

ASSURANCE MALADIE : REDÉFINIR LE PARTAGE ENTRE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE ? *

Christine Delvallée

Département des études de l'OFCE

Bruno Ventelou

INSERM U379 (Marseille, IFR 134)

L'article cherche à évaluer l'effet d'une modification du partage public/privé en matière d'assurance maladie, cette évolution étant toujours plausible compte tenu d'une certaine orientation du système de santé français vers le déremboursement public. Le travail est effectué à partir d'une base de données microéconomiques, permettant de lier conditions économiques (revenus déclarés), accès aux soins, consommation de soins et données de santé. On peut alors proposer des évaluations macroéconomiques — i.e. quelle réduction du déficit de l'assurance maladie? — mais aussi microéconomiques: quels types de ménages et de malades risquent le plus de souffrir des déremboursements, quelle population cibler pour l'aide à l'achat d'une assurance complémentaire, quelle hausse peut-on prévoir pour les primes d'assurance? On s'interroge enfin sur la rationalité d'une telle mesure, qui, pour être utile et efficace, devrait être accompagnée non seulement d'une politique de redistribution visant à compenser ses effets sur les personnes âgées et/ou les malades dénués d'assurances privées, mais aussi de mécanismes conduisant à un élargissement du pouvoir de régulation des assureurs maladie — notamment des assurances complémentaires — sur la demande et l'offre médicale: par exemple, une plus grande participation de celles-ci à la production de soins.

* Cet article résulte d'un travail réalisé à la demande de Monsieur le Président de la Commission des finances de l'économie générale et du Plan de l'Assemblée nationale.

Remerciements à G. Cornilleau, A. Dantec, S. Dumesnil, J. Le Cacheux, A. Paraponaris, D. Raynaud, F. Ruchon, B. Saliba et H. Sterdyniak, qui ont bien voulu conseiller les auteurs aux différentes étapes de la recherche. Ces derniers restent cependant seuls responsables des résultats et propos exposés ici.

ventelou@marseille.inserm.fr
deltiti@yahoo.fr

Octobre 2004

Revue de l'OFCE 91

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

Parmi les réformes possibles de l'assurance maladie il en est une qui reste toujours plausible, bien que le gouvernement ait peu insisté récemment sur ce volet: la redéfinition du partage entre l'assureur maladie obligatoire (la Sécurité sociale et ses trois régimes professionnels: CNAMTS, CANAM, MSA) et les assureurs complémentaires, mutuelles et assurances privées. Cette modification du partage public/privé avait été explicitement évoquée en 2002 à l'occasion du Rapport Chadelat, sous la tutelle du précédent gouvernement. La réforme organisée par le gouvernement actuel ne reprend qu'*a minima* la proposition, avec un très faible dispositif d'aide à l'achat, pour « lisser le seuil » induit par la CMU, faciliter l'accès des plus démunis aux assurances complémentaires (hors CMU) et compenser les retraits de l'assureur public. Cependant, le recours possible à des remboursements plus systématiques et des prises en charge plus restrictives fait que l'évolution du système vers plus d'assurance privée est toujours latente, sinon patente (c'est le classement de plus en plus fréquent des malades en ALD¹ qui pour le moment contient cette modification du partage public/privé au niveau macroéconomique).

L'objet du présent article est d'évaluer cette stratégie de réforme, qui, si elle n'est pas explicitement prévue par la loi, reste de l'ordre du possible compte tenu d'une certaine orientation du système de santé français vers le remboursement public. Le présent travail complète celui de Cornilleau et *alii* (dans le présent numéro de cette Revue). Il est effectué à partir d'une base de données microéconomiques, permettant de lier conditions économiques (revenus déclarés), accès aux soins, consommation de soins, et données de santé. Cette base de donnée permet donc non seulement des évaluations macroéconomiques (impact pour les finances publiques), mais aussi des évaluation microéconomiques: quels types de ménages et de malades risquent le plus de souffrir des remboursements publics, quelle population cibler pour l'aide à l'achat d'une assurance complémentaire, quelle hausse peut-on prévoir pour les primes d'assurance?

La réforme étudiée ici se décomposerait en, d'une part, une réduction de la part prise en charge par l'assureur public, et, d'autre part, une extension des aides à l'achat d'assurances complémentaires pour les plus démunis, sachant que l'on peut étudier l'impact de ces deux mesures appliquées simultanément. En termes de protection sociale des individus, ces deux mesures peuvent apparaître comme se neutralisant, puisque le retrait partiel de l'assurance maladie publique

1. ALD: Affections de longue durée, donnant droit à une exonération du ticket modérateur. En France, la hausse du ticket modérateur est, en moyenne (et non pas bien sûr individu par individu), compensée par une augmentation du nombre de personnes bénéficiant de l'exemption: 12 % de la population aujourd'hui.

