

Le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé en France

A lors que le système d'assurance maladie français exige depuis sa création une participation financière des assurés aux coûts des soins médicaux, la suppression du reste à charge s'est retrouvée au cœur des débats lors des élections présidentielles de 2017, que ce soit au travers de la proposition de plusieurs candidats de créer une « Grande Sécu » prenant en charge l'intégralité du coût des soins, ou de la promesse du « reste à charge zéro » d'Emmanuel Macron, visant cette fois à une prise en charge complète de la partie des soins non financée par la Sécurité sociale par les organismes d'assurance complémentaires santé. Pourquoi notre système de Sécurité sociale a-t-il instauré dès son origine un ticket modérateur à hauteur de 20 % du coût de l'ensemble de soins (art. 24, ordonnance du 19 octobre 1945) ? Et pourquoi vouloir supprimer aujourd'hui ce reste à charge, c'est-à-dire la part des dépenses de soins non prise en charge par le système d'assurance public ou par les assurances privées ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de s'interroger sur les justifications économiques du reste à charge.

Quelques propos liminaires sur l'assurance

Une première manière de s'interroger sur la justification ou non du reste à charge est de s'interroger sur son corollaire, c'est-à-dire sur la justification qu'aurait une couverture complète des dépenses de soins de santé. Rappelons tout d'abord que l'objectif premier de l'assurance santé, qu'elle soit publique ou privée, est de couvrir, moyennant le paiement régulier d'une prime d'assurance, le risque financier lié aux problèmes de santé, c'est-à-dire de rembourser, en cas de maladie ou accidents, tout ou partie des frais médicaux, et les indemnités journalières visant à compenser les journées de salaire perdues en cas d'arrêt de travail. L'assurance permet alors aux individus de « solvabiliser » des dépenses de santé peu probables mais trop onéreuses pour être engagées en cas de maladie, d'éviter des dépenses de santé non prévisibles, et éventuellement catastrophiques, qui mettraient en péril leurs conditions de vie, ou simplement de lisser dans le temps le coût de leurs soins.

La différence majeure entre les systèmes publics et privés d'assurance réside en fait dans le niveau des primes payées par les individus. Dans les systèmes privés, le niveau des primes d'assurance payé par chaque individu dépend de son niveau de risque individuel (qui est approximé par l'âge, les contrats dits *responsables* ne pouvant pas tenir compte des événements de santé en France). L'assurance permet alors une mutualisation des risques au sein de chacune des classes de risques.

Ainsi, les primes payées pour une période par l'ensemble des assurés exposés à un même risque (du même âge par exemple) permettent de couvrir les dépenses de santé de ceux pour qui le risque de maladie se sera réalisé pendant la période.

Dans les systèmes publics, le niveau des cotisations payé par les individus n'est pas lié à leur niveau de risque. Le plus souvent, les cotisations augmentent avec le niveau de revenu et non avec l'âge, et sont donc *a priori* relativement indépendantes des dépenses de santé. Alors que les systèmes d'assurance privée permettent aux individus de transférer de l'argent des périodes sans maladie en faveur des périodes avec maladie, les systèmes d'assurance publics opèrent une redistribution entre classes de risque et permettent aux individus les plus pauvres et les plus à risque d'être couverts alors même qu'ils ne pourraient pas payer la prime d'assurance correspondant à leur niveau de risque dans un système privé.

Le reste à charge, un moyen de respecter les choix assurantiels

On peut alors se demander quel est le niveau de couverture du risque financier lié à la maladie – ou de manière symétrique, quel est le niveau du reste à charge – qui est souhaitable ?

La théorie économique de l'assurance (lire [14] et [33], synthèses de la littérature théorique en économie de l'assurance) suggère que la demande d'assurance des individus résulte d'un arbitrage entre le montant de la prime qu'ils payeront de manière certaine, tous les mois généralement, et leur niveau de risque anticipé, c'est-à-dire le montant moyen des remboursements qu'ils anticipent. Ce choix dépend également de leur degré d'aversion au risque, c'est-à-dire de leur disposition à payer une surprime par rapport à leurs remboursements anticipés afin d'avoir un revenu certain (égal à leur revenu initial moins la prime d'assurance) plutôt qu'incertain (égal à leur revenu initial moins les dépenses de santé en cas de maladie). La plupart des individus sont ainsi averses au risque. Ce trait de personnalité s'explique par le fait que le niveau de satisfaction des individus croît avec leur niveau de revenu disponible, mais avec un taux de plus en plus faible. Ils sont donc toujours d'accord pour payer une prime d'assurance relativement modérée tous les mois, même si cette dépense réduit légèrement leur bien-être, afin d'éviter une chute importante de leur niveau de vie en cas de maladie qui aurait des conséquences beaucoup plus délétères sur leur bien-être, et ce d'autant plus qu'ils ont un niveau de revenu contraint. On peut alors montrer

