

Les enjeux de la régulation du marché de l'assurance santé

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 « Couverture complémentaire santé et consommations de soins »

Consignes

A la lecture du tableau ci-dessous vous répondrez aux questions ci-dessous

1. Comment comprendre que certaines personnes ne soient pas couvertes par une assurance complémentaire santé ? Cela peut-il rendre compte d'un mécanisme de sélection adverse ?
2. Peut-on dire que les personnes non couvertes auraient les mêmes niveaux de consommations de soins que les personnes couvertes si elles bénéficiaient d'une couverture santé (assurance complémentaire ou CMU-C pour les non couverts éligibles à ce programme) ?
3. Les résultats du tableau mettent-ils en évidence des phénomènes d'aléa moraux ? Peut-on conclure du fait que les personnes couvertes consomment significativement plus de soins ambulatoires que les personnes non couvertes que l'élasticité prix pour ce type de soins est significativement négative ?
4. Quels arguments peut-on trouver pour promouvoir une assurance complémentaire obligatoire ? Quels arguments peut-on opposer à cette obligation ?
5. Comment expliquer les différences de consommation (avec les personnes non couvertes) entre les bénéficiaires de la CMU-C et ceux couverts par une assurance complémentaire ?

Énoncé

Dans le tableau ci-dessous (Raynaud 2005) sont indiqués les différences (en pourcentage pour l'année 2000) entre les dépenses de soins des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C) et celles des personnes assurées par des assurances complémentaires (hors CMU-C) par rapport aux dépenses de soins des personnes sans couverture complémentaire santé. Ces différences sont présentées pour différents types de soins, « ns » signifiant que les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 1 : Différences de dépenses de soins entre personnes couvertes par une complémentaire santé et personnes non couvertes (Raynaud 2005)

TYPES DE DÉPENSES (1)	Bénéficiaires de la CMU	Assurés complémentaires hors CMU
Dépenses Totales (2)	+ 21 %	+ 13 %
Hospitalisation (2)	ns	ns
Ambulatoire	+ 40 %	+ 26 %
Omnipraticiens	+ 12 %	ns
Spécialistes	- 6 % (ex-amd) + 16 % (nouv. cmu)	+ 22 %
Pharmacie	+ 32 %	+ 16 %
Auxiliaires médicaux	ns	ns
Biologie	ns	ns
Dentaire	ns	ns
Dentaire (y/c dépassements)	ns	+ 22 %
Optique	ns	ns
Optique (y/c dépassements)	- 60 %	+ 28 %

Lecture : Par rapport à une situation de référence sans assurance complémentaire, les dépenses totales de soins des bénéficiaires de la CMU sont, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées de 21 %.
ns : non significativement différent de zéro.
(1) Les dépenses sont en base de remboursement, sauf précision contraire.
(2) Les estimations sur les dépenses totales et hospitalières sont calculées pour les assurés de la Cnamts.
Champ : assurés de la Cnamts, Msa et Canam, vivant en ménages ordinaires, France Métropolitaine.
Source : *appariement Epas-Sps 2000 - Traitement : Drees*

Éléments de correction

1. On ne peut pas écarter le fait que les personnes non couvertes aient pris la décision de ne pas recourir à une assurance complémentaire santé (ou à la CMU-C pour les personnes éligibles) parce qu'elles jugent le bénéfice attendu de cette couverture insuffisant au regard du niveau de la prime d'assurance (ou des coûts administratifs pour les personnes éligibles à la CMU-C qui doivent, pour en bénéficier, en faire demande auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de leur lieu de résidence). Cela pourrait traduire un meilleur état de santé et/ou des préférences

moins marquées pour la santé et les soins Cela traduirait l'existence d'un mécanisme de sélection adverse conduisant les personnes à bas risque (de consommer des soins) de ne pas s'assurer.

2. Non, on ne peut pas conclure que les personnes non couvertes auraient eu le même niveau de dépenses de soins si elles avaient bénéficié d'une couverture complémentaire santé. En effet, comme nous venons de le discuter à la question précédente, le fait de ne pas être assuré peut refléter un moindre risque de consommer des soins. En conséquence, une fois couverte il est possible que leur niveau de consommation de soins soit plus réduit que ceux des personnes couvertes.

