demande une greffe de rein parce que c'est pris en charge par l'assurance maladie), et si une part de ces dépenses est laissée à la charge de l'assuré, cela conduit à lui faire inutilement supporter un risque élevé. Dans le premier cas, en revanche, le risque est en partie lié au comportement de recours aux soins, et une prise en charge généreuse peut entraîner des dépenses excessives ; alors même que le risque monétaire reste faible, et peut donc être transféré sur l'assuré sans trop pénaliser celui-ci.

De ce point de vue, le ticket modérateur à la française est un très mauvais système. Tout d'abord, pour les dépenses modérées, son effet incitatif est faible ; d'autant plus faible qu'il est en général pris en charge par l'assurance complémentaire<sup>4</sup>. Ensuite, pour les personnes qui ont besoin de recourir à des soins coûteux, un taux même modéré de TM peut conduire à un reste à charge élevé. De fait, le montant payé au titre du ticket modérateur sur les soins de ville représentait, pour 5% des personnes se déclarant en " mauvais état de santé ", plus de 1215 euros par an<sup>5</sup>. Enfin, la baisse du taux de prise en charge de nombreuses dépenses par l'assurance maladie a sans doute contribué à l'augmentation du nombre de personnes demandant à bénéficier de l'exonération du TM au titre d'une affection de longue durée (ALD). Cependant, même le système d'ALD couvre mal contre le risque de dépenses élevées. En effet, compte tenu des fréquentes comorbidités des personnes en ALD, les dépenses non exonérées de TM finissent par représenter une

3/ Notons toutefois que, dans un souci d'équité, il est plus simple de moduler les cotisations d'assurance que le prix des actes médicaux en fonction du revenu du bénéficiaire.

4/ Seule 7% de la population française n'est pas couverte par une assurance complémentaire, et le TM est systématiquement couvert par la quasi-totalité des contrats.

5/ Geoffard et de Lagasnerie (2011), " Réformer le système de remboursement pour les soins de ville : une analyse par microsimulation ", *Economie et Statistique*, à paraître.

somme élevée. Ainsi, si l'on s'en tient uniquement au TM sur les dépenses de ville (hors dépenses hospitalières, donc, et hors dépassements d'honoraires), 5% des personnes en ALD ont un "reste à charge" annuel supérieur à 840 euros ; alors que pour les personnes hors ALD, le chiffre correspondant est de 614 euros<sup>6</sup>.

## 5. Pistes pour une réforme

On en vient donc, selon cette analyse, à recommander un système d'assurance en deux ou trois parties, composé d'une franchise, éventuellement d'un ticket modérateur, puis d'un plafond. Notons que franchise et plafond porteraient sur la dépense annuelle de soins, tout au moins de soins de ville. Chaque assuré paierait ainsi les premiers euros de sa dépense de soins, mais serait en contrepartie pris en charge intégralement à partir d'un certain montant de dépenses. Les méthodes de micro-simulation permettent de calibrer de telles réformes<sup>7</sup>. Ainsi, une franchise annuelle de 100 € par assuré permettrait de financer un plafond de 330 €. En outre, franchise et plafond peuvent également, même si le principe de remboursements conditionnés aux ressources de l'assuré peut faire débat, dépendre du revenu. En ce cas, une franchise de 0,6% du revenu annuel permet de garantir à chaque assuré qu'il n'aura jamais à déboursier plus que 2,1% de son revenu annuel pour les soins de ville non pris en charge par l'assurance maladie. Ce système pourrait se substituer au système d'ALD ; mais, autant il est sans doute nécessaire de mieux contrôler l'entrée en ALD, les arguments économiques plaçant pour une étendue de la couverture assurantielle liée à l'état de santé sont, comme on l'a vu, très forts : il est légitime de mieux couvrir les dépenses de personnes dont on sait que leur état de santé justifie de dépenses plus élevées.

## 6. Articulation RO/RC

Dernier point trop peu évoqué par cette note : l'articulation entre régime obligatoire et régimes complémentaires. La réforme proposée conduit à un bouleversement de la répartition des rôles entre sécurité sociale et complémentaires. Mais qui pourrait prétendre que l'articulation actuelle est juste et efficace ? Dans tous les cas, le basculement progressif, particulièrement marqué ces dernières années, des dépenses du régime obligatoire vers les régimes complémentaires, pose de nombreuses questions. Tout d'abord, ce basculement rend la souscription d'une complémentaire à la fois de plus en plus nécessaire mais aussi de plus en plus coûteuse. Or, contrairement aux complémentaires, le financement de l'assurance maladie obligatoire dépend des revenus, ce qui est une condition nécessaire pour un financement équitable. Ensuite, s'appuyer sur un marché concurrentiel d'assurance pour financer des dépenses de soins est possible, mais pas n'importe comment. Tous les pays qui ont suivi cette voie dans les années récentes ont introduit des régulations importantes : interdiction de segmentation selon l'âge et le sexe ; obligation d'assurance ; standardisation minimale des contrats ; compensation des risques. En l'absence de telles dispositions, le plus probable est que nous assisterons à une baisse du taux de couverture par les complémentaires, cette baisse frappant davantage soit les personnes estimant, à tort ou à raison, que leur niveau de risque est faible, soit les personnes dont les ressources sont faibles. Ceci sans bénéficier de l'aiguillon d'une concurrence qui serait facilitée par une comparaison plus aisée des choix. Et sans non plus transférer aux assureurs complémentaires les outils, informationnels et réglementaires, leur permettant d'agir sur l'offre de soins et donc, potentiellement, d'améliorer l'efficacité de la dépense. Entre réforme de l'assurance obligatoire et transfert continu du risque santé vers un marché régulé des assurances complémentaires, il faudra malgré tout choisir...

6/ Pierre-Yves Geoffard, Grégoire de Lagasnerie (2011), art. cit.  
7/ Geoffard et de Lagasnerie (2011), art. cit.