

Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé

Théorie et bilan des expériences étrangères

A. Bocognano ¹, A. Couffinhal ¹, M. Grignon ¹, R. Mahieu ², D. Polton ¹

¹ CREDES, ² INSEE

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique.

Etude financée par la Direction de la Sécurité Sociale au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Rapport n° 476 (biblio n° 1243)

Novembre 1998

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-235-6

Les auteurs du présent rapport tiennent à remercier les personnes suivantes, pour l'aide qu'elles ont bien voulu leur apporter :

En premier lieu, Pascale Breuil (DSS) pour nous avoir sollicités sur un sujet aussi passionnant.

Dr. Berenson (HCFA, Washington), Randy Bovbjerg (Urban Institute, Washington), Dr Gerhard Brenner (Union des médecins de caisses, Cologne), Deborah Chollet (Alfa Center, Washington), Dr Cohen (AHCPR, Washington), Dr Arlen Collins, Cathy Cowan (HCFA, Baltimore), Jessica Briefer French (NCQA, Washington), Bernard Friedmann (AHCPR, Washington), Patrick Hassenteuffel (Université de Picardie, Amiens), John Holahan (Urban Institute, Washington), Jean Kozak (NCHS, Washington), Dr. Jean François Lacronique (à l'époque conseiller social à l'ambassade de France à Washington), James Lubitz (HCFA, Baltimore), J. Luursema (ZiekenfondsRaad, Amstelveen), Thomas McLemore (NCHS, Washington), Susan Marquis (Rand Corporation, Washington), Eberhard Mehl (AOK Bundesverband, Bonn), Jay Merchant (HCFA, Washington), Sam Notzon (NCHS, Washington), Edward Norton (University of North Carolina), Kieke Okma (Ministère de la santé , Rijswijk), Dr Doris Pfeiffer (VdAK-AEV, Siegburg), Gail Poe (NCHS, Washington), Dr Richter (Colonia Krankenversicherung, Cologne), Susan Schober (NCHS, Washington), E.M van Barneveld (Université Erasme, Rotterdam), Zouke van der See (NIVEL, Utrecht), Wynand van de Ven (Université Erasme, Rotterdam),

Les organisateurs et les participants du séminaire « D3E » de l'Insee, et des 22^e journées des économistes français de la santé (Marseille) pour leurs remarques. Nous tenons à remercier plus particulièrement Philippe Choné (Ensaé) et Dominique Henriot (Gremaq), discutants de ce rapport, et qui nous ont beaucoup apporté par leur lecture et leurs suggestions.

Anne Marie Brocas (DSS), André Loth (DSS), Christian Prieur (Président du Credes), Simone Sandier (Argses), Catherine Sermet (Credes) et Manuel Vinas (DSS) ont relu le rapport, nous ont proposé de nombreuses améliorations, nous ont aussi suggéré des pistes fort utiles. Qu'ils en soient tous vivement remerciés. Il va de soi que les erreurs, inexactitudes et approximations restent du seul fait des auteurs.

Nous tenons aussi à remercier :

Suzanne Chriqui, Agnès Grandin et Marie Odile Safon, documentalistes du CREDES.

Corinne Mortier, pour la confection et la réalisation des nombreuses versions de ce rapport.



Sommaire

Partie 1 : Rapport de synthèse

1. CONTEXTE ET PRESENTATION GENERALE DU RAPPORT	3
1.1. Rappel du contexte.....	3
1.1.1. <i>Les difficultés du système de santé français</i>	3
1.1.2. <i>L'intérêt accru pour les formules concurrentielles</i>	4
1.2. Concurrence entre assureurs ou concurrence entre acheteurs/entrepreneurs?	5
2. LA CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS	7
2.1. Risques inhérents à la mise en concurrence entre assureurs.....	9
2.1.1. Les limites à l'efficacité de la concurrence entre assureurs.....	9
A / Limites liées à la nature du risque : le marché ne peut assurer complètement la santé.....	10
B / Limites liées à l'information de l'assuré sur son propre risque.....	11
C / Limites liées à des problèmes d'asymétrie d'information.....	11
D / Les limites de la tarification au risque et les parades des acteurs : le risque d'écrémage.....	13
<i>Tarification au risque : objectifs et contraintes</i>	13
<i>L'écrémage</i>	15
2.1.2. Equité.....	17
A / Equité entre les hauts et les bas risques.....	17
B / L'accès à l'assurance en fonction du revenu.....	17
C / L'accès à l'assurance : l'exemple des Etats-Unis.....	18
2.2. Comment se manifeste la concurrence entre assureurs et la responsabilisation financière des assurés ?	19
2.2.1. Singapour.....	20
2.2.2. Chili et Israël.....	21
2.2.3. USA.....	21
<i>L'assurance d'entreprise responsabilise l'assuré de plus en plus lourdement</i>	22
<i>Dérive vers le monopole</i>	22
<i>Dérive vers le marché trop complexe</i>	23
2.2.4. Allemagne.....	25
2.2.5. Pays Bas.....	26
2.3. Quelques leçons tirées de l'expérience des pays étrangers.....	27
2.3.1. Limitation du champ de l'assurance privée : aucune expérience ne confie l'ensemble des besoins de santé à la concurrence privée.....	27
2.3.2. Les risques longs.....	29
2.3.3. Peut on limiter l'inéquité entre hauts et bas risques sur un marché concurrentiel ?	30
2.3.4. Comment aider les personnes démunies à s'assurer ?	32
2.3.5. La compensation des risques.....	34
A / Ajustement au risque aux USA : HIPC.....	34
B / Ajustement au risque en Allemagne.....	35
3. LA CONCURRENCE ENTRE ACHETEURS / ENTREPRENEURS	39
3.1. Définition et contenu de la notion de « concurrence entre acheteurs ».....	39
3.2. Les attendus d'une mise en concurrence d'acheteurs de soins.....	42
3.2.1. A quels problèmes la concurrence est-elle supposée répondre ?.....	42
3.2.2. La performance individuelle en termes du rapport coût / service rendu.....	45

A / Une gestion administrative plus efficace et « conviviale » ?	45
B / La concurrence améliore-t-elle la gestion du risque et la coordination des soins ?	46
3.2.3. La performance collective	51
A / La pluralité instaure le risque d'écrémage et/ou d'autosélection	51
B / Les coûts de régulation.....	51
C / Les coûts totaux	53
3.3. Les expériences étudiées de mise en concurrence entre acheteurs / entrepreneurs	55
3.3.1. Les Pays-Bas : le modèle théorique de la concurrence entre acheteurs, mais un passage à la pratique encore incertain	55
3.3.2. L'Allemagne : une concurrence entre assureurs sans managed care	56
3.3.3. Les Etats-Unis	57
3.3.4. Le Royaume-Uni	59
3.3.5. Portée et limites de ces comparaisons internationales	60
<i>Le monopole décentralisé et la « yardstick competition »</i>	61
<i>Le marché interne contestable</i>	61
3.4. Les enseignements des expériences étrangères	62
3.4.1. L'impact de la concurrence entre acheteurs sur les coûts et l'efficacité productive*	62
A / Le managed care aux Etats-Unis	62
<i>L'impact de la concurrence sur le coût des soins</i>	62
<i>L'impact sur les coûts totaux</i>	63
<i>Sur quels éléments de coût sont générées les économies ?</i>	64
<i>Les prix unitaires</i>	64
<i>Hospitalisation et procédures coûteuses</i>	65
<i>Soins de médecins</i>	66
<i>Par quels mécanismes les MCOs obtiennent-ils ces résultats ?</i>	66
<i>Filières et référentiels</i>	66
<i>Sélection des médecins</i>	67
<i>Le mode de rémunération des producteurs et le transfert du risque financier sur les médecins</i>	67
<i>L'ajustement des capacités d'offre</i>	68
<i>Les innovations organisationnelles</i>	69
<i>Rendements d'échelle</i>	69
<i>Coûts de transaction</i>	70
<i>Discussion : quel rôle joue la concurrence ?</i>	71
B / L'expérience des General Practitioners Fundholders au Royaume-Uni.....	73
<i>L'impact du fundholding sur le coût des soins</i>	73
<i>Résultats relativement convergents sur les pratiques de prescription médicamenteuse</i>	73
<i>Résultats moins concluants sur les taux d'hospitalisation</i>	74
<i>Résultats faiblement concluants sur les prix et les coûts hospitaliers</i>	74
<i>Discussion</i>	74
3.4.2. L'impact de la concurrence entre acheteurs sur la qualité et le service rendu	75
A / La qualité dans le managed care américain	76
<i>Les performances des MCOs sur la qualité : les résultats empiriques</i>	77
<i>Prévention et promotion de la santé</i>	77
<i>Satisfaction des patients</i>	77
<i>Qualité des soins</i>	78
<i>Choix, information et protection du consommateur</i>	80
<i>Les initiatives des régulateurs</i>	80
<i>Les résultats en termes d'information disponible</i>	81
<i>Le résultat en termes de choix et d'information du consommateur</i>	83

B / L'évolution de la qualité liée au fundholding au Royaume Uni	84
3.4.3. L'impact de la concurrence sur la performance collective du système de soins	84
A / Sélection des risques et coûts de régulation	84
Medicare	85
L'exemple néerlandais	86
Principe général.....	86
Calcul de la capitation ajustée au risque.....	87
Ajustements ex post	87
3.4.4. Les coûts totaux	88
4. CONCLUSION	95
GLOSSAIRE.....	97

Partie 2 : Annexes

<i>Annexe 1 : Typologie fonctionnelle des systèmes de santé.....</i>	101
1. LA TYPOLOGIE UTILISEE DANS LE PRESENT RAPPORT	101
1.1. Que signifie mettre le consommateur au risque ?	101
1.2. Que signifie mettre le producteur au risque ?.....	102
2. AUTRES TYPOLOGIES	102
2.1. Chernichovsky (1995)	102
2.2. Londono et Frenk (1997).....	103
2.3. Van de Ven, Schut et Rutten (1994)	104
3. COMMENT SE SITUENT LES PRINCIPAUX SYSTEMES DE SANTE AU SEIN DE CES TYPOLOGIES ?	105
<i>ANNEXE 2 : Monographie des USA.....</i>	107
1. ORIGINE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX USA	107
1.1. L'assurance d'entreprise	107
1.2. Les programmes publics	108
1.3. Bilan : la non universalité de la couverture maladie.....	109
2. LA « DERIVE » DES DEPENSES DE SANTE	110
3. LE MANAGED CARE.....	111
3.1. Quels sont les outils de la coordination des soins aux USA (d'après Robinson, 1993 et Blumenthal, 1996) ?	112
3.2. Le poids du managed care dans la couverture maladie aujourd'hui	114
3.3. Les tentatives de réponse des producteurs de soins ont encore une ampleur limitée.....	116

3.4. Le paysage du managed care aux USA	117
3.5. Les effets du managed care	119
3.5.1. Le niveau des dépenses de santé	119
A / Le montant des primes versées par les assureurs relevant du managed care	121
B / Les changements intervenus dans l'assurance traditionnelle	121
C / L'impact de la sélection des patients.....	122
D / Les rentes informationnelles.....	122
3.5.2. La qualité des soins	122
A / Les excès du managed care.....	122
B / Vers un contrôle plus strict des pratiques des HMO	123
 Annexe 2.A : Description de l'expérimentation de « bidding » menée par HCFA pour fixer un tarif Medicare	125
 Annexe 2.B : Trois exemples de mouvements sur le marché du managed care	129
 Annexe 3 : Monographie de l'Allemagne	130
 1. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE ALLEMAND	130
1.1. Principales caractéristiques	130
1.2. Le fonctionnement de l'assurance maladie : une structure très morcelée	131
1.2.1. Le calcul des primes	131
1.2.2. Des structures de risques très inégales	132
1.3. Les relations entre assurés, prestataires et financeurs	133
1.3.1. Les relations patients - médecins.....	133
1.3.2. Les relations médecins - financeurs	134
1.4. Les dépenses de santé	135
1.5. Historique de la politique de santé	135
1.5.1. Avant la réforme Seehofer, de 1945 à 1992.....	135
1.5.2. La réforme Seehofer	136
A / Les aspects financiers et la régulation de l'offre.....	137
B / Les aspects structurels.....	137
1.6. Le dernier volet de la réforme SEEHOFER : juin 1997	139
1.6.1. Les objectifs de la réforme - les mesures	139
1.6.2. En matière de « managed care », la loi prévoit deux types de dispositifs.....	141
1.6.3. Opinion du législateur quant aux alternatives possibles	141
 2. LA SELECTION	142
2.1. Peu de sélection due à la concurrence	142
2.2. ...mais des limites	143
 3. ORGANISATION DES SOINS	144
3.1. Concurrence et restrictions légales	144
3.2. La concurrence stimule l'innovation en matière d'offre de soins	144
3.3. Intérêt et limites des différentes expérimentations	145

3.3.1. Filières de soins ou disease management ?	145
3.3.2. Information des médecins et des assurés	145
3.3.3. Des expériences intéressantes, mais encore peu concluantes	146
3.3.4. Les nouvelles formes d'organisation des soins prévoient encore peu de dispositifs spécifiques en matière de prévention	146
Annexe 3.A : Deux autres expériences en pays de sécurité sociale « segmentée » : la Suisse et la Belgique.....	147
Annexe 4 : Monographie des Pays-Bas.....	149
1. LE CONTEXTE.....	149
1.1. L'architecture globale du système.....	149
1.1.1. Les grands traits de l'assurance.....	149
1.1.2. Les prestataires de soins	150
A / Ambulatoire.....	150
B / Les pharmacies	152
C / Les institutions sanitaires	152
1.2. La réforme Dekker.....	152
1.2.1. Objectif de la réforme initiée dans les années quatre-vingt : convergence des différents régimes d'assurance	152
1.2.2. Abandon progressif de la réforme Dekker	153
2. COUVERTURE SOLIDAIRE DES RISQUES NON ASSURABLES (AWBZ).....	154
2.1. Couverture universelle et socialisée des risques non assurables.....	154
2.2. Financement et maîtrise des dépenses.....	155
3. L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS COURANTS PAR LES CAISSES PUBLIQUES (LOI ZFW).....	155
3.1. Structure générale du régime.....	155
3.2. Population couverte par l'assurance obligatoire.....	156
3.2.1. Prestations des caisses.....	156
3.2.2. Ressources du régime d'assurance obligatoire.....	156
3.3. Financement des caisses : moyen privilégié pour éviter l'anti-sélection	158
3.3.1. Processus de décision au niveau macro-économique pour une année donnée	159
3.3.2. Choix des facteurs d'ajustement du risque et détermination du budget normatif	159
3.3.3. Ajustements ex post	160
3.3.4. Responsabilité finale des caisses quant à leurs déficits	162
3.4. Bilan provisoire.....	163
4. L'ASSURANCE PRIVEE DES SOINS COURANTS : REGLEMENTATION DE LA CONCURRENCE	165
4.1. Caractéristiques générales	165
4.2. Définition du domaine de l'assurance privée (par comparaison avec l'assurance publique)	165
4.3. La réglementation du secteur.....	166

Annexe 5 : Monographie de l'Amérique latine	167
1. LE CAS COLOMBIEN	168
2. LE CAS CHILIEN	168
2.1. Un système de santé proche de la conception bismarckienne	168
2.1.1. Etat sanitaire.....	168
2.1.2. Accès aux soins et inégalités de revenus.....	169
2.1.3. L'offre de soins.....	170
2.1.4. La couverture maladie	170
2.2. La réforme de 1981	171
2.3. Les effets de la réforme et les tentatives de régulation	173
2.3.1. Augmentation des dépenses de santé.....	174
2.3.2. Paupérisation du secteur public.....	174
2.3.3. Réformes visant à revenir sur l'échec de l'ouverture à la concurrence.....	174
Léxique des abréviations et termes étrangers	177
 Bibliographie	181

Partie 1 : Rapport de synthèse

MISE EN CONCURRENCE DES ASSURANCES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Théorie et bilan des expériences étrangères

1. CONTEXTE ET PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU RAPPORT

Ce rapport présente les résultats d'une recherche sur l'impact de la concurrence entre assureurs dans le domaine de la santé, réalisée pour le compte de la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Cette recherche s'est appuyée sur une revue de la littérature économique, théorique ou empirique, et de la littérature sur les expériences menées dans les différents pays, complétée par des voyages d'études dans trois pays (Etats-Unis, Allemagne, Pays-Bas).

