

La Tarification en Assurance Maladie, un travail d'actuaire

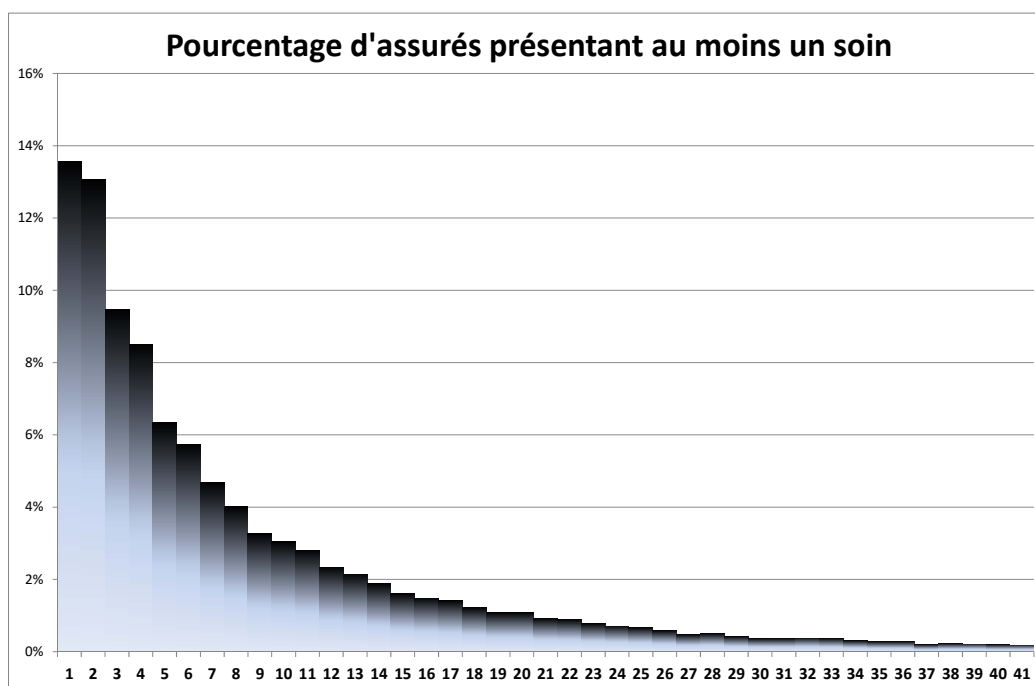
Lorsque qu'une entreprise lance un appel d'offres pour assurer son personnel (et les familles), même en étant extrêmement précis dans la demande des garanties, les tarifs proposés par les assureurs sont très différents.

Ceci peut s'expliquer par leurs façons de gérer, qui influent sur le coût de sinistres qu'ils enregistrent : plus ou moins grande capacité à détecter la fraude, la surconsommation, la sur-prescription, actions de sensibilisation et de communication envers les groupes assurés et les professionnels de santé,...

Mais cela s'explique également par un manque d'actuaire dans les compagnies, et donc des informations qui ne sont pas traitées, ou pas suffisamment, pour élaborer une tarification fine, tenant compte des très nombreuses contraintes (plafond par acte, nombre d'actes limités, plafond global annuel par personne,...). Et ce manque de compétence est encore plus criant dans le secteur mutualiste ou public.

Le cabinet Integr-All dispose d'un outil de tarification qui permet d'estimer le coût par famille d'acte, par âge, par sexe,... Pour le concevoir, nous avons utilisé un portefeuille composé de plusieurs centaines de milliers de soins. Nous en avons tiré les distributions de la fréquence du recours au soin (nombre d'actes consommés par an par un assuré) et les distributions des montants de ces soins, de quelques dizaines de francs jusqu'à des montants de plusieurs dizaines de millions pour les cas les plus graves.

