

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.

Table des matières

Préambule	2
Aversion au risque et demande d'assurance	2
Les objectifs éthiques du financement des soins	3
La sélections des risques sur le marché de l'assurance	5
La question de l'aléa moral	7
Le coût de l'aléa moral	9
Le coût de l'aléa moral en question	12
Effet revenu et coût de l'aléa moral	12
La rationalité en question	13
La question distributive	14
Références	15

Préambule

Objectifs d'apprentissage : comprendre les mécanismes de l'antisélection et de l'aléa moral ainsi que les principaux enjeux de la régulation du marché de l'assurance santé.

Aversion au risque et demande d'assurance

L'évolution de l'état de santé d'un individu et de ses besoins de soins est **incertain**. Chacun est confronté au risque de voir son état de santé se dégrader et de devoir recourir à des soins pour recouvrer un meilleur état de santé. Le risque est un **risque financier**, celui de payer les soins nécessaires, mais aussi possiblement un **risque sanitaire** si le coût élevé des soins, trop important au regard du revenu de l'individu, le contraint à ne pas y recourir.

Face à des risques importants les individus souhaitent se protéger du risque financier (et potentiellement du risque sanitaire associé à sa capacité à faire face au coût des soins). Ils manifestent ce que les économistes appellent de **l'aversion au risque** : ils préfèrent ainsi payer immédiatement une prime pour éviter un risque futur (où pour en réduire l'effet) quitte à augmenter la perte moyenne. Ainsi un individu « averse » au risque est prêt à payer une prime supérieure à 10 euros pour être pleinement assuré alors qu'il est confronté au risque de 1/100 de perdre 1000 euros (soit une perte espérée de 10 euros). Il exprime ainsi une **demande d'assurance**.

L'activité d'assurance consiste à éliminer le risque en le mutualisant. Dès lors qu'un grand nombre d'individus, N , est confronté au risque précédent (1/100 de perdre 1000 euros) la perte moyenne sur l'ensemble des individus est connue avec grande précision (loi des grands nombres) : $N \left(\frac{1000}{100} \right) = N10$ euros. Ainsi, si un assureur demande une prime de 10 euros à chaque individu il collectera la somme nécessaire pour faire face aux dépenses du « pool » d'assurés. Il demandera en réalité une prime supérieure à 10 euros pour faire face au coût de gestion du risque (pour simplement payer les salariés de la firme) et éventuellement à la rémunération des actionnaires.

Le point important que nous retiendrons est que maintenir les individus faces à un risque génère une perte de bien-être individuel.

Apparus au XIXème siècle en Europe les sociétés de secours mutuels se sont développées pour couvrir les risques sociaux émergents liés au risque de ne plus être en capacité de travailler (vieillesse, accidents du travail, invalidité ...) puis progressivement pour couvrir le risque santé au XXème siècle. Plus généralement le marché de l'assurance du risque individuel a connu un essor considérable au siècle dernier couvrant aujourd'hui une très grande variété de risques (habitation, voiture, crédit, ...) allant bien au-delà des risques sociaux.

L'assurance santé telle qu'elle s'est organisée après la 2^{ème} guerre mondiale fait l'objet d'une régulation très forte dans la plupart des pays à revenus élevés s'éloignant de l'organisation marchande qui s'est généralisée pour l'assurance des risques individuels. La très forte régulation de l'assurance maladie tient au fait que le risque santé est considéré comme un risque particulier qui justifie le respect de principes éthiques qui ne s'imposent pas pour les autres types de risques individuels.

Les objectifs éthiques du financement des soins

L'organisation de la couverture du risque financier lié au risque santé est placée, dans la plupart des pays, sous l'égide explicite ou implicite de critères éthiques qui viennent se superposer au critère d'efficacité. Wagstaff et al (2000) énoncent deux grands types de principe d'équité propres à l'accès et au financement des soins.

Le principe d'équité horizontale dans l'accès aux soins¹ : même accès aux soins pour un même besoin (indépendamment du revenu, du statut d'activité, du lieu d'habitation ...)

