

Synthèse courte

Contexte et objectifs

La France est le pays de l'OCDE où la part des restes à charge (RAC) supportés par les usagers dans la dépense totale de santé est en moyenne la plus faible. Pourtant les taux de renoncement financiers aux soins y sont parmi les plus élevés. De même les inégalités sociales de recours aux services de santé y sont importantes, en particulier pour les soins de spécialistes.

Ces résultats semblent refléter deux mécanismes seulement partiellement validés par la littérature dans le cas du système français, selon lesquels d'une part les usagers les moins favorisés feraient face à des barrières financières à l'accès aux soins, liées à la fois des besoins de soins plus importants et à leur plus faible taux de couverture par une assurance complémentaire et, d'autre part, les RAC ont pour les personnes, ou les ménages, qui les supportent, un impact sur leur situation économique.

Le principe de partage des coûts entre assuré et assureur est un outil de régulation de la demande de services de santé largement analysé dans la littérature. Celle-ci montre que le partage des coûts, s'il peut être un outil efficace de limitation des dépenses publiques et de lutte contre l'aléa moral, c'est-à-dire de diminution du risque de surconsommation de la part des usagers, est un instrument doublement aveugle. D'une part, il impacte de façon indifférenciée les soins essentiels et non essentiels. D'autre part, s'il ne prend pas en compte la situation financière des usagers, il touche davantage les plus pauvres que les plus riches. Il exerce ainsi une influence sur l'équité d'accès aux soins, l'équité dans le financement du système de santé, les inégalités sociales de santé et, potentiellement sur les inégalités économiques elles-mêmes.

En France, les RAC supportés par les usagers sont constitués de dépenses liées à des dispositifs publics de partage des coûts (ticket modérateur, franchises...) et au paiement de professionnels libéraux (honoraires, dépassements). Bien plus qu'un outil de contrôle raisonné de la demande de soins, le RAC se présente comme un assemblage hétéroclite lié moins à une logique de contrôle de la demande de soins qu'à une superposition de filets d'assurance et de d'instruments de régulation construits dans d'autres logiques. Ainsi l'assurance maladie complémentaire, qui couvre 13% des dépenses de santé en France et 95% des assurés (en comptant la CSS/CMUC), couvre une partie des montants laissés par l'assurance publique à la charge des assurés. Elle n'est pourtant pas distribuée équitablement.

Des réformes ont été introduites, visant à réduire les RAC des assurés les plus à risque de supporter des dépenses catastrophiques, qu'il s'agisse des personnes ayant des besoins de soins les plus importants (exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD, actes exonérants à l'hôpital), des plus vulnérables socialement (CMUC, ACS, contrats responsables...). Cependant, les recherches, réalisées notamment par les chercheurs participant à ce projet, ont montré que des dispositifs comme l'ALD ou la CMUC pouvaient, dans le cas de l'ALD laisser des RAC élevés avant complémentaire et, dans le cas de la CMUC, maintenir un niveau de renoncement conséquent.

De plus, la connaissance sur les RAC, en particulier leur distribution sociale, reste très parcellaire. Si la comptabilité nationale permet de calculer une moyenne des restes à charge réellement supportés par les individus et les ménages, leur distribution brute et, a fortiori, leur distribution sociale, restent méconnues. Le manque d'information sur le RAC hospitalier, en particulier à l'hôpital public, est encore plus flagrant.

Tant les décideurs publics que les chercheurs ont insisté, de manière récurrente, sur la nécessité de réformer les RAC pour les rendre plus justes, plus lisibles et plus cohérents. Aujourd'hui, la question des RAC revient au cœur des problématiques de politique publique, en particulier dans le cadre de la réforme des prises en charge de la couverture

complémentaire et la médecine de parcours vers laquelle le système semble s'orienter. Les changements des modes de rémunération de l'offre de soins posent, en creux, la question des changements de la participation des patients.

Organisation du Projet et méthodes

Le projet Equi-RAC se décompose en trois Work Packages portant d'une part sur les conséquences économiques des dépenses de santé pour les ménages (WP1), les liens entre situation sociale et niveau des RAC hospitaliers (WP2) et, enfin, sur la construction et l'analyse de scénarios de réforme des RAC hospitaliers (WP3).