REDÉFINIR LE PARTAGE ENTRE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE ? ■

et le report de charge sur les ressources privées qu'il engendre vont être compensés par une ouverture plus généreuse des droits et aides à l'achat d'assurances complémentaires pour les tranches de revenus les plus faibles (i.e. ne disposant pas d'une mutuelle santé). Un solde des « gagnants et des perdants » peut néanmoins être évalué sous certaines hypothèses, notamment la dégressivité de l'aide à l'achat: le seuil mis en évidence tournerait autour de 975 euros mensuel pour un ménage seul; au-delà de ce seuil, les ménages sont mis nettement à contribution et des effets redistributifs importants commencent à apparaître, notamment pour les personnes âgées dont le risque maladie est évidemment plus élevé. Par conséquent, il s'avère que cette mesure pourrait aggraver les inégalités dont sont victimes certaines personnes âgées en matière de protection sociale. Enfin, nous évaluerons l'impact macroéconomique, à comparer au déficit du régime obligatoire: une réduction de 5 points de la part prise en charge par l'assureur public permet, au mieux, 2 milliards d'économies et couvre environ 20 % du déficit actuel de l'assurance maladie. Ce qui est décevant.

1. Méthode: une évaluation sur données d'enquête

Nous étudions l'impact micro et macroéconomique de deux mesures.

— La première consiste en une baisse de 5 points de la part prise en charge par la Sécurité sociale des dépenses de santé des Français, sur données d'enquête et pour chaque acte ou consommation médicale (hors hôpital et hors exonération pour raison maladie). Notons que l'on peut connaître l'impact qu'aurait une baisse du taux de remboursement de 10 ou 25 points en multipliant respectivement par 2 ou 5 l'économie réalisée par le régime obligatoire. Le chiffre de 5 points est une « unité », que l'on peut ensuite dupliquer. Ceci reste vrai par catégorie d'individus (selon l'âge, la CSP du chef de ménage d'appartenance, le revenu par unité de consommation, l'état de santé, et le type de couverture complémentaire).

— La deuxième section évalue les effets d'une extension des seuils d'éligibilité à la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). Ainsi, le seuil de ressources applicables au 1er janvier 2000 pour une personne seule était de 534 euros par mois, de 800 euros pour un couple, de 960 euros pour trois personnes, de 1121 euros par quatre personnes. à partir de 5 personnes, il est majoré de 213 euros par personne supplémentaire. « Désormais » (après application de la mesure), pour un ménage composé d'une seule personne, le nouveau seuil sera fixé à 1068 euros (soit le double du seuil initial). Pour les autres, le seuil de ressources sera fixé à 1334 euros pour un couple, 1494 pour trois personnes, etc.. Ces derniers seuils ont été fixés de manière à laisser inchangé la « pente » de l'échelle d'équivalence.

Les chiffres obtenus dans ces études sont issus de données d'enquête (voir encadré 2 pour une description plus précise de l'enquête). C'est en partie leur force puisqu'elles permettent une étude détaillée des effets des mesures par groupes d'individus: tranches d'âge, CSP, niveaux de revenu, etc.. Certains biais

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

conduisent cependant à une sous-estimation systématique des dépenses (due, en particulier, au fait que les personnes gravement malades sont sous-représentées), qui fait que le passage aux grandeurs macroéconomiques est problématique. Pour plus de transparence, les résultats présentés ici sont bruts, sachant qu'une correction des chiffres par un facteur multiplicatif 1,08 est vraisemblable — l'évaluation des grandeurs macroéconomiques corrigées est présentée en conclusion. Pour la même raison, les données et calculs d'impact concernant l'hôpital ont été exclus de l'analyse.

I. La baisse des remboursements de la Sécurité sociale

I.1. Évaluation globale

Cette étude s'appuie sur un échantillon de 9 077 individus de l'enquête santé – protection sociale réalisée par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (ESPS/CREDES), apparié avec les dépenses recensées par l'assurance maladie dans son Échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS). L'échantillon a été rendu représentatif des 58 520 688 individus de la population française². Puis nous avons simulé une baisse uniforme de 5 points du taux de remboursement de la Sécurité sociale, tout en laissant inchangé le taux de remboursement des populations remboursées à 100 % pour raison médicale. Au total, sur les données d'enquête, cette mesure aurait permis pour l'année 2000 d'économiser 1,5 milliard d'euros, soit 28 euros en moyenne par individu. On peut également répartir ces économies par grands types d'actes et d'intervenants médicaux. Ces économies auraient essentiellement concerné les dépenses en produits pharmaceutiques, soit 42,24 % de l'économie totale; bien entendu, ceci ne fait que refléter la structure des dépenses (tableau 1).

Comme on le voit, ces chiffres concernent uniquement le secteur ambulatoire. L'hôpital est négligé dans cette étude. Mais il est vrai qu'une part importante des dépenses réalisées à l'hôpital sont exonérées du ticket modérateur et donc hors champ de la mesure.

2. Voir encadré 2 pour une description des données de base. Nous avons procédé au redressement de l'échantillon par la méthode de Calage sur Marge afin de nous assurer de la représentativité de celui-ci au regard des caractéristiques socio-démographiques de la population française. Malgré cette correction, les dépenses de santé enregistrées dans la base de données ne représentent que 92,72 % des dépenses de santé remboursables réelles des Français (données DREES, d'après CNAM, CANAM, MSA).