La réalisation de ce principe suppose que tous les individus soient suffisamment bien couverts par une assurance santé pour ne pas être contraints financièrement dans l'accès aux soins. En d'autres termes, le revenu ne doit pas être un obstacle à l'accès aux soins. La réalisation concrète de ce principe peut varier très significativement d'un pays à l'autre en fonction de l'interprétation qui lui est donnée. La déclinaison de ce principe va tout d'abord dépendre du panier de soins pour lequel il est défini ; jusqu'où souhaite-t-on que ce principe s'applique ? Dans le cas de la France on pourrait dire que le panier de soins couvert à 100% par les bénéficiaires de la CSS rend compte du panier qui devrait être ciblé par ce principe. Soit un large panier de soins. D'autres pays ciblent, implicitement ou explicitement, des paniers de soins sensiblement plus réduits pouvant par exemple exclure les soins dentaires (hors soins préventifs et d'urgence) comme le Canada. Le principe d'équité horizontale se décline également en fonction des modalités d'accès aux soins. Dans le cas de l'Allemagne, par exemple, le lieu de soins ou les délais d'attente peuvent dépendre du régime de couverture (assurance publique ou assurance

¹ Il est aussi faire référence au critère d'équité verticale dans l'accès aux soins qui signifie que l'accès aux soins doit être gradué en fonction de la sévérité de l'état de santé (des soins plus intenses pour des pathologies plus sévères).

privée). L'égalité d'accès aux soins est bien visée mais pas nécessairement dans les mêmes conditions.

Il faut plus largement garder à l'esprit que l'équité horizontale dans l'accès aux soins peut entrer en concurrence avec d'autres objectifs, des objectifs d'efficacité du système de soins, nous y reviendrons, mais également des objectifs de libre concurrence et de respect des choix individuels (certains individus préférant une couverture plus large que d'autres). Ce principe ne peut ainsi guider à lui seul l'organisation d'un système de santé. Il s'entend pour un panier de soins délimité et ne signifie pas nécessairement que les modalités d'accès aux soins (lieux de soins et délais d'attente) soient identiques pour tous. Ce périmètre peut sensiblement différer d'un pays à l'autre, y compris au sein de l'Union Européenne.

Pour tendre vers la réalisation de critère d'équité horizontale dans l'accès aux soins la plupart des pays à revenus élevés ont mis en place une organisation du financement des soins qui visent à éviter que les ménages les plus pauvres soient dans l'incapacité de faire face aux coûts des soins. Cette organisation peut être fondée sur une assurance public universelle parfois complétée par un dispositif spécifique pour les plus pauvres comme avec la CSS en France (Complémentaire Santé Solidaire) pour couvrir les reste-à-charge du système d'assurance public. D'autres pays, dépourvus de système universel d'assurance, peuvent mettre en place des programmes de couverture pour les plus pauvres comme « Medicaid » aux Etats-Unis.

La couverture maladie n'est ainsi pas considérée comme un bien comme un autre dont l'accès peut varier en fonction des capacités à payer des individus. Le financement est organisé de telle sorte que le coût ne soit pas un obstacle à l'accès aux soins (ou pour un panier de soins jugés essentiels et dont le périmètre comme nous l'avons dit peut varier sensiblement d'un pays à l'autre).

Le deuxième type de principe évoqué par von Wagstaff et al (2000) est relatif au financement des soins.

Le principe d'équité dans le financement des soins : la contribution financière d'un individu pour le système de soins est proportionnée à sa capacité contributive et uniquement à sa capacité contributive.

Ce principe, inspiré des critères mobilisé en théorie fiscale dit deux choses. Premièrement que les contributions financières d'individus ayant le même revenu doivent être identiques et ne pas dépendre, notamment, de leur état de santé ou de leur risque santé. On parle d'équité **horizontale** dans le financement des soins. Deuxièmement il précise que les contributions financières doivent tenir compte des capacités contributives des individus et ainsi être d'autant

plus importantes que le revenu est élevé (il faut ici prendre le terme « proportionnée » au sens courant du terme et non au sens arithmétique d'une stricte proportion), on parle ici d'équité **verticale** dans le financement des soins.

