



L'ICA est l'organisme national de la profession actuarielle au Canada. L'ICA est voué au service de la population en veillant à ce que ses membres prodiguent des services et conseils actuariels de la plus haute qualité. À cette fin, l'ICA favorise l'avancement de la science actuarielle, parraine des programmes de formation et de qualification de ses membres et de candidats éventuels et veille à ce que les services actuariels fournis par ses membres répondent aux normes professionnelles reconnues.

L'Institut est un organisme professionnel non partisan. Il peut ainsi contribuer au développement de politiques publiques par la présentation d'analyses actuarielles claires et objectives. L'Institut est souvent appelé à témoigner pour les gouvernements fédéral et provinciaux, fournir de l'information aux élus, soumettre des commentaires sur les règlements proposés et travailler en étroite collaboration avec des fonctionnaires sur des dossiers relatifs aux divers régimes de prévoyance collective des Canadiens.

L'Institut veille aussi à l'établissement et au maintien de normes de conduite, de qualification et de pratique actuarielle, ainsi qu'au respect du code de déontologie institué pour les actuaire pratiquant au Canada.

La Commission de pratique sur les soins de santé se compose des personnes suivantes : Claude Ferguson (président), Réjean Besner, Isabelle Bouchard, Robert L. Brown, Tim Clarke, Tom Gillett, Robert Grignon, W. Robert Hinrichs, Georges Langis, Shannon Patershuk et Murray Turner.

INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRE

800-150, rue Metcalfe

Ottawa ON K2P 1P1 Canada

Téléphone : (613) 236-8196

Télec. : (613) 233-4552

Courriel : secretariat@actuaire.ca

www.actuaire.ca

A. David Pelletier, président de l'ICA
(416) 682-0011

Robert L. Brown

Ancien président de l'ICA et
porte-parole principal en matière de santé
(519) 888-4567, poste 5503

Claude Ferguson

Président de la Commission de pratique
sur les soins de santé

(514) 862-1902

Rick Neugebauer, directeur général
(613) 236-8196, poste 108

Document 202059

Pourquoi il nous faut un actuaire de l'assurance- maladie au Canada

Résumé

Le régime public d'assurance-maladie est un élément fondamental de notre sécurité économique et sociale. Il offre une assurance à tous les Canadiens en leur garantissant l'accès à une vaste gamme de soins de santé et de services d'hospitalisation « médicalement requis », qu'il s'agisse de soins de prévention et de rétablissement, ou d'accès aux professionnels de la santé ou à des soins en établissements, et ce sans égard à la capacité financière des bénéficiaires. Pourtant, il comporte peu de mécanismes intégrés (voire aucun) responsables d'assurer sa viabilité à long terme.

Le présent document d'orientation politique de l'Institut Canadien des Actuaire (ICA) décrit le rôle clé qu'un Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie serait appelé à jouer, c'est-à-dire évaluer la situation financière de ces importants programmes fédéral et provinciaux et préciser, s'il y a lieu, des mesures précises visant à en assurer la viabilité financière à long terme.

Contrairement à d'autres régimes de prestations privés et publics (Régime de pensions du Canada et Régime de rentes du Québec (RPC/RRQ), l'assurance-emploi, l'assurance contre les accidents du travail) le régime public d'assurance-maladie ne fait pas l'objet d'examen actuariels périodiques. Il n'est donc pas surprenant de constater que sa viabilité financière exige une intervention immédiate pour résoudre divers problèmes, notamment :

- la suffisance du système actuel de financement du régime public d'assurance-maladie – au moyen de taxes sur les salaires, de cotisations individuelles, de financement à même les recettes fiscales générales, et de transferts fédéraux;
- la gestion du coût global du programme, quel qu'en soit le mode de financement, ce qui représente une information essentielle dans les discussions politiques et économiques sur l'avenir des programmes d'assurance-maladie et de leur impact sur l'économie;
- sa capacité de satisfaire périodiquement aux normes financières et de service établies dans les lois et dans les chartes applicables.

Les actuaire sont des professionnels qui évaluent les répercussions financières d'événements futurs incertains. Nous sommes des experts des projections des coûts à long terme. La plupart de nos membres prennent part à la conception, à la tarification et au financement des polices d'assurance et des régimes de retraite. Parmi tous les professionnels reconnus, les actuaire sont les seuls qui sont spécifiquement formés pour fournir des conseils sur la situation financière des programmes de prévoyance collective et pour évaluer l'incidence des modifications apportées aux régimes d'avantages sociaux, des changements démographiques, des répercussions des nouvelles technologies médicales, etc. En tant que membres de l'ICA, ils doivent se conformer aux normes d'intégrité personnelle les plus strictes, telles que définies dans les Principes directeurs et les Règles de déontologie de l'Institut.

Pour illustrer à quel point l'apport de la profession actuarielle est essentiel relativement à la gestion efficace des programmes de prévoyance collective, le gouvernement du Canada, sous l'égide du Bureau du surintendant des institutions financières (BSIF) et de ses homonymes provinciaux, a établi des normes rigoureuses en vertu desquelles un actuaire doit être « désigné » pour préparer et présenter des rapports périodiques sur la situation financière actuelle et les risques assumés par une société d'assurance faisant affaire au Canada. Le fait d'exiger que le régime public d'assurance-maladie soit assujéti aux mêmes examens actuariels que les autres régimes d'assurance publics ou privés permettrait d'accroître la confiance en sa capacité à tenir ses promesses et de garantir un financement et un rendement plus stables.