REDÉFINIR LE PARTAGE ENTRE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE ? ■

1. Économies réalisées par type d'actes

	Écart total (en millions d'euros)	Écart moyen par assuré non pris en charge à 100 % (en euros)
Médecins	- 574	- 11,1
dont : généralistes	- 224	- 4,3
spécialistes	- 215	- 4,1
dentistes	- 134	- 2,6
Auxiliaires médicaux	- 111	- 2,2
dont : infirmiers	- 35	- 0,7
kinésithérapeutes	- 59	- 1,1
autres	- 17	- 0,3
Analyses biologiques	- 90	- 1,7
Produits pharmaceutiques	- 618	- 11,9
Autres prestations sanitaires diverses	- 68	- 1,3
Total	- 1 463	-28,2

Sources : OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

1.2 Impact par type d'individus

Au niveau désagrégé, il est possible d'étudier de manière relativement fine les comportements des différents individus en matière de recours aux soins ambulatoires. L'âge, bien sûr, le milieu socioprofessionnel et les revenus s'avèrent être des variables particulièrement discriminantes dans les habitudes de consommation de santé des Français (notamment parce qu'en amont, ce sont ces variables qui déterminent le risque santé). Cette stratification effectuée, l'impact de la mesure de réduction de 5 points du taux de prise en charge publique des dépenses peut être calculé précisément. Les tableaux 2, 3 et 4 présentent les résultats par âge, catégories sociales et niveaux de revenus.

2. Les dépenses en soins ambulatoires par tranches d'âge

	0 à 15 ans	16 à 39 ans	40 à 64 ans	65 ans et plus
Dépenses en soins	400	544	1 040	1 895
Dépenses remboursables	354	473	873	1 714
% des dépenses remboursables dans les dépenses totales	89 %	87 %	84 %	90 %
Variation du remboursement de la Sécurité sociale *	- 15,3	- 20,2	- 32,9	- 61,5

* en moyenne, par individu non exonéré du ticket modérateur (non pris en charge à 100 % pour raison maladie).
Sources : OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

Le vieillissement a un impact très significatif sur les dépenses de santé, ces dernières augmentant beaucoup avec l'âge: en effet, une personne âgée de plus de 65 ans dépense en moyenne 4,7 fois plus qu'une personne âgée de moins de 15 ans, 3,5 fois plus qu'une personne âgée de 16 à 39 ans et 1,8 fois plus qu'une personne dont l'âge est compris entre 40 et 64 ans. En conséquence, le retrait de l'assurance maladie publique touche plus spécifiquement les personnes âgées: 61 euros en moyenne de perte de remboursement.

3. Les dépenses en soins ambulatoires par CSP

	agri	artisan	prof inter	cadre	employé	ouvrier	inactif non vieux	inactif retraité
Dépenses en soins	559	504	612	712	681	619	559	1 719
Dépenses remboursables	498	411	498	550	601	551	516	1 534
% des dépenses remboursables dans les dépenses totales	89 %	82 %	81 %	77 %	88 %	89 %	92 %	89 %
Variation du remboursement de la Sécurité sociale*	-19,5	-18,3	-22,2	-20,9	-24,5	-21,9	-16,1	-55,9

* en moyenne, par individu non exonéré du ticket modérateur (non pris en charge à 100 % pour raison maladie). Sources: OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

4. Les dépenses en soins ambulatoires selon le Revenu par Unité de Consommation

Revenu :	< 534 € par UC	entre 534 € et 686 € par UC	entre 686 € et 838 € par UC	entre 838 € et 991 € par UC	entre 991 € et 1 297 € par UC	plus de 1 297 € par UC
Dépenses en soins	716	878	837	885	841	868
Dépenses remboursables	668	814	761	762	736	702
% des dépenses remboursables dans les dépenses totales	93 %	93 %	91 %	86 %	87 %	81 %
Variation du remboursement de la Sécurité sociale*	-25,7	-31,2	-27,8	-29,5	-27,1	-26,4

* en moyenne, par individu non exonéré du ticket modérateur (non pris en charge à 100 % pour raison maladie). Sources: OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

Les individus les plus aisés et/ou les individus appartenant à un ménage dont le chef est cadre, dépensent en moyenne plus que les autres pour se soigner en ville³. Néanmoins, leur taux de recours aux

3. On remarque à la lecture des tableaux que l'augmentation des dépenses de santé en fonction de revenu n'est pas tout à fait monotone. Par exemple, la catégorie de revenu 534 € et 686 € par UC se caractérise par une dépense en soin plus importante que les classes qui l'entourent. Ce phénomène est lié à une forte concentration de personnes âgées dans cette classe de revenu (correspondant au minimum vieillesse).

REDÉFINIR LE PARTAGE ENTRE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE ? ■

soins remboursés est plus faible (de 10 points environ). De ce fait, ils ne sont pas nécessairement plus touchés par la variation du taux de remboursement de l'assureur public. On constate, en effet, une hétérogénéité assez nette des pratiques et habitudes de recours aux soins, selon l'appartenance des familles à des catégories de revenus plus ou moins élevés : plus on est riche, et plus, tendanciellement, on « s'autorise » des postes de dépenses de santé habituellement moins bien remboursés : « spécialistes », « autres prestations », et plus au sein d'un même poste, on a aussi tendance à recourir à des dépenses de soins non remboursés, voire même non remboursables (ici, le non remboursable correspond aux dépassements d'honoraires); autrement dit, les individus les plus riches hésitent moins à se rendre chez les médecins non conventionnés. Par exemple, le recours aux soins de « spécialistes » est, chez les plus défavorisés, caractérisé par un ratio de dépenses remboursables de 93,48 % contre 84,22 % chez les plus riches. Cette différence est encore plus marquée pour le recours aux soins de « dentistes » (tableaux 4 et 5).