Le critère d'équité dans le financement se trouve être en concurrence avec des objectifs d'efficacité du système de soins. C'est ainsi que dans la quasi-totalité des systèmes de soins les patients font faces à des reste-à-charge (RAC) qui ont pour but de maîtriser le niveau des dépenses des soins. Nous revenons sur ce point plus bas. Or, l'existence de RAC est en soi une entorse au critère d'équité dans le financement puisque cela se traduit par le fait que, pour un même niveau de revenu, les patients contribuent plus au système de soins que les personnes en bonne santé. Les RAC sont également une entorse à l'efficacité du système de soins puisqu'ils signifient que le risque financier lié aux soins n'est pas pleinement couvert (ce qui réduit le bien-être individuel sous l'hypothèse que les individus sont averses au risque).

Mais au-delà des RAC se pose la question du financement des soins via les contributions au système d'assurance universel ou encore via les primes d'assurance alimentant les assurances couvrant tout ou partie des dépenses de soins de leurs clients. Des primes d'assurance qui ne dépendent pas du revenu contreviennent au principe d'équité dans le financement puisqu'elles sont ainsi différenciées et donc non proportionnées à la capacité contributive des individus.

La difficulté d'organiser le financement des soins autour d'un marché de l'assurance qui satisfasse le critère d'équité dans le financement tient aux mécanismes de sélection à l'œuvre sur un marché de l'assurance qui conduisent à faire payer plus les malades ou les personnes à risque. C'est ce point que nous développons dans la section suivante.

La sélection des risques sur le marché de l'assurance

Le métier des assureurs est avant toute chose d'identifier les risques de leurs clients pour leur proposer des primes qui correspondent à leur niveau de risque. Si l'on prend par exemple le marché de l'assurance automobile, les jeunes conducteurs masculins vont payer des primes d'assurance très significativement plus élevées que les conductrices de 50 ans. Cela tient au fait que le risque d'accident est beaucoup plus élevé parmi la population des jeunes conducteurs masculins. Si une assurance fait payer une prime qui correspond au risque moyen de la population totale elle va attirer les individus les plus risqués et finalement perdre de l'argent. Les individus les moins risqués vont en effet choisir les contrats d'assurance leur offrant une prime

correspondant à leur risque (plus faible que le risque moyen) que ne manqueront pas de leur proposer les assureurs concurrents.

Les mécanismes concurrentiels sur les marchés de l'assurance conduisent donc mécaniquement à la segmentation des risques dès lors que les risques sont observables². Les assureurs vont pratiquer ce que l'on appelle une **sélection des risques**. Ils vont pratiquer des primes d'assurance fonctions des risques individuels voire ne pas assurer certaines personnes dont le risque est trop élevé (ou proposer des primes trop importantes pour qu'elles soient en capacité de s'assurer).

Ces mécanismes marchands de sélection sur les marchés de l'assurance nous éloignent du principe d'équité dans le financement puisqu'ils conduisent à des primes fonctions du risque et non des capacités à payer. Ils nous éloignent également du principe de d'équité dans l'accès aux soins puisqu'ils peuvent conduire des personnes présentant des risques élevés à ne pas être assurées en raison du coût de l'assurance.

Interdire la sélection des risques sur des critères médicaux peut sembler une solution assez simple pour éviter ces mécanismes de sélection. Ceci ne suffit pas pourtant à éviter une segmentation des risques sur le marché de l'assurance (c'est-à-dire à une situation conduisant à des contrats avec des primes dépendants des risques des assurés). Pour le comprendre considérons une population composée d'individus avec des risques de santé élevés (les « hauts risques ») et des individus avec des risques faibles (les « bas risques »). Imaginons maintenant qu'un assureur propose un contrat d'assurance couvrant parfaitement le risque santé (couvrant l'ensemble des consommations des soins) avec une prime fixée en fonction du risque moyen de la population. Cet assureur se trouverait rapidement en faillite même si la législation interdit toute sélection sur le risque. En effet, il suffirait à un assureur concurrent de proposer un contrat d'assurance avec une prime plus faible mais moins couvrant (avec un copaiement et/ou un panier des soins couvert plus restreint) pour attirer uniquement les individus avec un risque faible. Les personnes avec un risque santé élevé (avec une très forte probabilité de recourir aux soins) préféreront une assurance couvrante quitte à payer une prime plus élevée et conserveront donc l'assurance avec une prime fixée en fonction du risque moyen de la population totale provoquant ainsi la faillite de l'assureur s'il ne fixe pas la prime au niveau du haut risque. Ce mécanisme concurrentiel ne demande aucune sélection par les assureurs, les assurés **s'auto-sélectionnent**, les personnes

² Pas nécessairement observable au niveau individuel mais au niveau d'une sous-population (les jeunes conducteurs hommes par exemple).

avec des risques faibles vont choisir les contrats peu couvrants avec une prime faible et les risques élevés un contrat couvrant avec un prime plus élevée³.