1.1. Rappel du contexte

1.1.1. *Les difficultés du système de santé français*

Les problèmes auxquels est confronté le système de santé français ont fait l'objet de nombreux rapports dans les années récentes. Une (relative) convergence des experts se dégage sur quelques éléments de diagnostic : notre système a un coût élevé, on peut s'interroger sur son efficience, et en même temps il est de moins en moins équitable.

a) Notre système est coûteux, il n'est pas assez efficient

Le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie publié en 1994 commence par le constat suivant : « La France se singularise par rapport aux pays qui lui sont comparables par le rythme d'évolution de ses dépenses, sans qu'il en résulte de meilleurs résultats de santé et sans garantir une plus grande qualité des soins ». A l'appui de ce diagnostic, avancé par tous les experts depuis la fin des années 80, plusieurs arguments, et tout d'abord le raisonnement qui consiste à rapporter la place de la France dans les indicateurs globaux de mortalité par rapport à son rang en matière de niveau de dépenses : « Nos performances sanitaires nous donnent une position honorable, mais elles nous situent rarement parmi les meilleurs pays, alors même que ces derniers ont également obtenu des résultats significatifs dans leurs tentatives de freinage des dépenses de santé » (Soubie et alii, 1994). D'autres éléments comparatifs viennent conforter cette analyse (dont tous les auteurs s'accordent à reconnaître le caractère fruste et limité) : des habitudes de consommation particulièrement élevées, par exemple en matière de médicament ; des densités médicales souvent très supérieures à celles de nos voisins, et qui renvoient à des problèmes d'organisation des soins. Sans même mettre en jeu des comparaisons internationales, de nombreux observateurs de notre système, médecins et non médecins, pointent des dysfonctionnements de notre système, des gaspillages, des éléments de non qualité (Béraud, 1992 ; Johanet, 1995 et 1998).

La maîtrise des dépenses de santé est donc, dans notre pays, une préoccupation lancinante des gouvernements successifs depuis vingt ans. Elle n'est d'ailleurs pas propre à la France, et dans la plupart des pays développés elle constitue un objectif prioritaire et a été le moteur de réformes souvent ambitieuses.

Il faut rappeler que lorsque l'on évoque l'objectif de maîtrise des coûts, il faut distinguer deux notions différentes que l'on a tendance à confondre :

- D'une part le souhait d'optimiser l'emploi des ressources consacrées à la santé, c'est à dire de maximiser le rapport service rendu/coût.
- D'autre part, la volonté de limiter le montant total des dépenses de santé, ou de la part de ces dépenses financée collectivement.

Le premier objectif renvoie à la notion **d'efficacité productive** *¹. L'idée est que, en optimisant les processus de soins (par exemple en intervenant en amont par la prévention, en coordonnant les intervenants pour éviter les redondances, en supprimant les actes et prescriptions inutiles,...) on peut faire mieux avec les moyens actuellement dévolus au système de soins.

Un certain nombre d'indices incitent à penser que le système français ne fonctionne pas de manière optimale, c'est-à-dire que le service rendu n'est pas à la hauteur des moyens mis en œuvre.

Le second argument renvoie plutôt à l'idée **d'efficacité allocative** *, et repose sur le postulat implicite que la réaffectation de ressources du secteur de la santé vers d'autres secteurs améliorerait le bien-être général. Cette idée est là aussi assez largement répandue, mais il faut reconnaître qu'elle est malgré tout peu démontrée.

b) Notre système n'est pas totalement équitable malgré son coût, voire pour une part en raison de son coût.

« L'analyse de nos performances met en lumière la persistance d'inégalités qui parfois se creusent : elles sont souvent multifactorielles et ne relèvent donc pas exclusivement du fonctionnement de notre système de santé. Mais ce dernier paraît impuissant à les corriger. » (Soubie et alii, 1994) :

« En 1990, la mortalité, pour une moyenne nationale de 100, varie de 85 dans la Vienne à 124 dans le Pas-de-Calais...En considérant le milieu social, les inégalités ne sont pas moindres...L'évolution des gains d'espérance de vie depuis vingt ans montre que les écarts se sont creusés, les gains ayant plus profité aux catégories aisées de la population. Ainsi entre 1981-1983 et 1989-91, la baisse de la mortalité des adultes a été 10 fois plus rapide chez les cadres supérieurs et professions libérales que chez les ouvriers et employés. » (Johanet, 1998).

Plus encore, le système de soins lui-même devient de moins en moins équitable au fur et à mesure que les pouvoirs publics restreignent la part de la dépense couverte par la sécurité sociale pour limiter les déficits de l'assurance maladie. « Les augmentations du ticket modérateur, le développement spectaculaire du secteur II, les mesures de déremboursement de certains médicaments ont provoqué une baisse du montant des dépenses prises en charge par l'assurance maladie » (Soubie et alii, 1994). « Le taux de couverture a chuté en moyenne de 0.47 points par an de 1980 à 1987...C'est donc un déclin qui s'observe sur une longue durée et dont l'ampleur est exceptionnelle puisqu'il nous place au 3^{ème} rang de l'OCDE pour le rythme de baisse du taux de prise en charge » (Johanet, 1995). Cette érosion progressive de la couverture sociale contribue à créer des barrières financières à l'accès aux soins pour certaines populations, et à augmenter les inégalités. La proportion de personnes renonçant à des soins pour des raisons financières s'accroît, les inégalités de recours aux soins qui s'étaient réduites jusqu'à 1980 augmentent à nouveau depuis cette date.

1.1.2. L'intérêt accru pour les formules concurrentielles

Devant la difficulté de résoudre en profondeur les dysfonctionnements en cause, des réformes radicales de l'organisation et de la régulation des systèmes sont envisagées ou expérimentées. Ainsi, dans le cadre d'une remise en cause plus globale des monopoles * publics, l'idée de confier la gestion du risque maladie à des assureurs en concurrence a gagné du terrain dans la dernière

¹ Les termes suivis d'une * sont explicités dans le glossaire en fin de partie I de ce rapport.

décennie. On cite souvent en exemple les réformes menées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse, présentées comme des dérégulations réussies de l'assurance maladie.

En France l'initiative d'AXA, proposant de prendre en charge la couverture au premier franc de populations volontaires, contre un paiement forfaitaire alloué par le fonds d'assurance publique, s'inscrit également dans une telle approche.

Les arguments mis en avant dans le débat sur les mérites comparés du monopole * et de la concurrence sont souvent plus idéologiques qu'appuyés sur des données objectives. Comme dans toute « ouverture à la concurrence », quel que soit le secteur d'activité, on se trouve en présence d'un arbitrage délicat, les gains éventuels d'efficacité pouvant se payer en pertes d'équité. C'est pourquoi il a semblé intéressant de rassembler l'évidence scientifique disponible là où des approches concurrentielles ont été tentées, et de l'analyser à la lumière de la théorie économique. C'est l'objectif de l'étude commanditée au CREDES par la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

1.2. Concurrence entre assureurs ou concurrence entre acheteurs/entrepreneurs?

Si le thème de la recherche est la concurrence entre assureurs, il nous est apparu que, dans la pratique, la mise en concurrence peut se faire de manière séparée, ou combinée, sur deux fonctions distinctes :

- la fonction d'assurance (concurrence entre assureurs),
- la fonction qu'on a appelé « d'achat de soins », mais pour laquelle on verra dans la partie 3 que le terme « entrepreneur de soins » pourrait être plus pertinent (concurrence entre acheteurs / entrepreneurs).

Ces deux fonctions peuvent être réunies, comme c'est le cas aux Etats-Unis dans le secteur commercial ; mais la concurrence peut être limitée à l'achat de soins, sans qu'il y ait concurrence sur les primes, le financement restant socialisé. C'est la configuration vers laquelle tend le plan DEKKER aux Pays-Bas, mais aussi MEDICARE aux Etats-Unis, une fraction croissante de la population âgée américaine se procurant des soins auprès d'organisations de managed care, et l'Etat fédéral continuant à financer la prime d'assurance. Le Royaume-Uni présente une configuration particulière de concurrence d'acheteurs (sous la forme fundholders)², c'est-à-dire d'agents chargés « d'acheter » les soins secondaires de spécialistes, d'hospitalisation, ou de médicaments pour le compte de leurs patients.

En Allemagne, il s'agit plutôt au stade actuel d'une concurrence entre assureurs, les caisses n'exerçant pas réellement un pouvoir d'acheteur vis-à-vis des producteurs de soins.

On peut classer ces différents modèles (dont les modalités de mise en oeuvre concrète sont du reste contingentes aux spécificités organisationnelles et institutionnelles des différents pays) dans un cadre général qui distingue les modèles de régulation selon qu'il existe ou non, d'une part une concurrence sur les prix de l'assurance et d'autre part une concurrence entre producteur, sur les prix des soins³. Une telle classification est proposée dans l'annexe I de ce rapport, et mise en perspective avec d'autres typologies fonctionnelles des systèmes de santé (Chernichovsky, 1995 ; Londono et Frenk, 1997 ; et van de Ven, Schut et Rutten, 1994).

² On présente en général l'instauration des quasi-marchés au Royaume Uni comme relevant d'une concurrence entre producteurs, qu'on oppose à la concurrence entre assureurs. La création des fundholders relève cependant de la volonté d'instaurer des acheteurs de soins en concurrence pour réguler cette concurrence entre producteurs et s'inscrit bien dans notre propos.

³ Van de Ven, Schut et Rutten, 1994.

On s'intéresse en premier lieu à la concurrence entre assureurs (partie 2). L'argument majeur avancé pour justifier cette concurrence entre assureurs est qu'elle permet d'ouvrir la possibilité aux consommateurs d'acheter la quantité désirée de couverture. Mais la nature même du risque maladie ne permet pas de garantir avec certitude que le libre choix individuel puisse s'exercer pleinement et conduire à une situation « préférable » à celle issue du monopole *, tant pour des raisons d'efficacité que d'équité (partie 2.1). Nous passons ensuite en revue la manière dont cette introduction a été réalisée dans un certain nombre d'expériences étrangères (Singapour, Chili, Israël, USA, Allemagne, Pays Bas), et les problèmes pratiques qui se sont alors posés (partie 2.2). La dernière section de cette partie (2.3) tire les leçons de ces expériences et présente les méthodes envisagées pour résoudre ces problèmes, notamment d'équité et d'accès aux soins.

La troisième partie de ce rapport examine la concurrence entre acheteurs ou entrepreneurs de soins.

Cette forme restreinte de concurrence maintient un système de financement public et fait intervenir des opérateurs en tant qu'intermédiaires entre les patients et les producteurs de soins. Ces intermédiaires organisent des réseaux coordonnés de prise en charge moyennant une rémunération forfaitaire et agissent en quelque sorte en tant que « entrepreneurs de soins ». Cette concurrence entre acheteurs est souvent présentée comme un bon compromis entre une exigence d'efficacité accrue dans la délivrance des soins d'une part, et les objectifs d'équité d'autre part.

Une brève présentation théorique permet tout d'abord de préciser cette notion centrale de concurrence entre acheteurs (3.1). La concurrence entre assureurs privés n'est qu'une forme organisationnelle parmi d'autres pour assurer la fonction d'entrepreneur de soins. La question est donc : quelles sont les capacités des différentes formes organisationnelles, notamment de la mise en concurrence d'opérateurs privés, à améliorer l'efficacité sans porter atteinte à l'équité dans l'accès aux soins ? On passe alors en revue les attendus théoriques d'une mise en concurrence d'acheteurs de soins ; on examine successivement les performances individuelles des entités en concurrence, puis le bilan de l'introduction de cette concurrence sur l'ensemble du système de soins (3.2). Afin de mieux préciser les enjeux de l'ouverture à la concurrence, on replace la concurrence au sein des formes théoriques possibles d'organisation des relations entre producteurs, patients et assureurs, et des formes expérimentées par les différents pays étudiés (3.3). On présente alors les résultats tirés des expériences étrangères, en termes de coûts des soins, de qualité et de performance collective du système de soins (3.4).

2. LA CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS

La concurrence entre assureurs doit en théorie conduire à un meilleur partage de la consommation nationale entre la santé et les autres besoins (« efficacité allocative * »), ainsi qu'à une meilleure efficacité productive *.

Pour comprendre pourquoi, il est nécessaire de faire un détour par des notions de la théorie économique, et notamment de la théorie de l'assurance. Nous verrons dans les parties suivantes si la réalité telle qu'on peut l'observer conforte ou invalide ce modèle théorique.

Efficacité allocative *

Passons tout d'abord en revue les arguments selon lesquels la concurrence entre assureurs sur la couverture du risque maladie permet d'obtenir une **allocation optimale des ressources nationales entre santé et autres consommations**.

La théorie économique classique repose sur la logique suivante :

- 1 - Le bien être social est maximisé quand les utilités individuelles sont maximisées,
- 2 - les utilités individuelles sont maximisées quand les personnes peuvent choisir librement leurs allocations de ressources,

et donc, le bien être social est maximisé quand les personnes sont libres de choisir (Rice 1997).

Déroulons d'abord l'argumentation dans le cas de l'assurance : **le modèle de comportement des agents économiques en environnement incertain * suppose que les individus ont une aversion pour le risque et s'assurent complètement contre la réalisation d'un événement aléatoire qui se traduit par une perte** (un dommage). S'assurer complètement signifie qu'on achète une police d'assurance telle que sa richesse soit la même en cas de survenue du dommage ou en cas de non survenue. Si les risques sont quantifiables, chaque individu paie à l'assureur une prime actuarielle et reçoit, dans le cas où il subit un dommage (s'il tombe malade), un remboursement intégral. La prime actuarielle est égale à la moyenne du dommage sur l'ensemble des individus présentant le même profil de risque ; le métier de l'assureur est de constituer un groupe d'individus ayant le même profil de risque et donc la même prime actuarielle afin de lisser entre eux les conséquences de la réalisation (aléatoire) du dommage.

En termes plus concrets :

- l'assureur anticipe un risque objectif, par exemple, la probabilité de contracter un cancer du poumon, connaissant l'âge et le fait de fumer ou non
- il connaît en moyenne le coût du traitement d'un cancer du poumon et prélève sur l'ensemble des personnes de même âge et qui fument, une prime égale à la probabilité multiplié par le montant moyen ($D \cdot P$, où D est le montant moyen du dommage, P la probabilité). Il a donc récolté $N \cdot (D \cdot P)$, où N est l'effectif de la catégorie actuarielle *.
- la proportion de personnes contractant effectivement le cancer, pour un âge donné et parmi ceux qui fument, sera égale à la probabilité anticipée et l'assureur leur verse D à chacun, soit exactement ce qu'il a prélevé : $D \cdot (N \cdot P)$.
- pour l'individu dans la catégorie actuarielle *, le fait de contracter effectivement le cancer du poumon est imprévisible (aléatoire). En payant la prime, il fait en sorte que sa richesse soit la même, qu'il contracte effectivement la maladie ou non.

On regroupe les individus au sein de catégories dans lesquelles le risque est identique, qu'on appelle catégories actuarielles. Pour reprendre l'exemple ci-dessus, si on sait que les fumeurs et les non fumeurs, à âge égal, n'ont pas la même probabilité de contracter le cancer du poumon, il y aura, parmi les individus d'une même classe d'âge, deux catégories actuarielles, une pour les fumeurs, une autre pour les non fumeurs. Les assureurs offrent **autant de contrats d'assurance complète qu'il existe de catégories actuarielles. La tarification au risque est inhérente à l'activité d'assurance.**

Dans cette situation,

- chacun paye pour son propre risque, alors que dans la situation de sécurité sociale, on doit payer pour des risques moyens calculés sur l'ensemble de la population et non à l'intérieur de catégories actuarielles, c'est-à-dire payer selon un tarif ne reflétant pas le prix réel du bien acheté.
- ensuite, les ressources allouées à l'assurance (et indirectement à la santé) reflètent les préférences individuelles
 - ceci ne conduirait pas nécessairement vers la diminution des dépenses totales de santé. En particulier, les personnes aisées peuvent choisir de consommer autant qu'elles le souhaitent, quand bien même elles utiliseraient leurs propres ressources pour consommer des soins inutiles. L'efficacité allocative * est donc atteinte, contrairement à un système où l'Etat impose le niveau d'assurance. Preuve en est selon Pauly (1997, pp.470) que s'il y a consensus (aux États-Unis) sur le fait qu'il faut que tout individu puisse obtenir un minimum de soins ⁴, pour autant, l'idée d'imposer un plafond serait rejetée.
 - en approfondissant cette analyse, on distingue plusieurs dommages au sein du risque « maladie », et **on suppose alors que tous les individus n'ont pas d'aversion pour les mêmes risques**. Ils profitent d'un marché libre de l'assurance pour se couvrir ou non contre ces différents risques, en fonction de leur aversion. Il est donc possible de moduler son degré de couverture : le total des ressources allouées à la santé reflète le jeu des préférences individuelles. Selon cet argument, le libre marché permet d'envisager une moindre dépense en assurance maladie, les individus n'étant pas tenus de se couvrir (la puissance publique renonce ici à son comportement paternaliste).

Notons qu'il s'agit d'un optimum au sens de la théorie économique : ce ne sera pas forcément considéré comme un optimum, dès lors que l'égal accès aux soins est une valeur collective importante. Fuchs (1993) affirme ainsi qu'il n'est certes pas efficace de définir et d'imposer aux personnes de consommer un niveau « minimum » de services, mais il admet que ce type de mesure peut être justifié pour des raisons politiques : « Critics of a single standard of care are correct in asserting that some people get more care than they want (in the sense that they would rather use the resources for something else) while some get less than they would want. However, the egalitarian approach can be justified for its symbolic value, or because it contributes to political stability, or because the wealthy do not want to redistribute money to the poor for them to use as they choose but are willing if the money is used for health care » ⁵.

