

Économie de la santé

Déterminants économiques du recours aux soins : enjeux et réalités

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Ceci est la version corrigée de l'étude de cas.

Étude de cas « Copaiement et demande de soins »

Consignes

Lisez l'énoncé de l'étude de cas puis répondez aux questions.

1. Doit-on parler d'expérience contrôlée ou d'expérience naturelle ?
2. En quoi comparer ces deux groupes d'assurés permet-il d'éviter les biais de sélection ?
3. Les résultats le tableau ci-dessous confirment-ils l'hypothèse d'aléa-moral ? Quelles conclusions en tirer pour la politique de régulation ?
4. Comment expliquer l'effet observé pour les visites à domicile ?
5. Quelles limites voyez-vous à cette étude ?

Énoncé

« A partir de données administratives de remboursement en France Chiappori et al (1998) présentent l'étude de données longitudinales portant sur 4 578 individus, suivis pendant deux ans (1993 et 1994). Les données sont issues d'assurances complémentaires souscrites de manière collective par deux grandes sociétés du secteur bancaire.

La population est répartie en deux sous-groupes. Pour l'un des groupes (groupe REF) l'organisme assurant la partie complémentaire des remboursements a décidé, au moment de la loi Veil (1993) qui a augmenté le ticket modérateur de 5 % sur les dépenses ambulatoires, de répercuter cette hausse de la part couverte par la complémentaire sur la prime, sans modifier le taux de copaiement, qui est resté nul sur les deux années (1993 et 1994). Pour l'autre groupe (groupe TEST), en revanche, l'organisme a décidé d'introduire un taux de copaiement de 5 %, qui se superposait ainsi aux 5 % issus de la loi Veil. Les individus de ce groupe étaient donc soumis à un taux nul la première année (1993), et à un taux de 10 % l'année suivante (1994) » (Geoffard, 2000).

Le tableau ci-dessous donne les valeurs du nombre moyen annuel de consultations dans les deux groupes avant et après la loi Veil soit après la hausse du ticket modérateur (la part des dépenses non remboursées par l'assurance maladie) et les réactions des assureurs.

Variable	Gpe = REF, N = 889		Gpe = TEST, N = 3689	
	1993	1994	1993	1994
Consultations généralistes	2,16 (3,14)	2,14 (3,50)	3,06 (3,75)	3,06 (3,77)
Visites à domicile	0,44 (1,22)	0,40 (1,09)	0,80 (1,75)	0,65 (1,73)
Consultations spécialistes	1,70 (2,70)	1,66 (2,59)	1,63 (2,72)	1,70 (2,50)

Source : Chiappori-Durand-Geoffard (1998). Valeur moyenne et écart-type entre parenthèses

Éléments de correction

1. Il s'agit d'une expérience naturelle (non randomisée) et non d'une expérience contrôlée puisque les chercheurs ont tiré profit de réactions différentes de deux assureurs complémentaires d'entreprises (couvrant respectivement les salariées de deux groupes bancaires) suite à la hausse du copaiement (ticket modérateur) décidé par le gouvernement. Cette expérience n'a pas été imaginée et mise en œuvre par les chercheurs.

2. Le risque de biais de sélection est la conséquence du fait que les assurés choisissent le type de couverture en fonction de leurs besoins ou de leurs préférences. Dans cette expérience ce risque

est écarté puisqu'il s'agit de contrats collectifs qui couvrent obligatoirement l'ensemble des salariés. Le risque de sélection est donc écarté de fait.

3. On observe peu de changement dans le nombre moyen de visites entre les deux dates pour les généralistes et les spécialistes. Chez ces derniers on observe même une légère augmentation du nombre de visites dans le groupe ayant vu le taux de copaiement augmenté de 10% (et une très légère baisse dans le groupe où le taux de copaiement est inchangé). La seule évolution nette concerne les visites de nuit qui baissent sensiblement dans le groupe qui voit le taux de copaiement augmenter (et baisse très légèrement dans le groupe de référence).

On ne doit pas attendre d'effet majeur sur les dépenses de soins d'une hausse de cette ampleur (de 0 à 10%) du taux de copaiement. L'élasticité de la demande semble faible et, par conséquent, le coût de l'aléa moral également. On ne doit pas attendre de gains majeurs en termes de réduction des dépenses de soins d'une augmentation réduite du copaiement.

4. Une explication est que le coût d'une visite est aussi un coût d'attente et de transport auquel vient s'ajouter le prix de la visite lui-même alors que dans une visite à domicile le coût est essentiellement celui du prix de la visite. En conséquence, la majoration de 10% a moins de poids pour les visites en cabinet car elle s'applique à une partie seulement du coût supporté alors que cette majoration s'applique à l'ensemble du coût supporté pour une visite à domicile. Ceci pourrait expliquer la plus forte sensibilité de la hausse du copaiement pour les visites à domicile.

5. La première limite tient à la hausse réduite du coût, bien inférieur par exemple à l'augmentation minimum dans l'expérimentation de la Rand Corporation, le taux de copaiement le plus faible était en effet fixé à 25% dans cette expérimentation. Par ailleurs, on n'observe l'effet que sur des salariés du secteur bancaire. On pourrait s'interroger sur les effets pour les ménages plus pauvres. La population d'étude est en effet très spécifique. Enfin, on note que la structure de consommations, en particulier pour les visites à domicile, est sensiblement différente entre les deux groupes ce qui peut laisser à penser que les effets observés sont propres au groupe testé et difficilement généralisable.

Références

Comment citer ce cours ?

Économie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.