Ce mécanisme concurrentiel interdit au final la mutualisation des risques (entre bas risques et hauts risques) puisqu'un assureur proposant un contrat couvrant avec une prime fixée au risque moyen fera faillite en n'attirant que les hauts risques. Ces derniers devront acquitter une prime à hauteur de leur propre niveau de risque s'ils veulent être pleinement assurés. Le résultat de ce mécanisme concurrentiel est appelé **antisélection** (seules les personnes avec un risque élevé s'assurent complètement, dès lors qu'ils en ont les moyens).

Ainsi, un marché de l'assurance santé avec libre concurrence ne peut pas conduire à une situation avec mutualisation des risques (entre hauts et bas risques) même avec une législation interdisant la sélection des risques par les assureurs (en interdisant notamment le passage d'un questionnaire santé). Les principes d'équité dans l'accès aux soins et dans le financement des soins ne peuvent être satisfaits. C'est pour cette raison que les marchés de l'assurance sont en règle générale très étroitement régulés (voir chapitre ???).

La régulation du marché de l'assurance se heurte à une autre difficulté qui est celle de la conciliation entre ces principes d'équité et la recherche d'efficacité en lien avec la régulation du coût de l'aléa moral.

La question de l'aléa moral

Si la plupart des individus sont « averses au risque » ils préféreront ne pas être confrontés au risque de devoir payer leurs soins, en particulier si la somme est importante ou très importante bien sûr. Un système de santé efficace se doit donc de couvrir ce risque en assurant pleinement l'ensemble des individus. Cet objectif de pleine assurance a l'avantage de satisfaire un autre objectif des systèmes de santé qui est celui d'assurer l'accès financier aux soins. Nous l'avons vu. La couverture santé a ainsi la double fonction de couvrir le risque financier lié aux soins et de garantir l'accès financier aux soins, des plus pauvres en particulier. L'assurance contribue ainsi à l'équité horizontale dans l'accès aux soins.

Garantir la couverture financière des consommations de soins semble donc devoir être un objectif premier des systèmes de santé. La pleine assurance a pourtant un coût, celui de l'aléa

³ Voir l'article séminal de Rothchild et Striglitz (1978) pour une présentation formelle du raisonnement ou encore Couffinhal (2000) pour une discussion plus large des mécanismes de l'antisélection.

moral, relatif aux comportements des personnes assurés, et que l'on peut observer sur tous les marchés de l'assurance quelle que soit la nature du risque considéré.

On distingue deux types d'aléa-moral :

1. **L'aléa moral ex ante** concerne les comportements, avant réalisation du risque, c'est-à-dire les comportements qui influencent le niveau du risque. Si je pratique une activité dangereuse pour ma santé j'augmente mon risque d'avoir un accident et d'avoir besoin de soins. On parle d'aléa moral ex ante quand le fait d'être couvert par une assurance augmente la prise de risque du fait que l'assurance réduit le coût pour l'assuré en cas de réalisation du risque (les soins sont remboursés). Ce type de comportement induit des pertes d'efficacité du marché de l'assurance se traduisant par une sinistralité plus importante et finalement une perte d'utilité pour l'ensemble des assurés. Cette perte d'efficacité est liée au fait que les individus n'intègrent pas le coût pour la société, c'est-à-dire pour l'ensemble des assurés, de leurs comportements risqués.

2. **L'aléa moral ex post** concerne quant à lui les comportements de consommations de soins après réalisation du risque, c'est-à-dire une fois le choc de santé avéré. On parle d'aléa-moral ex post quand le fait d'être couvert par une assurance maladie, et donc d'être face à un prix réduit (voire nul) des soins, augmente la consommation de soins. Cette augmentation de la consommation provoque une perte d'efficacité c'est-à-dire un coût pour la société. Cette perte sociale s'explique, comme nous l'avons analysé dans le chapitre sur la demande de soins, par le fait que la disposition à payer des individus est inférieure au coût des soins consommés (voir plus bas pour une discussion formelle).

