



المدرسة الوطنية للمناجمت وادارة الصحة
Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

CONFERENCES/ATELIERS

« Économie de la santé »

ENMAS, Alger, le 06/04/2021



المدرسة الوطنية للمناجمت وادارة الصحة
Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

CONFÉRENCE 2

L'assurance-maladie dans le monde

Dr MESSAILI Moussa

Dr CHALANE Smail

Maîtres de conférences,

Université de Béjaïa

moussa.moyse@gmail.com

chalanesmail@gmail.com



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- ✓ **Justifications théoriques de l'assurance-maladie (AM)**
- ✓ **Diversités des modèles d'organisation de l'AM dans le monde**
- ✓ **Avantages et limites de chaque modèle**

PLAN/CONTENU

- ✓ **Justifications théoriques de l'AM**
- ✓ **Typologie de l'AM dans le monde**
 - ✓ **L'AM Privée**
 - ✓ Principes
 - ✓ Limites
 - ✓ Les défaillances du marché de l'AM
 - ✓ Exemples de cohabitation d'un régime public et d'une AM privée
 - ✓ **L'AM Professionnelle**
 - ✓ **L'AM Publique**
- ✓ **Avantages et limites des assurances privées et publiques**

L'assurance garantit, moyennant le versement d'une prime dépendant du risque, un paiement en cas de réalisation du risque convenu.

L'assurance **mutualise** (met en commun) le risque.

L'assurance sera d'autant plus justifiée que la **population assurée est nombreuse**, que le **risque est faible** et ses **conséquences individuelles lourdes**.

En principe, chacun cotise selon sa volonté de payer et sera remboursé selon le contrat souscrit.

1) Justification de l'assurance maladie

L'assurance maladie, privée ou publique, est justifiée par 4 particularités du **risque "maladie"** :

- 1/ **La double incertitude** : de l'**occurrence de la maladie** (on ne sait pas quant on va tomber malade) et de **sa gravité**. Cette situation induit une incertitude radicale (on ne sait pas de quoi l'avenir sera fait) concernant le **coût des soins** et les **pertes potentielles de revenus professionnels** (dues à la maladie).
- 2/ **Par la concentration des dépenses** : Ce qui ouvre une possibilité de **mutualisation des risques** : beaucoup (de bien-portants) cotiseront pour financer peu de malades.

3/ Par l'**aversion pour le risque de la population** :

Presque personne ne choisirait d'être son propre assureur et d'assumer le risque.

4/ Par le **désir de solidarité et d'égalité d'accès** de

la collectivité à l'égard des plus pauvres.

2) Typologie de l'AM dans le monde

On peut distinguer **3 grands modèles d'organisation** du système de protection maladie :

- 1. L'AM privée**
- 2. L'AM professionnelle**
- 3. L'AM publique**

2.1. L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

2.1.1. PRINCIPES DE L'ASSURANCE-MALADIE

- L'assurance privée répond au besoin d'assurance **en mutualisant des risques aléatoires et trop importants** pour qu'un seul individu puisse les **supporter**, mais assez **prévisibles et maîtrisables** s'ils sont **supportés par un groupe**.
- Elle est généralement fondée sur :
 - **la souscription volontaire** : la personne a généralement le **choix de prescrire ou non une couverture (libre souscription)** ;
 - et **le marché** : plusieurs compagnies sont mises en **concurrence** en proposant des **couvertures (produits assurantiels) différenciés** en fonction du profil (besoins) de leur clientèle potentielle.

L'assurance privée prend en charge les conséquences du risque moyennant une **prime « actuarielle » Pr (1)**

Pr est égale au produit de la probabilité de réalisation du risque p par l'espérance mathématique de la dépense annuelle $E(D)$ (2), pondérée par l'étendue de la garantie souscrite \dot{e} (3), augmentée de ses coûts de gestion c (4) et de son profit π

$$Pr = (p \times E(D) \cdot \dot{e}) + c + \pi$$

Notes :

(1) Une prime pondérée par le risque individuel de l'assuré, d'où une prime différenciée en fonction du risque associé à chaque assuré.

(2) $E(D)$ = Dépense annuelle moyenne par assuré

(3) ϵ = Panier de soins couvert

(4) c = Frais administratif de gestion du dossier.

