

French model

A case for a two-tier health care?

Zeynep Or (or@irdes.fr)

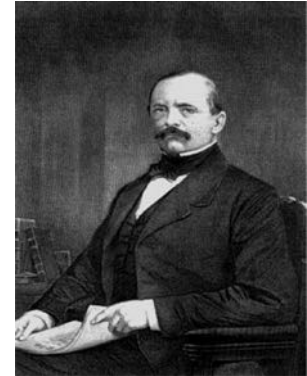
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)



Is Two-Tier Care the Future?

Private Finance in Canadian Medicare, Ottawa, 6-7 April 2018

French Healthcare Model



- **Solidarity:** equal access to care by need
- **Liberalism:** freedom for patients to choose their providers, for doctors to choose their place and way to practice
- **Pluralism:** large choice of public & private providers and private insurers



Healthcare provision



Ambulatory care

- Free access (voluntary gatekeeping)
- Self-employed providers (GP, specialists, nurses...)
- Paid by FFS

Hospital care

- No waiting list
- Free choice
- High number of private providers (provides < 50% of all surgery)
- DRG-based payment
- Volume/price control



Strict price control in all sectors

Two-tier health insurance model

Compulsory public insurance

- Universal

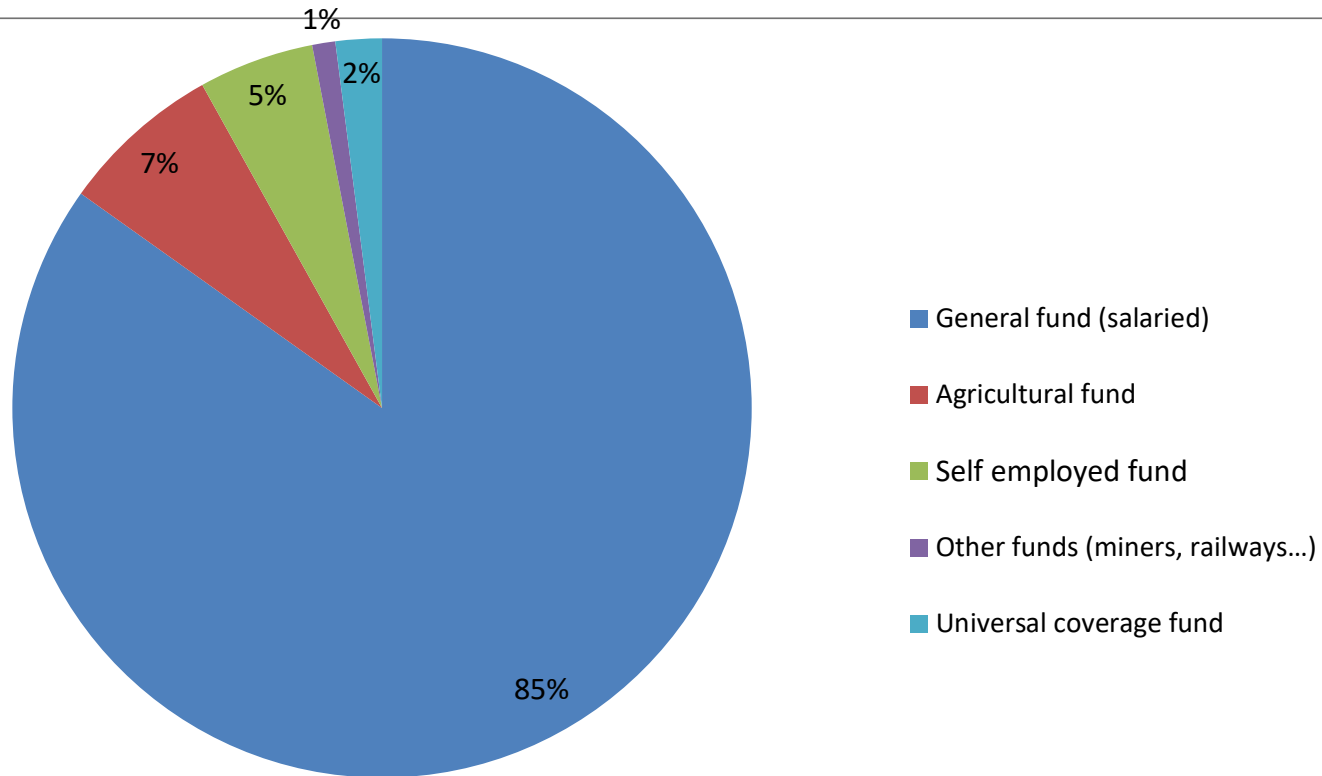
Voluntary private insurance

- 95% of the population



First tier: statutory health insurance

Population coverage by affiliation, 2014



Same benefit basket for all schemes



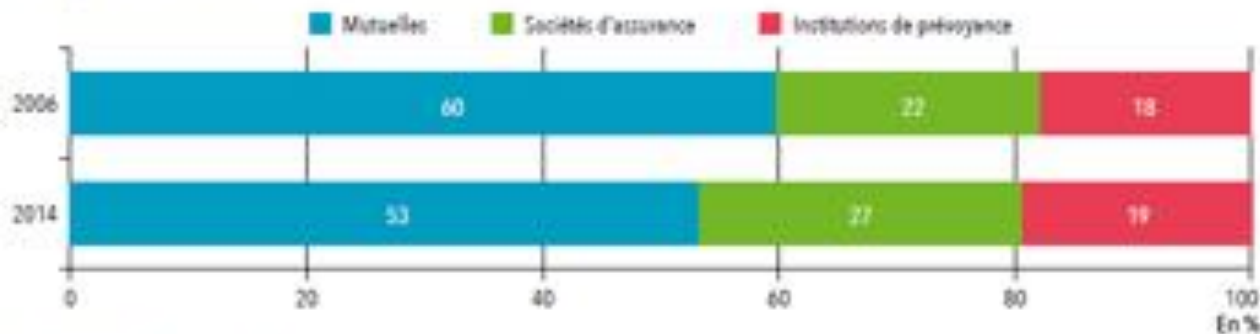
Cost sharing





Second tier: private complementary insurance

Graphique 3 Répartition du financement par les trois catégories d'organismes complémentaires en 2006 et 2014



Source > Fonds CMU, calculs DREES.

Graphique 2 Structure des prestations santé versées par les organismes complémentaires en 2006 et 2014



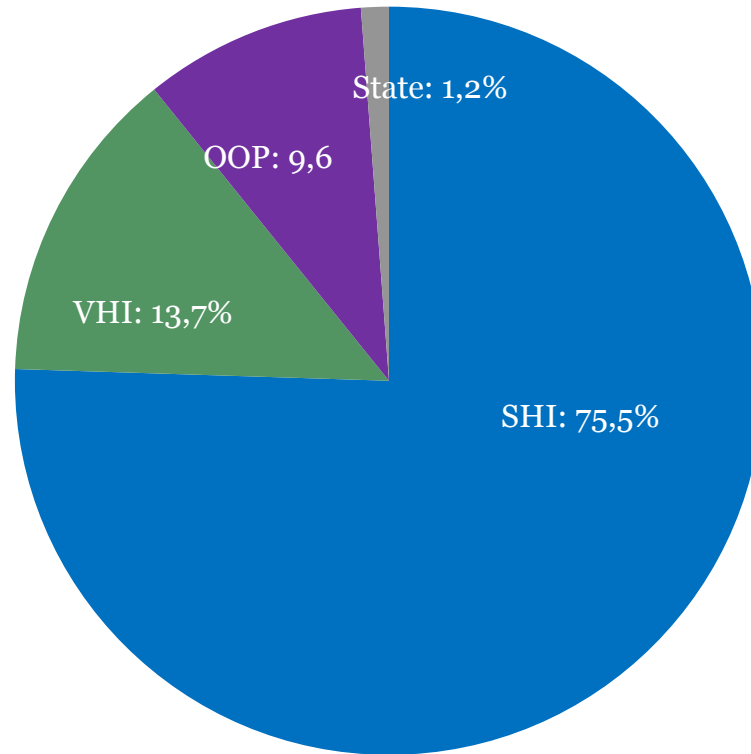
Note > Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées et hors biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux).

Champ > CSBM.

Source > DREES, Comptes de la santé, base 2010.