On considère que l'aléa-moral ex ante est une difficulté secondaire pour l'assurance santé en raison du fait que les comportements risqués ont une répercussion sur la santé des individus, on parle de coûts intangibles. L'anticipation de ces coûts intangibles constitue le premier frein aux comportements risqués. Dit autrement, le coût des soins n'influencerait que marginalement les comportements risqués pour la santé. Ceci ne veut pas dire pour autant que l'assurance santé n'a aucune influence sur les comportements risqués pour la santé

La question de l'aléa moral ex post et des coûts générés pour le système de santé est en revanche considérée comme une question importante pour le système de santé. Elle est débattue depuis longtemps par les économistes de la santé.

Le coût de l'aléa moral

Nous avons dans le chapitre sur la demande de soins déjà illustré graphiquement le coût de la gratuité des soins (permise par une couverture assurantielle totale). Ce coût apparaît comme la différence entre le coût des soins et la disposition à payer les soins.

Nous proposons dans cette section une autre illustration du coût de l'aléa moral engendrer par la couverture assurantielle. Elle est inspiré de Baicker et al (2015) et va nous permettre de distinguer de mieux comprendre la réalité de l'aléa moral mais aussi d'en relativiser les coûts pour le système de santé.

Considérons ainsi un individu dont les préférences peuvent être représentées par une fonction d'utilité (U) dépendant de son revenu disponible (R) et de son état de santé (h)⁴ : $U = U(R, h)$. On suppose que l'utilité est croissante du revenu et de l'état de santé.

Nous faisons l'hypothèse que l'état de santé initial de cet individu est $h = 0$ et qu'il peut bénéficier d'un traitement qu'il lui permettrait d'atteindre l'état de santé $h = H (> 0)$.

Il est alors possible de définir la disposition à payer le traitement⁵ (b) par l'identité suivante :

$$U(Y - b, H) = U(Y, 0)$$

b définit ainsi la somme maximum qu'il est prêt à payer pour bénéficier du traitement et voir son état de santé s'améliorer de $h = 0$ à $h = H$.

Supposons maintenant que le coût du traitement s'élève à c et que l'individu considéré est couvert par une assurance maladie qui lui laisse à sa charge un montant (copaiement) p à payer pour accéder au traitement (avec $p < c$ naturellement). L'assurance rembourse ainsi $(c - p)$ à l'individu qui recourt au traitement.

Il y a alors deux possibilités (voir figure 1) : soit (i) $b < p$ et dans ce cas l'individu ne recourt pas au traitement (sa disposition à payer est inférieure au copaiement, à ce qu'il doit payer), soit (ii) $b \geq p$ et dans ce cas il aura recours au traitement.

Dans ce dernier cas où l'individu recourt au traitement ($b \geq p$) il y a à nouveau deux cas : (i) $b < c$, la disposition à payer est inférieure au coût et (ii) $b \geq c$, la disposition à payer est supérieure au coût.

⁴ Nous faisons l'hypothèse que nous pouvons rendre compte de l'état de santé par un nombre, plus il est élevé meilleur est l'état de santé.

⁵ Nous utiliserons également l'expression « consentement à payer » pour désigner b . Les deux expressions signifient ainsi pour nous la même chose.

Dans ce premier cas ($b < c$), l'assurance santé (qui réduit le coût de c à p) occasionne une perte sociale. Pour le comprendre il suffit d'imaginer que l'assurance transfère le montant c à l'individu plutôt que de couvrir le montant $(c - p)$. Il s'agit bien sûr d'un exercice de pensée mais utile pour comprendre la nature de la perte sociale. Une fois reçu le montant c l'individu ne recourra pas au traitement (puisque $b < c$) et son utilité sera plus élevée puisqu'il reçoit c alors qu'il valorisait le traitement à b . D'un autre côté le coût pour l'assurance santé est inchangé (au lieu de couvrir le coût du traitement l'assurance transfère l'équivalent à l'individu), il n'y a donc pas de répercussion pour les autres clients de l'assurance. Il est donc possible d'améliorer l'utilité d'un individu sans détériorer celles des autres. C'est en ce sens que la situation est jugée inefficace par les économistes qui juge dans ce cas que l'assurance génère une perte sociale.