(5) π = Marge commerciale de la compagnie d'assurance (qui est une organisation à but lucratif).

La prime varie donc en fonction du **risque** ; elle est différentiée selon la classe de risque de l'assuré.

S'il s'agit d'un **contrat individuel et annuel**, elle augmentera avec l'âge ; s'il s'agit d'un **contrat collectif**, elle sera liée à la structure démographique de la clientèle assurée.

S'il s'agit d'un **contrat à long terme**, la prime dépendra de l'âge à la souscription du **premier contrat** et comportera donc un élément de **garantie viagère** (la prime n'augmentera pas avec l'âge ou avec l'évolution de l'état de santé de l'assuré).

Exemples :

Aux États-Unis, le coût d'une assurance maladie privée individuelle **double entre 30 et 60 ans.**

Le coût d'une assurance d'entreprise augmente avec **l'âge moyen de son personnel.**

Remarque : Mutualiser le risque sera d'autant plus efficace que le nombre d'adhérents est élevé.

2.1.2. LES LIMITES DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

La théorie de l'assurance montre que **4 conditions** sont requises pour que l'assurance privée puisse répondre à un besoin d'assurance :

- 1) Le **risque** ne doit pas être une **certitude** (probabilité de réalisation du risque inférieure à 1) ;
- 2) Sa **loi de probabilité** doit être **connue** et **indépendante du comportement de l'assuré** ;
- 3) Le **coût**, en cas de réalisation du risque, doit pouvoir être **estimé** ;
- 4) Le demandeur doit disposer du pouvoir d'achat nécessaire pour **payer la prime**.

Cependant, tous les besoins de financement du risque maladie ne respectent pas ces conditions.

Exemples :

- Les **grands malades**, tels les insuffisants rénaux ou les porteurs d'une maladie congénitale, ne respectent pas la *première condition* : **leur maladie et la dépense nécessaire sont une certitude.**
- Les **personnes âgées** échappent à la *seconde condition* : **la dépense de ce groupe est une certitude à court terme et reste imprévisible à long terme** (à cause, notamment, de l'incertitude concernant le progrès technique).

Exemples (suite) :

- **L'accouchement** ne répond pas à la *deuxième condition* : **il résulte d'une décision (volontaire) de l'assurée.**
- De même, la question se pose pour le **cancer du poumon d'un grand fumeur.**

Exemples (suite) :

- Les **risques lourds de certaines activités professionnelles dans de petites entreprises** peuvent être coûteux au point de compromettre la rentabilité de ces entreprises.
- **Le risque de devenir un mauvais risque n'est pas assurable** : La prime est ainsi réévaluée périodiquement en fonction de l'âge et de l'évolution de l'état de santé de l'assurée.
- Enfin, les **pauvres** sont souvent incapables d'accéder à une **assurance maladie minimale**.

EN DÉFINITIVE :

L'assurance privée ne peut répondre aux besoins de financement du risque maladie pour les soins lourds et pour l'ensemble d'une population.

- Les États-Unis confirment cette analyse et situent l'importance des **risques de maladie « non assurables »**.
- Leur système d'assurance-maladie est, en effet, fondé sur l'**assurance privée volontaire** et le **marché**.
- Or, **seule la moitié des dépenses de santé sont assurables sur le marché**.
- En d'autres termes : **Seule la moitié des dépenses** peuvent être couvertes par des **compagnies privées**, à *but lucratif ou non lucratif*, dans des **contrats collectifs ou individuels**.

Exemple USA (suite) :

- Les besoins de base des personnes âgées, des grands malades et des indigents sont pris en charge par des **assurances maladie publiques**.

N.B. Dans tous les pays développés, le financement des dépenses de santé des personnes âgées et des plus pauvres relève de la ***décision politique***.

Exemple USA (suite) :

- En outre, l'État fédéral est obligée d'offrir des **déductions fiscales** pour inciter (aider ?) les **classes moyennes** à souscrire une assurance santé.
- Enfin, les **petites entreprises** offrent rarement des garanties correctes à leur personnel, surtout s'il s'agit d'une **profession à risque** comme celle de couvreur ou de livreur en scooter.