5. Variation du taux effectif de remboursement

En % de la dépense remboursable

Revenu :	< 534 € par UC	entre 534 € et 686 € par UC	entre 686 € et 838 € par UC	entre 838 € et 991 € par UC	entre 991 € et 1 297 € par UC	plus de 1 297 € par UC
Variation du remboursement	3,48	3,33	3,19	3,49	3,33	3,37

Note d'interprétation du tableau : Les 5 points de réduction du taux de remboursement de la Sécurité sociale se 'traduisent' par 3,48 % de variation du remboursement (en % de la dépense remboursable totale) pour les classes de revenu < 534 €. Car : i) au sein de cette classe, il y a des malades pris en charge à 100 %, qui ne sont pas touchés par la mesure; ii) par ailleurs, les taux de recours aux soins bien remboursés sont élevés dans cette classe de revenu, ce qui joue différenciellement sur l'impact de la mesure (on assiste de fait à une sorte de « redistribution à l'envers »).

Sources : OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

On peut donc tirer deux conclusions de cette première analyse.

— D'une part, la mesure d'économie entraîne des conséquences redistributives plus importantes qu'on pourrait le penser *a priori*. Le retrait de l'assureur public touche les personnes qui dépendent proportionnellement plus de la Sécurité sociale pour financer leurs soins, c'est-à-dire, en fait, les plus pauvres (en raison de leur taux élevé de recours à des soins d'emblée remboursés, repéré dans l'étude). Ceci est d'autant plus significatif que l'on constate que l'exclusion du champ de la mesure des personnes prises en charge à 100 % pour raison maladie n'est pas suffisante pour neutraliser cet effet. Ainsi, 530 000 personnes « gros consommateurs de soins », car présentant un risque vital élevé (4 et 5 sur une échelle allant de 0 à 5), sont cependant en dehors du dispositif d'exonération de ticket modérateur.

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

— D'autre part, une telle mesure pose un problème pour les personnes âgées dépourvues de couverture complémentaire et non remboursées à 100 % pour raison maladie. Ces dernières, soit 567 000 individus, auraient en moyenne 60 euros à payer « de leur propre poche » pour ce qui concerne leurs consommations de soins ambulatoires (cette somme serait à corriger pour tenir compte également des dépenses hospitalières, bien que celles-ci soient pour une part d'emblée prises en charge à 100 %). Quant aux personnes détentrices d'une couverture complémentaire, le retrait de l'assurance publique devrait être compensé par le système d'assurances complémentaires (tableau 6).

Pour les personnes dépourvues d'assurance complémentaire, les pertes de remboursement sont des pertes sèches. Pour les personnes disposant d'une assurance complémentaire, on peut prévoir une augmentation de leurs cotisations à hauteur du retrait de l'assureur public (en moyenne un supplément de 26 euros, d'après des calculs annexes ⁴); ce qui, là encore, entraîne un effet redistributif, non négligeable pour les plus démunis. De ce fait, il paraît raisonnable de croiser ce type de mesure avec une extension de la CMU Complémentaire gratuite.

6. Les dépenses en soins ambulatoires selon la détention ou non d'une couverture complémentaire

		Couverture complémentaire (hors CMUC)	Aucune couverture complémentaire
Personnes âgées de moins de 65 ans	dépense moyenne	722	489
	Variation du remboursement de la Sécurité sociale (en moyenne par individu)	-24,1	-14,7
Personnes âgées de plus de 65 ans	dépense moyenne	1 844	2 220
	Variation du remboursement de la Sécurité sociale (en moyenne par individu)	-60,7	-59,8

À noter que les personnes sans assurance complémentaire sont proportionnellement plus malades (effet de pauvreté) mais, tout de même, plus fréquemment exonérées du ticket modérateur. Ceci explique que les consommations de cette catégorie sont supérieures.

Sources : OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

4. Les mutuelles et assurances privées dans leur ensemble doivent financer un supplément de dépenses de 29 euros par tête couverte pour 42 millions d'individus (personnes non exonérées du TM), cette somme est néanmoins à répartir sur 47 millions d'assurés (personnes non exonérées et exonérées), soit un supplément de cotisation de 26 euros. Ce calcul suppose que les mutuelles ne modulent pas les cotisations (et pratiquent une prime forfaitaire fixe par tête couverte), une hypothèse manifestement simplificatrice mais relativement neutre. Pour plus de détail, voir Delvallée et Ventelou, 2003, « Réduire le taux de remboursement de la Sécu », *mimeo* OFCE.