Nous recommandons la création d'un Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie, qui relèverait idéalement à la fois du gouvernement fédéral et des provinces, et qui serait chargé de préparer des rapports financiers et des projections de coût à l'intention des autorités compétentes pour les aider à évaluer la suffisance du financement de l'assurance-maladie et du niveau vraisemblable des dépenses futures. Ce Bureau fournirait également des services d'analyse objectifs et des conseils experts aux deux niveaux de gouvernement concernant les modifications proposées à la structure des soins de santé, aux prestations garanties et à son financement.

Introduction

Le régime public d'assurance-maladie est un élément fondamental de notre sécurité économique et sociale. Il offre une assurance à tous les Canadiens en leur garantissant l'accès à une vaste gamme de soins de santé et de services d'hospitalisation « médicalement requis », qu'il s'agisse de soins de prévention et de rétablissement, ou d'accès aux professionnels de la santé ou à des soins en établissements de soins de santé, et ce sans égard à la capacité financière des bénéficiaires. Pourtant, il comporte peu de mécanismes intégrés (voire aucun) responsables d'assurer sa viabilité à long terme. Aucun organisme public n'assume actuellement la tâche officielle d'évaluer périodiquement la viabilité à long terme du régime public d'assurance-maladie. En plus de l'analyse continue des tendances des dépenses et des initiatives visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins requis pour satisfaire les tendances à la hausse de la demande de services, la viabilité à long terme (sur deux horizons – à court terme, 10 ans et à long terme, 75 ans) des soins de santé exige un examen des tendances démographiques et économiques qui influent sur le rendement financier du régime public d'assurance-maladie. Par conséquent, l'importance des changements démographiques et médicaux à venir devrait justifier que des projections financières actuarielles puissent venir guider la conception du programme, ses budgets, le développement et l'affectation des ressources humaines.

L'examen actuariel périodique des régimes publics et privés garantit que les promesses faites aujourd'hui concernant les avantages futurs seront respectées et que les mécanismes de gestion financière qui les supportent seront viables à long terme. Selon certaines estimations, la taille du passif des régimes de soins de santé financés par l'État est comparable à celle du RPC/RRQ. Compte tenu de l'importance du régime public d'assurance-maladie pour les Canadiens, il convient donc d'envisager des examens actuariels périodiques.

Les actuaires sont des professionnels qui évaluent les répercussions financières d'événements futurs incertains. Nous sommes des experts en matière de projections de coûts à long terme. La plupart de nos membres prennent part à la conception, à la tarification et au financement de régimes d'assurance et de retraite. Parmi tous les professionnels reconnus, les actuaires sont les seuls qui sont spécifiquement formés pour fournir des conseils sur la situation financière des programmes de prévoyance collective et pour évaluer l'incidence des modifications apportées aux régimes d'avantages sociaux, des changements démographiques, des répercussions des nouvelles technologies médicales, etc. Ils sont tout à fait qualifiés pour exécuter ces tâches en raison de leur :

- capacité d'analyse innée;
- leur expertise en démographie;
- le développement de systèmes de prévoyance collective et des principes actuariels;
- leur formation exclusive dans l'estimation et la projection de coûts variant selon des paramètres et des modèles de contingences multiples et complexes;
- leur objectivité professionnelle reconnue dans le cadre d'évaluations quantitatives.

L'Institut Canadien des Actuaires (ICA), l'organisme national de la profession actuarielle au Canada, est un organisme autoréglementé qui représente environ 2 500 actuaires aptes à pratiquer au Canada. L'ICA impose à ses membres les normes les plus élevées d'intégrité personnelle, décrites dans les Principes directeurs et dans les Règles de déontologie de l'Institut, qui visent à empêcher la politisation de leur rôle ou le biais de leurs opinions professionnelles.

Pour illustrer à quel point l'apport de la profession actuarielle est essentiel relativement à la gestion efficace des programmes de prévoyance collective, le gouvernement du Canada, sous l'égide du BSIF et de ses homonymes provinciaux, a établi des normes rigoureuses en vertu desquelles un actuaire doit être « désigné » pour préparer et présenter des rapports périodiques sur la situation financière actuelle et les risques assumés par une société d'assurance faisant affaire au Canada. La nécessité d'un « Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie » supervisant le financement et la structure du régime public d'assurance-maladie découle du rôle essentiel que l'actuaire joue déjà dans des types semblables de programmes publics d'assurance tels :

- le RPC/RRQ;
- l'assurance-emploi; et
- les régimes provinciaux d'assurance contre les accidents du travail.

