

À quoi peut servir la concurrence en assurance santé?

Gabrielle Demange Directeur d'études EHESS (DELTA)

Pierre-Yves Geoffard Directeur de recherche CNRS (DELTA) & Professeur invité à l'iems, Université de Lausanne)

Aôut 2004

Résumé.

Cet article analyse quelles modalités de concurrence dans l'assurance santé peuvent améliorer l'efficacité du système tout en satisfaisant à certains impératifs d'équité. L'analyse s'appuie sur des arguments théoriques et quelques expériences étrangères. La régulation des relations entre les professionnels de santé et les patients est mise au centre de notre approche. En particulier, les stratégies d'organismes d'assurance en concurrence – actions sur les producteurs de soins, différenciation des contrats de couverture, sélection des risques- sont évaluées en fonction de la latitude qui leur est laissée. Nous espérons ainsi éclairer le bien fondé des récentes réformes entreprises en France.

Mots clés:

Concurrence, assurance santé, sélection des risques, mode de rémunération, professions de santé

Abstract

This paper studies how competition in health insurance markets may improve the health system efficiency, while respecting some equity constraints. The analysis is based upon theoretical arguments, and lessons drawn from some recent reforms in other countries. The regulation of the relationship between health care professionals and patients is central to our approach. In particular, the strategies of insurance firms in a competitive market – actions on health care producers, differentiation of insurance contracts, risk selection- depend on how the system is regulated. We hope that this analysis helps to assess some recent reforms undertaken in France.

Keywords:

Competition, health insurance, risk selection, health care professionals, payment schemes.

Classification JEL: I18, G22, I11

1. Introduction

L'analyse des systèmes d'assurance maladie fait apparaître une grande diversité des modes d'organisation à travers différents pays¹. De nombreux pays s'appuient sur une assurance publique, parfois complétée, pour certains soins ou certaines populations, par des caisses privées, qui peuvent être à but lucratif ou non. Dans d'autres pays, au contraire, l'assurance maladie est pour l'essentiel confiée à des sociétés privées, qui exercent leur activité dans un environnement concurrentiel. En France, d'aucuns pensent que la gestion de l'assurance maladie pourrait bénéficier d'une organisation plus concurrentielle. Nous nous interrogeons ici sur le bien fondé de cette approche.

En premier lieu, il importe de préciser la forme que peut prendre une telle concurrence entre assureurs – en effet, de nombreux modes de régulation sont possibles, comme l'atteste la diversité des systèmes où la concurrence entre assureurs joue un rôle important – Pays-Bas, Etats-Unis, Suisse, Allemagne. En France, les réformes les plus récentes de l'assurance maladie conduisent à des transferts de dépenses (médicaments, consultations,...) de l'assurance sociale vers les organismes complémentaires en situation de concurrence ; certaines propositions de réforme (notamment le rapport Chadelat) recommandent également de s'appuyer davantage sur une telle organisation concurrentielle.

Il convient également de préciser selon quels critères nous évaluons l'intérêt d'une organisation plus concurrentielle du système de santé. Dans cet article, nous nous demanderons quels mécanismes concurrentiels permettent ou permettraient d'améliorer l'efficacité du système, tout en restant compatible avec les impératifs d'équité et d'accès universel aux soins. En outre, l'introduction de mécanismes concurrentiels régulés peut entraîner des effets redistributifs importants – certains acteurs du système peuvent craindre une telle évolution, et leur opposition peut aboutir à un blocage politique empêchant la mise en œuvre des réformes.

Un économiste pourrait être tenté d'ajouter que la concurrence permet aussi d'adapter le niveau des dépenses de santé aux besoins. Nous nous intéressons ici à l'assurance de base, financée par des cotisations obligatoires. Son champ est défini par la « société » et recouvre les soins considérés comme indispensables, accessibles à tout citoyen. En France, le niveau des dépenses est laissé, du moins en théorie, au politique via l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie) voté par le Parlement². Aussi une contrainte fondamentale est pour la puissance publique de garder le contrôle de ce que chacun paye à ce régime. Nous décrirons, à la lumière des systèmes mis en place aux Pays-bas et en Suisse, comment satisfaire à cette contrainte.

Le plan de cet article est le suivant. L'analyse du système gagne à s'appuyer sur une solide compréhension des comportements individuels, et de leurs déterminants. Ainsi, la première

¹ Voir par exemple le rapport du CREDES (Boccognano et al., 1998), et l'analyse de Demange et Geoffard (2002).

² D'ailleurs, il n'est pas inutile de rappeler que la croissance des dépenses de santé a été forte dans tous les pays développés quel que soit le système (financement privé versus public, prestations publiques versus privées). Concurrence ne rime pas toujours avec restriction des dépenses.

section est consacrée à la relation entre un patient et un professionnel de santé. Des arguments, tant théoriques qu'empiriques, plaident pour une gestion de cette relation par l'organisme assureur, qu'il soit public ou privé. On peut s'attendre à ce que des organismes en concurrence gèrent cette relation de façon active. Les sections suivantes sont consacrées à l'impact de la régulation de la concurrence sur les stratégies des organismes, et par voie de conséquence sur les bénéfices et inconvénients de la concurrence pour les différents acteurs du système. Enfin, nous étudions aussi dans quelle mesure l'introduction de la concurrence peut remettre en cause certaines rentes, notamment celles capturées par des producteurs de soins – si ces derniers disposent de relais efficaces au sein du pouvoir politique, la crainte d'une remise en cause des rentes peut aller jusqu'à un blocage de toute tentative de réforme. Notre analyse, qui s'appuie sur des arguments théoriques et sur quelques expériences étrangères, tente de prendre la mesure des difficultés, et d'examiner les différents remèdes proposés.