Enfin, si la tarification actuarielle est souhaitable, la concurrence entre plusieurs assureurs présente un net avantage sur le monopole * : elle est le seul moyen d'atteindre certainement la situation de

⁴ L'Etat peut légitimement intervenir en ce sens.

⁵ « Les personnes qui s'opposent à la définition d'un niveau standard de soins imposé à tous ont raison en ce qu'un tel mécanisme oblige certaines personnes à consommer plus que ce qu'elle désirent (elles préféreraient allouer les ressources à d'autres usages) alors que d'autres reçoivent moins que ce qu'elle voudraient. Cependant, cette approche égalitaire peut être justifiée par sa valeur symbolique, parce qu'elle contribue à la stabilité politique, ou encore parce que les personnes aisées ne souhaitent pas redistribuer de l'argent aux personnes défavorisées pour qu'elles l'utilisent comme bon leur semble mais qu'elles sont en revanche prêtes à accepter la redistribution si les fonds sont utilisés pour le financement des dépenses de santé. »

tarification actuarielle. On pourrait imaginer, d'un point de vue théorique, un monopole * tentant de mener une telle tarification actuarielle. Cependant, rien ne garantit que le monopole * ne prélève pas des primes supérieures au risque, alors que la concurrence garantit que les profits des assureurs seront minimisés.

Dans le domaine de l'assurance, comme sur les autres marchés, la théorie économique orthodoxe affirme que la concurrence permettrait de tendre vers une situation idéale où les consommateurs effectuant des arbitrages rationnels entre différentes allocations possibles de leurs ressources, choisiraient librement leur niveau de couverture et paieraient un prix actuariellement juste pour se couvrir contre les risques liés à la santé s'ils en éprouvent le besoin.

Efficacité productive *

On attend aussi de la concurrence entre assureurs qu'elle améliore **l'efficacité productive *** : les acteurs mis en concurrence ont intérêt à diminuer les coûts de production du service qu'ils rendent (qu'il s'agisse d'une simple fonction d'assurance ou d'une fonction d'acheteur de soins). Ce second aspect sera plus précisément étudié dans la troisième partie de cette étude.

En résumé, la théorie prédit que, si les individus peuvent choisir librement et rationnellement leur couverture maladie, alors l'agrégation de ces choix individuels conduira à la meilleure répartition possible des ressources entre la santé d'une part, les autres utilisations du revenu d'autre part. Ce résultat est obtenu parce que les primes payées refléteront les prix relatifs de la couverture maladie par rapport à d'autres consommations. On arrive à ces prix réels parce que la concurrence conduit à la tarification au risque. Enfin, un système concurrentiel autorise chaque assuré à se couvrir pour les seuls risques qu'il redoute.

Qu'en est-il, cependant, de cette liberté et rationalité du choix dans le domaine de la santé ? Nous nous interrogeons tout d'abord sur les limites théoriques inhérentes à la mise en concurrence d'assureurs pour la couverture du risque maladie (2.1). Nous présentons dans un second temps les modalités de mise en œuvre de cette concurrence dans les principaux pays sur l'expérience desquels nous nous sommes penchés (2.2). Il apparaît alors que les problèmes théoriques évoqués sont effectivement rencontrés à divers degrés dans les systèmes concurrentiels et nous explicitons les solutions envisagées dans les différents pays, ainsi que leurs limites (2.3).

2.1. Risques inhérents à la mise en concurrence entre assureurs

En fait, contrairement au modèle théorique évoqué ci-dessus, la mise en concurrence des assureurs pour la couverture du risque maladie **n'est pas nécessairement efficace d'un point de vue allocatif** (2.1.1), **et pose aussi de graves problèmes d'équité** (2.1.2).

2.1.1. Les limites à l'efficacité de la concurrence entre assureurs

Des arguments théoriques généraux mais aussi l'observation du fonctionnement effectif des marchés dans le domaine de l'assurance maladie permettent de souligner les limites possibles à l'efficacité de la concurrence entre assureurs. Plusieurs explications sont avancées que l'on peut regrouper autour de trois thèmes : (A) la nature du risque étudié est telle que l'assurance (en particulier concurrentielle) n'est pas disponible, (B) les individus n'ont pas tous les moyens à leur disposition pour acheter la meilleure couverture, (C) l'information sur les marchés est asymétrique, (D) la tarification au risque génère de l'écroulement, qui entraîne à son tour l'exclusion de certaines catégories de personnes de l'assurance, enfin, et c'est sans doute le défaut le plus lourd de conséquences. Dans ces quatre cas, le marché peut

être jugé inefficace dans la mesure où tout individu ne peut obtenir l'assurance souhaitée ou souhaitable.

A / Limites liées à la nature du risque : le marché ne peut assurer complètement la santé

La question de l'accès à l'assurance se pose à cause des caractéristiques particulières du risque maladie.

- Tout d'abord, la couverture de certaines dépenses pose un problème au regard de la nature même de la notion d'assurance qui consiste à couvrir une dépense aléatoire. En particulier, une pathologie lourde et chronique peut générer pour un individu une consommation quasi certaine. Si une personne souffre d'une insuffisance rénale chronique, l'aléa sur le montant de la consommation n'est pas très élevé, même si le rythme d'évolution de la maladie n'est pas prévisible. La prise en charge sur le long terme de cette consommation ne peut relever d'un mécanisme d'assurance dans la mesure où le **risque est avéré** (Blanchet, 1996). De façon symptomatique, les assureurs excluent d'ailleurs des garanties la couverture des dépenses liées à certaines maladies déclarées (pre existing conditions) : ils ne considèrent pas que la couverture de ces dépenses relève de leurs attributions.
- Par ailleurs, la mise en œuvre d'une assurance nécessite que les risques des individus soient indépendants les uns des autres. Toute forme d'épidémie pose donc un problème puisque les **risques** sont **corrélés** et que le risque environnemental ne peut être diversifié à l'intérieur d'un ensemble d'assurés.

Ces deux exemples illustrent l'idée que, **de par la nature du risque considéré, l'assurance au sens strict du terme peut ne pas exister ou du moins ne pas être le mécanisme adéquat pour financer les dépenses engendrées. Il s'agit bien d'une forme d'inefficacité qui se traduit par le fait que les individus n'obtiennent pas la couverture qu'ils désirent.**

Plus généralement, on peut constater que **les risques de santé s'inscrivent dans le temps** : une personne qui présente un niveau de risque peu élevé à une date donnée peut voir ce niveau de risque évoluer au fil du temps (au delà de ce qui est prévisible en moyenne pour une catégorie d'âge donnée). En théorie, un individu devrait pouvoir acheter de l'assurance contre le risque de devenir un haut risque ou signer un contrat de long terme avec une compagnie d'assurance (Dowd et Feldman, 1992). En théorie, deux modalités sont envisageables :

- Un premier type de contrat qui peut être assimilé à une option permettant à l'assuré de faire face à l'augmentation de la prime dans le cas où il s'avérerait devenir un haut risque. Ceci n'implique pas nécessairement de choisir au moment de la souscription de l'option la compagnie d'assurance auprès de laquelle on s'assure effectivement. Ce type d'assurance n'existe pas, y compris sur des marchés réputés concurrentiels comme celui des États-Unis.
- Un second type de contrat, qui constitue un engagement réciproque de long terme, présente lui l'inconvénient de rendre la personne captive d'une compagnie d'assurance, gommant ainsi largement les incitations concurrentielles à l'efficacité.

En tout état de cause, l'incertitude sur le coût futur de la prise en charge d'une pathologie (sans mentionner la possibilité de l'apparition d'un nouveau risque comme le SIDA) est probablement trop radicale pour permettre la tarification de telles polices d'assurance. **L'assurance concurrentielle fonctionne de fait sur une base annuelle.**

Un système où elle est généralisée peut être incomplet au sens où la couverture de tous les risques n'est pas disponible. L'Etat peut alors être amené à intervenir pour tenter de limiter les conséquences de ce qu'on peut assimiler à des échecs de marché. Plus radicalement, il peut assumer l'intégralité de la

fonction d'assurance. Le caractère obligatoire de l'assurance publique permet ainsi de remplir une mission de redistribution ou d'assistance. Cette mission de redistribution fait appel au concept de solidarité : comme les risques ne sont pas seulement individuels, mais aussi collectifs, il y a optimalité sociale à se couvrir collectivement et de manière coercitive : « cette forme d'entraide, au niveau de la société comme de la famille, conduirait ainsi à un partage plus efficace (avantageux pour tous) et plus équitable des risques difficilement assurables ou diversifiables par le marché parce que collectifs ou corrélés, imprévisibles ou encore évolutifs, à l'image du risque d'obsolescence des capacités professionnelles ». (Masson, 1995).

On voit donc que l'assurance concurrentielle ne peut pas s'appliquer à tous les risques et qu'elle a du mal à assumer une gestion de long terme du risque maladie.

Outre cet argument lié à la nature du risque maladie, trois arguments liés à l'information sur ce risque remettent en cause l'attendu théorique sur la capacité des individus à faire des choix libres et rationnels.

B / Limites liées à l'information de l'assuré sur son propre risque

Un premier argument s'oppose à l'idée que les individus sont les mieux à même d'évaluer leurs besoins de soins, et donc d'assurance. Si on rejette l'idée que la consommation observée de soins reflète effectivement le besoin de santé des individus, on peut alors considérer que la demande d'assurance n'est pas ce qu'elle « devrait être ». Par exemple, Diamond (1992) estime qu'un tiers des personnes non assurées aux États-Unis le sont « parce qu'elles perçoivent mal les risques ou les conséquences de ces décisions ». Rice (1997) va dans le même sens lorsqu'il dit que les individus refusent d'envisager l'idée qu'ils pourraient tomber malade et ne s'assurent pas.

Plus simplement, quand bien même un individu connaîtrait son risque, il n'a pas a priori d'information sur le processus de soins qui lui permettrait de rétablir son état de santé si le risque se réalisait. Comme il ne sait pas dans quelle mesure il devrait avoir recours à l'ambulance, à l'hôpital, à certaines spécialités ..., il n'est pas capable de choisir le contrat d'assurance qui lui convient. Si ce constat peut être partagé, son utilisation pour justifier l'intervention de l'Etat est plus controversée, les partisans et les détracteurs de cette idée opposant leurs convictions parfois en termes peu mesurés (Evans vs. Pauly, 1997).

C / Limites liées à des problèmes d'asymétrie d'information

La remise en cause de l'hypothèse d'information parfaite se fait principalement par le postulat qu'assureurs et assurés ne bénéficient pas d'information symétrique. Deux aspects sont en général étudiés :

- 1 - Le premier consiste à postuler que **les risques liés à la santé sont partiellement endogènes *** (voir risque endogène dans le glossaire). **Des individus**, en faisant un effort plus ou moins grand, **peuvent influencer, soit la probabilité de réalisation du dommage, soit son montant.** Cet effort est coûteux pour l'assuré et n'est pas observable par l'assureur. Celui-ci doit donc mettre en place des mécanismes d'incitation pour que l'assuré, qui est « protégé » par son assurance, continue néanmoins à faire des efforts pour diminuer la valeur attendue de son dommage. Ce problème dit de « **risque moral** » se traduit en santé par l'idée que la personne couverte par une assurance va affecter moins de ressources ou d'efforts à la prévention, va adopter des comportements plus risqués... La notion de risque moral est plus généralement utilisée en santé pour désigner l'idée selon laquelle à état de santé donné, une personne assurée va consommer plus de soins qu'une personne non assurée : une fois que l'assurance est en place, le coût marginal de l'unité de soin est plus faible et l'individu en augmente la consommation. Quoiqu'il en soit, la question du risque moral est largement indépendante de celle de la concurrence entre assureurs qui fait l'objet de cette partie : le tiers payeur (assureur ou acheteur de soins), à partir du moment où il ne peut observer le

comportement de l'assuré et où il ne contrôle pas le processus de prestation de soins, est confronté au problème, et ce, qu'il soit un monopole * public ou un assureur privé en concurrence. **Les solutions au problème de l'aléa moral ne dépendent donc pas fondamentalement du fait que le tiers payeur est public ou privé, unique ou en concurrence avec d'autres** ⁶.

2 - La question de savoir si les individus obtiennent effectivement l'assurance qu'ils souhaitent se pose en revanche dans le cas où on considère que **le risque est exogène mais l'information sur le niveau de risque que présente l'assuré n'est pas symétrique entre l'assureur et l'assuré**.

- Le corpus théorique le plus vaste, constitué autour de l'article fondateur de Rothschild et Stiglitz (1976), repose sur l'idée que les consommateurs connaissent leur niveau de risque, mais que les assureurs ne sont pas capables de distinguer qui présente un niveau de risque élevé ou faible ⁷. Si les assureurs offrent un contrat d'assurance qui correspond à la probabilité de dommage des bas risques, tous les individus auront intérêt à le souscrire. Dans cette configuration, les hauts risques ne paieront pas assez par rapport à la charge qu'ils représentent et les assureurs réaliseront une perte. S'ils augmentent la prime, ils pourront au contraire dissuader les bons risques et ne plus garder en portefeuille que les mauvais (**anti-sélection ou auto-sélection néfaste pour les assureurs**). Rothschild et Stiglitz imaginent un équilibre de marché dans lequel les bas risque limitent leur quantité d'assurance (ils acceptent une franchise moyennant une prime plus basse), les hauts risques restant assurés complètement à leur coût actuariel ⁸.
- Sous l'hypothèse que les assurés connaissent mieux leur risque que les assureurs, le modèle théorique montre donc que **les bas risques ne peuvent obtenir autant d'assurance qu'ils le souhaiteraient**. Les tests empiriques de cette hypothèse sur le marché de l'assurance maladie ne sont pas toujours concluants et quand bien même on observe parfois que les bas risques s'assurent moins que les hauts risques ⁹ (Wolfe et Gooderis, 1991 ; Browne, 1992), il ne s'agit pas réellement d'une inefficacité majeure du marché de l'assurance (la couverture partielle est proche de la couverture complète). De façon plus significative, Newhouse (1996) et Cutler et Reber, (1996) citent des exemples concrets de cas où des individus se voyant offrir des assurances plus ou moins généreuses tendent à se segmenter en fonction du risque. Lors du passage de l'université de Harvard en 1995, d'un plan unique généreux à une gamme de plans avec financement forfaitaire par l'employeur, on constate par exemple que les « bons risques » choisissent massivement les plans les moins généreux. Les « mauvais risques » se trouvent alors concentrés dans le plan dont la couverture est plus large. Il faut noter que ces résultats empiriques qui sont largement probants se différencient de ceux qui testent l'hypothèse de Rothschild et Stiglitz « au pied de la lettre », en ce qu'ils ajoutent une dimension à leur analyse : le plan qualifié de moins généreux est en général un HMO ¹⁰ et le plan le plus généreux présente une forme d'organisation plus souple (assurance traditionnelle ou PPO ¹¹). Le fait que les copaiements sont plus ou moins élevés ou que certaines catégories de soins sont ou non prises en charge, autrement dit que l'assurance est plus ou moins complète selon la terminologie de Rothschild et Stiglitz, semble importer relativement moins que l'impression, fondée ou non, que l'accès aux soins est contrôlé. **Les hauts risques optent pour des plans dans lesquels ils**

⁶ *Tout juste peut-on noter que cet aléa moral pousse à la tarification au risque : si je crains que les autres ne fassent pas d'effort une fois couverts, et augmentent donc les primes, je tiendrais à m'assurer avec des individus dont je ne crains pas les comportements « douteux » ; je serais d'autant plus susceptible de confondre le coût d'un individu avec son risque objectif.*

⁷ *Le modèle postule deux catégories de risques « hauts » et « bas » qui se différencient par une probabilité plus ou moins élevée de subir un dommage. On appelle parfois (abusivement) ces catégories « bons » et « mauvais » risques. En théorie en effet, l'assureur est indifférent entre le fait de couvrir un « bon » ou un « mauvais » risque si la prime de chacun est actuarielle.*

⁸ *Couffinal, 1998 pour une revue de littérature de ces travaux appliquée à l'assurance maladie.*

⁹ *Niveau de franchise ou de copaiement plus élevé*

¹⁰ *Health Maintenance Organization (cf. Monographie USA)*

¹¹ *Preferred Provider Organization (cf. Monographie USA)*

bénéficient d'une plus grande liberté dans le choix de leurs prestataires¹². Ce cloisonnement des risques a une autre conséquence. Comme la tarification se fait à l'intérieur de chaque plan, le prix du plan le plus généreux, ou encore le moins contraignant quant au choix du producteur, augmente au fur et à mesure que les hauts risques le choisissent. Le surcoût est tel qu'il entraîne un exode des risques les moins élevés, ce qui induit un nouveau renchérissement des primes. Ce mécanisme (qualifié souvent de « death spiral ») peut entraîner rapidement l'éviction complète du plan le plus généreux, même s'il répond à un besoin objectif d'une partie de la population. Contrairement au modèle de Rotschild et Stiglitz ce n'est pas la quantité d'assurance qui discrimine mais le fait d'avoir accès à un service différent ; et cette possibilité disparaît si le plan est retiré du marché. Cette fois, l'effet d'auto-sélection est propice à l'assureur qui restreint l'accès aux prestataires de soins.