La nécessité d'un « Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie » est également mise en évidence par le rôle essentiel que joue déjà l'actuaire dans les programmes *Medicare* et *Medicaid* aux États-Unis. Son expertise actuarielle est mise à contribution pour offrir l'assurance que les promesses de soins de santé futurs seront tenues de façon durable en :

- orientant l'établissement de méthodes d'analyse macroéconomique des questions de financement des soins de santé;
- en effectuant des études actuarielles, économiques et démographiques pour fournir des estimations des dépenses du régime public d'assurance-maladie en vertu des lois actuelles et des modifications qui leur sont apportées au chapitre du financement des programmes de santé actuels et futurs;
- en évaluant les activités du régime public d'assurance-maladie et réaliser des micro-analyses afin d'évaluer les répercussions de divers facteurs de financement des soins de santé sur le coût des programmes fédéraux et provinciaux;
- en analysant les données sur les coûts et les frais médicaux pour établir des indices de paiement, y compris le suivi de l'élargissement des services et de l'inflation des coûts dans le secteur des soins de santé, et en effectuant des vérifications et des examens actuariels du coût des avantages sociaux imputés au régime public d'assurance-maladie par des intermédiaires financiers et des porteurs; et
- en diffusant des projections de coûts et des analyses économiques et en offrant des conseils actuariels et techniques, de même que des consultations à divers intervenants du régime d'assurance-maladie, aux législateurs et à d'autres décideurs.

Les annexes A et B renferment des extraits de récents rapports de l'actuaire du programme *Medicare* des États-Unis, qui montrent à quel point un tel examen actuariel profite au régime.

En garantissant que les services du régime public d'assurance-maladie seront accessibles lorsque les Canadiens en auront besoin, l'évaluation actuarielle périodique du régime procurera le degré d'assurance supplémentaire dont les Canadiens ont besoin pour être convaincus que les ressources nécessaires à long terme seront mises à la disposition du régime public d'assurance-maladie pour satisfaire les attentes de tous, qu'il s'agisse de bénéficiaires, de contribuables, de fournisseurs de soins de santé ou d'employeurs. Le présent document d'orientation politique de l'ICA décrit de quelle façon le Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie pourrait jouer un rôle fondamental pour évaluer la situation financière actuelle et permanente de cet important programme fédéral et provincial et pour déterminer les mesures spéciales requises pour en garantir la viabilité financière à long terme.

Viabilité financière à long terme

Le Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie fournira des conseils professionnels éclairés en marge du débat sur le rendement et les aspects financiers du programme d'assurance-maladie. Trois enjeux bénéficieraient d'un examen actuariel permanent :

- la suffisance du système actuel de financement du régime public d'assurance-maladie – au moyen de taxes sur les salaires, de cotisations individuelles, de financement à même les recettes générales fiscales et de transferts fédéraux;
- la gestion du coût global du programme, quel qu'en soit le mode de financement, ce qui représente une information essentielle dans les discussions politiques et économiques sur l'avenir des programmes d'assurance-maladie et de leur impact sur l'économie;
- sa capacité de satisfaire aux normes financières et de service établies dans les lois et dans les chartes applicables, rendue possible grâce à l'établissement de mécanismes de financement stables.

Suffisance du régime actuel

Le premier enjeu est la suffisance du système actuel de financement du régime public d'assurance-maladie. Le rôle principal de l'actuaire de l'assurance-maladie devra consister à fournir aux décideurs une évaluation précise de la santé financière du régime, c'est-à-dire des renseignements qu'il doit avoir pour assurer la viabilité financière du programme. L'actuaire intégrera un énoncé officiel de son opinion actuarielle à un rapport périodique qui insistera de façon importante sur le processus, et qui fera en sorte que les estimations et les projections énoncées dans le rapport seront réalistes et pertinentes.

L'actuaire de l'assurance-maladie devra faire des tests pour vérifier la situation financière officielle à court terme (10 ans) et à long terme (75 ans) du régime public d'assurance-maladie. L'examen actuariel du régime d'assurance-maladie englobe des projections de ses recettes et dépenses sur une longue période, de façon à ce que les répercussions futures des tendances historiques et projetées des facteurs démographiques et économiques puissent être correctement évaluées. Les estimations actuarielles doivent être fondées sur les provisions actuelles du régime public d'assurance-maladie, sur des hypothèses « réalistes » quant aux développements futurs des facteurs démographiques et économiques, et sur une méthode de conversion de ces hypothèses en estimation des recettes et dépenses futures.

Les coûts réels futurs des prestations à verser en vertu du régime public d'assurance-maladie dépendront de plusieurs variables, en plus des modifications qui pourraient possiblement être apportées aux lois et règlements. Parmi ces facteurs, mentionnons la taille et la composition de la population, le volume, l'intensité et la structure des services assurés et utilisés par chaque bénéficiaire, de même que l'évolution du coût par service. Ces mesures faciliteront l'évaluation du taux de croissance projeté des coûts du programme, permettront de calculer ces coûts en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) et indiqueront le pourcentage du revenu total éventuellement requis sous forme de taxes pour couvrir les coûts du programme à court et à long termes.

Dans la mesure où les taxes sur les salaires, les primes individuelles, les recettes fiscales générales, les cotisations et les paiements de transfert au régime public d'assurance-maladie sont rajustés annuellement pour compenser les coûts projetés du régime au cours de l'exercice suivant, seulement une mesure de la suffisance des fonds au cours de l'exercice suivant doit être fournie. À cette fin, il conviendrait de déterminer si le revenu projeté pour l'exercice suffit à couvrir les coûts projetés et si la réserve pour éventualités est suffisante pour couvrir la variation raisonnable des coûts réels à partir des coûts projetés. Compte tenu du lien entre le niveau de financement et l'offre de services disponibles, un autre résultat pourrait prendre la forme d'une estimation à savoir si les services qui peuvent être fournis, compte tenu du budget disponible, pourront satisfaire aux demandes de service anticipées de la population canadienne.