2. La relation patient-médecin

La relation entre un patient et un professionnel de santé est au cœur de la production de soins, et donc de son coût. Dans tout système où ces coûts sont couverts par une ou des assurances, cette relation³ doit être régulée. Rappelons les raisons, qui sont bien connues. Les arguments sont généraux, et pour la plupart s'appliquent aussi bien à l'assurance de risque dommages qu'à l'assurance du risque maladie.

La maladie est un événement risqué, qui entraîne des coûts de plusieurs natures – souffrance subjective de la personne malade, perte de productivité qui peut entraîner une baisse de revenu, et dépense de soins associée au rétablissement, partiel ou total. Notre analyse porte sur ce dernier aspect du risque, celui qui est couvert par l'assurance maladie⁴. L'assurance n'est effective que si le patient reçoit en cas de sinistre une somme lui permettant de faire face, au moins en partie, à ces coûts de «réparation». Mais l'état de santé étant lui-même difficilement observable par l'assureur, le transfert monétaire reçu par l'assuré dépend le plus souvent de la dépense engagée.

De cette évidence on peut tirer deux conséquences simples mais cruciales. D'une part, l'assurance introduit par essence une distorsion du système de prix auquel fait face le patient – lorsque la demande de soins est élastique, ceci peut conduire à une demande «excessive» de soins (phénomène souvent qualifié⁵ d'«aléa moral *ex post*»). D'autre part, le prix demandé par le «réparateur» ne peut pas être fixé par ce dernier. Aussi, depuis longtemps, les financeurs, qu'ils soient privés ou publics, ont contrôlé les tarifs médicaux (voir Mc Guire, 2000). Si le réparateur (le producteur de soins) ne peut pas fixer le prix, peut-il fixer les quantités ? Dans le cas où sa rémunération dépend de la quantité (comme c'est le cas de la rémunération à l'acte), la concurrence entre médecins ne fournit pas d'incitation à brider une demande excessive (Rochaix, 1989): la combinaison du remboursement des soins et du

³ Par souci de concision dans la présentation, nous qualifierons de relation «patient-médecin» toute relation entre un patient et un professionnel de santé, voire un établissement de soins.

⁴ La perte de revenu associée à l'arrêt du travail lors d'un épisode de maladie peut être également couverte par une assurance (en France, les indemnités journalières), associée ou non à la prise en charge des dépenses de soins.

⁵ Sur ce phénomène «d'aléa moral», voir notamment Newhouse (1993) et, pour une présentation récente, Geoffard (2000a).

paiement à l'acte entraîne une coïncidence d'intérêts du patient et du médecin pour une consommation plus importante de soins.

Ainsi le rôle de la tierce partie qui finance les soins et qui s'insère entre le producteur et le consommateur de soins est essentiel pour réguler cette relation et plus généralement pour chercher la qualité des soins au meilleur coût. Nous qualifierons d'«organisme» une telle tierce partie qui peut être une caisse d'assurance, un entrepreneur de soins, un financeur. La gestion du risque santé peut passer par des contrôles a posteriori (mécanismes de sanction) et/ou des mécanismes incitatifs. Un point essentiel est que l'articulation de ces organismes entre eux – par exemple centralisation ou concurrence ou encore délégation de monopole – conditionne fortement leurs incitations et leur capacité à réguler la relation «patient-médecin». Cet article se place dans cette perspective. Que peut-on attendre d'une concurrence entre assureurs dans l'assurance maladie? Nous étudierons les stratégies des organismes en concurrence en fonction de leur marge de manœuvre. Enfin, à la lumière des expériences étrangères, nous nous interrogerons sur la capacité des assurés à faire «jouer» la concurrence.

Avant d'aller plus loin nous pouvons déjà noter le point suivant. Pour que la mise en concurrence des assureurs dégage des gains d'efficience, il est nécessaire de transférer aux organismes en concurrence des outils leur permettant de gérer le risque santé. Aussi, *se limiter à un transfert des charges financières, et donc des recettes correspondantes à travers une augmentation des cotisations des mutuelles et des primes d'assurance, ne peut pas en soi améliorer l'efficacité du système. Cette vision répond à une logique budgétaire ou comptable, mais ne s'attaque pas au cœur du problème* La relation entre un patient et un médecin.

3. Délimiter la concurrence entre organismes

Plusieurs formes de concurrence sont possibles, selon la latitude laissée aux organismes

- pour déterminer les primes-cotisations des assurés
- dans leurs relations avec les producteurs de soins.

Le lecteur trouvera en annexe une description rapide des systèmes mis en place aux Pays-Bas et en Suisse.

Tout d'abord, des impératifs d'équité pèsent sur le système. Il peut être tout à fait choquant que la contribution d'une personne au financement des soins soit trop fortement liée à son état de santé plutôt qu'à sa capacité contributive (selon un principe de tarification actuarielle). Des barrières financières limitant excessivement l'accès aux soins peuvent même s'avérer inefficaces, lorsqu'elles conduisent à une détérioration de l'état de santé préjudiciable pour autrui (maladies infectieuses) ou nécessitant à terme des dépenses de soins plus élevées. Enfin, dans une perspective de long terme, la distinction entre assurance et solidarité est moins nette. L'assurance concurrentielle offrant le plus souvent des contrats de court terme, une tarification actuarielle fait peser sur chacun le risque de devenir un mauvais risque, et d'avoir à payer une prime élevée (Cochrane, 1995). Un mécanisme «solidaire» peut fournir une couverture plus efficace contre ce risque de «reclassification» (Geoffard, 2000b).