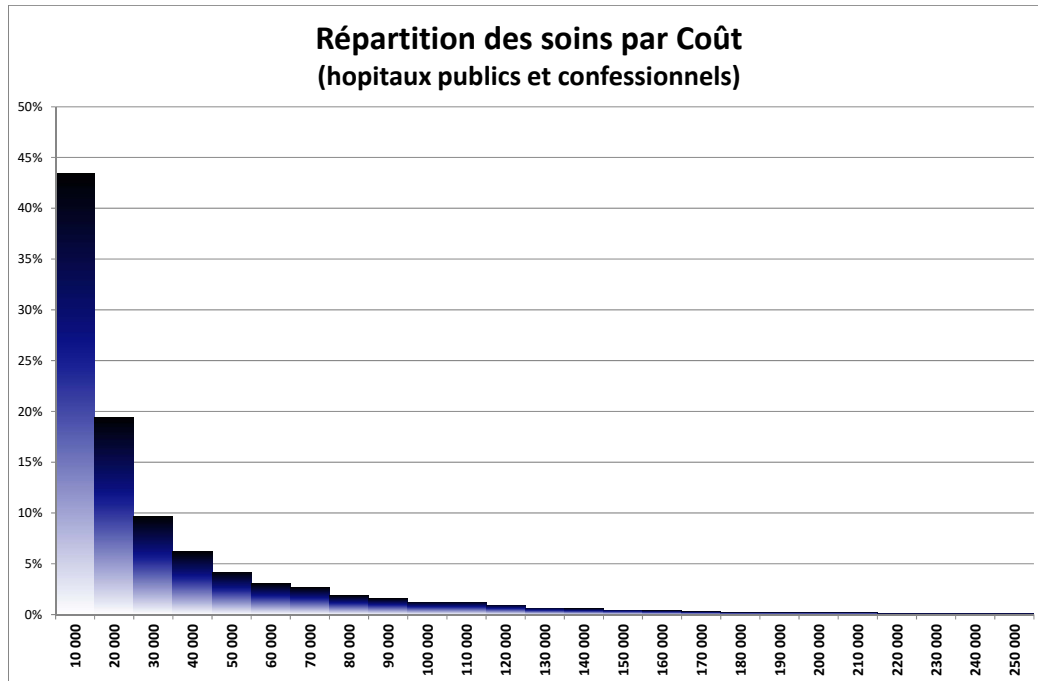
Pour illustrer, et fixer des ordres de grandeur¹, nous allons présenter quelques résultats de nos études. Tout d'abord, près d'un assuré sur deux ne présente pas de remboursement de soins. Mais ceux qui ont des soins, présentent en moyenne près de 10 demandes par an, certains dépassant la centaine de soins par année d'assurance.



¹ Les chiffres concernent le Cameroun, et ne peuvent représenter la réalité d'autres pays. Cependant, l'approche statistique et actuarielle reste valable.

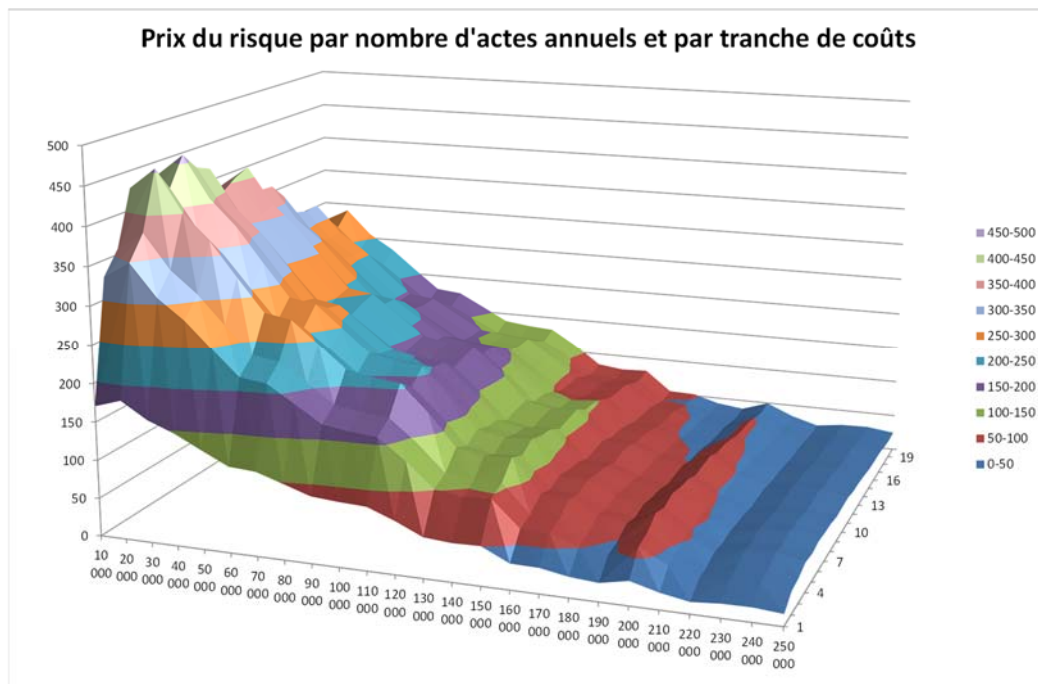
On constate que, parmi les assurés présentant au moins un soin à rembourser, il y en a 28% qui en présentent plus de 10 par an, et encore plus de 11 % qui présentent plus de 20 soins par an.