Florence Jusot
Professeure à l'université Paris-Dauphine, chercheuse au Leda-Legos (Paris sciences et lettres, Paris-Dauphine), chercheuse associée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Aurélie Pierre, Denis Raynaud et Jérôme Wittwer pour leurs commentaires et suggestions.



que si les primes d'assurance étaient actuarielles, c'est-à-dire exactement égales en moyenne au risque anticipé de dépenses de santé, tout individu averse au risque souhaiterait avoir une assurance dite *complète*, c'est-à-dire couvrant l'intégralité de ses dépenses liées à la maladie, quel que soit son niveau de risque et son degré d'aversion au risque. Par contre, dès que les primes d'assurances santé sont supérieures aux dépenses de santé anticipées, ce qui est le cas en présence de charges de gestion (frais de gestion des sinistres, frais d'administration ou frais d'acquisition) – et ce, aussi bien dans les systèmes publics que privés –, on peut démontrer que la demande d'assurance des individus n'est plus automatique et n'est en général jamais complète, sauf dans certains cas où les individus ont une très forte aversion aux pertes [85] ou lorsqu'ils sont exposés à d'autres risques non assurables, comme par exemple le risque de perte de revenus [32]. En effet, assurer une dépense engendre dans ce cas un surcoût : il est par exemple nécessaire de payer une prime d'assurance égale à 120 euros pour rembourser une dépense de santé d'un montant anticipé égal 100 euros en moyenne. Les individus souhaitent alors un niveau de couverture d'autant plus important qu'ils sont face à un risque élevé de dépenses de santé et qu'ils ont un niveau d'aversion au risque important. Inversement, ils souhaitent un niveau de reste à charge d'autant plus important que les frais de gestion des primes d'assurance sont élevés et qu'ils sont contraints financièrement.

Dans le cadre d'un système d'assurance privé où les individus choisissent eux-mêmes leur niveau de couverture (et non par le biais de leur employeur), il est donc normal que certaines personnes préfèrent ne pas être couvertes ou préfèrent être peu couvertes, en raison par exemple d'une faible aversion au risque ou d'un faible niveau de risque. On observe ainsi en France que la demande d'assurance complémentaire santé à titre individuel augmente avec l'âge, les problèmes de santé et le degré d'aversion au risque, et diminue avec leur revenu [77]. Il est également attendu que certains préfèrent un niveau de couverture plus réduit lorsque le coût de l'assurance augmente. Ce second effet peut alors justifier une non-couverture choisie pour l'assurance complémentaire en France, où le ratio entre les charges de gestion et les prestations versées par les organismes de complémentaire santé s'établissaient en 2014 à 17 % pour les institutions de prévoyance, à 24 % pour les mutuelles et à 34 % pour les sociétés d'assurance privées [31], ou encore pour l'assurance de base aux États Unis, où les primes d'assurance sont en particulier augmentées par des frais de publicité importants.

Dans le cadre d'un système public, le niveau de couverture est choisi par le régulateur. On peut en première approche penser que ce niveau résulte d'un consensus et devrait être proche du niveau qu'auraient choisi en moyenne les assurés sociaux au regard de leur besoin