Il est donc fondamental de contrôler le montant payé par chacun pour l'assurance de base. Cette contrainte entraîne que les cotisations peuvent différer sensiblement des coûts actuariels (prestations espérées). Pour que cette contrainte reste compatible avec une organisation de type concurrentiel entre organismes, le système doit être fortement encadré (voir la section suivante sur les risques de sélection et l'annexe).

Clairement la concurrence ne s'opère pas suivant les mêmes modalités aux Pays-Bas, en Suisse, ou aux Etats-Unis. Dans le cas des Pays-Bas par exemple, le mécanisme de financement centralisé entraîne que la concurrence entre assureurs s'effectue essentiellement en termes de qualité de service et de minimisation des coûts. Plus généralement la latitude laissée aux organismes influence leur capacité d'agir, et détermine in fine les caractéristiques du système de santé : c'est le rôle de la régulation de la concurrence de définir cette latitude. Nous décrivons quelques éléments clefs qui permettent d'éclairer l'impact de la régulation sur les organismes.

4. Réponses des organismes à la mise en concurrence

Placés en situation de concurrence, les organismes mettent en place des stratégies afin de « maximiser » leur profit. Ces stratégies relèvent de trois catégories :

1. Gérer son « portefeuille de risques »
2. Minimiser les coûts (gestion du risque santé)
3. Se protéger de la concurrence : différenciation.

4.1. Gérer son « portefeuille de risques » : Les dangers de la sélection des risques

Des assureurs en concurrence cherchent à ajuster les primes correspondant au niveau de risque de chacun, primes appelées actuarielles ou ajustées du risque. On l'a vu, pour des raisons d'équité ou d'assurance de long terme, il peut être important que les montants demandés aux assurés puissent différer sensiblement des primes actuarielles. En l'absence d'un système de compensation, chaque assureur est incité à ne prendre en charge que les personnes dont le risque est faible. Si l'action sur l'offre de soins est difficile à mettre en œuvre, la tentation est grande de chercher à agir sur cet aspect des coûts⁶. De telles stratégies peuvent entraîner de réelles difficultés, pour une partie de la population, à s'assurer contre un risque parfois important. En dehors même de l'injustice d'une telle situation, ces stratégies sont socialement inefficaces : chaque assureur peut mobiliser des ressources importantes afin de ne pas être celui qui prendra en charge les risques les plus élevés.

Si l'accès universel est un impératif pour tout système de santé, le risque de sélection est bien réel, comme l'atteste le cas des USA. C'est pourquoi, dans les pays ayant entrepris récemment une réforme de leur système de santé comportant des éléments de concurrence entre assureurs, des réglementations strictes visent à éviter la sélection des risques. Deux outils sont mobilisés. D'une part, chaque organisme peut avoir l'obligation d'assurer toute personne qui le souhaite. D'autre part, un système de compensation entre caisses peut être mis en place afin de prendre en compte la composition du risque de leurs clientèles. Par exemple aux Pays-Bas la Caisse centrale (qui reçoit les cotisations liées en grande partie aux revenus) verse à chaque organisme une « prime ajustée du risque », calculée en fonction de facteurs observables (âge, sexe). Un tel système assure ainsi une déconnexion entre les cotisations versées et les primes reçues par l'assureur. Si cette prime est correctement ajustée au risque, l'incitation à sélectionner est faible.

⁶ Newhouse (1996), Couffinhal (2000).

Nous devons cependant noter une difficulté réelle, plus subtile (Van de Ven and Ellis, 2000). D'après les analyses statistiques, les dépenses passées d'un assuré constituent une des informations les plus significatives pour prévoir les dépenses futures. En conséquence, du point de vue de la lutte contre la sélection des risques, une tarification ajustée adéquate devrait incorporer cette information. Mais, dans une vision dynamique, lier les primes reçues par l'assureur à ses dépenses passées réduit son incitation à diminuer ses coûts. Ceci nous conduit au point suivant.

4.2. Maîtriser les coûts

Pour que des assureurs santé en concurrence améliorent l'efficacité productive deux conditions sont nécessaires □ d'une part, ils doivent être en mesure de bénéficier d'une partie des éventuels gains d'efficacité obtenus (incitations), d'autre part ils doivent disposer de modes d'action sur la demande et l'offre de soins (outils).

Incitations des organismes

Pour que les organismes soient incités à maîtriser leurs coûts, leurs ressources doivent être "prospectives", c'est-à-dire peu ou prou indépendantes du volume et de la qualité des soins consommés (pour une population couverte donnée). On peut objecter qu'une évaluation prospective risque de ne pas prendre en compte des innovations technologiques, ou des évolutions dans les pratiques. Le mécanisme de concurrence par comparaison («*yardstick competition*») permet de pallier ce défaut : les remboursements à une caisse sont ajustés à la moyenne des dépenses observées. Ce principe est très général et peut s'appliquer aussi bien aux primes versées aux organismes par classe de risque, qu'aux montants alloués par pathologie aux prestataires de soins.

Une autre difficulté plus importante est bien connue dans le domaine de régulation bancaire. Que faire si un organisme est en déficit, voire en faillite □ L'exemple des Pays-Bas a montré qu'il était très difficile de ne pas renflouer les caisses déficitaires. De ce fait, les ressources globales d'un organisme sont liées aux dépenses, d'où perte d'incitation.

Gestion du risque santé

La concurrence est bénéfique si les assureurs s'engagent dans la gestion du risque santé. De quels outils disposent-ils pour maîtriser les coûts sans nuire à la qualité ?

