

**Financement obligatoire ou financement
volontaire en assurance maladie
Michel Grignon, McMaster University**

**Université Paris Dauphine (LEGOS – Chaire
Santé), 10 mars 2011**

Plan

-

Approche fonctionnaliste...

Systeme de santé (soins) = trois transferts

T1 : des ménages vers des tiers-payeurs

T2 : des tiers-payeurs vers les producteurs

T3 : des producteurs vers les patients

Tiers-payeurs jouent deux rôles : assurance financière et acheteurs de soins

...mais réaliste

Le premier transfert part toujours des ménages (même cotisations dites “employeurs” ou “TVA”)

Le rôle du producteur est toujours bien séparé en deux hémisphères, le financier avec les caisses, l'éthique avec les patients.

Obligatoire vs. Volontaire (1)

Tiers-payeur = l'État (RU, Canada) ou juridiction locale (Scandinavie).

T1 = impôt, obligatoire et statutaire (paiement lié au statut), souvent lié à la CàP (mais pas nécessaire – e.g. Ontario, forfait santé instauré en 2004)

Obligatoire vs. Volontaire (2)

Tiers-payeur = Caisse sociale (France, US Medicare, Allemagne avant 90)

T1 = cotisation (contribuable devient travailleur), obligatoire, statutaire (plus de statuts), souvent proportionnel. Finalement, similaire à l'État, mais assiette plus réduite (problème macroéconomique et intergénérationnel si pensions non taxées)

Obligatoire vs. Volontaire (3)

Tiers-payeur = Assureur (y.c. Caisse mutuelle) (USA non Medicare, Suisse, Pays-bas, Allemagne post 90)

T1 = prime, payé par un assuré, résulte d'un choix (équilibre) – prime peut être ajustée au risque (pas de transferts ex ante – marché individuel) ou forfaitaire - ER (assurance collective ou CR imposée par la puissance publique)

Bilan

La fonction l'emporte sur l'identité :

Une caisse privée gérant une assurance statutaire et obligatoire se comportera comme une entité publique dans le triangle T1-T3

De même, une caisse publique prélevant une assurance volontaire devra se comporter comme une caisse privée

Attendus

Il n'existe aucun système national pur

Part de financement public (en fait,) varie de 45% (Mexique, USA) à 85% (République Tchèque) dans les pays de l'OCDE (base éco-santé OCDE, 2007)

Base = outil précieux – attention aux définitions (ici, public et non obligatoire + crédits d'impôts sont-ils des financements publics ?)

Attendus (2)

Défauts de l'obligatoire:

1. coût d'opportunité lié à la consommation unique pour tous (trop ou trop peu ou pas ce qu'il faut)
2. inefficience (allocative) liée au risque moral (sur-consommation de soins liée à l'assurance)

Coûts d'opportunité

Obligatoire = *one size fits all*

N'est un problème que si consommateurs
diffèrent dans leurs préférences

Aversion pour le risque (mesuré par la prime
de risque)

Panier de soins (homéopathie, dentifrice)

Préférence pour la santé (vs autres
consommations, donc revenu)

Coûts d'opportunité (2)

Si, en plus, obligatoire financé par la CàP, la disposition à faire partie du système diminue avec le revenu (différence entre bénéfice marginal du revenu et somme de {prime de risque ; bénéfice marginal des soins inclus})

Risque moral

Tout contrat d'assurance non indemnitaire induit un risque de sur-réparation du dommage

L'assurance santé, volontaire ou obligatoire, est non indemnitaire (exceptions : CII)

Différence est : en volontaire, je paye mon risque moral sur ma prime (“risque moral payé, risque moral pardonné”).