et de leur aversion au risque. Le niveau de couverture optimal de la population dans un système public peut néanmoins s'éloigner du niveau moyen de couverture observé dans un système entièrement privé si le montant des primes diffère dans les deux types de système en raison de différences dans le niveau des charges de gestion ou dans le niveau des prix des soins négociés par les assurances. Le niveau de couverture choisi par le régulateur peut alors être légitimement plus élevé dans les systèmes publics puisque ces derniers ont des charges de gestion plus faibles en raison d'une plus large mutualisation des risques et d'une limitation des frais de marketing lorsque l'assureur public est unique, les études n'ayant globalement pas réussi à montrer ni que la concurrence conduisait à une réduction des primes dans les systèmes privés, ni que les assureurs privés arrivaient à une meilleure négociation du prix des soins que l'assurance publique, y compris dans le cas de réseaux de soins [6]. Le niveau de couverture public peut au contraire être plus faible dans les systèmes mixtes, où coexistent assurances publiques et complémentaires privées. Ainsi, la Sécurité sociale française ne rembourse que 3 % des dépenses optiques ou 30 % des dépenses dentaires, non pas parce que le régulateur considère que c'est le bon niveau de couverture mais plutôt parce qu'elle a choisi de compter sur l'assurance privée pour couvrir ce type de soins afin de ne pas trop alourdir les prélèvements obligatoires.

Un régulateur éclairé peut également choisir un niveau de couverture plus élevé que celui que choisiraient les individus librement compte tenu de leurs connaissances et de leur biais de perception. En effet, ces derniers apprécient parfois mal le risque de maladie, et le montant possible des dépenses restant à leur charge en cas de maladie, et peuvent donc sous-estimer les bénéfices à attendre d'une couverture. Cette évaluation est d'autant plus difficile que ces bénéfices peuvent en outre n'être perçus qu'à très long terme. De plus, dans les systèmes privés, les asymétries d'information entre assureurs et assurés peuvent expliquer que les assureurs cherchent à sélectionner les individus les moins à risque, en proposant des couvertures incomplètes ou en proposant des primes d'un montant très supérieur aux primes actuarielles justifiées par le niveau de risque [1, 14, 25]. En l'absence de régulation, la demande d'assurance des individus les plus à risque, notamment des malades chroniques, et des plus pauvres ne serait pas satisfaite. On peut donc là encore s'attendre à une couverture plus complète de la population dans un système public puisque ce dernier ne sélectionne pas ses assurés.

Il est cependant peu raisonnable de penser que la couverture qui serait optimale pour l'ensemble de la population, y compris dans un système public avec des charges de gestion limitées, soit une couverture complète, sans aucun reste à charge. Et contraindre l'ensemble de la population à s'assurer, et plus encore à choisir une couverture complète, conduirait à une perte

de bien-être pour tous les individus qui préféreraient avoir une couverture plus faible, c'est-à-dire qui préféreraient consacrer leur revenu à une autre dépense que la couverture de leurs soins. Ainsi, l'introduction récente de l'obligation pour tous les salariés du secteur privé de souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur en France a induit une perte de bien-être, non seulement pour près de la moitié des salariés qui avaient précédemment choisi d'être non couverts, et qui préféreraient donc le rester malgré la participation financière de leur employeur au paiement de la prime [78]. De même, aux États-Unis, certaines personnes préfèrent rester non assurées et payer les pénalités prévues par l'Affordable Care Act malgré l'obligation d'assurance, plutôt que de payer des primes d'assurance relativement élevées [8].

Bien entendu, la question se pose un peu différemment dans les systèmes publics où le financement versé par chacun n'est pas proportionnel à son niveau de risque individuel mais à ses revenus. La couverture complète des soins des plus pauvres peut alors être justifiée pour leur garantir un accès à l'ensemble des soins indépendamment de leur capacité à les payer, à l'exception des dépenses de confort ou de luxe, qui ont sans doute moins vocation à être prises en charge par la solidarité collective. Mais il n'y a pas lieu de penser que cette couverture complète doive s'étendre à l'ensemble de la population et notamment aux plus aisés, pour lesquels le coût de la couverture est encore plus élevé puisqu'ils financent non seulement leur propre couverture mais également en partie la couverture des plus modestes. Ainsi, les plus aisés sont autorisés à sortir du système public en Allemagne afin de choisir leur niveau de couverture.

Un reste à charge oui, mais avec une forme particulière

Au-delà du niveau moyen du reste à charge auxquels ils s'exposent, les choix des individus peuvent porter sur la forme de ce reste à charge. L'objectif des individus étant de se couvrir face au risque, ils ne vont pas nécessairement choisir un niveau de couverture identique pour l'ensemble des soins. Ils préféreront avoir une couverture complète ou quasi complète des soins les plus à risque, comme par exemple les dépenses hospitalières, et choisiront une couverture nulle ou très partielle pour les soins les plus prévisibles, c'est-à-dire ceux pour lesquels il y a un faible intérêt à payer le surcoût de l'assurance, comme par exemple les lunettes.