Du côté de la demande de soins, on a vu que l'assurance entraîne une incitation, pour l'assuré, à consommer au-delà de ce qu'il serait prêt à payer s'il assumait l'intégralité des coûts. Cet écueil pèse sur toute forme d'assurance, *qu'elle soit publique ou privée*. En admettant qu'un contrôle des assurés est extrêmement coûteux (voire dangereux s'il est laissé aux soins de caisses privées payées au forfait), il convient de conserver une participation de l'assuré au coût des soins (à travers des mécanismes de franchise ou de ticket modérateur). Mais cette participation entre en conflit direct avec la demande d'une couverture la plus complète □ ceci reflète l'un des arbitrages fondamentaux de l'assurance maladie (Cutler et Zeckhauser, 2000), entre partage des risques (efficace ex ante) et incitations (efficaces ex post). L'effet de la concurrence entre assureurs sur les dispositifs de co-paiement n'est pas clair. Remarquons simplement que dans le cas français, la plupart des assurances complémentaires propose une couverture du ticket modérateur □ ceci répond certainement à une demande des assurés, mais

vient annuler tout effet «modérateur» de la prise en charge partielle par la Sécurité Sociale. Quoiqu'il en soit, il n'est pas du tout certain qu'une mise en concurrence accrue faciliterait la mise en place de mécanismes de régulation de la demande.

A l'interaction entre la demande et l'offre, l'introduction d'un médecin référent (gatekeeping) est un des outils efficaces pour faire gérer la relation patient-médecin (spécialiste, soins hospitaliers) par un autre médecin (le plus souvent un généraliste), qui a priori dispose de plus d'information que le patient. Il est à noter que dans les pays étrangers où un patient peut choisir un contrat avec ou sans référent, les contrats avec un médecin référent sont d'un coût moins élevé. Mais, dans un tel système, il faut prêter une attention particulière aux incitations auxquelles le médecin référent est soumis, et en particulier à son mode de rémunération.

Du côté de l'offre de soins, de nombreux mécanismes existent.

En préalable, rappelons que toute régulation efficace de l'offre doit s'appuyer sur une mesure fiable, et peu manipulable, de la qualité des soins. Ces mesures de performance nécessitent un développement des systèmes d'information adéquats permettant d'évaluer tant les inputs (diagnostics, actes effectués, temps passé, matériel utilisé, prescriptions) que les résultats (indicateurs de santé, mortalité, satisfaction des usagers). La mise en œuvre de tels systèmes est particulièrement délicate, mais certaines expériences étrangères montrent que ce chantier n'est pas insurmontable, notamment dans le cas de pratiques collectives (cabinets médicaux, établissements de soins).

L'évolution des pratiques médicales dans le sens d'une plus grande efficacité peut également reposer sur la diffusion d'informations auprès des professionnels : formation continue, normes de bonnes pratiques, *benchmarking*. Mais pour que de telles procédures se traduisent par une modification des comportements, les professionnels de santé doivent se les approprier. Pour cela, le rôle des incitations est essentiel.

En effet, de nombreuses études montrent que les prestataires de soins répondent aux diverses «incitations» monétaires ou autres en modifiant leurs pratiques (Grignon et al, 2002 ; Rochaix, 1993) (ce qui ne signifie pas que les rémunérations sont les seules motivations des médecins). Qu'il s'agisse d'établissements ou de producteurs individuels, plusieurs types de mécanismes incitatifs sont potentiellement disponibles.

Tout d'abord, la mesure de la qualité des soins peut servir de base à des procédures d'accréditation, de conventionnement sélectif (ou de contractualisation). Naturellement, ceci n'est efficace que si les organismes ne sont pas tenus de contracter avec tout médecin qui le souhaite.

D'autre part, les modes de rémunération des professionnels de santé et des établissements de soins (tarification à l'activité ; du budget global ; paiement à l'acte ou par capitation, etc.) sont également des outils efficaces pour modifier les pratiques médicales dans le sens d'une meilleure qualité des soins à coût donné. Toutefois, il faut garder à l'esprit que tout mode de rémunération entraîne un partage des risques entre le producteur de soin et son financeur. Ainsi, un paiement sous forme de capitation pure (ou, a fortiori, sous forme de salaire) fait peser sur le médecin le risque d'avoir à prendre en charge une clientèle en mauvais état de santé, et de devoir y consacrer des ressources (nombre d'actes, temps passé, etc.) importantes sans compensation financière. À l'inverse, ce risque est totalement couvert dans le cas d'un paiement à l'acte, mais ce dernier peut alimenter des comportements de sur-consommation ou

de sur-prescription. L'arbitrage entre partage des risques et incitations (mais cette fois du côté de l'offre de soins) recommande, pour les médecins comme pour les établissements de santé, une combinaison de rémunération à l'activité et de paiement forfaitaire (McGuire, 2000).

Tous ces outils ont été mis en œuvre, aux Etats-Unis, dans le cadre du *Managed Care*. L'intégration verticale de l'assurance et de la production de soins (dans ses formes les plus radicales, les médecins sont salariés, employés par l'assureur...) a conduit à un profond bouleversement du système de santé américain. Elle a permis de dégager de nombreux gains d'efficacité, mais a vu se développer de multiples pratiques de sélection des risques (Cutler-Zeckhauser, 2000). A contrario, dans un pays comme la Suisse, les assureurs ne disposent pas de tels outils de gestion du risque, et la concurrence entre assureurs ne semble pas produire de gains d'efficacité.