Les travaux sur le RAC hospitalier proposés s'appuient sur des données appariées issues de données médico administratives PMSI – MCO, de données de facturation et de données écologiques socioéconomiques. Les travaux en population générale sont basés sur les enquêtes Budget des Familles (BDF 2011 et 2017) et le panel Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Les méthodes utilisées sont celles de la modélisation statistique et de la micro-simulation. Les approches quantitatives de l'économie et de la santé publique sont complétées par une approche historique des textes législatifs.

Résultats

Notre projet apporte une valeur ajoutée :

- En termes de **production de connaissances nouvelles** sur la distribution sociale des RAC catastrophiques, la distribution des RAC hospitaliers, enfin la contribution des RAC à l'équité dans le financement du système de soins.

- En termes **de valeur ajoutée scientifique**, avec pour la première fois une application au cas français des modèles d'analyse des arbitrages et des conséquences des dépenses de soins des ménages développés dans la littérature tant théorique qu'empirique, une analyse de la formation des RAC hospitaliers, appuyées sur une approche pluridisciplinaire (santé publique, économie, HSR, approche historique).

- En termes **d'éclairage de la décision publique**, dans un contexte de changement profond de l'assurance complémentaire, des modes de financements et l'orientation vers une médecine de parcours qui oblige à repenser le rôle des RAC pour les producteurs de soins, les assureurs et les usagers.

WP1. Reste à charge et situation économique des ménages : analyses micro-économique et en équité

Une première recherche vise à estimer si les dépenses de santé ont, pour les ménages qui les supportent, un impact significatif sur leur situation financière et sur leurs consommations non médicales. La seconde analyse la contribution des RAC à l'équité du financement des systèmes de santé en Europe.

- Épargner, consommer, se soigner. Les restes à charge dans les arbitrages économiques des ménages

Les ménages financent-ils leurs dépenses de santé en désépargnant ou en arbitrant avec d'autres postes de consommation ? Ces arbitrages sont-ils les mêmes selon les niveaux de RAC et de ressources des ménages ? Nous appuyant sur les données des enquêtes Budget des Ménages 2011 et 2016, nous estimons des élasticités entre dépenses de santé et autres postes de consommation. Nous étudions également les conséquences des RAC sur la mobilisation de l'épargne et sur l'endettement des ménages.

Les résultats de nos modèles montrent que les RAC sont associés avec une détérioration de la situation financière du ménage. Une relation significative est mise en évidence entre les RAC et chacun des autres postes de consommation des ménages. Cette relation n'est cependant le plus souvent pas linéaire, et diffère selon le niveau de pauvreté du ménage.

- Quelle contribution du Reste à charge à l'équité dans le financement des soins chez les 50 ans et plus ? Une exploration des données européennes SHARE

Nous cherchons à évaluer la contribution du RAC à l'équité horizontale et verticale dans le financement des soins, en utilisant l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe qui interroge des individus âgés d'au moins 50 ans dans 10 pays européens). En utilisant des indices de concentration, nous montrons une régressivité plus accrue du RAC dans des systèmes à dominance privée. Le principe d'équité horizontale dans le financement des soins semble être davantage respecté dans les pays dont les systèmes de soins sont à dominance publique.

WP2. Effets de la précarité sur les RAC hospitaliers

L'objectif de ce Work Package est d'étudier l'impact de la précarité sur le RAC hospitalier post-AMO et post-AMC des patients hospitalisés en MCO. L'objectif secondaire était d'étudier l'impact de la précarité sur le recouvrement des factures émises par les hôpitaux.

Cette recherche étudie les liens entre précarité et reste à charge hospitalier à partir de 11 601 séjours issus des bases de données administratives et médico-administratives 2017 et 2018 des hôpitaux Saint Louis et Lariboisière de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. En l'absence d'indicateur individuel de précarité dans les bases hospitalières, un indicateur écologique a été utilisé, le FDep calculé au niveau de la zone IRIS.

2.1. RAC hospitalier et précarité

La modélisation du RAC post-AMO et post-AMC a mobilisé un modèle par parties : une modélisation de la probabilité d'avoir un RAC nul après ajustement sur les caractéristiques du patient (âge, sexe, niveau de précarité), du séjour (passage par les urgences, type de GHM – médical, chirurgical, interventionnel –, niveau de sévérité, CMD) et de sa prise en charge (facturation à l'AMO ou non), ainsi que sur le centre. Puis une modélisation du montant du RAC chez les patients ayant un RAC non nul. Enfin, modélisation des facteurs associés au recouvrement total, partiel ou nul d'un séjour après ajustement sur les caractéristiques du patient, du séjour et de sa prise en charge, ainsi que sur le centre.