2. L'extension des seuils d'attribution de la CMU Complémentaire

L'échantillon de cette seconde évaluation comporte 6 741 individus de l'enquête ESPS/CREDES- apparié EPAS (représentant 58 520 688 Français)⁵ pour lesquels les dépenses en soins ambulatoires ainsi que les revenus sont renseignés. La mesure étudiée ici consiste à élever les seuils d'éligibilité à la CMU Complémentaire de manière à faire entrer dans le dispositif de nouvelles personnes dont le revenu dépasse de peu le seuil et donc dépourvues pour le moment d'assurance complémentaire: ce seront les « nouveaux bénéficiaires » (encadré 2). On peut d'abord décrire la population actuellement couverte par la CMUC et ses habitudes de consommation de soins, ainsi que les populations à couvrir après l'élévation des seuils d'attribution de la CMUC et, également, leurs habitudes de consommation de soins. (tableau 7).

2. CMU de base et CMU complémentaire

On rappelle qu'avant la création du dispositif CMU, six millions de personnes en France se soignaient difficilement en raison d'une insuffisance de ressources.

Désormais, la couverture maladie universelle (CMU), qui a été instituée par la loi du 27 juillet 1999 et a pris effet le premier janvier 2000, permet de garantir un accès général gratuit à la santé.

La CMU de base permet à toute personne qui réside en France de façon stable et régulière et qui ne bénéficie pas d'une couverture au titre d'un régime de base d'assurance maladie (salariés, travailleurs non salariés, agricoles,...) de bénéficier de la Sécurité sociale pour ses dépenses de santé dans les mêmes conditions que les salariés.

Cette couverture est gratuite pour les personnes qui se situent en dessous d'un plafond de ressources (534 euros pour une personne seule au 1^{er} janvier 2000). Au-delà, elle fait l'objet d'une cotisation de 8 % des revenus déclarés.

Par ailleurs, la CMU **Complémentaire**, notée ici CMUC, permet aux personnes dont les revenus sont faibles de bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite afin de couvrir une partie ou la totalité des frais de santé au-dessus des montants pris en charge par le régime de base de la Sécurité sociale.

Elle remplace l'AMD (Aide médicale départementale) ainsi que les systèmes analogues qui étaient destinés aux allocataires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion).

5. Échantillon également rendu représentatif par la méthode du Calage sur Marge.

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

C'est pour la CMU Complémentaire que nous envisageons l'extension des seuils d'attribution. « Désormais », pour un ménage composé d'une seule personne, le nouveau seuil serait fixé à 1 068 euros (soit le double du seuil initial). Pour les autres, le seuil de ressources sera fixé à 1 334 euros pour un couple, 1 494 pour trois personnes, 1 655 euros pour quatre personnes, 1 868 euros pour cinq personnes, 2 081 euros pour six personnes, 2 294 euros pour 7 personnes, 2 507 euros pour 8 personnes et 2 720 euros pour 9 personnes. Ces derniers seuils ont été fixés de manière à laisser inchangé la « pente » de l'échelle d'équivalence.

7. Habitudes de consommation de soins des bénéficiaires de la CMU

	Actuels bénéficiaires (4 millions d'individus)	Futurs bénéficiaires (6,7 millions d'individus)	Nouveaux bénéficiaires (2,7 millions d'individus)
Dépense moyenne	554	684	874
Dépense moyenne remboursable	536	660	842
Dépense moyenne remboursée	409	537	726
Ticket modérateur	127	122	115
% ticket modérateur	23,74 %	18,55 %	13,71 %

Sources : OFCE, calcul des auteurs d'après données d'enquêtes ESPS/CREDES-EPAS 2000.

Dans cette variante, l'augmentation des seuils permettrait de couvrir 190 000 personnes âgées de plus de 65 ans appartenant aux ménages les « plus pauvres » et dépourvues d'assurance complémentaire. Ce nombre est à comparer avec les 567 000 individus de plus de 65 ans particulièrement touchés par la première mesure. De fait, les titulaires du minimum vieillesse se verraient offrir la CMUC. Une telle mesure compenserait donc en partie les effets d'une baisse de 5 points du taux de remboursement de la Sécurité sociale, pour les personnes les plus pauvres. Les personnes « riches » (à partir de 2,5 RMI pour une personne seule, ce qui est très relatif) devront, quant à elles, prendre en charge leurs dépenses de santé ou, plus vraisemblablement, accroître leurs recours aux mutuelles.

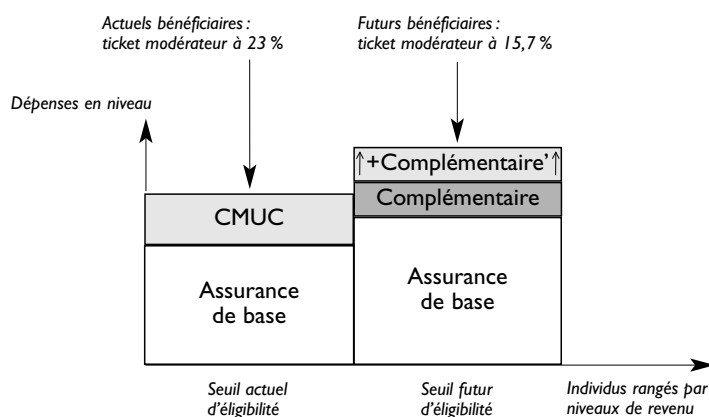
De fait, les « nouveaux bénéficiaires » dépensent plus en moyenne que les actuels bénéficiaires, en raison de leur âge et de leur classe de revenu plus élevée (récupération des personnes bénéficiant jusqu'alors du minimum vieillesse dont le montant s'élève en 2000 à 545 euros pour une personne seule et à 978 euros pour un couple). Toutefois, on peut repérer, chez ces personnes, certains comportements caractéristiques de renoncement aux soins : sans assurance complémentaire au moment de l'enquête, elles tendent, de ce fait, à biaiser leurs consommations en faveur de soins à fort taux de remboursement public (i.e. faible ticket modérateur : 13 % contre 23 % en moyenne), de même