Ainsi toute réforme efficace de l'offre de soins passe par une responsabilisation des prescripteurs de soins. Un organisme unique pourrait a priori développer les mêmes actions que des organismes en concurrence. Bien évidemment, comme pour toute activité économique, les incitations à la recherche d'efficacité sont moindres. De plus, ses marges de manoeuvre sont limitées précisément par le fait de sa position de monopole. Par exemple, l'expérience montre que le conventionnement sélectif est quasiment impossible à mettre en œuvre lorsque l'organisme d'assurance est unique□ le déconventionnement d'un producteur de soins constitue une menace tellement redoutable qu'elle n'est jamais appliquée et perd ainsi toute crédibilité. Plus généralement, toute réforme se heurte de front aux intérêts spécifiques des prescripteurs de soins. Le pouvoir des professions médicales, politique ou autre, a souvent mis en échec des tentatives de réformes du système de santé. Nous reviendrons sur l'analyse de ce pouvoir de blocage dans la section suivante.

4.3. Se protéger de la concurrence par la différenciation

Les avantages associés à une position de monopole sont tels que toute entreprise cherche à échapper à une concurrence trop frontale. Une stratégie classique de protection contre la concurrence passe par la différenciation des produits, chaque entreprise retrouvant ainsi une position de monopole sur son produit. Des organismes d'assurance en concurrence n'échappent pas à cette règle, et peuvent chercher à se différencier. En pratique, lorsque le panier de soins couverts par l'organisme est défini par la loi, les stratégies de différenciation passent par une variété des relations contractuelles entre les organismes et les assurés, d'une part, et les organismes et les producteurs, d'autre part.

Lorsque les relations contractuelles entre les organismes et les producteurs de soins ne sont pas contraintes par le cadre réglementaire (en particulier, s'il n'y a pas d'obligation de contracter), la concurrence entre organismes peut s'effectuer en contrats□ deux organismes distincts pourront alors proposer aux médecins des contrats différents (par exemple, selon la part relative du paiement forfaitaire et de la rémunération à l'activité). Ceci peut avoir deux effets□ d'une part, les médecins attirés par chacun des organismes peuvent être de caractéristiques différentes; d'autre part, la différence de mode de rémunération peut elle-même entraîner des variations de la pratique médicale. Quelle qu'en soit la cause (effet de sélection ou effet d'incitation), il est probable que des contrats différents se traduisent in fine, par des différences de qualité et de coût des soins selon les organismes, qui sont alors incités (si la réglementation l'autorise) à ajuster les primes payées par les assurés. La concurrence sur le marché de l'assurance pourrait alors voir coexister des organismes proposant plusieurs

combinaisons de qualité et de prix, pouvant à ce titre répondre à une variation de dispositions à payer pour la qualité des soins.

5. Le blocage politique

Il convient d'insister sur un point essentiel déjà évoqué : la recherche d'une meilleure efficacité du système passe nécessairement par une plus grande responsabilisation des prescripteurs de soins. Ceci peut passer, en restant dans le cadre d'un assureur en position de monopole, par la modification du mode de rémunération des producteurs. Toutefois, cette démarche se heurte souvent à une opposition forte de certaines professions médicales.

Ainsi, aux Pays Bas la sélection des producteurs s'avère impossible à mettre en œuvre car l'offre médicale, peu nombreuse, est fortement organisée. De même, le Parlement fédéral Suisse vient, sous pression des organisations médicales, d'abandonner un projet de loi qui visait à supprimer l'obligation pour chaque organisme de contracter avec l'ensemble des médecins exerçant dans le canton où réside l'assuré. Enfin, en France, deux points sont frappants : d'une part, l'augmentation de la rémunération des généralistes s'est uniquement effectuée par une hausse de la valeur de l'acte, sans aucune réforme du mode de rémunération ; d'autre part, la récente réforme de l'assurance maladie a fait porter l'intégralité de la régulation du système sur la demande de soins. Ce souci d'épargner l'offre de soins de tout effort peut s'analyser en termes d'équilibre politique.

En effet, force est de reconnaître que toute réforme, pour être mise en œuvre, nécessite l'accord d'une large proportion des producteurs de soins⁷. Tout comme dans le secteur hospitalier, une modification du mode de rémunération passe par l'introduction de paiements forfaitaires (par exemple, par patient) et, simultanément, par une baisse de la part des rémunérations qui reposent sur l'activité. Cependant, la grande variabilité des pratiques médicales révèle une réelle hétérogénéité des producteurs de soins, que ce soit en termes de formation, d'information, ou de préférences (ainsi, des différences d'arbitrage entre loisir et revenu peuvent révéler des différences de temps travaillé). Cette hétérogénéité se traduit par des différences d'attitude à l'égard des modes de paiement forfaitaires. Considérons par exemple une réforme du mode de rémunération qui introduirait un montant forfaitaire par patient en échange d'une baisse de la valeur de la consultation de 10%. Le montant minimal pour qu'un producteur accepte la réforme (c'est-à-dire pour qu'il soit compensé de la baisse de la valeur de l'acte) varie fortement suivant sa pratique et son talent. Cependant, dans l'hypothèse où aucune information sur ces caractéristiques n'est utilisable, le forfait doit être identique pour tous. Ainsi, s'il est nécessaire d'obtenir l'accord d'une part importante des producteurs, il sera nécessaire de fixer ce montant à un niveau qui peut s'avérer élevé. L'accord politique sera ainsi obtenu en l'échange d'un transfert de rentes en destination des producteurs plus enclins à accepter une rémunération forfaitaire.