RAC post assurance Obligatoire :

Le montant du RAC moyen suit une distribution en U, diminuant quand la précarité augmente jusqu'au groupe médian, puis réaugmentait pour devenir maximum dans le groupe le plus précaire, où il atteignait 3 442€. Après ajustement sur les facteurs de confusion éventuels, la probabilité d'avoir un RAC post-AMO nul était plus importante quand la précarité est élevée.

RAC post assurance Complémentaire :

Le montant du RAC post-AMC dans la population totale atteint 260€ en moyenne, mais de 1 758€ en excluant les RAC nuls. Le RAC moyen suivait une distribution en U : il diminuait quand la précarité augmentait jusqu'au groupe 3, puis réaugmentait pour devenir maximum dans le groupe 6 le plus précaire, où il était égal à 2 700€.

Après ajustement sur les facteurs de confusion éventuels, la probabilité d'avoir un RAC post-AMC nul diminuait quand la précarité augmentait. Chez les patients avec un RAC post-AMC

non nul, après ajustement, le montant du RAC apparaît significativement plus élevé dans le groupe le plus précaire.

2.2. Etude des restes à charge non recouverts

A la fin 11,3% des séjours, la facture reste non réglée. La part recouvrée diminue quand le niveau de précarité du patient augmente. Dans le groupe le plus précaire, 46,2% des séjours restent non recouverts.

WP3. Réformer les RAC

Le WP3 s'attache à l'analyse de scénarios de réforme en appuyant des simulations sur une approche historique. Il propose ainsi une étude historique des fondements des RAC et des axes de réforme, basée sur la littérature grise et les textes législatifs puis une analyse économique prospective des effets de scénarios de réforme des RAC.

3.1. Les restes à charge des patients dans le système de santé en France : Participations de responsabilité ou cofinancements ? Une approche historique

La fresque historique proposée a pour objet de montrer comment, à travers les transformations de la couverture maladie en France, ont été tout à la fois décidées, comprises, réformées la participation des usagers aux soins. Elle conduit, par exemple, à replacer les restes à charge dans le contexte historique des transformations de l'exercice médical ou les relations qu'il entretient avec l'Etat, afin de mieux comprendre les relations qui se sont nouées dès la fin du 19ème siècle entre les régimes d'assurance maladie, les professions de santé, l'Etat et d'apprécier leurs conséquences sur la participation financière des usagers. Elle tente de repérer dans quelle mesure les principes de solidarité à l'œuvre dans le système d'assurance maladie ont été renforcés ou au contraire fragilisés par les réformes mises en œuvre. Ce faisant, cette « fresque » doit permettre, en s'appuyant sur les grands moments de la construction de l'assurance maladie, d'interroger le mécanisme de participation financière des usagers, ses modalités, son importance, enfin les débats que les réformes successives ont suscités. Cette approche historique est organisée en trois grandes parties qui reflètent les phases successives de l'évolution du système de santé : 1) La mise en place de la Sécurité Sociale et de l'assurance maladie (1930- 1945 -1975), 2) la « généralisation » de l'assurance maladie (1975-1995) 3) le déploiement de l'universalité (1996-à aujourd'hui).

3.2. Approche par microsimulation des effets redistributifs des réformes des RAC

Dans cette partie du projet nous explorons comment un plafonnement des RAC hospitaliers pourrait être mis en œuvre. Nous nous appuyons une base de données contenant tous les séjours hospitaliers de 2018 à l'AP-HP à laquelle nous avons appliqué une approche de microsimulation arithmétique. Les réformes de la prise en charge sont évaluées sur la base de l'équité (c'est-à-dire de leurs effets redistributifs) et de l'acceptabilité (c'est-à-dire des gagnants et des perdants de chaque scénario)

Trois types de scénarios sont explorés en s'appuyant sur des microsimulations :

1. Passage en base GHS, forfaitisation des participations pour les malades chroniques et bouclier
2. Forfaitisation avec modulation
3. Capitation pour les ALD, gratuité pour l'obstétrique et passage en base GHS pour les autres avec bouclier

Les résultats montrent que la participation au forfait assure une vraie transparence pour le patient de son RAC. Le passage en mode GHS permet une participation proportionnelle à la consommation et une vraie cohérence dans le financement de l'hôpital. La mise en place d'une participation en capitation semble plus pertinente pour les patients atteints de maladies chroniques.