Ce dernier résultat est plus conforme au sentiment assez largement partagé que **dans les faits, les hauts risques rencontrent plus de difficultés que les bas risques à obtenir le niveau d'assurance qu'ils désirent**. Au delà du constat (Pauly, 1988) que les assureurs peuvent « refuser de vendre de l'assurance s'ils estiment que les risques sont trop élevés », la littérature théorique expliquant le problème de l'accès à l'assurance pour les hauts risques par un seul problème d'information est assez pauvre. Récemment cependant, Villeneuve (1998) propose un modèle qui formalise le problème d'accès à l'assurance inversant le sens de l'asymétrie d'information : les assureurs connaissent mieux le risque que les assurés, en particulier parce qu'ils accumulent de l'information actuarielle qui n'est pas connue des assurés. Il montre alors que l'équilibre est tel que les assurés à haut risque sont assurés de façon incomplète alors que les bas risques obtiennent l'assurance complète.

D / Les limites de la tarification au risque et les parades des acteurs : le risque d'écrémage

On aborde maintenant le problème crucial de **l'écrémage des risques, qui s'explique par les difficultés auxquelles est confronté l'assureur qui doit tarifer au risque pour être efficace**.

Tarification au risque : objectifs et contraintes

Avant d'évoquer la sélection proprement dite, il convient de s'interroger sur la signification concrète de « la tarification au risque ». En théorie, la prime d'assurance actuarielle doit être égale à la moyenne des dépenses que va engendrer un individu. L'assureur est-il en mesure de la calculer ?

Les dépenses de santé constatées varient d'un individu à l'autre. Cette variance se décompose en deux éléments :

- Une **variance explicable** qui dépend des caractéristiques individuelles. Parmi celles-ci, certaines sont observables et communes à des sous groupes plus larges d'individus (hommes/femmes, personnes du même âge..) et d'autres sont les caractéristiques intrinsèques d'un individu précis.
- Une **variance « pure »** qui résulte de la réalisation de l'événement aléatoire « actualiser le risque objectif », voire d'autres événements aléatoires, par exemple le fait de se faire renverser par une voiture.

Assumer cette variance pure est le rôle de l'assureur. Pour ce faire, il doit être capable de tarifer la variance explicable.

¹² La segmentation observée pourrait aussi résulter d'un comportement de sélection de la part des plans. La question de la sélection est étudiée plus loin.

Si l'assureur dispose d'une information exhaustive sur l'individu (ce qui est une hypothèse très forte), il peut anticiper en moyenne les dépenses d'une personne et donc calculer une prime d'assurance actuarielle. Autrement dit, **la variance explicable peut être expliquée.**

Sur la base de données d'enquête pluri-annuelles, on estime que la variance explicable représente 20 à 25% de la variance totale (Newhouse, 1996). Ce résultat est obtenu lorsqu'on dispose d'informations détaillées sur les caractéristiques observables des individus et que l'on peut en outre (grâce à des données longitudinales) estimer un paramètre individuel (effet fixe) qui « résume » l'ensemble de caractéristiques intrinsèques auxquelles on n'a pas accès.

L'assureur qui veut tarifer au risque dispose au mieux, quand une personne demande à souscrire une assurance, des caractéristiques observables pour estimer la prime qu'elle devrait payer.

Van de Ven et van Vliet (1992) et Newhouse (1996) présentent les résultats de nombreux tests empiriques qui cherchent à déterminer le pouvoir prédictif de multiples caractéristiques individuelles. Les résultats sont convergents :

- **Les caractéristiques socio-démographiques** (âge, sexe, région, degré d'urbanisation, revenu, chômage ou non, niveau d'éducation, taille de la famille) dont on peut imaginer qu'elles sont disponibles en routine ou qu'elles peuvent être aisément collectées par les assureurs **ne permettent d'expliquer qu'une faible proportion de la variance** (autour de 3%). **Ce résultat est très important à souligner car il relativise l'idée répandue qu'un forfait calculé en fonction de l'âge et du sexe suffirait à éliminer toute tentation de sélection des risques. Nous verrons de plus (cas des Pays Bas) qu'un ajustement au risque sur la base de 4 critères est déjà effroyablement complexe et difficile à gérer**¹³.
- Quand bien même on ajoute des informations individuelles plus complètes sur l'état de santé, objectif ou ressenti, voire sur l'utilisation de ressources médicales des années précédentes (ce qui signifie que l'assureur renouvelle le contrat et dispose d'information à ce sujet), on ne peut de toutes façons que tendre vers une bonne estimation de l'effet individuel (fixe) et donc vers une prime tarifée au risque. L'utilisation de facteurs de risques multiples communs à des sous populations d'assurés ne permet pas de tarifer cette composante strictement individuelle et donc d'intégrer la totalité de la variance explicable dans la prime.

Le problème d'efficacité se pose alors de façon concrète parce que les assureurs ne peuvent pas valoriser l'ensemble des facteurs de risque et calculer une prime actuarielle : ils ne peuvent alors proposer des prix reflétant les valeurs actuarielles.

Il existe plusieurs limites à la capacité d'un assureur à mener la tarification au risque :

- L'information n'est pas disponible pour des raisons techniques (coût de collecte élevé, manque de fiabilité de l'information, possibilité de manipulation par l'assuré).
- L'assureur est limité par la taille de la population qu'il couvre : plus celle-ci est petite moins le nombre de facteurs de risque qu'il peut effectivement tarifer (sans commettre d'erreur) est élevé.
- La multiplication des catégories tarifaires entraîne des coûts de gestion trop élevés.
- L'assureur peut aussi s'interdire pour des raisons éthiques, de respect de la vie privée ou pour ne pas mettre à mal sa réputation d'utiliser pour établir sa tarification certains facteurs de risque (quand bien même il pourrait connaître ces informations - l'ethnie par exemple -).

¹³ *De l'aveu de Mr. LUURSEMA (entretien Avril 1998) responsable du département du Ziekenfondsraad dans lequel la capitation ajustée au risque est calculée au Pays Bas, moins de 5 personnes en comprennent le fonctionnement complet.*

- L'Etat peut enfin interdire l'utilisation de certains critères de tarification ou limiter leur nombre (ce point sera développé ultérieurement).

L'écrémage

Quelle qu'en soit la raison, à partir du moment où la tarification au risque est imparfaite, l'assureur, qui reçoit un paiement uniforme pour des risques qui ne le sont pas, peut avoir intérêt à mettre en place des stratégies de sélection des risques dites aussi d'écrémage, afin d'exploiter les informations dont il dispose initialement ou qu'il accumule au fil du temps. Il peut éviter de couvrir les individus concernés, chercher à les évincer ou au contraire tenter d'attirer les individus pour lesquels il sait par avance que le montant du financement excède l'espérance des débours. En présence d'écrémage, on peut aboutir à une situation paradoxale où un assureur dont l'efficacité productive * est médiocre mais qui sélectionne les bons risques évince du marché un autre, efficient mais dont la population est plus risquée (van de Ven et van Vliet, 1992).

Comme on le verra dans la partie suivante (partie 3), le risque d'écrémage n'est pas propre à la concurrence entre assureurs, il existe aussi dans la concurrence entre acheteurs, dès lors que ces « acheteurs » sont rémunérés sur la base d'un paiement forfaitaire prospectif.

Les soupçons de **comportement de sélection sur le marché de l'assurance** sont cependant plus souvent étayés par des anecdotes que par des études empiriques détaillées et conclusives. Il est probablement impossible de quantifier la sélection des risques, au mieux peut on donner **des exemples de stratégies mises en œuvre par les assureurs** qui peuvent se justifier par une tentative **d'écrémer ou de sélectionner les risques**.

Aux États-Unis, les entreprises appartenant à certains secteurs d'activité se voient systématiquement refuser la possibilité d'assurer leurs employés pour les risques santé. Les exemples les plus souvent cités sont les fleuristes, les salons de coiffure et d'esthétique ou les compagnies de taxi. Dowd et Feldman (1992) citent une enquête réalisée en 1990 auprès de 48 assureurs : 29 d'entre eux refusent systématiquement d'assurer certains types d'entreprises.

Le refus de vente est un exemple extrême et les stratégies peuvent être plus subtiles (voir par exemple van de Ven et van Vliet, 1992) :

- L'assureur peut mettre en œuvre des stratégies commerciales différenciées (ciblage de la publicité vers des populations particulières, combinaison de l'offre d'assurance avec d'autres services qui peuvent intéresser des personnes ayant des niveaux de risque faible : assistance voyage, adhésion à un club sportif,...). Certaines caisses d'assurance maladie au Pays Bas ont choisi de faire de la publicité dans des quartiers aisés, d'autres, qui démarchent les entreprises plutôt que les individus, ont une plus grande probabilité d'attirer des personnes dont l'état de santé leur permet (au moins) de travailler. On constate plus généralement que dans les systèmes concurrentiels (USA, Allemagne, Suisse...), la population des entreprises est courtisée par les assureurs (la sélection des bons risques n'est qu'une des explications de ce phénomène).
- L'assureur peut offrir (ou ne pas offrir) des garanties susceptibles d'attirer certaines catégories de risque. Même si l'Etat impose aux assureurs d'offrir une couverture de base uniforme, la sélection s'exerce sur les options complémentaires. Aux Pays-Bas, les caisses publiques sont obligées d'offrir un contrat de base (large) à toute personne qui le souhaite. Elles sont ensuite libres d'offrir une couverture complémentaire. La liberté de passer d'une caisse à l'autre est concrètement limitée pour les personnes qui présentent des risques élevés : si elles quittent leur caisse d'origine, elles courent le risque de ne pas trouver à s'assurer pour la partie non obligatoire. En Allemagne, certaines caisses locales, mises en concurrence, ont tenté à un moment d'offrir les garanties supplémentaires, mais cela a été déclaré illégal.

- Dans le cas où l'assureur est aussi acheteur de soins, il peut éviter d'offrir les services de spécialistes ou d'institutions réputées pour des pathologies lourdes (cancer, diabète, cardiologie, etc...), créant ainsi une désincitation pour les personnes qui sont conscientes de présenter un haut risque ou qui sont déjà malades, de s'assurer auprès d'eux. Si cette pratique se généralise, les personnes présentant des risques lourds peuvent voir à terme la qualité des soins qui leurs sont offerts diminuer.

Quoiqu'il en soit, le choix de mettre en œuvre ou non des stratégies de sélection ou d'écrémage pour un assureur résulte d'un arbitrage entre les bénéfices tirés de cette stratégie et ses coûts. Allouer des ressources à la sélection constitue en tout état de cause un gaspillage net du point de vue social.

Il est d'autant plus difficile de mesurer la sélection ou l'écrémage **que des assurés peuvent aussi faire de l'auto-sélection**, comme on l'a vu ci-dessus.

Le partage entre écrémage et auto-sélection est, de plus, très difficile à mesurer. Par exemple, la HCFA a ouvert depuis plusieurs années la possibilité pour les bénéficiaires de MEDICARE de s'inscrire auprès de HMOs pour recevoir des soins par le biais de leurs réseaux. Le paiement que les HMOs reçoivent est forfaitaire et on constate (Riley, Lubitz et Rabey, 1991 ; Riley et alii, 1996 ; Morgan et alii, 1997) que l'état de santé général l'année précédente des populations MEDICARE entrant dans un HMO est nettement meilleur que celui des personnes qui restent dans le système traditionnel. Cet effet n'est pas forcément plus attribuable à un comportement de sélection ouverte de la part des HMOs qu'à un comportement d'auto-sélection de la part des assurés. Il permet d'illustrer le risque que présente l'existence d'un paiement forfaitaire. Cette notion de sélection spontanée est importante : les HMOs, même par simple recherche d'efficacité, proposent un autre produit que l'assurance conventionnelle, avec plus de remboursements annexes, en contrepartie d'une moins grande liberté de choix pour le patient.

En pratique, les assureurs rencontrent donc de réelles difficultés pour remplir la condition nécessaire au fonctionnement efficace d'un marché concurrentiel de l'assurance qu'est la tarification au risque. De fait, son application imparfaite a pour conséquence inévitable le développement par les assureurs de stratégies de sélection des risques.

Pour résumer l'ensemble des limites au modèle théorique, **le postulat de base selon lequel, dans un système d'assurance concurrentielle, l'individu obtient exactement l'assurance qu'il souhaite est mis à mal dans la pratique**, pour les raisons suivantes :

- les risques catastrophiques ou chroniques sont difficilement assurables ;
- la puissance publique peut souhaiter assurer des individus imprévoyants contre leur gré ;
- l'asymétrie d'information entre assureurs et assurés conduit à des formes d'auto-sélection qui peuvent pénaliser les hauts risques, en les empêchant de s'assurer complètement (par exemple de conserver la liberté de choix du praticien s'ils la souhaitent, cf expérience nord-américaine) ;
- le coût élevé, voire l'impossibilité de mener une tarification au risque conduit à l'écrémage des mauvais risques de la part des assureurs.

Auto-sélection et écrémage sont deux défauts du marché mais ne sont pas de même nature : l'écrémage est frauduleux, et peut être régulé via les plaintes des patients, il a pour conséquence une mauvaise utilisation des ressources, alors que l'auto-sélection est un phénomène « normal » d'expression des préférences individuelles, dont les conséquences néfastes (en ce qu'elles limitent l'accès à l'assurance pour certains) ne justifient pas qu'on l'interdise.

2.1.2. *Équité*

Au delà de l'ensemble des problèmes d'efficacité que nous avons évoqués, la critique la plus couramment faite aux systèmes dans lesquels l'assurance est soumise au jeu de la concurrence porte sur **l'inéquité qu'elle génère**.

On peut distinguer deux types de critiques selon qu'on cherche à privilégier un traitement égalitaire des personnes qui présentent des **niveaux de risque différents** (A) ou qui ont **des ressources différentes** (B). Les deux ne sont pas exclusives, mais elles inspirent des interventions différentes sur le marché de l'assurance et se traduisent par un problème d'accès à l'assurance que nous illustrons au travers de l'exemple des États-Unis (C).

A / Équité entre les hauts et les bas risques

La tarification au risque, qui est inhérente au fonctionnement d'un marché de l'assurance, est génératrice d'inéquité entre hauts et bas risques. On peut juger injuste que les personnes qui présentent des hauts risques paient plus que les personnes qui présentent des bas risques, dans la mesure où elles ne sont largement pas responsables du niveau de ce risque. Cet argument découle d'une approche de la justice¹⁴ selon laquelle les individus ignorant tout de leurs caractéristiques individuelles (et en particulier de leur état de santé) privilégient un traitement égalitaire des membres de la société, voire une compensation ex ante entre les individus des différences dont ils ne sont pas responsables. Dans cet esprit, van de Ven avance que « a chronically ill person would pay, say, one hundred times the premium of a chronically well person of the same age. In most societies that is considered undesirable »¹⁵. A l'inverse Pauly (1984) met en doute la pertinence de cet argument en affirmant qu'il n'existe pas de base objective pour déterminer sur quels risques les individus doivent être tenus pour responsables de leur moindre bien être. Pour ce faire, il développe une version volontairement caricaturale de l'argument rawlsien : « one may wonder why, or whether redistribution based on illness should take precedence over redistribution based on other unlucky events -ugliness, unhappy marital status »¹⁶. Dans la ligne de ce type d'arguments, la tarification au risque est non seulement plus efficace mais aussi plus juste, car elle oblige les individus à supporter pleinement et directement les conséquences, en termes de primes, de comportements à risque. A contrario, il est injuste que les personnes prudentes paient pour les autres. Si chacun paie pour son propre risque, les individus qui investissent dans la prévention en récoltent les bénéfices, ce qui constitue en soi une incitation à le faire.

Les partisans des deux approches se différencient par l'idée qu'ils se font de la responsabilité d'un individu sur son état de santé. Ce débat est moins un débat scientifique qu'une opposition entre des conceptions fondamentales de la vie en société. En particulier, la prise en compte de facteurs sociologiques dans l'adoption de comportements à risques (le fait de fumer par exemple) influence l'idée qu'on se fait sur le degré de maîtrise par l'individu de son propre état de santé.

B / L'accès à l'assurance en fonction du revenu

La différence la plus frappante entre les systèmes concurrentiels et le monopole * de la sécurité sociale, et sans doute aussi la plus dommageable d'un point de vue social, est le caractère régressif de la tarification au risque par rapport aux cotisations assises sur le revenu. La part budgétaire de la santé est sensiblement différente, dans la tarification au risque, pour un individu pauvre et pour un individu riche, et peut même aller jusqu'à lui interdire l'accès à l'assurance. Cet accès des pauvres à l'assurance santé est, de ce fait, un problème posé aux politiques dans tous les systèmes concurrentiels.

¹⁴ Qualifiée de « rawlsienne »

¹⁵ « Un malade chronique devrait payer, par exemple, cent fois la prime d'une personne chroniquement en bonne santé du même âge. Ce n'est pas considéré comme souhaitable dans la plupart des sociétés ».