REDÉFINIR LE PARTAGE ENTRE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE ? ■

que le niveau de leur consommation apparaît lui aussi réduit par rapport au niveau de dépenses réalisées par des personnes complètement couvertes (d'environ 7 %).

Il est donc probable que l'extension de la couverture complémentaire gratuite modifie les comportements des individus concernés. L'évaluation sur données microéconomiques permet de « micro-simuler » les choix des agents⁶; nous considérons ainsi que les comportements de renoncement aux soins, caractéristiques des agents dépourvus d'assurance complémentaire, *disparaissent* chez les personnes qui, suite à l'extension des seuils, accèdent à l'assurance complète. Ce phénomène serait proche de l'aléa de moralité, classique en théorie de l'assurance. Grâce à la base de données, nous avons pu évaluer dans quelle mesure *le niveau* des dépenses de santé et *la part moyenne du ticket modérateur* dans ces dépenses pourraient être, chez les personnes couvertes, supérieurs à ceux des personnes non couvertes. Sur cette base, on peut estimer, sous l'effet de la mesure et pour les personnes concernées, à la fois l'augmentation du niveau des dépenses remboursables — de 7,5 %, à 905 euros par an et par individu — et une augmentation de la part du ticket modérateur dans ces dépenses — de 2 points, à 15,7 %.

1. Les comportements s'adaptent à l'existence d'une couverture complémentaire



6. Techniquement, on transpose aux « nouveaux bénéficiaires » les comportements de consommation de soins des personnes bénéficiant déjà d'une assurance complète (« anciens bénéficiaires »), cette transposition étant contrôlée par la caractéristique d'âge. Voir Delvallée et Ventelou, 2003, *op. Cit.*

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

Concernant les dépenses ambulatoires évaluées sur données d'enquête, un tel ajustement des comportements porterait le coût de l'extension de la CMUC à :

— 387 millions d'euros supportés par la CMUC (couverture d'un ticket modérateur de 142 euros pour 2,7 millions de personnes). Coût total: 897 millions d'euros.

— 101 millions d'euros supportés par l'assurance de base (effet de niveau).

Enfin, il faut prendre en compte un « effet d'aubaine » lié à l'introduction d'un tel dispositif. En effet, les personnes déjà couvertes par une assurance complémentaire – spontanément, si l'on veut –, mais éligibles au dispositif étendu, vont décider de passer, pour un grand nombre d'entre elles, sous le système d'aide à l'achat. Compte tenu des nouveaux seuils retenus 14,3 millions de personnes sont concernées (personnes appartenant à un ménage situé en dessous des seuils de RUC décrit dans l'encadré 2). Le tableau 8 ci-dessous donne les montants à prévoir dans l'hypothèse d'une généralisation de l'aide à l'achat aux personnes déjà titulaires d'une assurance complémentaire.

8. Coût de l'extension de la CMUC tenant compte de l'effet d'aubaine

en millions d'euros

	Pour les 2,7 millions de personnes sans assurances	Pour les 14,3 millions de personnes déjà titulaires d'une assurance	Total
Si l'aide est totale	488	3 074	3 562
Si l'aide est dégressive	294	1 537	1 831

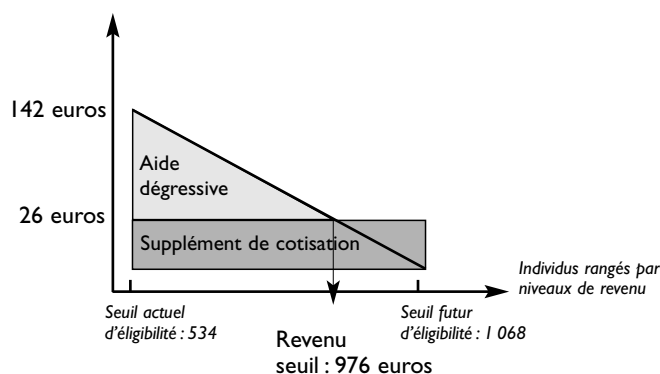
Pour les nouveaux bénéficiaires, lorsque la prise en charge est dégressive et non plus totale, on modifie le coût de la mesure de la manière suivante: toujours 101 millions de surcoût assumé par l'assurance de base (lié à l'ajustement des comportements de consommation en niveau pour la population nouvellement couverte) et 193 millions « d'aides à l'achat » dégressives; le coût de l'extension serait alors de 294 millions. Pour les personnes déjà titulaires de l'assurance-santé complémentaire, soit 14,3 millions de personnes, le plus légitime est de considérer que leurs consommations de soins ne sont pas affectées (seul l'aspect financement de la prime est modifié). Les assurances complémentaires auront donc à couvrir dans cette hypothèse leur ticket modérateur moyen actuel; soit 215 euros de dépenses ambulatoires, à multiplier par 14,3 millions d'individus. On obtient 3 074 millions d'euros.