Et chacun de ces soins a un coût non négligeable, y compris dans les hôpitaux publics et confessionnels. Même si presque la moitié des soins coûtent moins que 10 000 FCFA, la moyenne de ces soins s'élève à 33 000 FCFA.

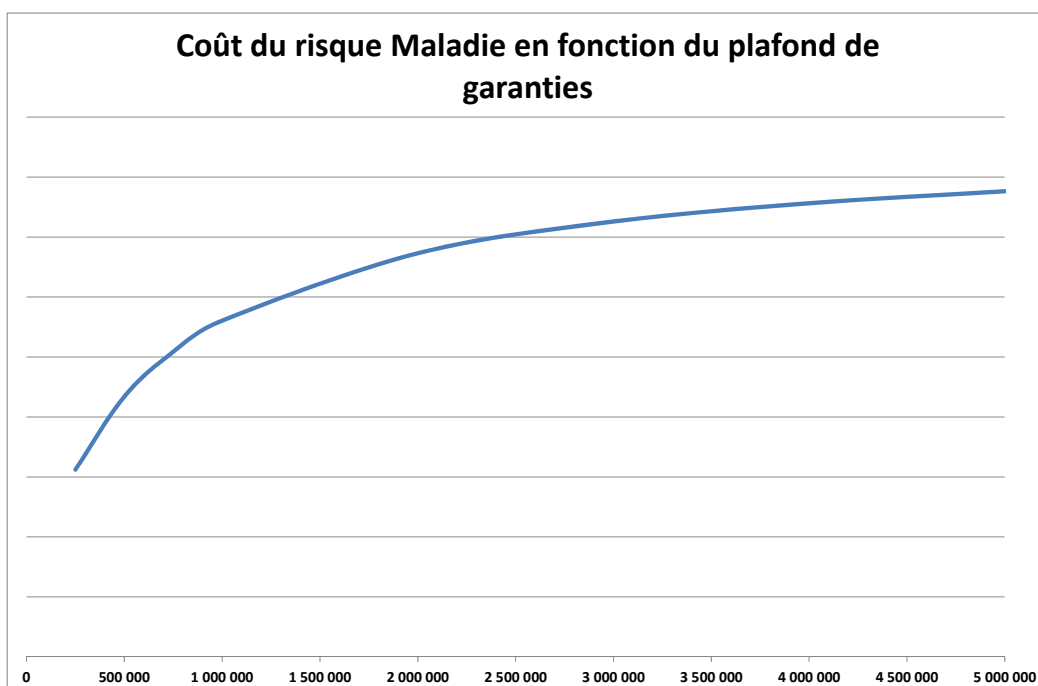


Ainsi, faisons un calcul rapide : le recours moyen aux soins est de 10 pour la moitié des assurés, avec un coût moyen de 33 000 FCFA par acte. Le coût du risque s'élèverait donc à 165 000 FCFA, hors chargements. Mais il faut considérer l'ensemble des situations où un assuré a un seul recours aux soins, 2 recours dans l'année,... certains risques ayant une occurrence rare ou unique (accouchement), d'autres étant très récurrents (insuffisance rénale,...).