¹⁶ « On peut se demander si et en quoi une redistribution fondée sur l'état de santé devrait prendre le pas sur d'autres redistributions basées sur des circonstances aléatoires défavorables, comme le fait d'être laid ou malheureux en mariage ».

Il est en réalité difficile de distinguer les deux notions d'équité (entre hauts et bas risques d'une part, entre pauvres et riches d'autre part), en particulier parce qu'il existe une corrélation entre le niveau de risque et la richesse ; l'existence d'un gradient de mortalité et de morbidité entre classes socio-économiques est en effet documentée dans la plupart des pays. Dans un système où la tarification au risque domine, les plus pauvres se voient en moyenne obligés de souscrire des contrats relativement plus chers que les personnes les plus aisées.

Quoiqu'il en soit, l'enjeu majeur de l'introduction de la concurrence entre assureurs est probablement celui de l'universalité de l'accès à l'assurance et à travers elle, aux soins. Les États-Unis sont l'exemple le plus documenté des problèmes d'accès à l'assurance dans un système où celle-ci est largement volontaire.

C / L'accès à l'assurance : l'exemple des Etats-Unis

Les estimations du nombre de personnes non couvertes oscillent entre 36 et 41 millions de personnes. La source principale d'information est le Current Population Survey qui porte sur 60 000 ménages chaque année. Cette enquête permet de savoir : si la personne est assurée au moment de l'enquête, si elle est assurée à titre individuel ou en contrat groupe et si elle peut bénéficier de MEDICARE ou MEDICAID. On considère pourtant que cette enquête conduit à sous estimer les personnes non assurées : selon une estimation de l'Alpha Center (entretien avec D. Chollet, mai 1998), les personnes qui n'ont pas d'assurance au jour de l'enquête représentent probablement un tiers de celles qui n'ont pas été assurées à un moment ou un autre pendant l'année.

Une étude détaillée publiée en 1995 sur des chiffres de 1989 à 1993 (Hellander et al., 1995) permet de voir que :

- Durant cette période, la part de la population non assurée a augmenté de 13.6% à 15.3%, alors même que la proportion de la population couverte par MEDICAID (couverture publique destinée à certaines catégories de personnes à faible revenu) passait de 8.6% à 12.2%.
- Les personnes les plus touchées appartiennent à des ménages dont les revenus sont faibles : 66% des personnes non assurées (en 1989 et 1993) appartiennent à des ménages dont le revenu est en dessous de 25 000 \$. Les personnes dont le revenu est intermédiaire (entre 25 000 et 50 000 \$) semblent de plus en plus touchées par le problème et elles représentent une proportion de plus en plus élevée des personnes non couvertes (21% en 1989 et 24% en 1993). Pour les catégories de revenus plus élevées, le nombre de personnes qui ne sont pas assurées diminue sur la période.

Le revenu semble donc bien être une variable centrale expliquant l'accès à l'assurance. La non assurance par choix (reflétant une moindre aversion au risque) est nettement moins importante que la non assurance par contrainte, reflétant une incapacité à payer la prime compte tenu de son revenu.

Même si le fait de travailler ne garantit pas l'accès à l'assurance (puisque deux tiers des personnes non assurées appartiennent à des ménages dont le chef travaille et que 56% des personnes non assurées sont des adultes qui travaillent), la principale source d'accès à l'assurance aux États-Unis est l'employeur. Au premier trimestre de 1996, 64% des résidents américains âgés de moins de 65 ans, soit 148.5 millions de personnes (Medical Expenditure Panel Survey, 1997), bénéficiaient d'une police d'assurance souscrite via leur entreprise ou à titre d'ayant droits.

D'après l'enquête NEHIS (National Employers' Health Insurance Survey) de 1994 (portant sur les données de 1993, collectées auprès des entreprises), 52% des entreprises offrent au moins un plan d'assurance à leurs salariés. Ces entreprises représentent 83% des salariés, car la probabilité d'offrir un plan augmente avec la taille de l'entreprise. Cependant, tous les salariés d'une entreprise offrant un plan ne sont pas éligibles : un délai de carence d'un trimestre est souvent imposé aux nouveaux recrutés (dans 75% des entreprises), et les salariés à temps partiel (moins de 32 heures par semaine) sont aussi

exclus du droit à l'assurance. Au total, 82% des salariés à temps plein sont éligibles, mais seulement 18% des salariés à temps partiel.

Une comparaison entre la situation en 1987 et 1996 (Cooper et Steinberg, 1997) permet d'ajouter quelques éléments d'information : entre ces deux points, la proportion des travailleurs non indépendants obtenant une assurance par leur employeur principal a décliné de 64% à 60.4%, alors que le pourcentage de personnes auxquelles on offrait la possibilité de s'assurer a augmenté de 72.5% à 75%. Si on prend en compte le fait que certaines personnes travaillant peuvent être couvertes par un autre employeur que le leur, le taux de couverture des travailleurs est plus élevé (73.2% et non 60.4%) mais il a diminué sur la période puisqu'il était de 76.2% en 1987.

La probabilité d'être effectivement couvert par un employeur a donc diminué sur la période, en particulier pour les jeunes et les personnes ayant des taux de salaire faible (ces deux variables étant probablement corrélées), même si ces dernières ont la même probabilité de se voir offrir une couverture aux deux dates. Autrement dit, les personnes ayant des revenus faibles ont de moins en moins de chances d'avoir effectivement une assurance quand bien même la possibilité serait ouverte par l'employeur.

Parmi les facteurs explicatifs possibles les auteurs citent : la diminution du salaire réel, l'augmentation des primes, et le désengagement croissant des entreprises dans le financement mais aussi la prise de conscience sur les coûts de l'assurance et l'élargissement des règles d'accès à MEDICAID qui conduiraient les personnes à choisir délibérément de ne pas se couvrir. Les données disponibles ne permettent pas de tester ces hypothèses mais les auteurs privilégient l'idée qu'il s'agit d'un problème d'accès lié à des prix trop élevés de l'assurance pour certaines catégories de salariés, malgré la participation des employeurs au financement.

Pour résumer, l'assurance concurrentielle est nettement moins équitable que les systèmes coercitifs de sécurité sociale, car :

- il n'y a pas de solidarité entre les hauts risques et les bas risques
- une prime actuarielle relative au même risque n'a pas le même poids dans un budget limité et dans un budget élevé.

La conséquence première en est la difficulté d'accès à l'assurance maladie pour les plus pauvres dans les systèmes concurrentiels (40 millions d'exclus aux USA, effectif en croissance).

2.2. Comment se manifeste la concurrence entre assureurs et la responsabilisation financière des assurés ?

On vient de voir que les enjeux théoriques de la mise en concurrence des assureurs maladie tournent principalement autour de l'efficacité et de l'équité d'une responsabilisation des assurés. **L'assuré est dit ici « responsabilisé » lorsque sa contribution au financement de ses dépenses de santé** (qu'elle soit directe ou qu'elle passe par l'achat d'une assurance) **est fortement corrélée à son état de santé**. La responsabilisation est complète si la personne n'est pas assurée, elle est forte si la prime d'assurance est actuarielle, et faible si la prime est par exemple fonction de son revenu.

On s'intéresse maintenant aux formes que peut prendre la responsabilisation des individus par rapport à leur santé, dans quelques pays l'ayant introduit. Les exemples de Singapour (2.1.1), du Chili et d'Israël (2.1.2), des États-Unis (2.1.3), de l'Allemagne (2.1.4) et des Pays-Bas (2.1.5) sont présentés : les exemples vont des systèmes les plus radicaux de responsabilisation à ceux qui peuvent s'analyser comme relevant en fait de la « concurrence entre acheteurs » (cf. partie 3.1).

2.2.1. *Singapour*

De manière surprenante, la version la plus radicale de la responsabilisation financière n'est pas la concurrence entre assureurs : elle consiste plutôt à minimiser la mutualisation des risques et à pousser chaque individu à se couvrir par son épargne personnelle.

La forme extrême de responsabilisation de l'assuré est en effet la **suppression du tiers payeur assureur sur une part importante de la dépense de soins**. Outre les formes totalement inorganisées, réduites en fait au financement direct par les patients (cas du Paraguay, cf. annexe I) et générant inévitablement des problèmes dramatiques d'accès aux soins, la suppression organisée et partielle du tiers payeur est le MSA, Medical Saving Account, pratiqué à l'échelle nationale à Singapour, et expérimentalement aux USA.

Le MSA fonctionne comme suit (Hsiao, 1995) : chaque individu cotise de 6% à 8% de son revenu (en fonction de l'âge). Une faible partie de cette cotisation sert à payer une police d'assurance avec une forte franchise. Le reste est épargné de manière obligatoire dans un compte appelé MSA et dont l'emploi est réservé au financement des soins de santé. Si un problème de santé survient, il tire sur son compte d'épargne tant que la franchise n'est pas saturée. Il n'a le droit de tirer sur son compte que pour payer les frais hospitaliers et quelques frais ambulatoires lourds, pour lui même ou sa famille proche (ascendants, descendants, conjoint). Il peut consulter le producteur de son choix.

L'idée générale du MSA est que tout le problème des coûts médicaux trop élevés vient du risque moral. Par risque moral, on entend la propension de l'assuré non mis au risque à suivre docilement toutes les recommandations du producteur de soins, et à ne pas exercer son rôle de consommateur attentif à minimiser les coûts. La logique du MSA consiste donc à supprimer le tiers payeur pour supprimer ce risque moral. Ce refus de toute mutualisation du risque maladie - même au sein de classes de risque homogènes - revient de fait à dénier toute légitimité à la fonction d'assurance - du moins dans la limite de la franchise - au profit d'une gestion purement individuelle du risque. Il ne subsiste plus qu'une forme d'auto-assurance intertemporelle gérée par capitalisation. On oppose ici l'idée de capitalisation à celle de mutualisation (intrinsèque à l'assurance). Certains systèmes d'assurance universelle conjuguent en outre cette mutualisation des risques avec une véritable répartition : les personnes jeunes contribuent à un instant donné au financement des consommations des personnes âgées (qui consomment davantage de soins médicaux).

Le MSA fait partie de l'agenda du parti républicain aux USA, et ce mode de financement du système de soins à été tenté à Singapour depuis 1984, sous le nom de MEDISAVE.

Singapour présente des performances sanitaires honorables (espérance de vie de 76 ans, mortalité infantile de 5 pour mille). Avant 1984, le système de santé fonctionnait sur le modèle du NHS britannique¹⁷. La réforme de 1984 a été bien accueillie dans l'opinion, mais, en 1990, il a fallu doubler MEDISAVE par MEDISHIELD, couverture sociale via un tiers payeur des patients atteints d'une maladie chronique coûteuse (risque catastrophique). MEDISHIELD ne couvre pas non plus le petit ambulatoire et fonctionne avec une franchise élevée ; il est abondé par une partie de la cotisation (qui est donc ôtée du MSA). Enfin, en 1993, a été créé MEDIFUND, pour couvrir les pauvres qui ne versent pas de cotisations et le gouvernement a maintenu une offre quasi gratuite de soins en dispensaire dans les quartiers pauvres. Cette succession de plans publics met en lumière l'échec d'une réforme purement libérale à prendre en charge l'intégralité du bien « assurance maladie », ainsi que les difficultés d'accès aux soins des pauvres dans les systèmes régressifs.

En outre, l'expérience de Singapour semble montrer que, même responsabilisé financièrement, le patient n'a toujours pas les moyens de contrôler les coûts : le taux de croissance des coûts

¹⁷ *National Health Service, modèle du système de santé britannique*

médicaux par tête était de 11% par an avant 1984, il est passé à 13% par an après (Hsiao, 1995). Il y a donc peu à espérer d'une responsabilisation de l'assuré pour maîtriser les dépenses de soins.

2.2.2. Chili et Israël

Une autre forme de responsabilisation forte de l'assuré est la **tarification au risque individuel** pratiquée à la fois, mais avec des résultats très différents, par les assurances chiliennes (les ISAPRES) et par les caisses israéliennes. Dans chacun de ces deux exemples, l'assureur reçoit une somme fixe (la cotisation obligatoire et proportionnelle au revenu de l'assuré, que ce dernier affecte à l'assureur de son choix), mais peut demander plus s'il estime que le risque de l'individu est supérieur à sa cotisation.

Dans le cas chilien, où un système public coexiste avec les caisses privées, le résultat a été une segmentation duale du système de soins : les 12% les plus riches (et les mieux portants) sont partis pour le système privé, auquel ils ont apporté 50% du montant total des cotisations et ont dépensé 30% des consommations de soins (voir annexe). Les autres restent dans un système d'assurance publique sommé d'accueillir les urgences et les non assurés.

En Israël ¹⁸, il n'existe pas de système public : une caisse dominante (75% du marché) fonctionne en HMO staff model (elle dépend du principal syndicat ouvrier), et trois caisses mineures fonctionnent en IPA HMO (voir l'annexe USA pour les définitions des termes HMO, IPA, staff model). Du coup, certains malades chroniques ne trouvent pas d'assureur, ni des individus soupçonnés d'être des hauts risques, soit environ 4% de la population. L'autre caractéristique est que, bien que la mobilité soit autorisée d'une caisse à l'autre, les assurés n'en profitent que peu. Il est vrai que les différences de primes sont très faibles d'une caisse à l'autre (il s'agit là d'un comportement volontaire de la part des caisses), et que les caisses proposent des produits très diversifiés, rendant les comparaisons difficiles. Pour le coup, les pistes de réforme prévoient plutôt la mise en concurrence des producteurs, c'est-à-dire la rupture de l'intégration verticale* entre les caisses et leur réseau de producteurs de soins.

2.2.3. USA

Aux USA, les individus conservent le choix de s'assurer ou non et il est admis qu'ils soient responsabilisés financièrement. Cependant, le risque peut être mutualisé et géré par répartition, à l'échelle de l'employeur pour les ménages comprenant un salarié occupé. **L'assurance d'entreprise tente de réaliser un compromis difficile entre l'efficacité attendue de la responsabilisation des assurés d'une part, et les limites à cette efficacité qui émergent parce que le marché est trop complexe, d'autre part. Elle permet, en théorie, de mutualiser des risques objectifs différents, notamment par âge.**

La mutualisation du risque maladie s'effectue au sein de l'entreprise pour une majorité d'actifs occupés : 150 millions d'Américains sont ainsi couverts via les entreprises. L'assuré n'a pas à payer pour son risque individuel et familial : sa prime reflète le risque moyen de la main d'œuvre de son entreprise, ou plus exactement de la partie de cette main d'œuvre qui a choisi le même plan d'assurance que lui. Le fonctionnement par répartition du risque au sein de l'entreprise parie sur le renouvellement, voire l'expansion de la main d'œuvre de cette entreprise. Certes, chaque risque individuel vieillit, mais le recrutement assure que de meilleurs risques, plus jeunes, vont venir le compenser dans le pool. En quelque sorte, c'est une solution au problème des contrats de long terme et de l'assurance contre le risque de devenir un mauvais risque (nous reviendrons sur cet aspect) ¹⁹.

¹⁸ Pour plus de détails sur le système israélien voir par exemple Chinitz (1994) et Haberfeld (1995) ; il convient de noter que, en 1995, une loi sur la couverture maladie universelle a été votée en Israël.

¹⁹ On peut cependant noter que le lien entre plan et entreprise occasionne des coûts de transaction à celui qui change d'employeur (problème de la portabilité) : il doit accepter de perdre le bénéfice restant à courir de la prime qu'il a versé, il doit

Hors de l'entreprise, l'assurance sociale ne couvre pas tous les pauvres et laisse une large place à la responsabilisation des assurés. Le reste de la population américaine peut tout d'abord bénéficier des programmes sociaux, MEDICARE et MEDICAID, mais ceux-ci sont loin de couvrir l'ensemble des dépenses de santé (cf. monographie). 15% de la population n'est pas assurée du tout et le taux de couverture décroît depuis l'extension du managed care, alors même que MEDICAID s'est étendu. Les zones à plus forte concurrence et à coûts médicaux élevés sont aussi les zones à plus faible couverture (Californie). Cela ne signifie pas que la concurrence soit à l'origine de la non couverture. Pour autant, la probabilité de n'être pas couvert s'explique plus par des caractéristiques d'environnement que par l'expression d'un choix individuel.

L'assurance d'entreprise responsabilise l'assuré de plus en plus lourdement

Avant les années 80, la mutualisation des risques au sein de l'entreprise était assez poussée car un seul plan était proposé par entreprise (voir annexe, monographie USA). En outre, ce plan unique était largement subventionné par l'entreprise, qui prenait en charge environ 75% de la prime et non un montant forfaitaire. C'est ce qu'A. Enthoven appelle la concurrence corporative (« guild competition »).

Aujourd'hui, la répartition est moins forte car la concurrence s'exerce au sein même de l'entreprise : 43% des salariés ont le choix entre plusieurs plans (NEHIS 1993) ; en outre, les entreprises subventionnent l'assurance maladie sur la base d'un forfait inférieur à la prime la plus faible. Si un assuré préfère un plan plus cher, il doit en assumer intégralement le surcoût.