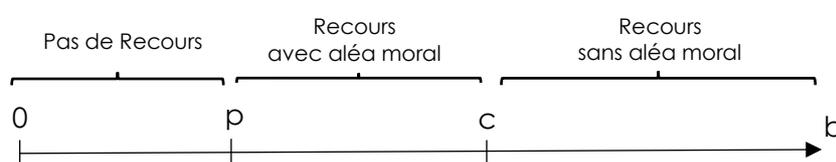


Figure 1 : disposition à payer et aléa moral

Dès lors que la demande de soins est élastique au prix, c'est-à-dire dès qu'une baisse du prix des soins (permise par l'assurance santé) modifie le recours aux soins, l'assurance génère de l'aléa moral et une perte sociale. Ainsi si $p < b < c$, l'individu couvert va recourir aux soins, ce qu'il ne ferait pas s'il devait payer le coût c , ce qui rend bien compte d'une élasticité prix (négative) de la demande de soins. La perte sociale peut s'évaluer monétairement par la différence entre le coût et la disposition à payer : $c - b$. Au niveau de la population couverte par l'assurance le coût de l'aléa moral va dépendre de l'élasticité de la demande populationnelle c'est-à-dire de la proportion d'individus dont la disposition à payer est supérieure au copaiement p mais inférieure au coût du traitement c , soit la population qui va décider de recourir au traitement dès lors qu'elle est assurée alors qu'elle y renoncerait si elle ne l'était pas⁶. A une forte élasticité populationnelle correspondra un coût élevé de l'aléa moral.

Pour faire face au coût de l'aléa moral l'assureur peut mettre en place deux types de stratégie :

1. La première consiste à jouer sur le niveau du copaiement, de p dans notre exemple. Plus l'assureur fixe un copaiement élevé moins le coût de l'aléa moral sera élevé puisque cela réduit le nombre de personnes qui recourront au traitement alors qu'ils y renonceraient si

⁶ Le coût de l'aléa moral dépendra également du niveau moyen des dispositions à payer de cette population (c'est-à-dire de la valeur moyenne de la différence $(c - b)$ entre le coût du traitement et la disposition à payer).

elles n'étaient pas assurées (voir figure 1). L'inconvénient de cette stratégie est bien sûr de réduire la couverture contre le risque financier lié aux soins ce qui génère une perte sociale en soi si l'on considère des individus averses au risque souhaitant se prémunir contre le risque de devoir payer leurs soins. D'autre part, les copaiements s'opposent au principe d'équité dans le financement des soins de deux façons : (i) en rendant la participation financière dépendant de l'état de santé (seuls les malades paient les copaiements) et (ii) en rendant la participation financière indépendante du revenu (le copaiement est le même que l'on soit pauvre ou riche). Enfin, les copaiements peuvent circonvier à l'équité horizontale dans l'accès aux soins dès lors qu'ils entraînent des renoncements (pour raison financière) aux soins, parmi les personnes les plus pauvres en particulier. Pour atténuer les désavantages des copaiements certains pays (Belgique, Allemagne, Pays-Bas ...) ont mis en place des boucliers sanitaires qui consistent à plafonner annuellement les copaiements (les assurés sont remboursés à 100% dès lors que leurs copaiements sur l'année atteint un certain plafond) avec des plafonds qui peuvent varier en fonction du revenu des assurés. Une autre solution est de permettre de réassurer les copaiements comme en France mais bien sûr cela fait perdre tout intérêt aux copaiements dans la régulation de l'aléa moral. On entre alors dans une logique de cofinancement (assurance public – assurances privées) qui n'a plus rien à voir avec la gestion de l'aléa moral (voir chapitre ???).