De même, la littérature théorique montre que, pour un niveau de reste à charge donné, les individus préfèrent les contrats d'assurance avec franchise, c'est-à-dire qui ne proposent aucune couverture des premières dépenses de santé dans l'année, mais qui en contrepartie offrent une couverture complète des dépenses au-delà d'un plafond de dépenses annuelles, plutôt que les systèmes de ticket modérateur qui laissent à la charge du patient une partie de tous les soins, et qui peuvent donc laisser

un très haut niveau de risque financier cumulé chez les personnes les plus malades. De tels systèmes avec franchises et plafonds ont été mis en place en Suisse, aux Pays Bas ou en Suède, et le reste à charge annuel laissé par le système public est également plafonné à un niveau maximal en Belgique. En France, le système des ALD limite le reste à charge des personnes atteintes de certaines pathologies reconnues comme affections de longue durée, mais n'élimine absolument pas le risque de reste à charge catastrophique qui touche les personnes les plus malades et notamment les personnes hospitalisées dans l'année [39, 56]. Il a alors été montré que la mise en place d'une franchise et d'un plafond en France permettrait une réelle amélioration de la prise en charge des patients ayant des dépenses importantes en limitant leur risque de devoir payer une lourde participation financière, le système de remboursement étant d'autant plus équitable si le plafond prenait la forme d'un bouclier sanitaire, c'est-à-dire s'il était fixé en proportion du revenu [41].

Le reste à charge, un instrument de régulation de l'aléa moral

Une autre justification du reste à charge est la régulation de l'une des autres défaillances dont souffre le secteur de l'assurance : l'aléa moral ou risque moral [3, 40]. Dans le domaine de l'assurance, on parle d'« aléa moral » lorsque le risque que l'on cherche à assurer – ici les dépenses de santé – est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes. On distingue deux catégories d'aléa moral : l'aléa moral *ex ante* et l'aléa moral *ex post*. L'aléa moral *ex ante* correspond à l'augmentation du risque de maladie induite par la modification des comportements à risques des individus lorsqu'ils sont assurés. En effet, n'ayant pas à assumer les coûts liés à leur maladie, les personnes assurées sont incitées à adopter des comportements plus risqués et à faire moins de prévention. Cependant, comme la maladie n'a pas que des coûts financiers mais entraîne aussi d'autres conséquences que l'assurance ne couvre pas, comme la douleur, les années de vie perdues, les incapacités, on considère que ce phénomène est très limité. L'aléa moral *ex post* correspond, quant à lui, à l'augmentation des dépenses de santé induite par la couverture assurantielle, à pathologie donnée. En effet, n'ayant pas à assumer la totalité du montant de leurs dépenses de santé en cas de maladie, les personnes assurées peuvent se permettre d'avoir des dépenses de santé plus élevées que les personnes non assurées, et ce pour un même état de santé. Cette « solvabilisation » des dépenses de santé en cas de maladie est *a priori* l'effet recherché par l'assurance. Cependant, une partie de cette augmentation des dépenses peut être vue comme une surconsommation du point de vue de l'économiste, c'est-à-dire correspondre à une mauvaise allocation des ressources collectives [72]. En effet, les individus étant sensibles au prix peuvent avoir envie, pour une même pathologie, de consommer davantage,



après signature du contrat d'assurance, que le niveau de consommation qu'ils avaient initialement choisi compte tenu des véritables prix des soins et du coût de l'assurance au moment de la signature du contrat.