Certes, cette réforme du mode de rémunération se traduit également par des gains d'efficacité, à travers la modification des pratiques médicales induite par une plus grande responsabilisation. Mais, lorsque l'offre de soins est très hétérogène, et que les comportements répondent peu à des changements de la rémunération à l'activité, le transfert net nécessaire à l'agrément des professionnels peut être plus élevé que les gains d'efficacité, ce qui se traduit pour les consommateurs par une perte de bien-être. En d'autres termes, la

⁷ Notre discussion s'appuie sur l'analyse de Demange and Geoffard (2003).

baisse des dépenses ne compense pas suffisamment la diminution de la qualité. Le pouvoir de blocage des producteurs peut alors interdire toute amélioration de l'efficacité du système qu'on peut attendre d'une modification du mode de rémunération.

Le raisonnement ci-dessus identifie l'hétérogénéité de l'offre de soins comme une des sources possibles de frein aux réformes. Il est donc tentant de répondre à ce problème par l'introduction de plusieurs modes de paiement, en laissant chaque producteur choisir sous quelle forme il préfère être rémunéré, de manière à diminuer le montant des rentes nécessaires pour obtenir l'accord des producteurs. La concurrence entre organismes peut, en théorie, conduire à une telle situation, certains organismes proposant un paiement à l'activité, d'autres offrant une rémunération plus forfaitaire. Toutefois, une telle construction se heurte à plusieurs difficultés que nous esquissons.

Supposons que les médecins se différencient par leur «talent», caractéristique non observable directement. Ce talent influence la qualité des soins fournis, à effort donné, effort observable à travers le nombre d'actes. Imaginons que deux organismes proposent chacun un contrat (montant forfaitaire plus remboursement de la consultation) différent et considérons les conséquences au niveau des médecins et des patients. Le libre choix par les médecins de tel ou tel organisme s'effectuera en fonction de leur talent. La qualité moyenne offerte par un organisme dépendra à la fois des qualités intrinsèques des médecins adhérents, et de l'effort qu'ils ont incités à fournir. Ainsi, le choix d'un contrat opère deux fonctions : l'une de sélection des médecins, l'autre d'incitations à l'effort. Quelles peuvent être les conséquences sur les patients, au moins dans un contexte de transparence et de libre choix ? Si le montant des primes payées par les assurés est imposé par la puissance publique, les organismes ne se différencient que par la qualité moyenne offerte par leurs médecins adhérents. Ceci conduit les patients à tous choisir l'organisme dont la qualité est la meilleure. Ainsi, une concurrence ne peut être effective que si les organismes sont autorisés à ajuster les primes des assurés (sauf à implémenter des péréquations entre organismes) : nous retrouvons l'effet naturel de différenciation déjà évoqué dans la section précédente.

Dans ce contexte où les caractéristiques des médecins sont révélées partiellement à travers le contrat choisi, une concurrence sur les contrats entre organismes est particulièrement délicate. D'une part, des stratégies standard de concurrence en prix conduisent les organismes à privilégier le «centre du marché». Ces forces centripètes interdisent la co-existence, à l'équilibre, de plusieurs organismes proposant des contrats différents. Mais d'autre part, un équilibre où plusieurs organismes proposeraient un contrat identique (équilibre mélangeant) est également instable : par un argument à la Rothschild-Stiglitz, (1976) il est toujours possible, dans une telle situation, de proposer un contrat différent et d'attirer de «meilleurs» médecins (au sens où ils produiraient une meilleure qualité des soins au même coût moyen). Ce phénomène d'anti-sélection (du côté des médecins) conduit à l'absence d'équilibre concurrentiel sur un tel marché.

6. L'aiguillon de la concurrence

L'assuré fait-il jouer la concurrence entre assureurs ? Pour que la concurrence produise tous ses effets bénéfiques en termes d'incitations à l'efficacité, les assurés doivent faire jouer la concurrence entre assureurs.

Une condition est nécessaire : les consommateurs doivent prendre ces décisions “En toute connaissance de cause.” Ceci nécessite de comprendre les caractéristiques du “Bien consommé (en prix et en qualité), et de connaître le coût d’opportunité de ce bien, c’est-à-dire le prix auquel ce bien est disponible par ailleurs.

Dans le domaine de la santé, cette condition est particulièrement délicate : le bien “Santé” (ou les Soins de santé) est de nature incertaine, encore plus mal connue par le patient que par l’offreur de soins, et cette incertitude rend difficile la comparaison, par chaque individu, des offres alternatives (à la fois en termes de prix et de qualité). Deux réponses peuvent être avancées : la formation de groupes d’experts, et le panier de soins.

Le panier de soins, lorsqu’il est défini par la puissance publique, est un moyen de standardiser l’offre de soins, facilitant ainsi la comparaison des offres multiples. Il joue le double rôle de déterminer les soins “minimaux” auxquels l’assuré a droit, mais aussi limite le champ couvert par l’assurance obligatoire. Dans cette optique, la détermination des soins par confrontation de l’offre et de la demande est, du moins en théorie, entièrement bridée et les gains d’efficacité sont à chercher essentiellement dans la “production” du panier de soins.

À cet égard il est intéressant de mentionner l’exemple de la Suisse. Alors que l’information sur le niveau des primes proposées par les différentes caisses est très facilement disponible, et que les prestations couvertes sont en principe rigoureusement identiques (puisqu’elles sont imposées par un panier de soins défini par la loi), de grandes disparités de prix subsistent d’une caisse à l’autre, sans que les assurés se dirigent massivement vers les caisses les moins chères.

Si l’individu ne peut pas faire jouer la concurrence, des organismes, groupes d’experts, pourraient jouer ce rôle⁸. Ces “Corps intermédiaires” doivent représenter collectivement les individus, faire contrepoids face aux prestataires de soins, et pouvoir évaluer l’offre de soins (coût, qualité, respect de normes de bonne pratique, risque des procédures). En termes économiques, ces corps intermédiaires auraient un rôle essentiel de production de bien public (l’information sur la qualité des soins, au sens large).