2. La stratégie alternative est de fonder la régulation de la demande sur les offreurs de soins en charge des prescriptions et des adressages dans le système de santé. Comme on l'a vu dans le chapitre ??? cependant, les motivations intrinsèques des médecins les conduisent naturellement à satisfaire les préférences des patients. La régulation par les professionnels de santé n'est donc pas chose aisée, les comportements de demande induite peuvent même accentuer le coût de l'aléa moral généré par la demande (voir chapitre ???). Le financeur peut mettre en place un encadrement des pratiques (à tel diagnostic doit correspondre telle stratégie médicale) afin d'harmoniser les prises en charge mais ce type de régulation se heurte au fait que seul le professionnel est en mesure d'apprécier le besoin du patient. L'encadrement des pratiques reste délicat et souvent cantonné, dans le cas français en particulier, à ce qu'il est communément appelé la gestion des risques qui consiste à sanctionner les comportements de prescription manifestement abusifs. L'autre solution pour le financeur est de jouer sur les modes de rémunération des professionnels et services de santé. Cette question est largement discutée dans le chapitre ???. Les mécanismes de régulation reposent sur l'idée de décorrélérer la rémunération des professionnels des actes prodigués pour réduire l'incitation financières à répondre systématiquement à la demande (voire à l'induire) et, dans un certain cas, à inciter financièrement les équipes des soins à une gestion parcimonieuse des ressources (voir chapitre ???). Le régulateur peut également chercher à actionner l'intérêt des médecins à une bonne gestion du système de soins (autre dimension des motivations intrinsèques en lien avec le système de santé dans son ensemble) en l'associant étroitement, par exemple, à l'administration du système de santé. On discute dans le chapitre ??? de la difficulté pour le régulateur d'actionner les leviers des motivations extrinsèques (via des incitatifs financiers ou matériel) sans réduire l'efficacité première des motivations intrinsèques.

Pour autant l'application de la notion d'aléa moral *ex post* en santé et de la réalité de son coût font l'objet de discussion importante dans la littérature. Il est utile d'en faire mention.

Le coût de l'aléa moral en question

La notion d'aléa moral et la façon d'en mesurer le coût ont beaucoup été discutées depuis l'article séminal d'Arrow (1963). On peut contester, d'une part, sa pertinence en interrogeant la rationalité des usagers du système de soins, et, d'autre part, la façon de mesurer son coût.

Effet revenu et coût de l'aléa moral

Nyman (2004) a mis en évidence que le coût de l'aléa moral calculé à partir de l'élasticité de la demande était surestimé dès lors que l'on ne prenait pas en compte **l'effet revenu** induit par la couverture financière des soins.⁷ L'effet de la baisse de prix induit par la couverture assurantielle sur la demande de soins peut être en effet compris comme la somme de deux effets : un effet prix et un effet revenu. L'effet revenu rend compte de l'effet de la hausse du pouvoir d'achat, permise par la baisse des prix, alors que l'effet prix renvoie à la baisse relative du prix des soins par rapport aux autres biens.

L'exemple formel que nous avons développé dans la section précédente va nous permettre de mieux comprendre ce point. Nous avons défini la disposition à payer b par l'identité suivante :

$$U(Y - b, H) = U(Y, 0) \quad (1)$$

Cette identité prend pour référence l'utilité sans recours au traitement, $U(Y, 0)$, qui est l'utilité sans assurance pour un individu qui ne recourrait pas au traitement au prix c (on se situe donc dans le cas $p < b < c$). En d'autres termes, la disposition à payer ainsi définie ne tient pas compte du transfert de revenu réalisé par l'assurance. On pourrait différemment définir la disposition à payer en prenant comme référence l'utilité de l'individu une fois transféré le montant du coût du traitement remboursé ($c - p$) c'est-à-dire en tenant compte de l'effet revenu généré par l'assurance. L'assurance agit en effet comme si elle transférait du revenu vers le patient qui ne doit payer qu'une partie du coût du traitement. Dans ce cas la disposition à payer avec effet revenu, b_R , se définit par l'identité suivante :

$$U(Y + (c - p) - b_R, H) = U(Y + (c - p), 0)$$

Il est alors possible que b_R soit supérieur à c (alors même que $b < c$) c'est-à-dire que le consentement à payer tenant compte de l'effet revenu soit supérieur au coût du traitement.

⁷ Voir également Grignon et al (2018) pour une discussion élargie.

Cela est d'autant plus plausible que le transfert de revenu opéré par la couverture assurantielle est élevé c'est-à-dire que le coût du traitement est important et le copaiement faible.

Dans ce cas on ne peut plus parler d'aléa moral, ni donc de coût de l'aléa moral, l'assurance opère comme un moyen de transférer du revenu au patient pour lui permettre d'accéder aux soins. Compte tenu de ce transfert sa disposition à payer est supérieure au coût du traitement.

