

Le marché de l'assurance maladie et ses imperfections

- I. Les situations de sélection adverse (ou antisélection)
- II. Les situations de hasard (ou aléa) moral
- III. Assurance individuelle ou collective ?

DÉFINITIONS

- **Sélection Adverse (ou antisélection)** : Phénomène par lequel une offre faite sur un marché aboutit à des résultats inverses de ceux souhaités, à cause d'une situation d'asymétrie informationnelle.
- **Aléa (ou Hasard) Moral** : Situation dans laquelle un agent, isolé d'un risque, va se comporter différemment que s'il était lui-même totalement exposé à ce même risque.
- **Passager clandestin** : Individu qui bénéficie d'un bien ou service sans contribuer à son financement.

Le risque lié à la maladie n'est pas du tout réparti uniformément dans la population. On observe en effet que les dépenses de santé sont extrêmement concentrées sur un nombre très réduit d'individus : 30 % des Français dépensent moins de 2 % des soins tandis que les 5 % les plus malades engendrent 60 % des remboursements. Ces chiffres soulignent à quel point la demande d'assurance santé (publique ou privée) est justifiée et incontournable. Les dépenses des individus les plus malades seraient en effet impossibles à supporter individuellement si elles n'étaient pas mutualisées. Or, le marché va s'avérer défaillant pour réguler la santé et les soins car un fort opportunisme va se manifester dans les relations entre les assurances et la population (ainsi que d'ailleurs entre malades et médecins).

I. Les situations de sélection adverse (ou antisélection)

Le principal problème réside dans la possibilité de mise en œuvre par certains acteurs de stratégies opportunistes. Ainsi, un individu pourra parfois connaître son état de santé (ou ses vrais risques) et tenter de bénéficier de son avantage informationnel au détriment de son assureur sous informé. Cet opportunisme se déclinera en deux temps : ex ante (sélection adverse) et ex post (aléa moral).

La notion de sélection adverse retrace des contextes dans lesquels le bénéficiaire de l'asymétrie informationnelle aura tendance à tricher sur la qualité du bien ou service concerné par le marché en question (ici, son état de santé). Les individus ont une meilleure connaissance de leur état de santé que leurs assureurs. Ne pouvant parfaitement estimer le risque, ces derniers auront tendance à augmenter leurs tarifs. Mais alors seuls les individus au risque maladie élevé vont vouloir se prémunir en contractant une assurance. Les individus au risque maladie faible vont préférer ne pas s'assurer (ou s'auto-assurer par de l'épargne individuelle), jugeant que le montant des primes demandées est trop élevé par rapport à leur niveau de risque.

Ainsi la hausse des primes d'assurance aura un effet d'éviction sur les « bons » patients, et ne demeureront que les sujets à la santé fragile. La sélection des assureurs (prix d'autant plus fort que le risque est fort, pour dissuader les pathologies trop lourdes) aboutira au résultat inverse de celui espéré : les assureurs ne vont assurer que des risques lourds ! Or l'assurance, même privée, repose sur une notion de mutualisation du risque. Si les malades à faible risque refusent de s'assurer, cela fait reposer le poids de gros risques sur un nombre réduit d'individus, ce qui est financièrement intenable.

Inversement, la conscience de l'existence d'un contexte propice à la sélection adverse peut inciter les assureurs à mener des stratégies d'écramage des risques. Cela suppose de disposer d'informations sur des caractéristiques observables (âge, sexe), mais aussi moins directement observables (états de santé, antécédents, comportements...). Les problèmes posés par un tel écramage des risques sont bien connus : des primes d'assurance très élevées sont demandées aux individus déjà malades ou qui risquent de l'être (cf. problèmes pour assurer un prêt immobilier quand on est cardiaque diabétique, HIV+...). Mais surtout le risque principal est celui d'un refus d'assurance en cas de risque jugé trop élevé par l'assureur.

Rendre l'assurance maladie obligatoire, irrévocable et non négociable de la part des assurés et de la collectivité est la seule solution à ce problème, et c'est donc celle qui a été retenue dans bon nombre des systèmes européens d'assurance maladie. Cela permet donc de lutter contre les problèmes d'opportunisme ex ante. Demeurent cependant ceux liés à l'opportunisme ex post.