Attendus (3)

Défauts du volontaire

1. Anti-sélection (comportements stratégiques contredisant l'efficacité allocative)
2. Risque de prime (et contrats de long terme)
3. Inéquité (malades/bien portants, pauvres/riches)

Anti-sélection

A “goûts” (aversion, santé) identiques, la quantité d'assurance achetée dépend du risque (auto-sélection)

Si information parfaite, assureurs tarifient au risque et le résultat est efficient (pas équitable)

Anti-sélection (2)

L'auto-sélection devient un problème quand l'assureur ne peut observer qui est qui (il sait seulement combien sont des quoi)

L'assureur offre deux plans (base et premium), tarifés en ER car RR infaisable (information incomplète)

Information non seulement imparfaite, mais asymétrique

Anti-sélection (3)

Les mauvais risques préfèrent le plan de base : ils bénéficient d'une subvention de la part des bons risques (en ER, seul le plan de base survit)

Les bons risques vont préférer un plan réduit (super strict) tel que la subvention résultant de l'ER ne compense plus la perte liée à la prime de risque

Anti-sélection (4)

Sur un marché privé en concurrence, ce plan super-strict va être offert

Résultat (inefficience) : les bons risques sont sous-couverts (les mauvais risques reviennent au plan G)

Cas pervers = continuum de risques –
L'assurance disparaît (simulations tableur)

Risque de prime

Appelé aussi risque de re-classification
Revenons en information (instantanée)
parfaite (RR) – l'assureur couvre la variation
aléatoire autour du risque moyen

Si je change de classe de risque (risque
moyen) – e.g., je suis diagnostiqué avec un
diabète, ma prime change en volontaire

Risque de prime (2)

Si j'ai de l'aversion pour l'incertain, je vais être prêt à payer pour une assurance contre ce risque de voir ma prime augmenter de manière aléatoire

En outre, pas de compensation dans le temps (trend)

Problème particulièrement important en assurance dépendance (pas rationnel avant 60 ans)

Risque de prime (3)

Ré-assurance ? Je contracte auprès d'un assureur qui va me verser une compensation si ma prime augmente auprès de mon assureur de court-terme

Problème = très manipulable par les assurés (partage du transfert avec l'assurance de court-terme en RR) – contrôlable mais coûts de transaction élevés (qui veut faire valider son diagnostic par un ré-assureur ?)

Inéquité

Va de soi du point de vue théorique si RR

Question se pose en CR (forfaitaire) : forfait pèse plus dans le budget des plus pauvres, mais est-ce inéquitable ?

Double question : financement + accès à l'assurance (pauvres achètent moins) et aux soins

Principaux résultats empiriques

Résultats empiriques dépendent du type d'assurance volontaire :

- Substitutive – Allemagne, Pays-bas (plafonnement)
- Supplémentaire – acheter de la qualité supérieure (opt out, lits privés)
- Complémentaire – couvrir les RAC du public

Résultats empiriques (2)

Volontaire supplémentaire :

Financement parallèle (ceux qui achètent doivent continuer à financer l'obligatoire) – demande faible hors hauts revenus.

Subventionner?

Dépend de l'effet sur la qualité en obligatoire :
dépend de l'élasticité-prix de l'offre

Résultats empiriques (3)

Complémentaire :

Couvre les co-paiements ou le hors panier
Exemples = France, obligatoire couvre 79%
du total, mais seulement 55% en ambulatoire
hors ALD ; Medicare (US), nombreux co-
paiements (Medigap, Part D), soins de
dépendance (spend-down) ; Suisse (base =
franchise à 1500CHF) ; Canada
(médicament, dentaire)

Complémentaire

Sur le panier de soins :

Théorie du partage = élasticité prix

Petit risque = forte élasticité, volontaire

Problèmes : détermination du panier repose sur équité, efficacité, mérite, pas sur élasticité

Aussi : soins sont complémentaires (exemple du médicament au Canada : pas d'assurance dissuade de consulter), aussi dans le temps (prévention : forte élasticité prix, mais conditionne utilisation future)

Complémentaire (2)

Points de vue normatif (quel partage optimal volontaire – obligatoire ?) et positif (quel degré de couverture obligatoire recueille la majorité ? == économie politique)

Complémentaire (3)

Point de vue normatif : deux écoles.