Prenons l'exemple de la décision d'un individu d'assurer ses dépenses d'optique. Compte tenu de son risque de problèmes de vue, de son aversion au risque, de ses préférences pour la santé, du prix des montures et des verres et des charges de gestion de l'assurance, un individu pourrait choisir de se couvrir – et donc de payer une prime correspondante – pour un risque de dépenses d'optique équivalentes à une paire de lunettes tous les deux ans avec une monture à 100 euros et des verres standard. Toutefois, après avoir signé son contrat d'assurance, celui-ci peut être incité à changer de lunettes tous les ans, à choisir une monture plus chère, à ne pas résister à la proposition de verres de meilleure qualité faite par l'opticien, ou encore à ne pas chercher l'opticien proposant les meilleurs prix si son contrat d'assurance offre une couverture très généreuse des dépenses d'optique, ou pour le moins ne limite pas la couverture au montant initialement anticipé. L'augmentation de la dépense qui en résulte n'est en rien frauduleuse mais reflète juste le fait que l'individu réagit de manière rationnelle à une diminution du prix des lunettes, en exprimant une demande de soins supérieure, en laissant le professionnel induire une demande supplémentaire (qui peut être médicalement justifiée mais initialement non souhaitée par l'assuré) ou en ne recherchant pas les meilleurs prix.

Le problème provient alors du fait que cette diminution de prix n'est en fait qu'apparente puisque si l'ensemble des assurés adopte le même comportement, l'organisme de complémentaire santé augmentera à terme le niveau de la prime afin de couvrir les dépenses additionnelles. Au total, chaque individu consacrera donc un montant à ses dépenses d'optique (par le biais de la prime d'assurance ou par le paiement direct de son reste à charge) supérieur au montant qu'il avait initialement décidé d'allouer à cette dépense. C'est en ce sens que les économistes parlent de mauvaise allocation des ressources collectives, car chacun aurait préféré consacrer ses ressources à d'autres dépenses qu'à ces dépenses d'optique supplémentaires, s'il n'avait pas été victime d'une baisse de prix illusoire. Notons cependant que les dépenses supplémentaires ne correspondent pas nécessairement à des dépenses médicalement injustifiées : il s'agit bien d'une surconsommation par rapport aux préférences des assurés et non par rapport à une norme médicale (voir [3] pour une discussion plus détaillée des conséquences de l'aléa moral sur le bien-être).

Ce risque d'aléa moral est facile à limiter dans le cas de l'optique, en plafonnant par exemple le montant annuel des dépenses couvertes par le contrat. Le contrat choisi par l'assuré, et notamment son niveau choisi de reste à charge, « révèle » alors son niveau de risque à l'assureur. Par exemple, choisir un contrat couvrant bien

les lunettes révèle un besoin de lunettes. L'assureur pourra alors ajuster sa prime en conséquence. Mais il n'en est évidemment pas de même pour la couverture des autres dépenses de santé. En effet, les problèmes de santé sont extrêmement complexes, beaucoup plus imprévisibles et difficilement observables. Il est alors impossible de définir *a priori* quel pourrait être le bon niveau de dépenses pour chacun des états de santé possibles et, pour l'assureur, de juger si les dépenses de santé engagées sont justifiées par l'état de santé de l'individu et correspondent au contrat initialement choisi par l'assuré, ou s'il s'agit de « surconsommations ».

Le reste à charge peut alors permettre de « responsabiliser » les patients en les faisant participer financièrement aux coûts des soins, c'est-à-dire de rendre leur demande sensible au prix, et par là de limiter – ou « modérer » – les dépenses de santé. Bien entendu, ce raisonnement ne tient que si les dépenses de soins sont effectivement sensibles au prix, c'est-à-dire si les assurés ont effectivement une consommation de soins plus faible lorsqu'ils ont un reste à charge. Dans le cas contraire où la demande de soins est peu élastique au prix, les consommations de soins des individus resteront les mêmes quels que soient les prix auxquels ils font face, et en particulier en présence ou absence de tickets modérateurs. La participation financière des patients n'a alors aucun effet modérateur des dépenses de santé mais limite toutefois le montant pris en charge par l'assureur, que celui-ci soit public ou privé.