Ce point est évidemment déterminant quand le coût du traitement est très élevé, financièrement inaccessible pour la plupart des individus. L'assurance a alors pour rôle de rendre accessible le traitement. Le consentement à payer b défini par la relation (1) n'est plus alors pertinent pour juger de l'efficacité de l'assurance ou plutôt de l'inefficacité de l'assurance. Ce n'est une mesure acceptable du consentement à payer que pour des traitements aux coûts peu élevés pour lesquels b et b_R sont peu différentes.

Ceci ne veut pas pour autant dire que tous les traitements qui ont des coûts élevés doivent être systématiquement assurés. Et cette question se pose même dans le cas où le consentement à payer tenant compte de l'effet revenu est supérieur au coût du traitement. Il faudrait pour en juger se placer *ex ante* (avant réalisation du risque) et évaluer dans quelle mesure la hausse de la prime d'assurance qui permet de rendre le traitement accessible est compensée par les gains en santé ne permet pas le traitement. En d'autres termes, il ne faut pas uniquement considérer la disposition à payer du patient mais celle de l'assuré qui prendrait une décision de s'assurer au regard du niveau de la prime d'assurance et de la probabilité d'être malade (sans savoir donc s'il sera malade et demandeur du traitement). Nous discutons ce point dans le chapitre **???**.

La rationalité en question

Nous venons de discuter de la question de la caractérisation de l'aléa moral au regard du consentement à payer du patient mais il est une critique plus radicale de l'usage de cette notion dans le contexte de l'assurance santé qui est celle de la rationalité des comportements en matière de recours aux soins.

Le raisonnement que nous avons conduit précédemment suppose que la disposition à payer des individus rend bien compte de leurs intérêts bien compris. Dès lors que l'on considère que l'évaluation b (ou b_R) de la disposition à payer exprimée par un patient pour un traitement est bruitée par une information imparfaite, des biais cognitifs ou plus largement une rationalité limitée elle n'informe plus de la valeur que devrait donner un individu parfaitement rationnel et parfaitement informé.

Baicker et al (2015) montrent, par des arguments formels, que le coût de l'aléa moral généré par une assurance santé est fortement réduit dès lors que l'on prend en compte la rationalité limitée des individus qui bruite l'expression de leurs consentements à payer.

Le coût de l'aléa moral repose sur une évaluation subjective du bénéficiaire du traitement. Si cette évaluation est jugée biaisée elle perd de son attrait. C'est pour cette raison que l'évaluation économique des stratégies de soins utilisée par les agences nationales de santé repose sur des mesures objectives des bénéfices en santé (voir chapitre ???). Il n'en demeure pas moins que la valeur donnée aux bénéfices sanitaires d'un traitement, et donc la question de proposer ou non une couverture assurantielle du coût du traitement, demeure ouverte. Il est alors difficile de ne pas en référer aux préférences des individus pour fixer cette valeur, en tous les cas pour un économiste !

La question distributive

Un dernier point mérite d'être discuté, c'est celui relatif au caractère redistributif de l'assurance santé en particulier quand l'assurance est financée par des contributions publiques proportionnelles aux revenus des assurés. La couverture assurantielle conduit à transférer des richesses vers les patients et ce transfert à un poids relatif plus important pour les ménages les plus modestes. L'assurance génère ainsi une forme de redistribution verticale (des riches vers les pauvres) au bénéfice des plus modestes (Fouquet et al 2022).

On peut considérer que le coût de l'aléa moral est compensé par les gains distributifs permis par l'assurance santé. L'économiste dira pourtant qu'il est plus efficace de redistribuer directement le revenu que de passer par la distribution d'un bien, ici les soins (voir une discussion approfondie dans Finkelstein et al 2017). On peut alors objecter à l'économiste que la redistribution opérée par une assurance santé (financée par des contributions proportionnelles aux revenus) est jugée plus légitime par la population qu'une redistribution des revenus, ou en tous les cas légitime en soi, en dépit des coûts (de l'aléa moral notamment) qu'elle génère. La réalisation des critères d'équité dans l'accès aux soins et dans le financement des soins peut justifier le coût de l'aléa moral généré par une assurance santé autorisant un accès égal aux soins.

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.

Figures

Figure 1 : disposition à payer et aléa moral 10