

“ACS: restes à charge et coût d'accès aux
soins des bénéficiaires”

A. Bouchet, J. Courtois, C. Le Guéhenec

Discussion (Sandra Pellet)

Résumé

- **Comment calculer le RAC des bénéficiaires d'ACS, alors que justement par définition le RAC échappe aux données de l'AM?**
- Appariement de données de l'AM sur les bénéficiaires (dépenses totales, remboursements par l'AM) et une enquête de la DREES sur les contrats complémentaires les plus souvent souscrits
- À partir des informations de la DREES sur les montants de garanties des contrats sur les postes principaux, simulation des montants remboursés par la complémentaire, par déduction = RAC
- Résultats:
 - Couverture forte de leurs dépenses par l'AM
 - Coût d'accès à une complémentaire réduit de moitié à un tiers
 - ... mais rapport prestation sur prime inférieur au marché (ce qui change avec la réforme)
 - Réduction du taux d'effort, et particulièrement pour ceux qui ont aussi l'aide du FNASS

Introduction

- Sujet très intéressant qui mérite d'être mieux mis en valeur, en perspective en intro -> enrichir l'introduction pour faciliter l'entrée dans le sujet
- Rappeler les enjeux ACS : effet de seuil de la CMU-C, trop fort RAC des populations juste au-dessus -> subvention à l'achat / voucher ... Puis pb de manque de garantie des contrats souscrits
- Développer la revue de littérature : complexité du système, manque d'information, difficulté à atteindre la population (explique les choix de l'échantillon)
- Exposition de la problématique, pas assez mise en valeur
- Présenter dès intro (brièvement) les deux bases de données utilisées pour la sim, car c'est l'originalité, l'intérêt de recherche du papier (comble un manque)
- Sur définitions :
 - Préciser si le RAC = coût du contrat non couvert par le chèque santé + prestations hors ticket modérateur -> on a l'impression que la définition change d'une partie à l'autre (la distinction formelle arrive en ccl)
 - Chèque santé : def en NBP -> remonter dans le corps de texte (pas du détail)

Méthode

- Etape 1 : Construction échantillon:

- Plus clairement les caractéristiques/var « ouvrant droit » dont dispose
- Régime général ? -> ménages incomplets ? « foyers »
- Expliquer les réductions : pourquoi seulement ceux à l'année ? Pourquoi ceux déjà sous contrat collectifs sont exclus ? (contrat collectif pas compatibles) Comment on peut être benef ACS, en contrat indiv et pas de chèque santé (expliquer démarche en deux temps...? Demande sociale puis contraction)
- Les 18% « sans chèque »: Si non identifiables et pas de caractéristiques connues -> pourquoi les retirer aléatoirement ? Quel biais risque-t-on à les garder... ?

- Etape2: Appariement de cet échantillon de bénéficiaires ACS des données de l'AM (dépenses totales, remboursement par l'AM) à une enquête de la DREES sur les contrats complémentaires les plus souvent souscrits (caractéristiques, montants)

- > développer la technique d'attribution aléatoire (suivant les proba de tirage des données DREES)
- + imputation aléatoire stratifiée d'un contrat particulier au sein d'un type ?

- Etape 3 (titre pas précis) -> schéma super -> distinguer ce qui est simulé ?

- « Les autres postes » (DREES) = très courants... -> comment les impute ?
- Même moyenne quels que soient les tirages, très rassurant sur la méthode

=> Méthode très originale, technique, intéressante -> trop implicite pour un profane

Bcp d'informations très importante dans les NBP et annexes -> réintégrer une bonne partie pour rendre la présentation de la méthode plus claire

Résultats

- Couverture forte par l'AM 91% (sur des dépenses moyennes assez élevées cf ALD)
 - > « 9% restant » : compte le coût du contrat ou pas ? Quel RAC ? « RAC final »
 - > « déciles en fonction de dépense totale » / tableau 1 « déciles des RAC » puis « déciles de consommateurs » -> ok mais clarifier/harmoniser avec titre « qui paie quoi? »+ différence de nombre entre tableau et son commentaire (19/17)
 - > mettre éventuellement les sommes moyennes /borne sup des déciles : avoir ordre d'idée des sommes totales + voit tout de suite décomposition (partie simulée...)
 - > € partout ou en unité en haut
- Coût d'accès à une complémentaire réduit de moitié à un tiers -> interprétation
 - > oui, mais si choix entrée de gamme, moindre garantie, c'est normal?
 - > précision: ici le RAC contient le cout de la complémentaire ?
 - > la grosse réduction, c'est le FNASS ?
- **Donc développer ++ § « rapport prestations sur prime inférieur au marché » (ce qui change avec la réforme)**
- Réduction du taux d'effort, «largement atténué » :
 - 7% à 5% (benchmark?) ? Par rapport à qui, à quoi? Genre de groupe de contrôle? Par rapport à avant ? (Et est-ce qu'on compare aux 18% exclus ?)

Conclusion

- Apports: être même plus « fiers » insister sur le fait que va permettre baseline pour évaluer la réforme ex post...
- Limite : aléatoire vs choix induit par anticipation -> **conséquences possibles sur les résultats ? Le RAC observé serait donc moindre ?**
- Perspectives : Tout a changé en 2015
 - > Pourquoi cette réforme? Constats de l'étude et du FCMU : trop diversité, garanties moindre, RAC hors contrat... => normes de garantie et appel d'offre
 - > **quelles intuitions/hypothèses pouvez-vous formuler à partir de ces résultats quant aux changements induits par la réforme**
 - Ex: sur choix entrée de gamme, rapport prestation/prime...