Malgré leur incertitude inhérente, ces projections à long terme donnent une indication valable du coût futur éventuel et de la viabilité de ces programmes. Si l'on joint les données du coût projeté du RPC/RRQ et du régime public d'assurance-maladie, et si on en compare le résultat avec les données projetées du PIB ou d'autres indicateurs économiques, on obtiendra un indicateur important du coût futur probable de ces programmes par rapport à l'ensemble de l'économie. Par conséquent, ils constitueraient la base du jugement posé sur la viabilité politique et économique ultime de ces deux importants programmes.

Gestion des coûts globaux

Un deuxième enjeu a trait à la gestion des coûts globaux du programme et leurs répercussions au plan économique et politique, peu importe le mode de financement considéré.

Ces dernières années, bon nombre de gouvernements du Canada ont noté une hausse rapide des coûts des soins de santé et ont manifesté de l'intérêt pour la gestion de leurs budgets en la matière. Au moment où l'on accordait de plus en plus d'attention à l'état des finances publiques, on a reconnu que le manque relatif de données pertinentes nuisait à la fois au suivi du rendement actuel et à l'élaboration de solutions novatrices, le cas échéant, pour régler les problèmes qui émergent.

Le Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie jouera un rôle de chef de file pour ce qui est de promouvoir la mise au point de données pertinentes afin de s'acquitter de son mandat. L'évaluation de la viabilité à long terme fournit une perspective supplémentaire des coûts réels, actuels et futurs, associés aux programmes publics d'assurance-maladie. L'actuaire devra être en mesure de déterminer les principaux facteurs de coût et préparer des projections financières qui peuvent servir à évaluer les répercussions économiques probables de l'assurance-maladie sur l'ensemble de l'économie, de même que sur les finances publiques. Le Bureau devra examiner les prestations versées, ainsi que les modifications proposées au fonctionnement du régime et leur incidence financière. Il devra également projeter les ressources requises pour satisfaire aux besoins issus de l'évolution et du vieillissement de la population et de la distribution démographique qui en découle.

L'actuaire de l'assurance-maladie devra également préparer diverses autres estimations financières à l'intention des hauts fonctionnaires et des organismes publics compétents. Par exemple, il pourra fournir des estimations à long terme sur l'incidence des coûts résultant de modifications aux programmes proposées par quelque palier de gouvernement que ce soit.

En raison de ses capacités en matière de recherche et de développement, l'actuaire de l'assurance-maladie sera bien placé pour examiner de nouvelles possibilités afin d'accroître l'efficacité en optimisant le rapport coût-bénéfice des principaux soins de santé ou en prévoyant les déséquilibres probables entre les ressources disponibles et les besoins de la population.

Financement stable et normes de service

Puisqu'il devra projeter les ressources requises pour permettre au régime public d'assurance-maladie de respecter les normes de service établies, il sera donc tout naturel que l'actuaire de l'assurance-maladie détermine si les normes minimales de service sont et seront satisfaites, compte tenu de toutes les ressources financières disponibles. La qualité des soins est étroitement liée aux ressources financières disponibles. Nous croyons qu'il serait simpliste de mesurer et de projeter la capacité des programmes publics d'assurance-maladie à satisfaire aux normes de service sans évaluer simultanément les niveaux actuels et futurs des ressources financières. À mesure que l'on reconnaît les attentes croissantes quant au respect de normes de service en matière de santé, il faut songer à établir le lien avec les ressources requises pour respecter des normes mieux définies.

La capacité du régime public d'assurance-maladie de fonctionner de façon plus stable, que ce soit du point de vue de son financement ou du respect des normes de service, devra devenir un élément clé de son évaluation et de sa gestion globale. L'actuaire pourra conséquemment recommander l'affectation d'un groupe d'actifs ou de sources de revenus au financement du régime public d'assurance-maladie. Ces groupes d'actifs ou de sources de revenus pourront être allouées d'une manière ordonnée et favoriseront ainsi la réduction de l'impact des fluctuations économiques ou démographiques imprévues à court terme. À défaut d'une telle affectation, des coûts imprévus (ou non prévus au budget) pourra engendrer une augmentation des cotisations requises, une réduction du niveau ou de la qualité du service offert, ou une combinaison de ces résultats (comme cela s'est produit ces dernières années). Par contre, la démarche que nous proposons pourra également se traduire par une meilleure équité intergénérationnelle.

Exigences proposées en matière de rapports en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*

L'Institut Canadien des Actuaires propose l'élargissement de la *Loi canadienne sur la santé* pour exiger des examens actuariels périodiques de tous les éléments du régime public d'assurance-maladie, que ce soit individuellement ou globalement, pour en garantir la viabilité à long terme pour les générations actuelles et futures. L'actuaire de l'assurance-maladie devra faire rapport aux ministres fédéraux et provinciaux compétents de la Santé et(ou) des Finances chargés du régime public d'assurance-maladie, et pourra ensuite formuler des recommandations en vue de modifier les taux de prestation ou de cotisation, ou les deux.