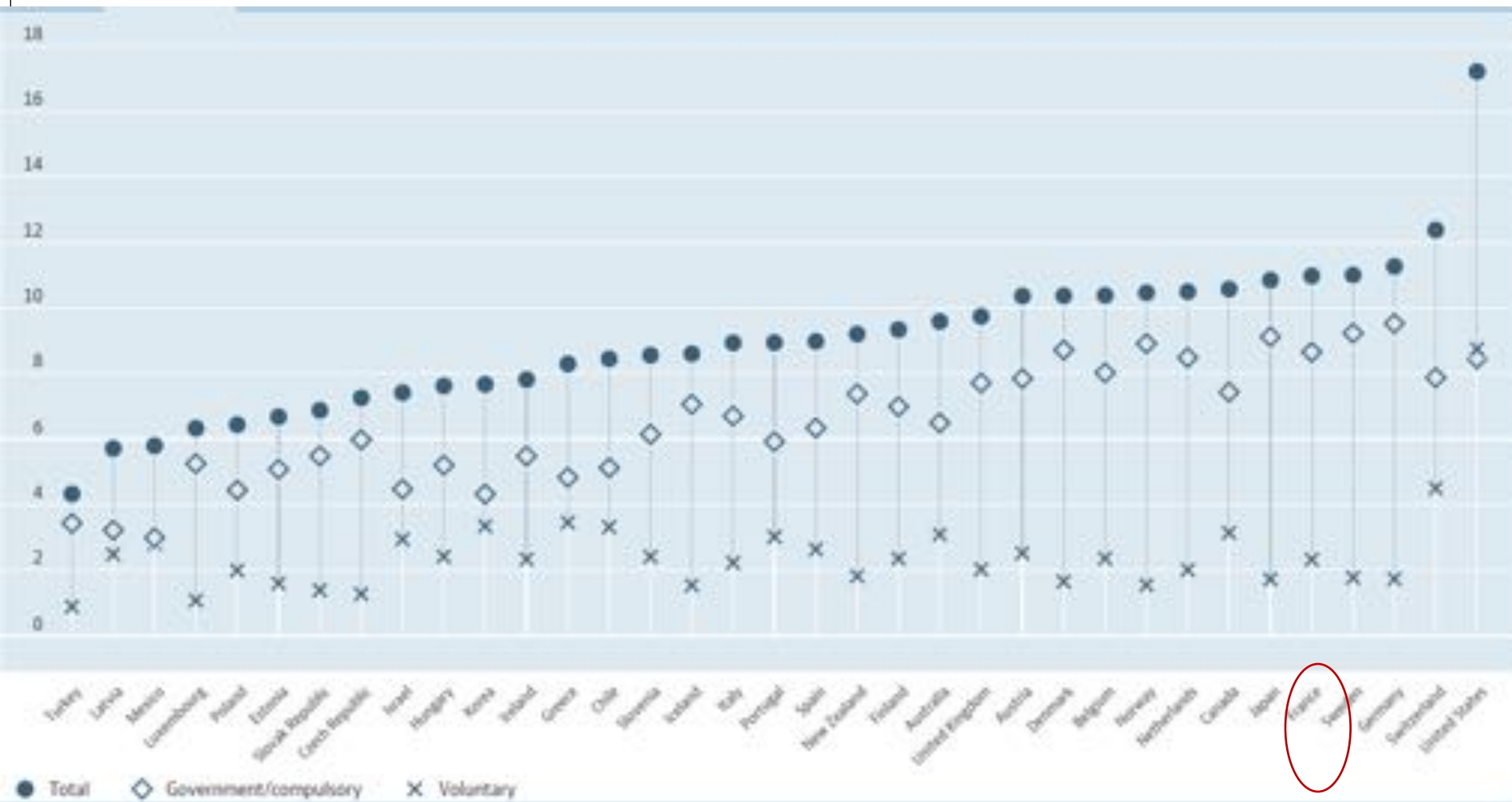
Total health expenditure by source of funding



- Statutory health insurance
- Private complementary insurance
- Out-of-pocket payments
- State & others

95% of the population owns private complementary insurance

Health spending: Public / Private / Total, % of GDP, 2016



Mechanisms for reducing burden for high cost & low income patients

Chronic illness Scheme (ALD)

- 1945
- Removes cost-sharing for the disease concerned (no income threshold)
- Covers 8 million people
- Represent 60% the expenditure by SHI

State subsidized basic & complementary insurance

- 2000
- Tax-funded program providing same benefit package
- Means tested (for the poorest)
- Covers about 4,2 million people

Subsidies for CHI

- 2004
- Public subsidy in the form of voucher to buy CHI
- Means tested: just above poverty line
- Limited efficiency



Regulatory measures

Healthcare providers

- Regulated prices
- Limited overbilling

Private insurance market

- No selection
- Limited risk adjustment

Issues



- Complementary insurance is “unequal” by nature
 - *financed on the basis of risk*
 - *variable in its guarantees*
- Inflationary effect where gaps in regulation
 - Dental care, Eye care, inefficient medication ...
- Increasing reliance on private insurance without discussion on basic benefit package



Private health expenditure by income

Graphique 3 Dépense de santé à la charge des ménages retraités (primes et restes à charge annuels moyens) et taux d'effort des ménages retraités, selon le niveau de vie



Note > Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Le taux d'effort est la somme du reste à charge et des primes rapportée au revenu disponible du ménage. Les résultats sont présentés par quintiles de niveau de vie. Le premier quintile, Q1, rassemble les 20 % de ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles, le dernier quintile, Q5, les 20 % de ménages ayant les niveaux de vie les plus élevés.