3. L'aléa moral est le résultat d'une élasticité prix négative qui conduit les personnes à consommer plus de soins une fois assuré (puisque la couverture par une assurance réduit le prix des soins). Dans le cas de la couverture complémentaire santé les personnes couvertes bénéficient d'un remboursement du ticket modérateur (ou copaiement) laissé par l'assurance maladie obligatoire. En d'autres mots le prix des soins est plus faible pour les personnes couvertes que pour les personnes sans assurance complémentaire. Une élasticité prix négative doit se traduire par le fait que les personnes couvertes consomment plus que les personnes non couvertes. C'est bien ce que nous constatons sur le tableau 1. Néanmoins, il n'est pas possible de conclure puisque cette différence de consommations peut également être expliquée par un mécanisme d'auto-sélection (voir question 1). On ne peut savoir si la différence observée est le résultat d'un phénomène d'aléa moral (*ex post*) ou de sélection adverse.

4. Le premier argument est celui en lien avec la sélection adverse. L'obligation d'assurance permet en effet d'éviter que des personnes renoncent à s'assurer parce qu'elles jugent que le prix de la couverture santé est trop élevé au regard de leur risque. On peut opposer à cet argument que l'obligation d'assurance pénalise les personnes qui préfèrent s'assurer moins non pas parce qu'elles sont moins à risque mais parce qu'elles ont des préférences pour les soins différents. On peut ainsi préférer une prime d'assurance moins élevée et renoncer à être couvert pour certains soins prothétiques. En d'autres termes, l'obligation d'assurance ne permet pas à la diversité des préférences de s'exprimer.

5. On remarque que pour les dépenses totales la différence est plus forte pour les bénéficiaires de la CMU-C (21%) que pour les autres personnes couvertes (13%). Une explication possible viendrait du fait que les bénéficiaires de la CMU-C sont en moins bonne santé et que ces différences d'état de santé sont imparfaitement capturées par les variables de contrôle (le « toutes choses égales par ailleurs » serait pas complètement vérifiées). On note par ailleurs des différences dans l'autre sens pour l'optique et le dentaire cela vient du fait que la CMU-C couvre moins bien ces soins qu'une partie des complémentaires santé.

Références

Arrow, K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics for medical care, *American Economic Review*, 53, 921-969.

Katherine Baicker, Sendhil Mullainathan, Joshua Schwartzstein (2015). Behavioral Hazard in Health Insurance, *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 130, Issue 4, November 2015, Pages 1623–1667.

Couffinhall Agnès (2000). De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective, *Économie & prévision*, n°142, 2000.

Amy Finkelstein & Neale Mahoney & Matthew J. Notowidigdo, 2017. "What Does (Formal) Health Insurance Do, and For Whom?," NBER Working Papers 23718, National Bureau of Economic Research, Inc.

Fouquet M, Pollak C (2022), L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu, *Études et Résultats*, février 2022, n° 1220.

Grignon, M., Hurley J., Feeny D., Guindon E., Hackett C. (2018), Moral Hazard in Health Insurance, *Œconomia: History, Methodology, Philosophy*, Vol 8-3, september.

Michael Rothschild & Joseph Stiglitz, (1976). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information," *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 90(4), pages 629-649.

Nyman JA. (2004), Is 'moral hazard' inefficient? The policy implications of a new theory. *Health Aff (Millwood)*. 2004 Sep-Oct;23(5):194-9.

Raynaud D. (2005). « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'Assurance maladie complémentaire ». DREES, *Études et Résultats* n° 378, DREES, février.

Adam Wagstaff, Eddy van Doorslaer (200). Equity in health care finance and delivery, *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Volume 1, Part B, 2000, Pages 1803-1862,

Comment citer ce cours ?

Economie de la Santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunega.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.

Tableaux

Tableau 1 : Différences de dépenses de soins entre personnes couvertes par une complémentaire santé et personnes non couvertes (Raynaud 2005) 2