Le modèle idéal de la concurrence entre plans au sein des entreprises, est celui de la « managed competition », proposé par Enthoven, 1993, qu'on pourrait traduire par concurrence gérée. Il stipule que les consommateurs sont sensibilisés au prix à payer et qu'ils peuvent exercer un réel choix. Pour ce faire, il faut bien sûr qu'il y ait plusieurs offres, mais il faut aussi que le consommateur ait les moyens de faire un choix éclairé entre ces offres. L'entreprise agit en fait comme un « sponsor », c'est-à-dire un intermédiaire qui sélectionne les plans en amont et qui prend toutes mesures pour que les salariés puissent faire leur choix sur la base de critères simples, transparents, et en nombre limité.

Ce modèle est en fait une position d'équilibre délicat entre deux dérives : la dérive vers le monopole * de fait d'une part, la dérive vers la complexité du marché d'autre part.

Dérive vers le monopole *

Si les plans offrent tous à peu près la même chose, et ne se distinguent que par les prix, tous les salariés choisiront le même plan : Buchmueler et Feldstein, 1997, donnent ainsi l'exemple de turn over de 80% sur certains sites de l'Université de Californie suite à l'offre par un entrant sur le marché d'un contrat nettement plus attractif que les autres. Cette offre trop standardisée présente plusieurs inconvénients :

- Il n'est pas certain que le prix offert reflète les coûts, car, pour contrôler le marché, un plan peut fort bien fonctionner à perte pendant quelques années.
- La concurrence est menacée à long terme : parce qu'il est coûteux d'offrir un plan, des turn over trop importants découragent les offreurs. En outre, les offreurs sont aussi dissuadés parce que l'assurance est un bien semi-durable : si un plan est plus cher que son concurrent, il lui faut attendre un an pour réviser son offre, et, donc, accepter de perdre ses clients et de l'argent

se soumettre à une période de carence de trois mois en moyenne. On peut à la limite craindre que le paquet des avantages liés à l'entreprise n'entrave la mobilité de la main d'œuvre, surtout dans les années récentes marquées par une stagnation des salaires réels, et, partant, une importance relative croissante de ces avantages dans les rémunérations. En outre, le lien entre emploi et couverture maladie influence les relations employeurs employés : par exemple, la participation de l'employeur au financement de la couverture maladie peut être interrompue en cas de grève (General Motors, 1998).

pendant une année entière²⁰. Au total, la menace dépend donc fortement de l'élasticité au prix de la demande des consommateurs. En 1977 (enquête sur les dépenses de santé, National Health and Medical Expenditure Survey, NHMES), cette élasticité paraissait faible, et les assurés tenaient beaucoup plus aux caractéristiques de remboursement des différents plans (Short, et Taylor, 1989). On examine les choix des salariés à qui sont offertes deux assurances traditionnelles (ou FFS²¹), dont la plus « généreuse » est caractérisée par un faible ticket modérateur en hospitalisation et pour les soins de santé mentale ainsi que par une franchise basse en ambulatoire. Cette assurance « généreuse » n'est abandonnée que par 5% de ses adhérents pour une hausse de 100\$ de la prime annuelle. En revanche, en 1993-94, Buchmueller et Feldstein trouvent une probabilité de 27% de changer de plan pour une augmentation de 120\$ annuels. La différence principale est que les assurés étudiés par ces deux derniers auteurs disposent d'une offre plus standardisée en termes de caractéristiques assurantielles (franchises, tickets modérateurs, plafonds).

Dérive vers le marché trop complexe

D'un autre côté, si **l'offre n'est pas assez standardisée**, le marché devient opaque, ce qui permet aux plans de se faire concurrence sur autre chose que leur efficacité à gérer les soins et à peser sur les coûts médicaux. Une offre trop diversifiée faisant varier les copaiements, les domaines couverts et le choix des prestataires permet en effet :

- **Aux assureurs de sélectionner les risques** en proposant des « bouquets ». Par exemple, proposer, pour le même prix, la prise en charge des jeunes enfants ou des rhumatismes n'attirera pas la même population. Outre les exemples anecdotiques de bouquets incluant des abonnements dans des clubs de fitness, une étude de Chakraborty, Ettenson, et Gaeth, 1994, montre que les patients présentant des risques différents seront attirés par des services différents : par exemple, pour attirer les hommes jeunes, la prise en compte de l'hospitalisation en déplacement, ainsi que les horaires d'ouverture des médecins du réseau sont de bons atouts ; en revanche, la consultation par téléphone 24 heures par jour attire plutôt les femmes. De même, le libre choix de l'hôpital attire plutôt les personnes de plus de 40 ans alors que les jeunes veulent être remboursés des dépenses de soins préventifs.
- **Aux assurés de se regrouper par niveau de risque**, ce qui avantagera le plan vers lequel se tourneront les bons risques, même s'il n'est pas le plus efficace. On constate en effet que, toutes choses égales par ailleurs (en termes de critères objectifs comme l'âge et le sexe), **les individus qui ont les plus fortes dépenses médicales sont aussi les plus attachés au libre choix du médecin**. Il ne s'agit pas là d'un quelconque « nomadisme médical », mais au contraire de l'attachement des patients à leur médecin et de leur répugnance de ce fait à accepter un réseau trop fermé dans lequel ils ne sont pas certains de retrouver toujours leur omnipraticien²². De même, le National Medical Care Expenditure Survey (NMCES) de 1977 (Short, et Taylor, 1989) montre que les adhérents du HMO choisissent une prime moins élevée, mais surtout échangent la prise en charge des soins dentaires et des médicaments (assumés par le FFS dans 95% des cas, mais moins souvent par les HMO à l'époque) contre la suppression des franchises en ambulatoire et des tickets modérateurs en hospitalisation. Dans ce dernier cas, il s'agit plus d'adapter son plan aux risques qu'on pense devoir courir qu'à la hauteur totale du risque.

²⁰ On peut bien sûr diminuer la période d'adhésion minimale, mais cela n'améliore pas la stabilité du marché, et, partant la sécurité des assureurs. Les HMOs offrant une couverture pour les bénéficiaires de MEDICARE proposent une période d'adhésion mensuelle et se sont trouvés confrontés au problème de « hit and run » : une proportion importante de la clientèle changeait tous les mois d'assureur, soit pour bénéficier d'une promotion ponctuelle, soit, plus vraisemblablement, pour contourner les plafonds de dépense sur les médicaments (l'assureur rembourse les prescriptions jusqu'à un plafond annuel). Si l'assuré a atteint ce plafond, il change de HMO et peut à nouveau se faire rembourser les dépenses jusqu'au plafond, (entretien avec A. Collins, 1998).

²¹ Fee For Service : assurance traditionnelle qui se contente de rembourser ex-post les patients pour leur frais médicaux, sans chercher à intervenir dans le processus de soins.

²² cf. Cutler et Reber (1996) et l'expérience de Harvard déjà cités.

- **Aux assureurs de facturer trop cher certains éléments de leur police** : Hershey, Kunreuther, Sanford Schwartz, et Williams (1984) montrent par exemple que les assurés surestiment nettement la valeur actuarielle des rachats de plafonds²³. Un argument marketing ciblé sur le plafond permet, dans un contexte de marché opaque, de surcoter son produit.

L'idée qu'un marché où l'offre est extrêmement diversifiée n'est pas concurrentiel est confortée par les résultats préliminaires d'une étude récente du Alpha Center. Cette étude vise à mesurer le degré de concurrence entre assurances sur différents marchés des USA. Elle utilise la variance des primes proposées pour un même produit comme indicateur du degré de concurrence (une concurrence efficace réduit la variance puisque les prix convergent et les profits tendent vers zéro). De manière surprenante, on trouve une corrélation positive entre la variance des primes et le nombre de plans en concurrence. Dans les zones avec peu d'offres, les rapports sinistres / primes varient dans une fourchette de 1 à 2,25, alors qu'elles varient de 1 à 60 dans les zones avec le plus d'offres (entretien avec l'auteur principal de l'étude D. Chollet, mai 1998). L'interprétation de D. Chollet est que les zones avec le plus d'offres sont aussi les zones avec le plus de demandeurs, donc le plus de niches possibles.

En fait, la « concurrence gérée » suppose des organisateurs (« sponsors », dans la terminologie d'A. Enthoven) **capables de réduire la diversité de l'offre à un nombre restreint de caractéristiques des produits**, car il paraît difficile de faire un choix rationnel au delà de cinq critères, tout en garantissant une alimentation continue en nouveaux offreurs. L'idéal serait que les assurés se déterminent sur un prix et un panel de médecins, dans l'hypothèse où les plans sont tous des HMOs capables de restreindre les choix de producteurs. L'offre existante de médecins est en effet susceptible d'offrir la place pour créer plusieurs panels, plusieurs segments du marché et donc plusieurs niches pour les offreurs.

Une telle mission est difficile cependant et l'expérience montre que les sponsors ne sont pas vraiment à la hauteur d'une telle tâche. L'enquête NEHIS 1994 montre tout d'abord que ce sont les employeurs les plus petits et les moins syndicalisés qui n'offrent qu'un plan, et non pas les plus aptes et les plus soucieux d'offrir le plan le mieux sélectionné à leurs salariés. En outre Hibbard, Jewett, Legnini, et Tusler (1997) montrent que la plupart des employeurs ignorent totalement la disponibilité des indicateurs de résultats médicaux sur les hôpitaux proposés par les plans (ils estiment que c'est aux plans eux mêmes de se déterminer là dessus), et n'utilisent que des données de seconde main (présentées en détail dans l'annexe monographie USA). En outre, seuls 31% des employeurs diffusent une information aux salariés (dite performance information), qui privilégie les performances en terme de services (rapidité à gérer les remboursements) par rapport aux performances cliniques.

Conscient de l'ampleur du problème, le Dr. Berenson (HCFA, entretien en mai 1998), estime qu'il faudrait que des personnes ou des entités se spécialisent dans la fonction de « courtier en information » sur les contrats. Il estime en outre qu'un financement public de ces entités serait un bon moyen de garantir leur indépendance²⁴.

Enfin, les choix majoritaires des consommateurs poussent plutôt à la multiplication des choix proposés ce qui ne simplifie pas la tâche des sponsors. Le fait que les HMO purs (avec limitation du choix de l'assuré à un réseau fermé de médecins, hôpitaux,...) ne séduisent jamais plus de 15% des salariés a orienté le marché vers des formules plus souples, dans lesquelles le consommateur garde sa relation avec le médecin, mais qui incitent les assureurs à se faire concurrence sur des éléments susceptibles de sélectionner les risques.

²³ *Newhouse cite l'anecdote suivante : des personnes confrontées à un choix entre une augmentation de franchise et une augmentation de prime de même montant, ont préféré l'augmentation de prime. Autrement dit, ils ont préféré payer X\$ de façon certaine sous forme d'augmentation de prime plutôt que de ne pas être remboursé des X premiers dollars de frais médicaux (dépense à laquelle ils n'auraient fait face que s'ils étaient effectivement tombés malades) !*

²⁴ *Ce que suggère implicitement le Dr Berenson est qu'un régulateur public unique est mieux placé que plusieurs régulateurs avec chacun son indicateur de qualité et ses propres tests. En outre, la réalisation d'indicateurs est une tâche nécessitant de lourds investissements et des compétences qu'un monopole * semble mieux à même de mobiliser. C'est sans doute pour cela que Light (1998) considère les indicateurs britanniques de codage des pathologies supérieurs aux DRGs américains.*

Pour résumer :

Aux USA, l'assurance d'entreprise visait à l'origine à tempérer les effets de la tarification au risque, mais l'évolution récente consiste à responsabiliser l'assuré de manière croissante.

Les salariés font face à un marché imparfait :

- **soit il est trop opaque, ce qui permet aux assureurs d'écramer subtilement via des bouquets de prestations, ou de bénéficier de sélection spontanée favorable, notamment en récupérant les bons risques qui acceptent d'aliéner leur liberté de choix du praticien pour obtenir de meilleures primes. et difficilement déchiffrable,**
- **soit il dérive vers le monopole * si la concurrence ne joue que sur les primes.**

Les sponsors (employeurs) ne jouent pas leur rôle, faute de moyens ou d'attention, et les consommateurs doivent digérer des éléments d'évaluation issus de régulateurs variés et parfois contradictoires.

2.2.4. Allemagne

Avec l'Allemagne, on passe à **un modèle universel et redistributif dans lequel la concurrence entre caisses publiques d'assurance maladie a été progressivement introduite.**

Toute la population peut prétendre, à divers titres, bénéficier d'une couverture maladie. En deçà d'un certain seuil de revenu, il est obligatoire de s'assurer auprès d'une caisse publique. Chaque caisse choisit un taux de cotisation salarial uniforme qui s'applique à l'ensemble des adhérents. L'employeur prend en charge 50% de la cotisation²⁵. Les personnes les plus riches peuvent quitter le système obligatoire pour souscrire un contrat auprès d'un assureur privé (l'employeur continue à prendre en charge 50% de la prime). La qualité de la médecine n'est guère différente selon qu'elle est financée via l'assurance publique ou privée, et les 9% d'individus qui choisissent le système privé le font parce que leur prime actuarielle est plus faible que la cotisation proportionnelle au revenu qu'exigerait d'eux une caisse publique : ce sont souvent de jeunes célibataires sans problème de santé. L'assurance privée sélectionne donc les risques naturellement.

Les personnes qui préfèrent s'assurer dans le système public et celles qui en ont l'obligation ont le choix entre différentes caisses. L'arbitrage se fait sur la base du prix (taux de cotisation), car toutes les caisses doivent fournir les mêmes prestations. Le « sponsor » est ici l'Etat, et il veille, à la demande des caisses elles-mêmes, à ce qu'il n'y ait aucune concurrence par la sélection des risques.

Pour des raisons historiques, le marché est segmenté : **la structure des risques couverts varie fortement d'une caisse à l'autre** (ou d'un type de caisse à l'autre, cf. monographie) ainsi **que la capacité contributive** (le revenu moyen) des adhérents. Un **mécanisme de péréquation** cherche à corriger ces effets : les caisses reçoivent en pratique une **capitation ajustée au risque** (selon la structure âge-sexe de la population couverte). Comme les caisses vendent le même panier de prestations et reçoivent une capitation ajustée au risque, les différences de taux de cotisation reflètent en principe une aptitude plus ou moins bonne à gérer les soins (elles ont en théorie toute latitude pour négocier les tarifs avec les unions de producteurs), ce qui devrait conduire à une concurrence gérée au sens d'Enthoven.

On constate cependant que tel n'est pas le cas : les caisses qui ont obtenu les rabais les plus importants auprès des médecins sont aussi celles qui doivent facturer les primes les plus fortes (il s'agit des caisses locales). Selon elles, l'ajustement au risque n'est pas suffisamment fin et ne tient

²⁵ La cotisation des personnes défavorisées, qui n'ont pas de revenu propre, est prise en charge par les autorités locales.

pas compte du fait que leur population, plus pauvre, consomme moins judicieusement les soins et coûte donc plus cher au total.

De manière générale, la mise en concurrence des caisses n'a pas eu d'effet sur les coûts médicaux ni sur l'efficacité du système, en partie parce que la faible mobilité des assurés amoindrit la menace de sanction contre d'éventuels manquements à l'efficacité, mais aussi parce que les caisses n'ont que peu de moyens d'action vis-à-vis des producteurs.

- Les assurés ont parfaitement le droit de changer de caisse, mais ils ne le font pas facilement: ainsi, les caisses locales, dont les taux de cotisation sont parmi les plus élevés, n'ont vu leurs effectifs baisser que de 2%. Il semble toutefois que les bons risques (populations jeunes et à revenus élevés) soient davantage mobiles que les autres.
- L'autorisation de changer de caisse a même été utilisée par les assurés qui déménagent pour rester dans la même caisse.
- Les caisses d'entreprises et de branche (voir monographie) ont obtenu l'autorisation de se fermer aux risques extérieurs. Certaines utilisent ce droit de manière assez cynique. Si une caisse décide de s'ouvrir elle ne peut plus se fermer : pour contourner cette disposition, il suffit de s'ouvrir (afin d'attirer des bons risques, plus mobiles), puis de fusionner avec une autre caisse et de déclarer la nouvelle entité fermée.
- Contrairement au cas américain, les assureurs privés proposent des contrats de long terme : arrivé à l'âge de la retraite, un assuré resté fidèle à la même compagnie tout au long de sa vie active bénéficiera d'une remise sur sa prime actuarielle lors de sa cessation d'activité.

2.2.5. Pays Bas

Les Pays Bas font aussi partie de l'univers de la couverture universelle, tout au moins des systèmes dans lesquels le revenu ne peut être un obstacle à l'obtention d'une couverture maladie. Cependant, parce qu'une proportion importante de la population aisée peut quitter le système obligatoire, celui-ci organise une solidarité restreinte au sein de la partie la moins riche de la population.