II. Les situations de hasard (ou aléa) moral

La notion de hasard moral retrace les contextes dans lesquels il n'est pas possible, une fois que le « contrat » d'achat ou de vente sur un bien ou service donné a été passé, de vérifier la bonne exécution des termes du contrat. Dans notre domaine, cela se traduit par des cas où le malade va demander plus de soins et à un prix plus élevé que ce qui est nécessaire, d'une part parce qu'on ne pourra pas vérifier s'il en a vraiment besoin ou pas, et d'autre part parce qu'il n'en supportera pas directement les conséquences tarifaires.

Ces situations sont aujourd'hui très fréquentes. Pour le vérifier, il suffit d'observer que quand le taux de remboursement d'un médicament diminue, ses ventes s'effondrent littéralement. Il arrive même qu'un médicament devienne temporairement (et parfois même définitivement) indisponible quand il devient déremboursé, parce que les industries pharmaceutiques, anticipant une baisse sensible de la demande, décident de stopper la production. On comprend mieux dès lors comment les vignettes blanches (65 à 100 %) peuvent représenter 90 % du marché contre seulement 7 % pour les vignettes bleues (35 % de remboursement) et 3 % pour les vignettes jaunes (15 %).

Le hasard moral peut également prendre d'autres formes, indépendantes de « l'impunité tarifaire » dont bénéficient les patients. Il s'agit alors de cas assimilables à de la fraude. Et la variété des exemples est quasi infinie. Citons notamment :

- les 700 aveugles de l'île de Zakyntos ont subitement retrouvé la vue en 2012, suite à la mise en place de contrôle de la distribution des indemnités distribuées parfois à des chauffeurs de taxi et des chasseurs !
- un infirmier français en 2018 a osé facturer 1,3 M€ d'honoraires à la Sécu ! Globalement, les soins infirmiers libéraux, qui se prêtent facilement à des surfacturations parfois difficiles à identifier, sont à l'origine de 30 % des fraudes pour les soins en ambulatoire. Ainsi un autre infirmier des Bouches du Rhône a justifié ses facturations de patients absents ou refusant de l'accueillir par la nécessaire rémunération du temps qu'il passait à les contacter ;
- ces cas de hasard moral ne sont pas propres à l'assurance maladie et s'expriment également pour l'assurance vieillesse. Ainsi, en 2019 une vaste fraude a été révélée concernant 872 centenaires vivant en Algérie et dont la famille avait « oublié » de déclarer le décès pour continuer à percevoir les retraites.

Face à cet opportunisme des assurés, l'assureur peut être tenté de récupérer un supplément de prime qui va, *in fine*, conduire les assurés à ne plus souhaiter s'assurer ou à surconsommer encore plus. Dès lors, comment limiter l'aléa moral ? Par la persistance d'un reste à charge pour l'assuré : franchises médicales, tickets modérateurs (cf. Fiche 17).

Sélection adverse et hasard moral entre assureur et malade perturbent donc le fonctionnement « normal » du système d'assurance. En outre, nous ne sommes pas ici, avec la santé, dans des conditions normales d'assurabilité. Le risque peut être révolu (sida) et il n'est pas indépendant du comportement de l'assuré (fumeur, grossesse). Des « passagers clandestins », que la collectivité devra soigner, ne s'assurent pas. Les plus pauvres ne peuvent s'assurer. Pour toutes ces raisons, on limite les effets pervers par l'obligation d'assurance. Mais vaut-il mieux contracter une assurance individuelle ou collective ?

III. Assurance individuelle ou collective ?

Quand on contracte une police d'assurance commerciale, la prime est calculée en fonction du risque individuel du sinistre (ex : assurance d'un prêt immobilier contre le risque maladie-décès). C'est tout à fait normal dans un contexte de marché. Si ce n'était pas le cas, ceux à qui on demande de payer plus que nécessaire refuseraient à juste titre d'adhérer. Le coût moyen des adhérents augmenterait, des personnes supplémentaires devraient renoncer à s'assurer, et ainsi de suite jusqu'à l'effondrement du système.