En « combinant » ces deux courbes (fréquence de soins, coût par soin), le graphe ci-dessous illustre la problématique de la distribution jointe. Celle-ci contient beaucoup plus d'informations que les distributions isolées, et permet d'évaluer avec beaucoup plus de précision des tarifs sous contrainte de plafond annuel.

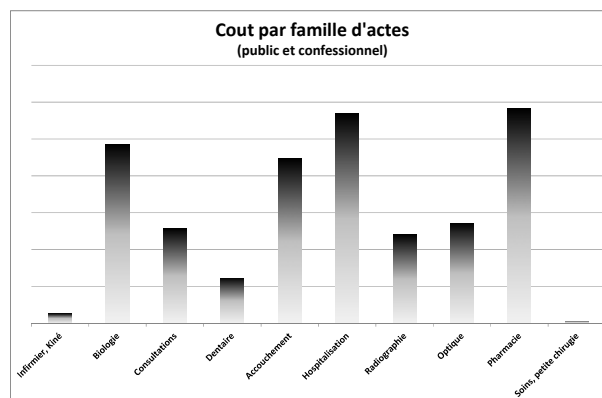
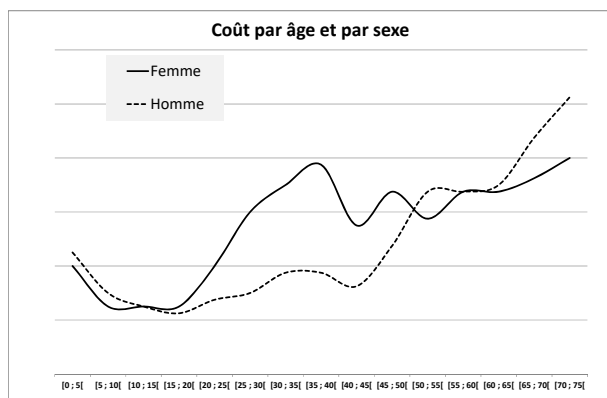


D'où l'intérêt de mettre des limites à ces dépenses, des incitateurs à une limitation des recours aux soins (ticket modérateur),... En mettant un plafond annuel par personne de 250 000 FCFA, le coût du risque diminuerait à 62 000 FCFA. En fixant ce plafond à 500 000 FCFA, le coût du risque croît à 85 000 FCFA. Ce risque n'est absolument pas linéaire, comme le montre le graphe suivant, et il est impossible de faire des projections rapides sans calcul fins, réalisés en fonction des analyses statistiques.



D'un plafond annuel de 250 000 FCFA à 6 fois plus (1,5 MXAF), la prime ne fait que doubler. Doubler le plafond annuel de 2,5 à 5,0 millions F n'augmente le risque que de 12%.

La complexité de ce risque ne s'arrête pourtant pas à cette première analyse « nombre de soins par an / coût moyen des soins ». Encore faut-il combiner les notions d'actes (ou de famille d'actes) et celles d'âge, de sexe,... Les différences peuvent être très importantes, et éventuellement contre intuitives.



Ainsi, on peut constater qu'un enfant de 0 à 5 ans coûte aussi cher qu'une femme de 25 ans ou qu'un homme de 35 ans. Ou que les actes de biologie représentent une charge de soins presque aussi importante que les hospitalisations, étant 4 fois plus nombreux que les hospitalisations (ceci dépend bien entendu de l'âge et du sexe). Fixer un plafond en nombre d'actes peut ainsi être plus efficace que de fixer un plafond global par personne ou par famille d'acte.

En conclusion, plutôt que d'estimer au dire du gestionnaire-tarificateur le prix d'une assurance maladie, les assureurs, mutualistes et l'État, devraient donc recourir aux connaissances approfondies des actuaires pour fixer des tarifs ajustés au risque.

Eric Maniable
Actuaire-associé du cabinet Integr-All
Douala