Le rapport de l'actuaire de l'assurance-maladie devra décrire les enjeux à prendre en compte, et recommander des pratiques, des méthodes actuarielles et des hypothèses, notamment en ce qui a trait à:

- la nature permanente du programme d'après les lois et règlements en vigueur;
- toutes les sources de revenu pour le programme, y compris les taxes sur les salaires, les cotisations individuelles, le revenu de placement, les recettes fiscales générales affectées, ainsi que les transferts entre gouvernements;
- la question à savoir si un test de suffisance des fonds est justifié, compte tenu du fait que les niveaux de revenu et de prestation peuvent être établis par règlement, et si le test retenu est suffisant;
- la sensibilité des résultats de l'analyse par rapport aux hypothèses de rechange qui diffèrent de celles que renferme le modèle prévu; et
- aux répercussions anticipées des modifications récentes et(ou) en suspens ayant été apportées au programme.

Un autre objectif important du rapport consisterait à informer l'ensemble des Canadiens de la situation financière actuelle et projetée du régime public d'assurance-maladie. Cette information devrait permettre une meilleure compréhension de la situation financière du régime d'assurance-maladie et des facteurs qui influent sur les coûts, de manière à favoriser un débat public éclairé des divers enjeux.

À l'instar des rapports d'évaluation du RPC, un groupe d'experts techniques devrait examiner les méthodes et recommandations de l'actuaire de l'assurance-maladie pour s'assurer qu'elles sont raisonnables et qu'elles satisfont aux principes actuariels généralement reconnus.

Conclusion

Le régime public d'assurance-maladie est un important fournisseur de soins de santé aux Canadiens. En principe, il représente un élément essentiel de notre sécurité économique et sociale et il est perçu par bon nombre de Canadiens comme l'un des traits particuliers de l'identité canadienne. Les actuaires participent à la conception, à la tarification et au financement des régimes d'assurance et de retraite. En tant que membres de l'ICA, ils doivent respecter les normes les plus strictes d'intégrité personnelle ainsi que des normes professionnelles qui visent à empêcher la politisation de leur rôle ou le biais de leurs opinions professionnelles. Le fait d'exiger que le régime public d'assurance-maladie soit assujéti aux mêmes examens actuariels que les autres régimes d'assurance publics ou privés permettrait d'accroître la confiance en sa capacité à tenir ses promesses et de garantir un financement et un rendement plus stables. L'actuaire de l'assurance-maladie jouera un rôle très important pour ce qui est d'assurer la stabilité financière et le rendement optimal de ces programmes, et pour rassurer les Canadiens à l'effet que ce programme crucial est et continuera d'être viable à court et à long termes.

Contacts

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer l'une des personnes suivantes :

Dave Pelletier, président de l'ICA, au (416) 682-0011

Robert L. Brown, ancien président de l'ICA, au (519) 888-4567, poste 5503

Claude Ferguson, président de la Commission de pratique sur les soins de santé, au (514) 862-1902

Rick Neugebauer, directeur général de l'ICA, au (613) 236-8196, poste 108

ANNEXE A

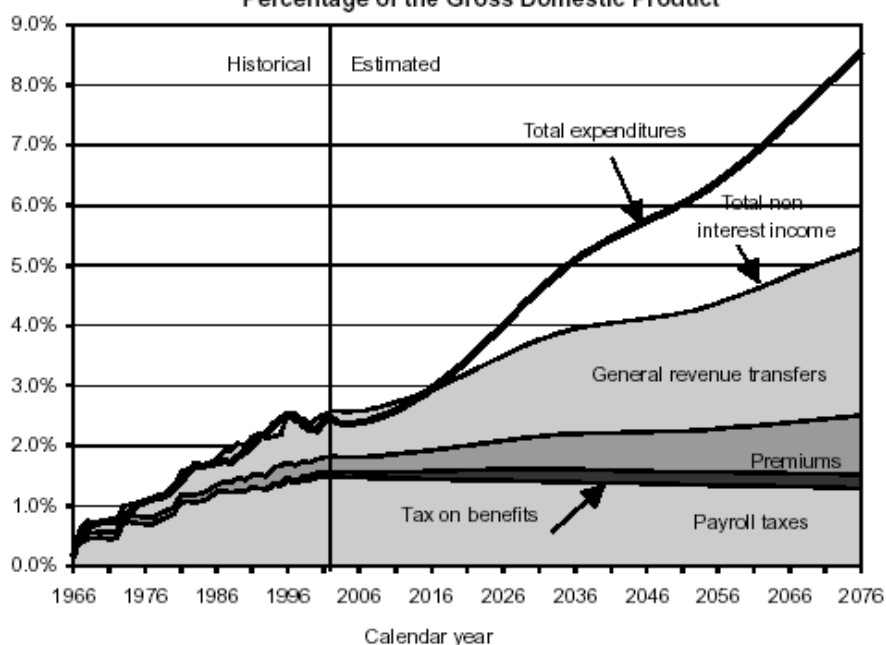
Extraits tirés du document intitulé :

THE 2002 ANNUAL REPORT OF THE BOARDS OF TRUSTEES OF THE FEDERAL HOSPITAL INSURANCE AND FEDERAL SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE TRUST FUNDS

Washington, D.C., 26 mars 2002

“This 2002 report is the 37th to be submitted. The report evaluates the near-term and longer-term financial status of both the HI and SMI trust funds under a range of possible future conditions. In past years, separate annual reports were issued for each trust fund. By combining the two reports, the Board believes that this important information can be presented in a more cohesive and convenient manner. A combined report can also better reflect both the high degree of integration between Medicare’s two parts and the many factors that will have a common impact on future HI and SMI costs and thus can more effectively convey the financial outlook for the Medicare program as a whole.