Le fait de recourir à un contrat collectif est censé faire baisser le coût pour chacun, puisque le risque est davantage mutualisé sur un plus grand nombre d'individus que s'il était estimé sur une probabilité individuelle de morbidité. Dans une telle perspective, le gouvernement Valls, soucieux de limiter les dépenses de santé des ménages (tout en luttant contre le risque de sélection adverse) a introduit une réforme majeure : l'Accord National Interprofessionnel (ANI). Ce dernier oblige, à partir du 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises d'au moins un salarié à souscrire à une assurance santé collective pour tous leurs salariés.

Est-ce une avancée ? Même si les employeurs sont censés financer la moitié de la cotisation, on peut en fait très sérieusement en douter, et cela pour plusieurs raisons :

- tout d'abord parce qu'au sein des entreprises visées par l'ANI, 95 % des employés disposaient déjà d'une complémentaire santé ;
- par ailleurs, les cotisations payées par les employeurs sont considérées comme des avantages en nature, et sont fiscalisées depuis le 1^{er} janvier 2013, ce qui a augmenté entre 90 et 150 € les impôts des salariés concernés ;
- les contrats collectifs auxquels les entreprises ont eu recours sont des contrats responsables dont le reste à charge (RAC) s'est récemment fortement envolé (cf. Fiche 17) ;
- enfin, face à ce nouveau coût obligatoire, les entreprises se sont quasi systématiquement rabattues sur un contrat de base qui n'offrait que les garanties minimales prévues par la loi. Or souvent le salarié possédait initialement une meilleure couverture individuelle.

Certes rien ne l'empêche, en plus du socle de base payé à moitié par l'entreprise, de prendre à titre personnel une surcomplémentaire pour améliorer son niveau de couverture. Malheureusement, bon nombre de complémentaires ont décidé de casser les prix sur ces contrats de base (pour se faire concurrence et récupérer une part importante de ce marché naissant). Mais elles ont compensé en augmentant sensiblement les tarifs des autres contrats. Au final il ressort que, dans 60 % des cas, les salariés auraient eu intérêt à refuser le contrat collectif proposé par leur employeur car ils auraient payé plus cher pour avoir la même couverture ou alors se résoudre à être moins bien couverts (voire se soigner moins). Les 50 % financés par le patron sur le contrat de base sont donc le plus souvent un leurre. Il était possible de refuser l'assurance santé collective quand on était déjà dans l'entreprise au moment où le contrat a été signé. Mais c'est en revanche impossible si on est embauché après.

Le Gouvernement Philippe s'était donné pour objectif d'essayer de remédier à ces effets pervers des produits d'assurance santé. L'idée est de rendre l'assurance maladie plus lisible en instaurant trois contrats types de complémentaires santé pour favoriser enfin la concurrence et permettre des comparaisons tarifaires aujourd'hui impossibles. Concrètement, les différents acteurs (mutuelles, assureurs, organismes de prévoyance) seraient obligés de proposer en plus de leurs offres existantes trois contrats (un moyen, un renforcé, et un qui couvre tout). Mais tout ceci demeure pour l'instant au stade de projet.

Bien évidemment les mutuelles redoutent cette future obligation et, comme par hasard, prétendent être capables de rendre leurs contrats plus lisibles. Si cette mesure était appliquée, on s'exposerait à une riposte des mutuelles qui vraisemblablement augmenteraient leurs tarifs, même si le Président Macron a prévu (en théorie) de l'interdire. On peut aussi redouter une baisse des garanties et donc une hausse du RAC sur les contrats couvrant moins bien les assurés. Ce risque, s'il est probable, serait très supportable dans la mesure où la France a le plus faible RAC au Monde !

POUR EN SAVOIR PLUS

- ➔ G. Akerlof, «The market for lemons: quality uncertainty and the market mechanism», *Quarterly Journal of Economics*, 1970, vol. 84-3, pp. 488-500.
- ➔ M.V. Pauly, «The economics of moral hazard: comment», *American Economic Review*, 1968, vol 58, pp. 531-537.

Questions

1. Pourquoi la hausse des prix ne permet pas de réguler efficacement le marché de l'assurance santé et de résoudre les situations de sélection adverse ?
2. Pourquoi la hausse des prix n'est-elle pas non plus efficace contre l'aléa moral ?

CORRIGÉ

1. Parce que cela ferait fuir les « bons risques », ceux qui consomment peu, et ne dissuaderait pas du tout ceux qui savent par avance qu'ils auront de grosses dépenses à financer.
2. Parce que les assurés qui consomment plus que ce dont ils ont médicalement besoin vont accroître leur opportunisme pour « rentabiliser » cette hausse tarifaire.