Conclusion

En résumé, deux conditions essentielles doivent être remplies pour que la concurrence entre organismes conduise à une réorganisation adéquate de l’offre de soins. Tout d’abord, ils doivent être en mesure de bénéficier d’une partie des éventuels gains d’efficacité obtenus : c’est le cas si leurs ressources sont “prospectives”, c’est-à-dire peu ou prou indépendantes du volume et de la qualité des soins consommés (pour une population couverte donnée). Ensuite, ils doivent disposer de modes d’action sur l’offre de soins, notamment le conventionnement sélectif des professionnels de santé et la modification de leurs modes de rémunération. Enfin, si ces deux conditions sont satisfaites, la mise en œuvre d’une gestion de l’offre de soins passe par le développement d’un nouveau métier, celui d’“Entrepreneur de soins.”

⁸ Alain Enthoven (1993) insiste sur l’importance de tels acteurs collectifs, qualifiés de «Sponsors.»

Un assureur unique pourrait, en théorie, développer une réelle gestion de l'offre de soins. Mais il est soumis à de fortes contraintes politiques, certaines professions médicales s'opposant à toute tentative de réforme (la France n'est pas un cas isolé). La régulation conventionnelle « bloc contre bloc, » qui repose sur des négociations entre les représentants des professionnels de santé et les financeurs (salariés et employeurs) a bel et bien montré ses limites. Une concurrence accrue entre assureurs permettrait-elle de sortir de cette ornière et, au-delà, d'améliorer l'efficacité du système ?

La récente réforme de l'assurance maladie renforce le rôle des organismes complémentaires. Au-delà de l'aide fiscale à la souscription d'un contrat individuel d'assurance complémentaire, les mutuelles, les institutions de prévoyance, et les sociétés d'assurance sont invitées à former une Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire, chargée de conclure des partenariats, tant avec les caisses de sécurité sociales que les représentants des professionnels de santé. Cette réforme de la « gouvernance » de l'assurance maladie conserve ainsi le principe d'une négociation centralisée. En particulier, elle interdit tout conventionnement sélectif, ou toute régulation contractuelle de l'offre de soins. Pire encore, en refusant toute modification du mode de rémunération des professionnels de soins, elle se prive d'une action potentielle efficace pour modifier les comportements médicaux dans le sens d'une meilleure efficacité.

Références

Arrow, Kenneth (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *American Economic Review*, 53, pp. 941-973. Traduction française dans *Risques* n° 26 (avril - juin 1996).

Auvray, Laurence, Anne Doussin, et Philippe Le Fur (2004), *Santé, soins et protection sociale en 2002*, CREDES, Paris.

Boccognano, Agnès, Agnès Couffinhal, Michel Grignon, Ronan Mahieu, et Dominique Polton (1998), *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé*, CREDES, Paris.

Cochrane, John (1995), "Time-consistent health insurance", *Journal of Political Economy*, 103(3): 445-473

Couffinhal, Agnès (2000), "De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective," *Economie et Prévision*, 2000/03-01, n°142, pp. 101-120.

Cutler, David, et Richard Zeckhauser (2000), "The anatomy of health insurance," *Handbook of Health Economics* Vol 1, edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse.

Demange Gabrielle et Pierre-Yves Geoffard (2002), "Quelles formes de concurrence en assurance santé ?" *Risques*, 49, 47-53

Demange Gabrielle and Pierre-Yves Geoffard "Reforming incentive schemes under political constraints: the physician agency", mimeo Delta 2003.

Enthoven, Alain, (1993), "The History And Principles Of Managed Competition" *Health Affairs* , Vol 12 (90001) 24-48

Geoffard Pierre-Yves (2000a) "Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral", *Economie et Prévision*, 142 122-135.

Geoffard Pierre-Yves (2000b) "Assurance maladie : la gestion du risque long," *Revue d'Economie Politique*; 110(4) : 457-482.

Grignon Michel, Valérie Paris et Dominique Polton avec la collaboration de Agnès Couffinhall et Bertrand Pierrard (2002) «L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins». Rapport édité par C.A.S.S.C. -Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (accessible sur site internet) Etude n° 35. 2002/11, 31 p..

Hamilton Geert Jan (2002), "Structure et financement du système de santé au Pays Bas," Colloque "Révision de la LAMal à la lumière de l'expérience des Pays-Bas," institut d'économie et management de la santé, Lausanne, 12-13 mars 2002. Texte disponible sur <http://www.hospvd.ch/iems/>

McGuire, Thomas (2000), "Physician Agency" *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds.

Newhouse, Joseph (1993), *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press.

Newhouse, Joseph (1996), " Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection," *Journal of Economic Literature*, 34(3), pp. 236-63.

Rochaix ,Lise (1989), «Information Asymmetry and Search in the Market for Physician Services», *Journal of Health Economics* , 8, 53-84

Rochaix, Lise (1993) "Financial Incentives for Physicians : the Quebec Experience", *Health Economics*, vol 2: 163-176

Rothschild, Michael, et Joseph Stiglitz (1976) : "Equilibrium in competitive Insurance Markets: An essay on the economics of imperfect information" *Quarterly Journal of Economics* 90, 629-649.

Van de Ven, Wynand, et Randall P. Ellis (2000), " Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets," in *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds.

ANNEXE Deux exemples de régulation PAYS-BAS ET SUISSE.

Nous esquissons deux systèmes contrastés. Le premier mis en place aux Pays-Bas assure la déconnexion entre cotisations versées/prestations anticipées.