Figure I.D2.—Medicare Sources of Non-Interest Income and Expenditures as a Percentage of the Gross Domestic Product



As shown in figure I.D2, payroll tax revenues increased rapidly as a percentage of GDP in the past, due to increases in the HI payroll tax rate and maximum taxable earnings base, the latter of which was eliminated in 1994. In the future, however, payroll taxes are not projected to grow faster than GDP primarily because no further increases in the tax rate are scheduled in present law. (The ratio decreases slowly over time, since wages, salaries, and self-employment income are expected to decline gradually as a share of total compensation, with faster growth in fringe benefits making up the difference.) HI revenue from income taxes on Social Security benefits would increase as a share of GDP as additional beneficiaries become subject to such taxes.

By comparison, growth in SMI premiums and general fund transfers is expected to continue to outpace GDP growth and HI payroll tax growth in the future. This phenomenon occurs primarily because, under present law, SMI revenue increases at the same rate as expenditures, whereas HI revenue does not. Thus, as the HI sources of revenue become increasingly inadequate to cover HI costs, SMI revenues would represent a growing share of total Medicare revenues. Indeed, if nothing were done to address the large financing gap projected for HI under current law and total expenditures exceed future income as shown in figure I.D2, then general revenue transfers would ultimately constitute the largest single source of income to the Medicare program as a whole—and would place a large burden on the federal budget. Although a smaller share of the total, SMI premiums would grow just as rapidly as general revenues, thereby also placing a growing burden on beneficiaries. (Section II.C of this report provides a further assessment of the implications of SMI cost growth for the federal budget and for beneficiaries.)

This section has summarized the total financial obligation posed by Medicare and the manner in which it is financed. These are important issues for policy makers and the public to consider. Under present law, however, the HI and SMI components of Medicare have separate and distinct trust funds, each with its own sources of revenues and mandated expenditures. Accordingly, the financial status of each Medicare trust fund must be assessed separately. The next two sections of this report present such assessments for the HI trust fund and the SMI trust fund, respectively.

(p.98)

“b. Fee-for-Service Payments for Inpatient Hospital Costs

Almost all inpatient hospital services covered by HI are paid under a prospective payment system. The law stipulates that the annual increase in the payment rate for each admission will be related to a hospital input price index (also known as the hospital market basket), which measures the increase in prices for goods and services purchased by hospitals for use in providing care to hospital inpatients. For fiscal year 2002, the prospective payment rates have already been determined. The projections contained in this report are based on the assumption that for fiscal year 2003, the prospective payment rates will be increased by the increase in the hospital input price index, less the percentages specified by Public Law 106-554, the Benefits Improvement and Protection Act of 2000. For fiscal years 2004 and later, current statute mandates that the annual increase in the payment rate per admission equal the annual increase in the hospital input price index.

Increases in aggregate payments for inpatient hospital care covered under HI can be analyzed in five broad categories, all of which are presented in table III.A1:

- (1) Labor factors—the increase in the hospital input price index that is attributable to increases in hospital workers’ hourly earnings (including fringe benefits);
- (2) Non-labor factors—the increase in the hospital input price index that is attributable to factors other than hospital workers’ hourly earnings, such as the costs of energy, food, and supplies;
- (3) Unit input intensity allowance—the amount added to or subtracted from the input price index (generally as a result of legislation) to yield the prospective payment update factor;
- (4) Volume of services—the increase in total output of units of service (as measured by covered HI hospital admissions); and
- (5) Other sources—a residual category, reflecting all other factors affecting hospital cost increases (such as intensity increases).

(p.112)

“b. Fee-for-Service Payments for Aged Enrollees and Disabled Enrollees without End-Stage Renal Disease

Disabled persons with end-stage renal disease (ESRD) have per enrollee costs that are substantially higher and quite different in nature from those of most other disabled persons. Hence, SMI costs for them have been excluded from the analysis in this section and are contained in a later section. Similarly, costs associated with beneficiaries enrolled in managed care plans are discussed separately.

(1) Carrier Services

(a) Physician Services

Medicare payments for physician services are based on a fee schedule, which reflects the relative level of resources required for each service. The fee schedule amount is equal to the product of the procedure’s relative value, a conversion factor, and a geographic adjustment factor. Payments are based on the lower of the actual charge and the fee schedule amount. Increases in physician fees are based on growth in the Medicare Economic Index (MEI),²⁵ plus a performance adjustment reflecting whether past growth in the volume and intensity of services met specified targets under the sustainable growth rate mechanism. Table III.B1 shows the projected MEI increases and performance adjustments for 2003 through 2011. The physician fee updates shown through 2002 are actual values. The modified update shown in column 4 reflects the growth in the MEI, the performance adjustment, and any legislative impacts, such as the addition of preventative services.