La concurrence se décline différemment sur deux marchés de l'assurance des dépenses liées à des risques courants (y compris des affections aiguës). Selon la catégorie d'assuré concernée, la couverture peut revêtir un caractère obligatoire ou facultatif :

- 1 - Les personnes dont le revenu est inférieur à un plafond défini par l'Etat (63% de la population) sont couvertes de façon obligatoire par des caisses publiques d'assurance maladie. Sur ce marché, l'Etat tente d'insuffler la concurrence en s'inspirant de la réforme Dekker (cf. monographie). Les individus paient à un fond central des cotisations proportionnelles à leurs revenus. Les sommes collectées sont ensuite reversées aux caisses publiques en fonction des risques qu'elles assument. Pour un individu, la participation au financement du système est donc indépendante de son niveau de risque. La mise en concurrence des caisses, qui les rend progressivement responsables de leur équilibre financier, doit les inciter à minimiser les coûts tant par la réduction des frais de gestion que par la pression sur l'offre de soins. Il s'agit plus de concurrence entre acheteurs (cf. partie suivante) que de concurrence entre assureurs.
- 2 - Les personnes dont le revenu est supérieur à ce plafond n'ont pas accès à l'assurance publique et peuvent souscrire une assurance privée facultative (la quasi-totalité de la population concernée le fait). Au cours des quinze dernières années, l'Etat a été amené à réglementer de façon croissante le marché privé afin de tempérer les effets pervers de la concurrence en termes d'accès. En particulier, les assureurs sont obligés d'offrir un contrat dont la prime est plafonnée à des personnes à haut risque (WZT). La loi impose aux autres assurés du privé une contribution supplémentaire destinée à financer le déficit sur ces contrats. Ces contrats couvrent à l'heure actuelle environ 15% de la

population qui s'assure auprès d'une compagnie privée, et génèrent 45% de leurs dépenses de santé. Dans les faits donc, près de la moitié du marché échappe à l'assurance privée tarifée au risque. Cette intervention de l'Etat a abouti à ce que les assureurs, qui couvrent une population aisée, n'assurent en plus que les bas risques au sein de cette population. En conséquence, les assureurs privés ne sont guère motivés à gérer de manière coût - efficace le risque des personnes couvertes notamment parce que, si le niveau de risque d'un assuré évolue, ils sont déchargés de leur responsabilité. A titre individuel, les assureurs n'ont donc pas intérêt à entreprendre d'effort coûteux de prévention et ils tireraient un bénéfice limité de la coordination des soins. Comme, enfin, ils couvrent une faible proportion de la population, la possibilité qu'ils auraient d'exercer une pression sur les prestataires de soins est de toute façon limitée. Autrement dit, les acteurs du marché privé concurrentiel ne seront probablement pas les moteurs de la maîtrise des dépenses de santé. Au travers de l'exemple des Pays-Bas, **la difficulté de réguler un marché privé pour limiter la sélection apparaît : toute intervention au titre de l'équité tend à atténuer, voire annuler les incitations à l'efficacité générées par la concurrence.**

2.3. Quelques leçons tirées de l'expérience des pays étrangers

Les systèmes dans lesquels la concurrence entre assureurs existe ou a été introduite ont exploré des voies différentes pour tenter de résoudre (en fonction de diagnostics qui étaient posés sur la priorité qu'il fallait leur accorder) les problèmes d'efficacité ou d'équité que nous avons évoqués dans la partie 2.1. Cette section a pour objectif de présenter certaines d'entre elles qui ont réussi ou échoué afin de souligner les enjeux de la régulation d'un marché entre assureurs.

Nous passerons en revue :

- la limitation du champ de l'assurance privée (2.3.1)
- les solutions proposées au problème soulevé par la couverture des risques à long terme (2.3.2)
- les mesures prises pour garantir l'équité entre hauts et bas risques sur un marché concurrentiel (2.3.3)
- celles prises pour garantir l'accès des plus démunis à l'assurance et aux soins (2.3.4)
- avant de nous pencher sur la compensation des risques, qui constitue une des voies de recherche privilégiées dans les dernières années pour limiter les problèmes de sélection des risques (2.3.5).

2.3.1. Limitation du champ de l'assurance privée : aucune expérience ne confie l'ensemble des besoins de santé à la concurrence privée

Nous avons précédemment montré que le mécanisme d'assurance pouvait s'avérer difficile à mettre en œuvre ou, plus radicalement, qu'il ne constituait par le bon moyen de couvrir les dépenses engendrées par la réalisation d'un certain nombre de risques sanitaires du fait de leur nature même. On peut considérer que la reconnaissance explicite de cette difficulté motive un des interventions publiques visant à limiter le champ sur lequel la concurrence entre assureurs peut s'exercer.

Si les risques ne sont pas assurables à des conditions satisfaisantes, on les retire de façon autoritaire du champ de l'assurance concurrentielle. Plusieurs pays imposent donc une assurance universelle et obligatoire de risques qui seraient mal pris en charge par un marché privé.

Le premier exemple est celui des **États-Unis** qui en 1965 ont instauré le programme public **MEDICARE**. Financé par l'Etat fédéral, il s'adresse essentiellement aux personnes de plus de 65 ans, sans

conditions de revenus, mais aussi aux sujets handicapés ou souffrant de maladies chroniques âgées de moins de 65 ans, soit au total 37.3 millions de personnes en 1995, dont 33 millions de personnes âgées (Fried, 1997). MEDICARE recouvre en fait deux programmes distincts : la partie A garantit le remboursement intégral des dépenses hospitalières dans la limite de 60 jours d'hospitalisation par an. Au-delà, le patient se voit imposer un ticket modérateur journalier de 170 dollars. La partie B permet un remboursement des dépenses autres qu'hospitalières à hauteur de 40%, en raison d'un système de ticket modérateur, de franchises, et surtout parce que le médicament n'est pas pris en charge. Pour accéder à la partie B, les assurés doivent verser des cotisations mensuelles, qui ne couvrent plus maintenant que le quart des prestations versées (la partie B de MEDICARE est donc socialisée à 75%).

Aux **Pays-Bas**, la concurrence « libre » pour les personnes dépassant un certain niveau de revenu et « réglementée » pour les autres, porte en fait sur des risques jugés assurables. Depuis 1967, tous les résidents des Pays-Bas bénéficient **d'une couverture socialisée et obligatoire des risques médicaux graves** en vertu de la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (AWBZ). L'AWBZ couvre l'ensemble de la population et se limite théoriquement à une assurance des risques catastrophiques, qui ne peuvent pas être assurés par le secteur privé à des taux acceptables. Le principe de financement qui prévaut est celui d'une **solidarité entre des individus qui ont un risque avéré et/ou très élevé et l'ensemble de la population**. L'AWBZ couvre les soins pour les pathologies chroniques lourdes, les handicapés, les malades mentaux (soins de jour et en institution) et les soins de long terme pour les personnes âgées : soins médicaux et aide à domicile ou en institution. Les cotisations obligatoires sont proportionnelles à l'ensemble des revenus, les prestations uniformes sont définies par l'Etat et octroyées par des assurances privées ou des caisses, en général celles qui assurent la couverture du ménage pour les soins courants. Par construction, toute concurrence est exclue ²⁶.

En revanche, la solution américaine qui a consisté à « sortir » une population de l'assurance tarifée au risque n'a pas banni toute forme de concurrence, puisque la HCFA a introduit dans les années 80 la possibilité pour les bénéficiaires de MEDICARE de s'inscrire auprès de HMOs pour bénéficier de leur réseau. Ce système représente un exemple de concurrence entre acheteurs (cf. partie 3 de ce rapport).

L'exclusion de certains risques du champ de la responsabilité individuelle a conduit **l'Allemagne** à introduire en 1995 un programme **d'assurance sociale pour les soins de long terme**. Le programme **MEDISHIELD** de **Singapour** relève aussi de la même logique.

Ces exemples, émanant en particulier de pays où la concurrence est solidement implantée, semblent confirmer l'idée que le marché de l'assurance n'est pas armé pour prendre en charge l'intégralité des risques en santé.

Si on cherche à pallier cet état de fait, le **caractère obligatoire de l'assurance et surtout le financement par un prélèvement de ressources sur l'ensemble de la population** et non seulement sur les personnes qui bénéficient de l'assurance sont des **conditions nécessaires**. A titre de contre exemple, aux Pays-Bas toujours, les pouvoirs publics sont intervenus sur le marché privé de la couverture des personnes aisées pour obliger les assureurs à offrir un contrat standard (WTZ) dont le prix était fixé à des personnes qui présentaient des risques élevés et qui n'arrivaient pas à s'assurer (à des conditions jugées acceptables). Les assureurs n'ont pas pu assumer ces contrats structurellement déficitaires et l'Etat a dû intervenir pour les financer de façon autoritaire (voir ci-dessus). Cet exemple est intéressant : **en tentant de temporiser les effets pervers de la concurrence entre assureurs et de la responsabilisation financière des individus qui en découle, on risque de gommer l'incitation de l'assureur à exercer une fonction d'acheteur.**

²⁶ K. Okma, du ministère de la santé estime que cette situation doit évoluer : on assiste déjà à l'introduction progressive de mesures destinées à augmenter l'efficacité, mais elles sont orientées sur la demande et ont pour objectif de redéfinir la relation bénéficiaire des soins / producteurs (sans que les assureurs soient sollicités).

Au total, les expériences étrangères montrent que :

1 - les risques théoriques évoqués ci dessus sont bien réels : l'assurance concurrentielle ne fonctionne pas pour certains risques et est de fait remplacée par une couverture obligatoire non concurrentielle ;

2 - mais par là même, on réduit, sur une part importante de la dépense, les incitations à l'efficacité que l'on cherche à promouvoir avec un système concurrentiel.

2.3.2. Les risques longs

Nous avons souligné que la tarification au risque pose un problème dans la mesure où le risque est long et sa gestion par les assurances est largement annuelle : il est difficile de se couvrir contre le risque de devoir faire face à un changement de niveau de risque.

L'introduction d'une **assurance de cohorte** dans laquelle des personnes (qui auraient des niveaux de risques initialement identiques) s'engageraient à s'assurer solidairement si certaines d'entre elles voyaient leur risque évoluer est une solution théorique séduisante. Il est pourtant peu vraisemblable que des individus soient capables de maintenir un engagement volontaire mais irréversible²⁷. En outre, nous avons signalé que ce système risquerait de les mettre à la merci d'un assureur, qui pourrait être tenté de profiter d'une population captive.

L'analyse du rôle du « sponsor » (menée dans l'analyse de l'assurance d'entreprise aux USA, conçue comme une forme de répartition) comme une entité qui mutualise les risques au sein d'un groupe relativement moins homogène que s'il était constitué sur un marché d'assurance individuelle et qui assure le renouvellement des risques permet d'envisager une autre solution au problème : « **la centrale d'achat** ». Des personnes ou des entités qui auraient du mal à s'assurer à titre individuel se regroupent et créent une structure dont le rôle est d'assumer cette fonction de sponsor hors de la structure légale de l'entreprise.

On peut remarquer que certaines mutuelles françaises qui limitent la tarification au risque (comme le permet la tarification au niveau d'un contrat groupe) cherchent à jouer un rôle similaire : les personnes jeunes paient des primes relativement plus élevées que si elles s'assuraient auprès de compagnies d'assurance privées, et financent de fait les personnes plus risquées de la même mutuelle. On mesure bien que la réussite d'un tel projet repose sur la capacité de l'opérateur à assurer le renouvellement des risques.

La création de structures cherchant à remplir cette fonction a été autorisée ou encouragée dans un grand nombre d'Etats américains depuis le début des années 90 et semble rencontrer un succès important en particulier auprès des PME américaines.

Outre le fait qu'elle constitue un « pool », les centrales d'achat peuvent jouer le rôle de sponsor éclairé :

- en améliorant l'information des assurés sur le contenu des plans, la qualité, ...
- en stimulant ou en exigeant la standardisation des contrats (ce qui améliore l'information des assurés et limite la tentation d'offrir des contrats particuliers pour écarter les bas risques),

²⁷ L'Allemagne, où nous avons signalé que les personnes peuvent rester dans la même caisse après la retraite et obtenir une réduction de prime si elles ont été « fidèles », constitue probablement un contre-exemple qui mériterait d'être exploré plus avant. Nous ne disposons que de peu d'informations à ce sujet.

- en exerçant le pouvoir de marché venu de la concentration de la demande pour négocier des conditions avantageuses avec des plans,
- en imposant aux plans d'accepter tout membre du groupe pendant une période d'open enrollment (toujours pour limiter la sélection, cf. idée de portabilité évoquée plus haut),
- en finançant éventuellement une partie des primes ou en exigeant des employeurs (PME) qui participent au pool qu'ils paient une partie de la prime pour leurs employés,
- en mettant en place une compensation des risques entre les plans participants (nous reviendrons sur ce point).

Newhouse (1998) présente les caractéristiques de quelques centrales d'achat : FEHBP, pour les employés fédéraux, CalPERS pour les employés de l'Etat de Californie, HIPC mis en place en Californie destiné aux PME qui a mis en place un transfert de risque entre les plans en fonction des risques assumés (cf. aussi Shewry et alii, 1996) et le BHCAG²⁸ du Minnesota qui négocie directement avec les groupes médicaux et médico-hospitaliers et non des plans.

Ces centrales d'achat contribuent selon Newhouse (1998, voir aussi Maynard, 1995) à améliorer l'offre d'assurance, quantitativement et qualitativement. De plus, les taux de croissance des primes sont plutôt bien contenus et les bénéficiaires de tels systèmes sont satisfaits. Un patron de PME cité par Maynard a vu sa prime diminuer de 42% à partir du moment où il a adhéré à un groupe. Ces centrales d'achat offrent du « managed care », mais aussi du FFS et jouent (peut être plus que les grandes entreprises), le rôle de sponsor. En particulier certaines centrales d'achat ont beaucoup innové dans la collecte, l'analyse et la restitution d'information sur les possibilités offertes aux bénéficiaires.

Pour autant « for all the promise they offer to small business, voluntary alliances are not , (...) going to provide coverage to the nation's 40 millions uninsured »²⁹ (Maynard). Si la centrale d'achat (qui était un des piliers du plan Clinton) améliore l'accès à l'assurance en mutualisant les risques et contribue à résoudre des problèmes d'inefficacité, elle ne résout pas par cette fonction la question de l'accès à l'assurance des risques longs dans un système entièrement concurrentiel.

Même si on peut imaginer une forme de répartition du risque santé entre les âges, en mutualisant les primes au sein de populations appelées à se renouveler, l'exemple des centrales d'achat montre qu'il reste impossible d'assurer complètement les risques longs dans un système concurrentiel. Seule la sécurité sociale obligatoire permet de se couvrir contre le risque de devenir un haut risque.

2.3.3. Peut-on limiter l'inéquité entre hauts et bas risques sur un marché concurrentiel ?

Le régulateur peut être tenté de limiter autoritairement les écarts de primes entre hauts et bas risques. Mais ce faisant, il contrecarre l'efficacité du fonctionnement du marché.

On peut en principe distinguer deux natures de restrictions :

a - Celles qui portent explicitement sur les **critères de classification des risques**.

Pour un niveau d'assurance, le régulateur peut imposer le type et le nombre de critères que les assureurs sont autorisés à distinguer pour établir des catégories actuarielles, voire le nombre de

²⁸ Respectivement : *Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP)*, *California Public Employees' Retirement System (CalPERS)*, *Health Insurance Plan of California (HIPC)* et *Buyers Health Care Action Group (BHCAG)*

²⁹ « *Quelque prometteur que soit ce système pour les PME, les alliances volontaires ne permettront pas de fournir une assurance aux 40 millions de personnes qui n'en ont pas dans le pays.* »

modalités selon lesquelles un critère peut être décliné. Une restriction de ce type ne constitue pas un encadrement des primes puisqu'aucune limite n'est imposée à la variation de primes entre catégories. L'assureur peut établir son tarif par catégorie actuarielle * de façon à couvrir les coûts : par exemple, toute personne entre 65 et 70 ans paie la même prime, mais cette prime peut être deux fois plus élevée que celle d'une autre tranche d'âge.

Ce type de restriction cherche à standardiser les critères de mutualisation et donc indirectement la taille des pools à l'intérieur desquels le coût de l'assurance est partagé.

b - D'autres restrictions peuvent porter sur les **écarts de primes**.

L'objectif est alors plus explicitement de tempérer les conséquences pour un individu de l'existence de facteurs de risque.

- Limitation de l'écart entre la prime maximale et minimale qu'un individu peut payer pour un type d'assurance donné. Ce mécanisme est le plus contraignant et correspond de facto à un encadrement des tarifs sur la population prise en charge par l'assureur.
- Dans une version plus souple, l'écart entre la prime minimale et maximale à l'intérieur d'une catégorie actuarielle * (pour une option donnée) peut être limité. L'assureur est libre de choisir les critères de classification des risques à l'intérieur d'une catégorie actuarielle *, mais il ne peut en répercuter tout l'effet sur l'assuré (pour une catégorie d'âge et de sexe donnés, on limite l'écart à la moyenne).