Structure de la dépense de santé et de son financement

- I. Les principaux agrégats
- II. Variations et structure de la CSBM
- III. Quels financements des dépenses de santé en France ?

DÉFINITIONS

- **Médecine et/ou soins de ville** : Par opposition à la médecine hospitalière, les soins de ville (même si on se situe en profonde campagne) caractérisent ceux qui sont prodigués par les médecins, dentistes, infirmiers, kinés... mais en dehors du cadre hospitalier.
- **Reste à charge** : Part du financement des soins qui n'est prise en charge ni par l'Assurance Maladie (Sécu) ni par d'éventuelles complémentaires santé (mutuelles), et qui demeure donc, *in fine*, à la charge des patients.

I. Les principaux agrégats

A. La Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)

Elle inclut les éléments suivants : soins hospitaliers, soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, cures...), transports sanitaires, et biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, petits matériels). Elle s'élève à 208 Md€ en 2019. Cela représente 3 102 € par an et par habitant ou encore 8,6 % du PIB. Depuis 2000, le rythme de croissance en valeur de la CSBM a connu un ralentissement sensible. Il était de 6 % en 2002, 4 % en 2007, 2,1 % en 2016, 1,7 % en 2017, 1,5 % en 2018. Mais il est reparti à la hausse en 2019 (+2,1 %). Le regain de croissance des soins hospitaliers est la principale raison de ce changement de tendance.

B. La Dépense Courante de Santé (DCS)

Elle inclut en plus les indemnités journalières, les soins de longue durée, la prévention, la formation, la recherche, et la gestion de l'assurance maladie. Elle s'élève à 275,9 Md€ en 2018 soit 11,7 % du PIB (les années précédentes nous avons atteint plus de 12 % du PIB). Cela équivaut à 4 117 € par habitant.

C. La Dépense Courante de Santé au sens International (DCSi)

Elle représente 11,3 % du PIB en 2018 dernière année disponible en comparaison internationale, contre 9,9 % pour les 28 pays de l'UE et 6,8 % pour les pays d'Europe Orientale membres de l'UE. Cela met la France en 4^e position au sein de l'OCDE, loin derrière les USA (17,8 %), mais très proche de la Suisse, de l'Allemagne du Japon, et de la Suède.

II. Variations et structure de la CSBM

A. Quels sont les facteurs responsables de la hausse de la CSBM ?

Intéressons-nous plus particulièrement à l'agrégat le plus couramment utilisé dans les analyses sectorielles en matière de santé : la CSBM. Sa croissance (+2,1 % en 2019) témoigne d'un rebond après plusieurs années de modération. Pour autant, ce rythme de croissance est assez proche de celui observé au cours des dix dernières années. La hausse de la CSBM en 2019 provient uniquement de la croissance des volumes. En effet, l'impact de la variation des prix est inexistant, la hausse des prix des soins hospitaliers étant compensée par la baisse de ceux relatifs aux médicaments.

La principale origine de cette croissance des volumes est identique à celle observée durant la période 2010-16, à savoir la croissance des frais hospitaliers. C'était la moindre hausse de ces derniers qui avaient permis une meilleure maîtrise de la CSBM de 2016 à 2018, c'est leur regain qui est à l'origine de la plus forte hausse de 2019. Ainsi en 2019 les soins hospitaliers redeviennent les premiers contributeurs à la CSBM, devant les soins ambulatoires, et ils augmentent davantage qu'elle (2,4 % contre 2,1 %).

Si les dépenses ambulatoires (de ville), quoique redevenues secondes contributrices à la CSBM, continuent de croître de façon assez dynamique, ce n'est pas à cause des médicaments (-0,2 % en 2019). En effet, depuis 2015 la consommation de médicaments tend à diminuer du fait d'une baisse des prix des spécialités remboursées (à l'exception de 2014 et du Sovaldi, cf. Fiche 14) et de la hausse du nombre de molécules génériques. Ce n'est pas non plus à cause des dépenses de transports ni de cures, chacun d'entre eux mettant enfin un terme à sa croissance effrénée en 2019. En revanche, les dépenses