Per capita physician charges also have increased each year as a result of a number of other factors besides fee increases, including more physician visits per enrollee, the aging of the Medicare population, greater use of specialists and more expensive techniques, and certain administrative actions. The fifth column of table III.B1 shows the increases in charges per enrollee resulting from these residual factors. Because the measurement of increased allowed charges per service is subject to error, this error is included implicitly under residual causes. Based on the increases in table III.B1, table III.B2 shows the estimates of the incurred reimbursement for physician services per fee-for-service enrollee.

(p.124)

“B. AVERAGE MEDICARE EXPENDITURES PER BENEFICIARY

Table IV.B1 shows historical average per beneficiary expenditures for HI and SMI, as well as projected costs for calendar years 2002 through 2011 under the intermediate assumptions.

For both HI and SMI, costs increased very rapidly in the early years when Medicare was still a new program and as a result of the rapid inflation of the 1970s and early 1980s. In addition, the cost-based reimbursement mechanisms in place provided relatively little incentive for efficiency in the provision of health care. Growth in average HI expenditures moderated dramatically following the introduction of the inpatient hospital prospective payment system in fiscal year 1984 but accelerated again in the late 1980s and early 1990s due to rapid growth in skilled nursing and home health expenditures. During this same period, SMI average costs generally continued to increase at relatively fast rates but slowed somewhat in the early 1990s with the implementation of physician fee reform legislation.

Expenditure growth moderated again during the late 1990s due to the effects of further legislation, including the Balanced Budget Act of 1997 (BBA), and efforts to control fraud and abuse. In addition, historically low levels of general and medical inflation helped reduce Medicare payment updates. HI per beneficiary costs actually decreased in 1998, 1999, and 2000, in part because of such BBA mandates as a reduction in payment updates to providers and a shift in home health benefits from HI to SMI, and because of a decline in utilization of services.

(p.126)

“C. MEDICARE COST SHARING AND PREMIUM AMOUNTS

HI beneficiaries who use covered services may be subject to deductible and coinsurance requirements. A beneficiary is responsible for an inpatient hospital deductible amount, which is deducted from the amount payable by the HI trust fund to the hospital, for inpatient hospital services furnished in a spell of illness. When a beneficiary receives such services for more than 60 days during a spell of illness, he or she is responsible for a coinsurance amount equal to one-fourth of the inpatient hospital deductible for each of days 61-90 in the hospital. After 90 days in a spell of illness, each individual has 60 lifetime reserve days of coverage, the coinsurance amount for which is equal to one-half of the inpatient hospital deductible. A beneficiary is responsible for a coinsurance amount equal to one-eighth of the inpatient hospital deductible for each of days 21-100 of skilled nursing facility services furnished during a spell of illness.

Most persons aged 65 and older and many disabled individuals under age 65 are insured for HI benefits without payment of any premium. The Social Security Act provides that certain aged and disabled persons who are not insured may voluntarily enroll, subject to the payment of a monthly premium. In addition, since 1994, voluntary enrollees may qualify for a reduced premium if they have at least 30 quarters of covered employment.

Under SMI, all enrollees must pay a monthly premium. Most SMI services are subject to an annual deductible and coinsurance. The annual deductible and the coinsurance percentage (percent of costs that the enrollee must pay) are set by statute. The coinsurance percentage has remained at 20 percent since the inception of the trust fund.

Table IV.C1 shows the historical levels of HI and SMI deductibles, HI coinsurance, and HI and SMI premiums, as well as projected values for future years based on the intermediate set of assumptions used in estimating the operations of the trust funds. Certain anomalies in these values resulted from specific trust fund features in particular years (for example, the effect of the Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 on 1989 values). The amounts of the HI and SMI premiums and the HI deductibles and coinsurance are required to be announced in the Federal Register in September of each year for the upcoming year. The values listed in the table for future years are estimates, and actual amounts are likely to be somewhat different as experience emerges.

ANNEXE B

Extraits tirés du document intitulé :

*Review of Assumptions and Methods of the Medicare Trustees' Financial Projections
Technical Review Panel on the Medicare Trustees Reports*

Décembre 2000

(p. 9)

Recommendation I-8: The Panel recommends that distinctions among spending be made within each age/gender cell for decedents and survivors.

Spending for decedents is, on average, about 6 times higher than that for survivors (Lubitz and Riley, 1993). As age/gender-specific mortality rates change, more individuals in any given age/gender cell will survive. Thus, the age/gender-specific spending profile will change (Reese, 2000). Incorporating information on survivor/decedent spending will allow more consistent treatment of spending changes associated with improved mortality and will represent a first step toward incorporating health status into the models.

Recommendation I-9: The Panel recommends that explicit health status models be developed for eventual incorporation into the projection methodology.

Ultimately, models for projecting trust fund expenditure growth should incorporate, in a sophisticated manner, the impact of changing health status on spending patterns. More sophisticated modeling approaches, such as microsimulation, hold promise for developing a better set of tools for this purpose. Research organizations can help provide the expertise necessary to develop such models. A current effort in this regard is well under way at The Rand Corporation. The Panel recommends that the Trustees consider using such research efforts as resources to refine the trust fund projection methods and that they take advantage of, and encourage, work in this area, as the resulting models could enhance existing projection techniques.