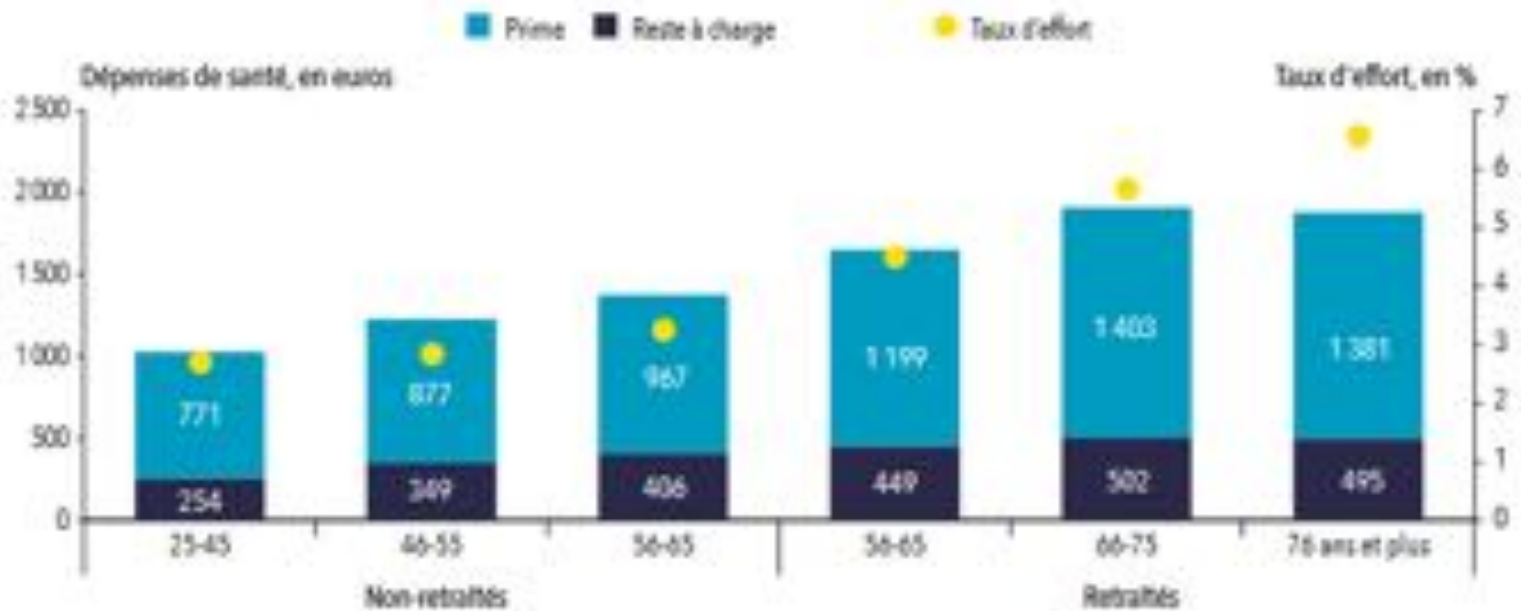
Champ > Ménages retraités en ménages ordinaires ; les ménages retraités sont les ménages dont l'un des membres est retraité.

Source > Ines-Omar.



Private health expenditure by age

Graphique 2 Dépense de santé à la charge des ménages (primes et restes à charge annuels moyens) et taux d'effort des ménages selon l'âge



Note > Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Le taux d'effort est la somme du reste à charge et des primes rapportée au revenu disponible du ménage.

Champ > Ensemble des ménages en ménages ordinaires; les ménages retraités sont les ménages dont l'un des membres est retraité; l'âge du ménage correspond à l'âge du membre du ménage le plus âgé.

Source > Ines-Omar 2012.

To conclude

- **Privately provided healthcare can support public system** (Private provision \neq private funding)
- **Private insurance can reduce the direct cost of medical care on households and on public budget**
 - *to what extent increased private financing increases resources available to all in the system?*
- **Regulation is necessary to tackle market imperfections and to ensure equity of access**