3. Les gagnants et les perdants

D'après nos évaluations, **hors dépenses hospitalières et sur données d'enquête**, la première mesure fait gagner 1,5 milliard d'euros, et la seconde mesure coûterait 1,8 milliard d'euros (prise en charge dégressive). Le solde financier des deux mesures est négatif; ceci s'explique par l'existence de « l'effet d'aubaine » qui conduirait à étendre le dispositif à un nombre très important de personnes déjà spontanément couvertes. Sur le plan des inégalités, la seconde mesure compense en partie les effets redistributifs de la première, notamment pour les personnes pauvres plus âgées — qui sont « gros consommateurs » de soins. Une prise en charge privée des dépenses de santé sera cependant demandée aux Français, notamment *via* une hausse des primes d'assurance santé complémentaire, l'extension de la CMUC ne neutralisant les effets de la première mesure que pour les ménages les plus démunis.

On peut estimer que le retrait partiel de l'assureur public, de l'ordre de 5 points, conduirait les assurances complémentaires (mutuelles et assureurs privés) à augmenter leur prime de 26 euros par individu. En croisant cette donnée avec l'aide à l'achat dégressive proposée par le rapport Chadelat, on peut calculer, sous cette hypothèse, le solde individuel des effets, et faire apparaître le revenu seuil séparant les « perdants » des « gagnants » (graphique 2).

2. Identification du seuil perdants/gagnants pour une aide à l'achat dégressive et un retrait de 5 % de l'assureur public



Le revenu mensuel seuil serait de 976 euros pour une personne seule. Au-dessus de ce seuil, compte tenu de la dégressivité de l'aide à l'achat, les agents *perdent* de l'argent à l'issue de l'application conjointe des deux mesures; mais ils sont mieux couverts. Ce calcul a néanmoins été effectué en faisant l'hypothèse que les mutuelles et assurances

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

privées ne pratiquent en aucun cas une sélection des risques. Les effets redistributifs de la mesure seraient beaucoup plus forts dans l'hypothèse alternative, sachant qu'une corrélation existe entre le risque maladie, le grand âge et la pauvreté. De même, on suppose une absence de modulation des cotisations mutualistes (en fonction des salaires, en fonction de l'âge, du risque maladie, etc.)⁷. Un autre cas, polaire, serait que les mutuelles et assurances privées, au lieu de pratiquer un tarif *per capita*, modulent les primes en fonction du salaire. Dans ce cas, les mutuelles « remplacent » simplement le système de Sécurité sociale (le régime obligatoire), et les effets redistributifs sont nuls. Le système actuel de prélèvement des mutuelles françaises est, en réalité, entre ces deux situations polaires. On note cependant que les personnes disposant d'un emploi précaire, associé à des bas revenus, ont — quand elles sont assurées — plus généralement recours à des assurances santé privées⁸ pratiquant une tarification forfaitaire par tête couverte. Notre hypothèse tend donc à être plutôt vérifiée pour les classes de revenu concernées.

Enfin, on peut proposer ici une légère correction des données, visant à rendre les résultats comparables aux grandeurs macroéconomiques, notamment au déficit de l'assurance maladie. Compte tenu de la sous-estimation de l'enquête, les résultats obtenus sur données microéconomiques devaient être corrigés d'un facteur 1,08 pour évaluer approximativement le niveau macroéconomique, en supposant que les biais repérés sur données d'enquête sont équi-répartis (encadré 3). Après correction, le solde des deux mesures pourrait donc s'avérer être à peu près nul: 1,62 milliard d'économies contre 1,8 milliard de frais. Il pourrait être porté à 1,62 milliard d'euros au prix d'un renoncement à l'extension des seuils d'attribution de la CMUC, qui est particulièrement coûteuse en raison de l'effet d'aubaine évoquée plus haut. Actualisés (nous raisonnons sur une enquête forcément décalée), ces chiffres devraient par ailleurs être augmentés d'un accroissement des dépenses d'environ 5 % annuel, soit une économie totale proche des 2 milliards en grandeurs 2003-2004.

7. On précise également que ce seuil de 976 euros repose sur l'hypothèse, parfaitement arbitraire, que la baisse des taux de remboursement publics s'élève bien en moyenne à 5 points (il aurait été question de faire participer les mutuelles dans une proportion plus importante).

8. Grignon et Sitta, 2003, « Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi? », *Questions d'économie de la santé*, n° 64, CREDES. Malheureusement, on ne peut que constater l'absence d'informations homogènes sur les pratiques des mutuelles professionnelles et des assurances privées. Un véritable « maquis » des barèmes de prestations est organisé, sans doute volontairement, et empêche tout effort de comparaison entre les contrats d'assurances complémentaires (Bocognano, Couffinal, Dumesnil et Grignon, 2000, « La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements? », *Questions d'économie de la santé*, n° 32, CREDES). Du côté des tarifs, cette opacité est encore aggravée: tarification forfaitaire unique, tarification modulée par l'âge, en fonction de la composition familiale, en fonction du salaire, etc... Tendanciellement, on peut repérer deux formes dominantes: les mutuelles et assurances souscrites par l'employeur, qui proposent des formules organisant une certaine redistribution entre les salariés de l'entreprise; les assurances complémentaires souscrites à titre individuel qui pratiquent un tarif forfaitaire, parfois modulé par l'âge, ce dernier type étant plus fréquent chez les personnes précaires.