Il convient donc de savoir si la demande de soins est sensible au prix – ou symétriquement au niveau de couverture – afin de savoir s'il est justifié de laisser un reste à charge dans le but de réguler les dépenses de santé. On observe ainsi en France que les dépenses de santé des personnes couvertes par une complémentaire santé sont près de 30 % supérieures à celles des personnes ne disposant d'aucune couverture complémentaire [80]. Cependant, on ne peut en déduire que supprimer le reste à charge conduirait à une augmentation de 30 % des dépenses de santé en raison d'un effet inverse des dépenses de santé anticipées sur la décision d'assurance. Ainsi, ce n'est pas nécessairement parce que les personnes sont assurées qu'elles ont des dépenses supérieures mais, au contraire, parce que les personnes qui anticipent des dépenses de santé importantes, en raison de problèmes de santé notamment, choisissent plus souvent de s'assurer. Plusieurs études ont néanmoins permis d'estimer l'effet de l'assurance sur les dépenses de santé en s'affranchissant de cet effet de sélection, en s'appuyant sur des dispositifs expérimentaux ou quasi expérimentaux [15, 36, 43, 64]. L'ensemble de ces travaux conclut à l'existence d'un effet causal du niveau de couverture sur le niveau des dépenses de santé. En particulier, l'expérience contrôlée de la Rand (Research and Development Corporation) [64] conduite aux États-Unis a permis de montrer qu'une réduction de 10 % du prix des soins induisait une augmentation

de 2 % des dépenses de santé, la demande de soins de ville étant notablement plus sensible au prix que la demande de soins hospitaliers. C'est par ailleurs le passage à la gratuité des soins qui induit la plus forte augmentation des dépenses de santé, le niveau des dépenses étant moins sensible au niveau de couverture dès lors que le patient supporte un reste à charge. On peut donc conclure que l'existence d'un reste à charge est justifiée, pour le moins pour les soins de ville, afin de limiter le risque d'aléa moral.

Le reste à charge zéro, un instrument de redistribution et de réduction des inégalités sociales de santé

La littérature économique suggère donc qu'il est certainement efficient de maintenir un reste à charge, en particulier pour les soins les plus prévisibles et les moins vitaux, non seulement pour respecter les préférences des individus mais également pour limiter les dépenses de santé. Le seul argument pouvant justifier la volonté politique de réduire les restes à charge, voire d'aboutir à un reste à charge zéro, semble alors être la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins est l'une des principales préoccupations des Français, 25 % d'entre eux considérant les inégalités d'accès aux soins comme les inégalités les moins acceptables, par rapport aux inégalités de revenu, de logement ou de patrimoine [30].

De nombreux travaux montrent en effet que les restes à charge constituent des barrières importantes dans l'accès aux soins, en particulier chez les plus modestes, qui ne sont pas sans conséquences [51]. Par ailleurs, même si l'expérience randomisée de la Rand n'a pas montré que l'accroissement de la consommation de soins induite par l'amélioration de la couverture conduisait à une amélioration de l'état de santé en population générale [61], elle a mis en évidence une réduction de la mortalité induite par l'assurance chez les patients hypertendus et les plus pauvres. De même, l'expérience randomisée de l'Oregon a récemment montré

un effet important de l'amélioration de la couverture chez les plus modestes sur leur accès aux soins et leur santé [36]. De manière cohérente, il a été montré en France que les renoncements aux soins, qui sont largement expliqués par l'absence ou la faible qualité de la couverture complémentaire et la situation sociale, ont un effet causal sur la dégradation de l'état de santé ultérieur [28].

L'instauration d'une couverture complète des soins pour l'ensemble de la population, si elle est accompagnée d'un financement proportionnel au revenu, et non si elle est associée à un financement proportionnel au risque, pourrait donc permettre de réduire les inégalités d'accès aux soins et les inégalités de santé. Par ailleurs, de tels systèmes d'assurance maladie publique peuvent constituer des instruments puissants de redistribution des revenus en raison de la progressivité de leur financement, au-delà des effets qu'ils peuvent avoir sur l'état de santé [53].

Pour conclure

Même si l'accès aux soins est certainement plus facile pour tous dans les systèmes où le reste à charge des patients est relativement faible [51, 54, 68], il semble que la couverture complète des soins ne soit pas un objectif immédiatement légitime au regard de la littérature économique. D'un point de vue de l'efficacité, il apparaît en effet optimal de laisser un reste à charge, de préférence plafonné et plus élevé sur les soins les plus prévisibles, afin de respecter les choix individuels d'assurance et de limiter le risque d'aléa moral et donc de modérer les dépenses de santé. L'absence de reste à charge peut donc seulement être recherchée dans les systèmes régulés si la structure du financement permet une plus grande équité, que ce soit par une consommation de soins, en offrant aux plus pauvres un accès aux soins qui leur serait impossible dans un système privé, ou que ce soit dans le financement des soins, lorsque la structure de celui-ci garantit une redistribution importante entre groupes de revenus. 🏠