N.B. D'où des **disparités importantes** en matière de couverture maladie selon le **type d'emploi occupé** et le **secteur d'activité**.

D'autres aberrations du système d'AM américain :

- Avant la réforme Obama de l'assurance maladie, **50 millions d'américain** de moins de 65 ans (dont **20% d'enfants** de moins de 15 ans), soit **16% de la population**, n'avait aucune assurance santé.
- C'est pour l'essentiel des « **travailleurs pauvres** » qui ont renoncé à s'assurer ; leur revenu est juste assez élevé pour échapper au « **filet de sécurité** » public (MEDICAID)... mais **relativement insuffisant** pour payer la prime exigée par les compagnies d'assurance.
- Certains personnes sont refusés au motif qu'ils ont des « **enfants malades** ». Et de nombreux témoins font également part de **stratégies d'exclusion d'assurés**, au moindre problème, même bénin.
- **Beaucoup d'autres américains sont resté mal assurés** (avec juste une couverture basique).
- Rappelons que la couverture maladie dans le système américain n'est pas la même pour tous le monde : **au moins 50% des assurés américains** sont insuffisamment couverts.

2.1.3. LES DÉFAILLANCES DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE MALADIE

1° Les stratégies de sélection des risques

- L'observation empirique du marché de l'AM américain révèle que les compagnies d'assurance, pour améliorer leur marge bénéficiaire, n'hésitent pas à faire ce qu'on appelle un « **écrémage** » **de la clientèle** (sélection des risques) en rendant exorbitant le montant des primes pour certains risques (le but étant évidemment d'exclure les hauts risques), conduisant **une partie de la population à y renoncer** ou **une partie des risques à rester non-couverts**.
- Conséquence : cette **stratégie commerciale** des compagnies d'assurance **limite encore plus l'accès de la population à une couverture maladie**.

- **Aux États-Unis, les assureurs privés sélectionnent ainsi systématiquement leur clientèle, prenant en charge les risques assurables et faibles (population active, grandes entreprises, malades peu sévères) ... *a contrario* **des assurances publiques** (MEDICARE et MEDICAID), qui assure exclusivement la couverture des gros risques ou des risques non assurables (vieux, handicapés, familles isolées, pauvres).**
- En définitive, l'écrémage des risques par les compagnies d'assurance privées amplifie encore plus les effets d'exclusion de l'AM privée, ce qui conduit les caisses publiques à couvrir **de plus en plus de gros risques à un coût de plus en plus élevé.**

2° Le comportement de "passager clandestin"

- **L'assurance maladie volontaire** conduit à l'apparition de comportement de « **passagers clandestins** ».
- Ainsi, certaines personnes renoncent à s'assurer en comptant sur la collectivité, qui condamne la « *non-assistance à personne en danger* » et refuse le spectacle de la douleur non secourue, ou oblige les hôpitaux d'urgence à leur porter secours en cas d'accident grave.

- Ces « passagers clandestin » sont nombreux aux États-Unis, souvent **en bonne santé, jeunes et titulaires de hauts revenus**.
- S'ils sont trop nombreux, cela risque de **compromettre définitivement le principe de mutualisation** au cœur du mécanisme de l'assurance.
- Parce qu'il met à mal le **principe de mutualisation**, le **phénomène « passagers clandestin »** rend les compagnies d'assurance de moins en moins viables financièrement.
- Au final, la présence de « passagers clandestins » tend à **détériorer l'équilibre financier de l'assurance maladie** en la privant d'une part importante de ses cotisations.

- **En définitive** : le marché de l'assurance ne peut assurer, sans une stricte régulation, les revenus modestes, les très malades et les personnes âgées.
- **Sans régulation publique**, le niveau spontané d'assurance sera donc **sous-optimal**.
- Les **pouvoirs publics** peuvent ainsi limiter les *stratégies de sélection des risques* et les *comportements de « passager clandestin »* par :
 - **l'obligation faite à toute la population de s'assurer**
 - **en interdisant la discrimination des primes selon le risque ou l'âge**
 - **en interdisant aux compagnies le refus d'assurance**
 - **en accordant une déduction fiscale ou une subvention aux porteurs de gros risques**