REDÉFINIR LE PARTAGE ENTRE COUVERTURE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRE ? ■

3. Les données : l'enquête « ESPS/CREDES » appariée « EPAS »

Ce travail s'appuie sur l'utilisation des données issues de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée tous les deux ans par le Centre de Recherche en Économie de la Santé (CREDES). Cette enquête est menée à partir d'un sous-échantillon de l'EPAS, représentatif au 1/2400^e des assurés et leurs ayants-droit du Régime général, du Régime des Indépendants et du régime des professions agricoles. Sur l'ensemble des adresses fournies par les trois caisses de sécurité sociale (CNAMTS, CANAM, et MSA), près d'un tiers des personnes concernées n'ont pu être jointes en raison de la mauvaise qualité des adresses. L'échantillon de l'enquête réalisée en 2000 par le CREDES comportait 7074 ménages, soit 20045 personnes.

Ces fichiers ont été « appariés » afin d'enrichir les données de consommation provenant des caisses d'assurance maladie par les données socio-démographiques, économiques, de protection sociale recueillies dans l'ESPS. Après appariement de ces ménages avec les fichiers des caisses d'assurance maladie, l'échantillon se réduit finalement à 9116 personnes appartenant à 5990 ménages.

Les variables concernant l'hôpital étant nettement sous-estimées dans l'enquête dans la mesure où les individus très malades ne répondent pas, ou mal, ces variables ont été exclues de l'analyse. Les autres variables (médecine ambulatoire, pharmacie, auxiliaires médicaux, etc.) nous ont semblé suffisamment représentatives pour faire l'objet de l'étude*. En niveau, on notera que les dépenses remboursées de l'échantillon représentent 91,78 % des dépenses remboursées des caisses d'assurance maladie (35 milliards d'euros contre 38 milliards d'euros); de même, les dépenses remboursables de l'échantillon représentent 92,72 % des dépenses remboursables des caisses d'assurance maladie (45 milliards d'euros contre 49 milliards d'euros). Les 7,28 % manquants s'expliquent par le fait que les personnes malades ont tendance à disparaître de l'échantillon, ce qui conduit à une sous-estimation systématique des dépenses. En supposant que ce biais est équi-réparti sur les différentes dépenses et chez les différents agents, on peut donc passer du microéconomique au macroéconomique en multipliant les données par 1,08 (c'est-à-dire 1/0,9272).

* Elles le sont « en structure », à savoir que les données d'enquête reproduisent exactement la structure de consommation de soins ambulatoires des ménages français obtenus dans les *Comptes de la Santé* établis au niveau macroéconomique par la DREES. Pour plus de détail, voir Delvallée et Ventelou, 2003, « Réduire le taux de remboursement de la Sécu », *mimeo* OFCE.

■ Christine Delvallée et Bruno Ventelou

Ces résultats nous amènent à conclure que cette économie (nous parlons de la première mesure, de retrait de l'assureur public), tout en créant des inégalités, ne résoudrait donc pas durablement le déséquilibre de l'assurance maladie française. D'une part, l'évaluation qui en est faite ici donne, pour le court terme, un chiffre relativement modeste par rapport au déficit (20 % du déficit⁹); et une augmentation de la CSG sera sans doute inévitable pour équilibrer les comptes (1 point de CSG représente 10 milliards d'euros). D'autre part, à long terme, il est peu vraisemblable, qu'à elle seule, une telle mesure soit de nature à infléchir le *rythme d'évolution* des dépenses sachant que le retrait de l'assureur public est systématiquement compensé, sauf chez les plus démunis, par des assurances complémentaires tout aussi « payeurs-passifs » que le régime obligatoire. Pour qu'elle réussisse, une telle mesure devrait donc être accompagnée, non seulement d'une politique de redistribution visant à compenser ses effets sur les malades dépourvus d'assurance complémentaire (extension des seuils et aides à l'achat), mais aussi de mécanismes conduisant à un élargissement du pouvoir de régulation des assureurs maladie, notamment des assurances complémentaires, sur la demande et l'offre médicale: par exemple, une plus grande participation de celles-ci à la production directe de soins à l'exemple des systèmes intégrés comme il en existe en Suisse ou aux États-Unis. Mais il s'agit là d'une mesure de grande ampleur, pas forcément bien acceptée d'ailleurs ni par les patients, ni par les soignants.

9. Si l'on voulait combler le déficit de la Sécurité sociale, il faudrait multiplier par 5 les chiffres obtenus à l'issue de la première mesure envisagée, soit une baisse de 25 points du taux de remboursement et, pour certains agents, des pertes de revenu considérables: $5 \times 60 = 300$ euros pour les personnes âgées! Bien sûr, une telle mesure n'est, en l'état actuel du système de protection sociale, ni faisable, ni souhaitable.