Aux Pays-Bas, la réforme Dekker-Simmons (1987 – 1993) a conduit à mettre en concurrence (fortement encadrée) les caisses d'assurance maladie et à supprimer l'obligation de contracter avec des professionnels de santé⁹. Les dépenses effectivement soumises à concurrence représentent seulement 20% des dépenses totales de santé et un fonds spécial public ("Zvw") couvre les patients les plus graves, et concerne 37% des dépenses (maladies chroniques, soins de longue durée).¹⁰

Pour les deux tiers de la population, l'assurance publique est obligatoire, avec une cotisation liée au revenu¹¹ et le tiers restant, dont les revenus sont plus élevés, peut choisir une caisse privée avec une cotisation indépendante du revenu. Pour l'assurance publique, chaque assuré paie à une caisse centrale de financement sa cotisation, et peut choisir parmi différentes caisses d'assurance maladie. Celles-ci reçoivent de la caisse centrale un budget, lié à la structure de leur population couverte et pour chaque assuré, la Caisse centrale verse une « prime ajustée du risque », calculée en fonction de facteurs observables (âge, sexe).

Ainsi la cotisation versée par l'assuré est déconnectée de la prime que reçoit l'organisme pour l'assurer. Le mécanisme de financement centralisé entraîne que la concurrence entre assureurs s'effectue essentiellement en termes de qualité de service.

Il faut noter que cette réforme visait pour l'essentiel à améliorer la qualité des soins, pour une dépense totale de santé jugée « trop faible » (moins de 8% du PIB). Malgré les limites de l'expérience, le bilan en termes d'amélioration de la qualité des soins a été jugé assez positif pour que des éléments de concurrence régulée soient également introduits dans la gestion du fonds public "Zvw". A noter que la sélection des producteurs s'avère impossible à mettre en œuvre dans un pays à l'offre médicale peu nombreuse et fortement organisée (les organisations médicales s'étant vivement opposées à cet aspect de la réforme).

En Suisse, la réforme introduite par la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal) de 1995 a cherché à organiser la concurrence entre assureurs, jusque lors très peu régulée. La LAMal a défini un panier de soins, a introduit une obligation de s'assurer, et a ouvert la voie à des formes de *Managed Care*. La concurrence entre assureurs s'effectue par les prix, même si la prime d'assurance demandée par un assureur ne peut dépendre de l'âge ou du sexe de l'assuré. Ainsi même si la prime d'assurance est fixée par l'assureur, elle ne peut pas être actuarielle. Pour lutter contre la sélection des risques, chaque assureur a l'obligation d'accepter toute demande d'adhésion, et un mécanisme de compensation des risques permet aux caisses couvrant une population plus âgée de recevoir un financement de la part de caisses à la structure démographique plus favorable. Pour rendre effective l'obligation de s'assurer, les primes d'assurance des individus les plus pauvres sont partiellement prises en charge par chaque Canton. Les leçons de cette réforme ne sont que préliminaires, mais quelques éléments se dégagent. Tout d'abord, le développement du *Managed Care* concerne surtout quelques Cantons et reste faible, notamment en Suisse Romande et en revanche, les exemples de pratiques de sélection indirecte des risques abondent¹². Ensuite, les dépenses de santé (et donc

⁹ Hamilton (2002).

¹⁰ Rappelons qu'en France, les assurances complémentaires couvrent de l'ordre de 15% des dépenses, et 85% de la population (Comptes Nationaux 2003 et CREDES, 2004).

¹¹ Depuis peu, chaque caisse peut également percevoir une cotisation nominale versée directement par les assurés.

¹² Malgré les multiples dispositifs visant à limiter ces pratiques (panier de soins, obligation d'assurer, compensation des risques), on a vu par exemple une caisse offrir à ses adhérents des abonnements à des clubs de gymnastique, afin d'attirer des assurés en meilleure santé.

les primes d'assurance) ont continué à augmenter, pour atteindre des niveaux considérés par certains comme très élevés (notamment pour les ménages les moins fortunés). Enfin, ainsi qu'évoqué précédemment, alors que l'information sur le niveau des primes proposées par les différentes caisses est très facilement disponible, et que les prestations couvertes sont en principe rigoureusement identiques (puisqu'elles sont définies par le panier de soins), de grandes disparités de prix subsistent d'une caisse à l'autre, sans que les assurés se dirigent massivement vers les caisses les moins chères. Ceci pourrait être dû à l'existence d'assurances complémentaires, non obligatoires et bien moins réglementées, et de fait (sinon de droit) souvent liées à l'assurance obligatoire.

En résumé les caractéristiques de ces systèmes sont□

Schéma 1 (Pays-Bas)

- Assuré : choisit un organisme de santé, paye cotisations à une caisse centrale (basées sur revenus pour 2/3 de la population)+prime minimale directe à l'organisme choisi
- Caisse centrale□verse primes ajustée du risque□aux organismes
- Organisme□Obligation d'assurer, liberté (en théorie) de contracter avec les prestataires de soins, gatekeeper

Schéma 2 (Suisse)

- Assuré : choisit un organisme de santé, verse prime directement à l'organisme choisi
- Compensation des risques (mécanisme de transferts entre organisme)
- Organisme□Obligation d'assurer, Tarification par zone géographique (indépendante du risque)obligation de contracter avec les prestataires de soins, *gatekeeper* uniquement pour quelques organismes présents dans quelques cantons

d'autres caisses pratiquent une gestion administrative de mauvaise qualité (délais de remboursement,...) afin semble-t-il de dissuader les demandes d'assurance de la part de personnes en moins bonne santé.