2.1.5. QUELQUES EXEMPLES DE COHABITATION D'UN RÉGIME PUBLIC ET D'UNE ASSURANCE MALADIE PRIVÉE

1) Une assurance privée facultative au premier dollar (Pays-Bas et Allemagne)

- Elle est réservée aux titulaires de **revenus élevés ou stables** qui peuvent opter pour un régime privé.
- Inconvénients :
 - Elle prive les **régimes obligatoires** des cotisations d'**assurés à forte capacité contributive**.
 - Elle présente aussi l'inconvénient de permettre aux compagnies d'assurances d'**écrémer les risques... en toute légalité !**
 - Concrètement, elles n'auront à prendre en charge que des populations **jeunes, en bonne santé...** et qui plus est titulaires de **hauts revenus !!!**

2) Une assurance supplémentaire dans les pays à système de Beveridge

- Permet de **suppléer aux défaillances du système public.**
- Ces assurances complémentaires permettent notamment **d'échapper aux files d'attente** pour se faire opérer ou de **bénéficier d'un plus grand confort.**

N.B. Un faible pourcentage de la population y adhère : moins de 10 % des Italiens ou des Espagnols, 12 % des Anglais et 25% des Danois.

3 / Une assurance complémentaire dans les pays à système de Bismarck

- Elle couvre les différentes **dépenses laissées à la charge des malades.**
- La place de ces assurances sont **inversement proportionnelles à la générosité du système public** : 85 % y souscrivent en France, 65 % aux Pays-Bas et 25 % en Allemagne.
- La **demande d'assurance complémentaire demeure faible dans les pays où la couverture publique semble suffisante** en termes de panier de services et où la participation financière des malades reste modérée.
- Elle croît également avec le **revenu** et le **niveau d'éducation.**

2.2. L'ASSURANCE MALADIE PROFESSIONNELLE

- Fondée sur la **solidarité professionnelle**, l'assurance sociale diffère de l'assurance maladie privée.
- Concrètement, elle peut s'exercer entre les **membres d'une catégorie sociale**, comme les fonctionnaires ou les travailleurs indépendants.
- L'assurance sociale se trouve en principe en **situation de monopole** vis-à-vis du groupe socioprofessionnel au profit duquel elle est organisée. **Elle échappe par conséquent aux défaillances du marché.**
- Les cotisations, versées par les entrepreneurs et les salariés, sont en général **proportionnelles aux revenus d'activité** selon des taux variables avec les caisses.

- **Chacun cotise selon ses moyens et bénéficie de prestations selon ses besoins.**
- L'assurance sociale est donc fondée à la fois sur une **solidarité horizontale** (des bien-portants vers les malades ; des jeunes vers les personnes âgées) et **verticale** (des hauts revenus vers les bas revenus).
- Ainsi, les systèmes de Bismarck organisent aussi une **solidarité entre les générations** en assurant les retraités sans surprime.
- Cependant, par définition, **tous les citoyens ne remplissant pas les critères d'affiliation.**
- Il reste des exclus, surtout dans les pays souffrant d'un **chômage de masse.**

Retenons en conclusion :

- Les systèmes de Bismarck imposent, d'une part, l'obligation d'assurance et de cotisation, qui évitent l'écrémage de la clientèle et les passagers clandestins, et d'autre part, **l'égalité des droits à l'intérieur d'un groupe social**, qui limite les inégalités d'accès.
- Ce financement est assez **redistributif** puisque la dépense est peu liée au revenu alors que la cotisation le sera.

- En revanche, **l'assurance professionnelle n'est pas universelle**, puisque réservée par définition aux travailleurs et à leurs ayants droit.
- C'est pourquoi elle doit être complétée, comme pour l'assurance privée, par une **assurance maladie publique**, au moins pour les plus pauvres et les non-travailleurs.