École du risque moral = taux de prise en charge obligatoire optimal et paiement direct (pas d'assurance volontaire)

École du coût d'opportunité = il faut laisser un choix de couverture tout en garantissant un socle obligatoire

Risque moral

Risque moral

Évacue les différences (individu représentatif)
mais incrimine la sur-consommation liée à la
couverture obligatoire

Matériel empirique : la RAND HIE (1970s,
2000 ménages, expérience sociale)

Diverses interprétations (selon elast.
revenu) : de 45% de couverture avec
franchise à \$4500 à 100% (Nyman)

Sélection

Offrir un choix tout en maîtrisant les effets de sélection : rachats de franchise (Suisse) ou de co-paiements (France)

Question empirique : observe-t-on de la sélection propice ? (les bons risques veulent plus de santé et achètent plus de couverture)
Si oui, le système améliore le bien-être

Sélection (2)

Contrats Medigap (Fang) – on trouve de la sélection propice

Mais, en Suisse et sur les plans d'employeurs, non (il y a donc risque de prime)

Suisse : franchises basses 2 à 3 fois plus de chances de mourir.

Perte de b-ê social dû au risque de prime
Est-ce de l'anti-sélection ?

Sélection (3)

Identifier l'anti-sélection : les mauvais risques achètent-ils une couverture non tarifée par les assureurs ?

Problème = distinguer effet du risque moral de l'effet sélection

Trois méthodes

Sélection (4)

Chocs avant-après : utiliser la dépense avant comme révélateur du risque inhérent et tester si ceux qui dépensent + avant choisissent la couverture G (Réponse = Oui // Cutler et Reber)

Sélection (5)

Estimation structurelle (conjointe) risque moral et sélection – sur plans d'entreprise US, Cardon et Hendel trouvent que la tarification est 100% en RR. Paraît quand même suprenant au regard des études de cas

Sélection (6)

Et si on demandait directement aux intéressés ?

S. Marquis (1996) utilise des questions de la Rand sur l'anticipation des dépenses pour estimer un risque non tarifable (qu'elle trouve non nul) -

Simulation sur cette base : plan de base gratuit + complémentaires de la poche – les complémentaires disparaissent, victimes de l'anti-sélection

Approches positives

Théorie des choix publics : démocratie référendaire (et non dictateur bienveillant)
Deux votations : pour ou contre l'assurance obligatoire ? Autorise-t-on l'assurance complémentaire ? Plus : dans les 2 cas, quel niveau de dépense publique
Coeur de l'argument : l'assuré est un contribuable

Choix publics

Assurance publique financée par la CàP,
volontaire financée forfaitairement

Électeurs égoïstes : comparent le
prélèvement au bénéfice de l'assurance
obligatoire

Modèle à deux biens (soins, autres)

Choix publics

Résultats principaux :

Les pauvres et les riches votent contre une augmentation de couverture obligatoire (même à des niveaux faibles)

L'assurance obligatoire l'emporte si le groupe intermédiaire est large – dépend de la distribution des revenus et du taux de couverture obligatoire

Choix publics (2)

Si revenu médian plus bas que revenu moyen, il y aura de l'obligatoire non nulle, mais on ne peut pas imposer 100% de couverture (taux choisi sera celui de l'électeur médian).

Complémentaire est toujours autorisée, achetée par les riches.

Choix publics (3)

Le futur : dépense de soins passe à 15% ou 20% du PNB, et obligatoire reste financé à la CàP – coalition anti-obligatoire va s'élargir, hausse de la complémentaire

Cependant, si distribution des revenus devient plus inégalitaire, l'écart médian – moyen va se creuser et le groupe intermédiaire va s'élargir

Choix publics (4)

Critiques du modèle : altruisme + risque de prime (ajoute au bénéfice reçu de l'assurance obligatoire). L'assurance employeur aux US couvre le risque de prime tout en permettant de contrôler l'identité des co-assurés; donc, pas besoin d'assurance publique obligatoire alors même que la distribution des revenus est super inégalitaire

Conclusion ?

Systemes mixtes (exception = dépendance)
Niveau optimal de l'obligatoire : si imposé, à la Canadienne semble logique (100% sur panier, 0% ailleurs). Si choisi par un vote, on se dirige vers un système à la française.
Contrainte à discuter : financement intégral à la CàP.