(p.51)

“Early Warning Indicators and Sensitivity Analysis

Recommendation IV-8: The Panel recommends that a new set of indicators be developed that focuses on sources of uncertainty and sensitivity of health care projections for both HI and SMI with respect to underlying factors that can significantly affect future costs, including the effects of managed care, under alternative scenarios.

The Panel believes that, in addition to the three alternative projection scenarios and four HI sensitivity analyses included in the current Trustees Reports, additional indicators of future Medicare costs and results of expanded sensitivity analyses should be developed and presented.

The analysis of relative sources of uncertainty in projections (recommendation IV-1) should provide the information needed to derive a useful set of early warning indicators that would be regularly monitored and reported on by the Trustees. One approach to study the significance of various cost drivers of the health care environment (in addition to demographic and general economic factors) is to use sensitivity tests. Although low-cost and high-cost projections provide some insight into the uncertainty and importance of the different aspects and variables involved, these projections represent broad-brush approaches. Additional specific sensitivity analyses are needed.

The HI Trustees Report currently shows the sensitivity of the summarized income rates, cost rates, and actuarial balance to changes in certain variables. Specific sensitivities are shown for variations in the real-wage differential, the consumer price index, the real interest rate, and overall health care cost trends. The Panel believes that further tests of sensitivity for HI should be added, including variables such as the enrollment in managed care programs, the continued substitution of ambulatory care for inpatient services, and variations in the ratio of costs in the year-of-death to average costs for all other beneficiaries.

Although not a sensitivity or actuarial balance test per se, the year of exhaustion of the HI Trust Fund is currently viewed as an important indicator of the program's degree of funding, as an early warning measure, and as a gauge of the accuracy of the Trustees' projections. This measure can be quite sensitive to the economic and demographic assumptions used. Therefore, the sensitivity of this indicator should be included with the sensitivity values shown. Currently, no sensitivity tests are shown in the SMI Trustees Report. The Panel believes that such tests, expressed in terms of the effects on overall SMI costs and on per beneficiary costs, should be included.

(p.56)

Recommendation V-3: The Panel recommends greater coordination of relevant research projects and agendas across executive branch agencies, congressional support agencies, private foundations, and public and private research organizations.

Many entities sponsor or perform research relating to the Medicare program. They include a large number of agencies in HHS (AHRQ, HRSA, CDC, ASPE, as well as HCFA); congressional support agencies (MedPAC, GAO, CRS, CBO); private foundations (for example, the Robert Wood Johnson Foundation, the Kaiser Family Foundation, the Commonwealth Fund, etc.); and public and private research organizations (for example, The Rand Corporation, The Urban Institute, Mathematica Policy Research, Inc., various university-based researchers, etc.).

If the envisioned coordination effort is led by a governmental entity, it will require new resources to be successful. The effort must extend beyond the executive branch and include congressional support and private sector representatives, as well. The purpose of this coordination is to produce and manage a research agenda that is focused on the key factors, including behavioral responses, that drive cost and quality in the Medicare program.

Under ASPE's leadership, coordination of research that is sponsored or conducted somewhere within HHS is just beginning. No document compiles, and no research management process exists to coordinate, all Medicare-related research within HHS and across the Congressional support agencies and private organizations. Yet it is clearly in the public interest—and in every research-sponsoring organization's individual interest—to minimize duplication and maximize cooperation and complementarity in agenda setting, as well as in shared data set arrangements.

A useful way to meet this recommendation would be to create an annual report describing current research activities. Ideally, such a report would be broad enough to cover research sponsored by a variety of private and public sources. New public-private partnerships may be required to create and maintain this kind of coordination. For example, OACT may coordinate efforts with the Academy for Health Services Research and Health Policy. All Medicare-related research efforts outside OACT—whether sponsored by congressional support agencies or by private entities— should remain, as they have been to date, complementary to efforts within OACT to better understand the dynamics of the Medicare program.

The stunning array of changes within the Medicare program since 1995 has created large gaps in our knowledge of certain issues that are highly relevant to forecasting the Medicare trust funds' prospects in the near-term and in the long term. These knowledge gaps should be the focus of the coordinated research agenda. The key research questions include, but are not limited to, the following:

- Provider reactions to newly implemented prospective payment systems (for example, skilled nursing facilities, home health, hospital outpatient);
- Causes of the decline of intensity in the inpatient hospital case-mix index in 1998-2000;
- Site of care (inpatient vs. ambulatory) changes over time and the cost implications of these shifts;
- Effect of technological change on costs of certain key conditions and procedures;
- Expenditure differentials by health status among different age-gender groups;
- Plan and beneficiary participation trends in Medicare managed care, especially in response to changes in payment or premium cost rates;
- Assumptions underlying the “managed care shift” effect in the current projection methodology;
- Sources of cost growth for physician services;
- Responses to the Sustainable Growth Rate legislation affecting physician payment rates; and
- Sustainability of continued long-term Medicare cost growth.

As an important example of the need for research coordination, consider the new payment systems enacted by the BBA. At this time, no existing research management process appears likely to guarantee that each new system will be studied in a classic pre-post design so that proper inferences about response behavior can be drawn. This absence of knowledge will further hamper the Trustees' ability to predict responses to changes in the new payment systems already passed by Congress (BBRA 1999) and likely to continue in the future. Thus, the need for comprehensive coordination of Medicare-related research efforts and priorities is clear.