2.3. L'assurance maladie publique

- 1/ En premier lieu **l'assurance maladie publique universelle des régimes de Beveridge** qui couvre toute la population de la nation, comme au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne, en Suède ou en Finlande.
- Elle met en œuvre la **solidarité nationale entre les citoyens et entre les générations** selon un principe égalitariste (assurer l'égalité des chances dans la société).
 - **Tous les citoyens ont des droits égaux.**

- **L'assurance maladie publique universelle** se trouve en **situation de monopole** et échappe par conséquent aux défaillances du marché.
- Elle permet en particulier l'accès des **pauvres** et des **non-assurables** à une couverture maladie égale à celle de l'ensemble de la population.
- Enfin, elle se fonde sur un **contrat politique (constitution)**.
- En contrepartie, cette formule souffre de comportements classiques de monopole : **faible attention aux désirs des assurés, bureaucratie et retards dans l'adaptation au progrès technique, etc.**

2/ En second lieu, on trouve les «**filets de sécurité**» **publics** nécessaires pour suppléer aux défaillances du marché et aux inégalités dans les pays où domine l'assurance privée ou sociale.

- Il ne s'agit plus ici d'assurance, mais de **solidarité** ou d'**assistance**.
- **Medicare** et **Medicaid** aux États-Unis en relèvent.
- De même que la **CMU en France**.

- L'**AWBZ** aux Pays-Bas offre un autre exemple.
- L'**AWBZ** couvre l'ensemble de la population pour les **risques catastrophiques**, soit 42 % des dépenses : pathologies lourdes, handicapés, malades mentaux et soins de long terme pour personnes âgées.
- Il s'agit bien d'un **service public** couvrant les « dépenses non-assurables ».
- Cette couverture est financée par une **cotisation obligatoire** (définies par l'État) sur l'ensemble des revenus.

Financés par l'impôt, ces systèmes sont en principe **plus redistributifs** (comparativement à l'AM privée ou professionnelle)

En effet, l'impôt comporte à la fois des **prélèvements proportionnels** comme la TVA et des **prélèvements à taux progressifs** comme l'IRG.

Selon leur **part respective dans le total**, le système sera **plus ou moins redistributif**.

Ce prélèvement peut être « **non affecté** », c'est-à-dire entrer dans le budget global de l'État ou être **affecté à un fonds spécifique destiné à la santé**.

CONCLUSION :

**Avantages respectifs des
assurances privées et publiques**

- Chaque formule présente ses **avantages** et ses **inconconvénients**.
 - ✓ Le principal problème du marché, c'est **l'équité**.
 - ✓ Le principal problème du monopole public, c'est **l'efficience**.
- **Le conflit entre l'efficience et l'équité apparaît dès lors inévitable.**
- Le **monopole public** garantit des **droits égaux**, se gère à **faible coût** (entre 5 et 8 % du chiffre d'affaires) grâce aux économies d'échelle et à l'afflux d'une clientèle captive.
- Toutefois, il propose un **service standard** géré par une **bureaucratie souvent sourde aux attentes de la clientèle**.
- Souvent, il maîtrise ses coûts grâce au **rationnement** et aux « **files d'attente** ».

- **L'assurance privée**, stimulée par la **concurrence**, offre à une **clientèle sélectionnée** des **services diversifiés** et **se montre attentive à ses désirs**.
- En contrepartie, elle gère des **dossiers de faible montant à un coût élevé** (20 à 30 % chiffre d'affaires) à cause des **dépenses de promotion**, de **chargement des primes** et de **gestion des dossiers de remboursement**.
- Dit autrement : sur 100 \$ collectés par l'une ou l'autre assurance, **95 sont dépensés** pour les soins dans le cas du **monopole public...** et **seulement 80** dans le cas de **l'assurance privée!**

- **AU POINT DE VUE THÉORIQUE :**
 - **L'assurance privée de type actuariel**, où la prime est liée au risque, mutualise les risques au sein d'une même classe de risques (entre les malades et les bien-portants).
 - **L'assurance publique**, où les primes sont indépendantes du risque, mutualise les risques entre les différentes classes de risques (non seulement entre les malades et les bien-portants... mais aussi entre les vieux et les jeunes et entre les pauvres et les riches).

Avantages et inconvénients de l'AM publique et privée

Assurance maladie publique

- Faible coût de gestion ;
- Économie d'échelle ;
- Service standard ;
- Gestion par le rationnement ;
- Bureaucratie ;
- Monopole.

Assurance maladie privée

- Coûts de promotion, de chargement et de gestion élevés
- Dossiers faibles, chers à gérer
- Services diversifiés
- Créativité et innovations dans la gestion
- Liberté de choix
- Concurrence