Dans la pratique, les instruments utilisés mêlent ces deux types de restrictions.

Le « community rating » (CR, imposé sous différentes formes dans plusieurs Etats américains) semble a priori pouvoir constituer un moyen de limiter l'inéquité de la tarification au risque entre catégories. Le « CR » est à l'origine une méthode de tarification utilisée par l'assurance qui consiste à faire payer une prime uniforme à toutes les personnes qui résident dans la même zone géographique. Mais le CR désigne aussi une série de mécanismes de tarification qui peuvent être imposés aux assureurs afin de limiter les variations de primes. Le terme de « community » reflète bien l'idée que l'on autorise la variation des primes entre zones géographiques mais on peut distinguer plusieurs formes de CR qui sont des combinaisons de différentes contraintes que nous venons de décrire (Hall 1994) :

- Le CR pur : la prime fixée par l'assureur ne peut varier qu'avec la région, le degré de couverture et le statut familial de l'assuré. New York a imposé le CR pur sur les marchés individuels et des petites entreprises.
- Le CR ajusté (par classe) : autorise la prise en compte de critères démographiques (en plus des critères précédemment mentionnés), en général l'âge (souvent par tranche de 5 ans) et le sexe.
- Le CR par bande est la forme la plus souple de CR. Il impose à tous les assureurs les mêmes catégories actuarielles, mais autorise la variation des primes à l'intérieur d'une catégorie actuarielle *, en en limitant l'ampleur. Ce système permet à l'assureur de choisir des critères qu'il juge pertinents pour expliquer les variations de coûts entre individus à l'intérieur d'une catégorie (expérience passée, occupation..) mais impose une limite à la répercussion de ces facteurs de risque dans la prime.

Les différentes méthodes de réglementation des primes de l'assurance (en particulier le CR) ont été abondamment critiquées à deux égards :

a - **Le fait de limiter la prise en compte du risque par l'assureur peut le conduire à mettre en œuvre de la sélection ou de l'écrémage des risques** (nous l'avons signalé dans la section

2.1). Quand bien même les assureurs seraient obligés de couvrir collectivement une population donnée, ils seraient alors tentés de se décharger les uns sur les autres du devoir d'assumer la couverture des hauts risques. La « réussite » d'un assureur risquerait à terme de se mesurer à l'aune de sa capacité à sélectionner. Pauly (1984) affirme même que la sélection des risques n'est pas une conséquence de la concurrence mais de sa régulation, en particulier quand elle se traduit par une réglementation des primes. Néanmoins, cette explication n'est pas suffisante : nous avons vu que la réglementation n'est pas la seule raison pour laquelle l'assureur n'est pas en mesure de tarifier le risque correctement.

b - **En outre, si la réglementation des primes permet par construction de limiter l'écart entre les primes des hauts et des bas risques, à l'évidence elle ne règle pas le problème intrinsèque à la tarification au risque qui est l'inéquité en fonction du revenu.** Celle-ci est en effet éminemment régressive³⁰ puisque la contribution à l'assurance des personnes pauvres est la même que celle des personnes aisées.

Elle peut même **générer d'autres problèmes d'inéquité** selon le type d'encadrement tarifaire que l'on utilise³¹.

Limitier la tarification au risque en imposant à l'assureur des tarifs risque d'accroître les tendances à l'écrémage et peut même accroître l'inéquité entre catégories de revenu.

2.3.4. Comment aider les personnes démunies à s'assurer ?

Outre sa régressivité, la tarification au risque emporte, on l'a vu, le risque de non accès à l'assurance pour les plus pauvres. Instaurer une subvention spécifique pour que les personnes dont les ressources sont faibles puissent acheter de l'assurance maladie a été proposé pour résoudre le problème de l'accès à l'assurance (Enthoven, Pauly). Il s'agit en gros de **financer de façon redistributive des bons d'achats d'assurances** (qui pourraient aussi prendre en compte le niveau de risque). La loi suisse depuis 1er janvier 1996 garantit dans cet esprit des subventions de solvabilisation aux assurés de condition modeste.

Les Etats américains ont, eux, mis en place des programmes pour faciliter l'accès à l'assurance des personnes dont le revenu est faible. Une étude récente (Rajan, 1998) décrit et tente d'évaluer l'efficacité de ces différents programmes publics.

a - MEDICAID. Ce programme est le plus connu, il concerne les mères seules (bénéficiaires de l'AFDC), les enfants vivant sous le seuil de pauvreté fédéral et quelques bénéficiaires de

³⁰ Régressif se dit de tout système nonredistributif en fonction du revenu : un impôt à taux unique est régressif, un impôt à taux marginal croissant avec le revenu est progressif.

³¹ Si par exemple le tarif ne dépend que de la zone géographique (CR pur), il y a mutualisation des coûts (et donc redistribution) entre niveaux de revenu mais aussi entre classes d'âge, entre CSP.... On peut par exemple critiquer le fait que des jeunes entrants dans le marché du travail, dont les niveaux de revenu et de richesse sont en moyenne moins élevés que ceux de personnes plus âgées, paient le même prix qu'elles. Goldman et al. (1997) explorent empiriquement cette question pour le cas du CR et comparent l'équité de community ratings qui seraient fondés sur des zones géographiques de tailles différentes. Ils simulent dans un premier temps les dépenses de santé de familles californiennes qui bénéficieraient d'une couverture semblable. Ils estiment ensuite la moyenne des dépenses sur des zones géographiques de moins en moins vastes (au niveau de l'état, du comté, de la ville...). La moyenne des dépenses calculée à un niveau géographique est une bonne approximation du prix de l'assurance si le CR est imposé. La dernière étape consiste à comparer les dépenses des individus et le coût de l'assurance dans les différents cas et à en observer les impacts redistributifs. Deux constats préalables : les personnes aisées dépensent plus que les personnes qui le sont moins. En outre, les personnes qui résident dans des zones urbaines font face à des prix plus élevés que celles qui habitent dans des zones rurales. Un recours à une tarification uniforme sur l'ensemble de la Californie aboutit à une redistribution des zones réputées habitées par des personnes pauvres vers les zones riches, d'une part, et des zones rurales où les prix sont faibles vers les zones urbaines. Lorsque la base du CR diminue au niveau de la métropole, l'impact des variations de prix entre zones rurales et urbaines est gommé par construction, mais les transferts persistent entre niveaux de revenus : la tarification reste régressive car les pauvres paient relativement plus et consomment relativement moins que les riches. Afin d'éviter ce biais, les auteurs concluent qu'il faudrait explicitement subventionner l'achat d'assurance par les familles les moins aisées afin de limiter l'impact régressif du CR, qui ne permet pas de résoudre l'ensemble les problèmes d'inéquité générés par la tarification au risque.

MEDICARE. Il est géré au niveau de l'Etat. Les décisions concernant son financement et son étendue relèvent à la fois de l'Etat et du gouvernement fédéral. Le financement est pris en charge conjointement par le gouvernement fédéral (et donc l'ensemble de la collectivité) et par les Etats. La part prise en charge au niveau fédéral (entre 50 et 79%) est plus élevée quand la capacité de l'Etat à prélever les recettes fiscales est faible. Les décisions concernant les conditions auxquelles une personne peut bénéficier de MEDICAID sont fixées par l'Etat selon des recommandations (minimales) établies au niveau fédéral. Ces recommandations donnent, par catégorie de personne, le niveau de revenu en deçà duquel on peut bénéficier de MEDICAID. Les Etats peuvent ensuite ajouter des conditions d'éligibilité optionnelles :

- Certains Etats permettent à des personnes qui ont des besoins médicaux particuliers de bénéficier de MEDICAID.
- Il est possible d'augmenter (dans certaines limites) le niveau de revenu en deçà duquel certaines catégories bénéficient de MEDICAID (femmes enceintes et enfants de moins de 19 ans..)

a - Assistance générale (General Assistance Programs). Ces programmes distribuent des fonds ou de l'aide en nature à des personnes en incapacité temporaire ou qui ne bénéficient pas d'autres programmes publics. La couverture médicale dont on peut bénéficier au titre de ce programme est en général équivalente à celle de MEDICAID, mais les fonds alloués à ces programmes ont beaucoup diminué depuis le début des années 90.

b - Autres programmes des Etats. Quatorze Etats ont mis en place des programmes spécifiques pour les enfants non assurés (au dessus du seuil fédéral, mais considérés quand même comme pauvres), ainsi que pour les adultes travaillant mais bénéficiant de revenus faibles. Ces programmes diffèrent de MEDICAID en ce qu'ils offrent une couverture à des catégories plus larges (y compris des adultes sans enfants), ils limitent généralement les services couverts, introduisent des copaiements.

Rajan étudie plus précisément 13 Etats qu'il classe en trois groupes : couverture généreuse / modérée / limitée.

Les taux de population non assurée (en particulier pour les personnes à faible revenu) sont globalement corrélés avec l'étendue des programmes mis en place : pour les personnes dont le revenu est en dessous de deux fois le seuil de pauvreté, le pourcentage (en 1994-1995) de non assurés est de 23.4% dans les Etats généreux, 24.8% dans les Etats à couverture modérée et de 30.5% dans les Etats à couverture limitée.

Les différences sont encore plus notables quand on étudie la couverture des enfants appartenant à des familles dont le revenu est en dessous de deux fois le seuil de pauvreté, les proportions d'enfants non couverts sont respectivement de 8.7% (généreux), 12% (modérés) et 18.7% (limités).

L'importance de MEDICAID doit être soulignée : ce programme couvre quasiment la même proportion de la population pauvre que l'assurance d'entreprise, autour d'un tiers. Sur l'ensemble de la population, le taux de couverture par l'employeur des moins de 65 ans est de 66%, cinq fois plus élevé que le taux de couverture par MEDICAID.

La question reste ouverte d'évaluer si (ce qui est en général admis) et dans quelle mesure l'existence de programmes généreux évince l'assurance privée. Les chiffres présentés ne sont pas concluants : les taux de couverture par l'entreprise des personnes de revenu modeste peuvent être élevés ou faibles dans des Etats où la couverture publique est peu ou très généreuse. La substitution, si elle existe, ne semble donc pas très élevée.

En tout état de cause, **l'ensemble de ces programmes vise aux Etats Unis des populations restreintes jugées particulièrement vulnérables et sélectionnées selon des critères objectifs très restrictifs : de nombreuses personnes**, en particulier des adultes de moins de 65 ans sans enfant, **sont laissées sans couverture santé**. La conséquence ultime dans ce genre de système (où l'assurance n'est pas universelle) reste qu'une personne non assurée n'est quasiment jamais suivie de façon régulière (Berk et Schur, 1998, par exemple) et que **les besoins de santé sont exprimés plus tardivement - ce qui est de nature à accroître in fine les coûts de traitement**.

La prise en charge des populations pauvres par une aide médicale gratuite pose plusieurs types de problèmes, dont le principal est que les services couverts ne permettent pas toujours d'accéder à une consommation optimale de soins, ce qui peut coûter plus cher au total. En outre, elle n'empêche pas, aux USA, la croissance du nombre des exclus de l'assurance maladie.

2.3.5. La compensation des risques

Il est apparu au fil de l'analyse qu'il est difficile de traiter séparément les questions de l'écrémage des risques, de l'auto-sélection et de l'accès à l'assurance (parce qu'on présente un risque élevé ou parce que, compte tenu de son niveau de risque et de revenu, on a du mal à s'assurer).

Un consensus semble pourtant émerger depuis quelques années autour de l'idée que les effets de la sélection peuvent être tempérés si on enrayer pour les assureurs les bénéfices de cette sélection. Concrètement, deux modalités extrêmes sont envisageables :

- Soit on observe les risques qui ont été effectivement assumés par un assureur en fin de période et on met en place un mécanisme de compensation entre les assureurs qui ont des risques élevés et des assureurs qui ont des risques faibles.
- Soit une entité publique finance prospectivement les assureurs au prorata du risque de leur clientèle, ce qui nécessite aussi d'avoir de l'information sur les personnes couvertes. Si on adopte cette stratégie, on peut déconnecter, comme c'est le cas aux Pays Bas³², la contribution (proportionnelle au revenu) et le risque actuariel. Un tel système permet en théorie de régler simultanément les problèmes d'accès à l'assurance et d'équité.

Dans les deux cas, que la structure de risque de l'assureur résulte du hasard, de l'auto-sélection des assurés, ou de stratégies plus ou moins efficaces d'écrémage, il peut bénéficier de transferts compensatoires ou être au contraire obligé de financer les malchanceux.

Des exemples de ce type d'intervention de l'Etat ou des centrales d'achat d'assurances peuvent être trouvés dans trois des pays étudiés (États-Unis, Allemagne et Pays Bas). Deux expériences sont présentées en détail ici car elles fournissent des exemples typiques d'ajustement au risque ex post dans un contexte concurrentiel entre assureurs. Deux autres seront présentées dans la partie suivante, concurrence entre acheteurs.

A / Ajustement au risque aux USA : HIPC

La compensation ex post des risques a inspiré plusieurs expériences aux Etats Unis. On peut citer l'exemple du HIPC, centrale d'achat californienne, gérée par le California MRMIB³³. Pour participer au HIPC les plans doivent utiliser un community rating ajusté sur la base de l'âge, de la localisation, et de la taille de la famille. Le MRMIB a mis en place une procédure d'ajustement au risque ex-post. Pour

³² Dont le mécanisme est présenté en détail en 3.4

³³ Managed Risk Medical Insurance Board

chaque plan, MRMIB calcule un RAV (risk assessment value, qui reflète la structure de risque du plan), fondé sur 3 composantes : sexe, diagnostic, nombre d'enfants sur le contrat. On ne compense les plans que si leurs RAV sont éloignés de plus ou moins 5% du RAV moyen.

Le plus difficile (Shewry et alii, 1996) est de choisir les diagnostics qui donnent lieu à ajustement et de mesurer les différences entre plans dans la proportion de membres atteints des diagnostics retenus. Les diagnostics ont été choisis selon une méthode essentiellement statistique : les données de 4 plans représentant 7,2 millions d'années-personnes ont été étudiées, et on a gardé les diagnostics :

- liés à des consommations supérieures à la moyenne,
- « raisonnablement » prévisibles,
- qui ne sont pas trop contingents aux pratiques de codage des praticiens.

Dans la pratique, cela revient à ne retenir que des diagnostics entraînant hospitalisation, car les Plans ne savent pas estimer les coûts des autres. Les principales indications retenues sont : SIDA, cancer du sein, maladies pulmonaires chroniques, maladies du foie, maladies ischémiques, arythmies, maladies du pancréas, syndrome de détresse respiratoire. Un problème très délicat est que les Plans, connaissant les pondérations respectives des différents diagnostics, peuvent faire coder plus fréquemment les diagnostics de poids élevé (ce qui leur permettra de bénéficier de transferts compensatoires plus élevés).

Une fois le nombre de diagnostics par plan connu, on pondère alors chaque individu atteint d'un de ces diagnostics par le ratio (Coût moyen des soins des personnes atteintes par ces pathologies / Coût moyen des soins dans la base). On pondère les autres individus de façon à ce que la somme des poids vaille 1. On calcule un poids spécifique lié au sexe de l'individu, et on considère qu'un enfant ne consomme que 62% d'un adulte. En fait, des poids différents sont calculés pour un même diagnostic selon le sexe et l'âge de l'individu concerné. Cette première série de calcul permet d'obtenir un RAV pour chaque plan.

Pour connaître les transferts financiers à effectuer si des plans s'écartent de plus de 5% de la moyenne, il faut calculer une prime moyenne attendue par Plan. Pour cela, on calcule un rated risk factor, qui est, pour chaque Plan, une moyenne pondérée de l'âge, de la région et de la taille de famille des assurés. La prime moyenne attendue d'un Plan est égale à la prime moyenne sur tous les Plans, multipliée par ce RRF. Le budget total nécessaire pour ramener les RAV supérieurs à 1.05 à la limite de 1.05 est prélevé sur les Plans inférieurs à 0.95 (soit en les ramenant à 0.95, soit, si le prélèvement suffit, au RAV constaté immédiatement supérieur, même s'il est inférieur à 0.95). Si la masse prélevée ne suffit pas à compenser les plans supérieurs à 1.05, on ne les compense que partiellement.

Les résultats pour la Californie sont que les HMOs ont en général des RAV faibles (7 inférieurs à 0.95 sur 22), et qu'un des deux PPOs a dû être compensé, assez fortement (\$46 par contrat et par mois). On peut voir dans cet état de fait la conséquence d'un effet d'autosélection, lié au fait que les plus malades préfèrent le paiement à l'acte.

B / Ajustement au risque en Allemagne

En Allemagne, les caisses peuvent pratiquer des prix différents et les assurés peuvent choisir librement leur caisse (cf. monographie Allemagne). Afin que les prix reflètent l'efficacité des caisses et non leur structure démographique et économique plus ou moins favorable, il existe maintenant un mécanisme de compensation des risques qui implique des transferts financiers entre caisses, selon des critères d'âge, de sexe et de revenu des assurés.

Ce mécanisme a été élaboré sous la pression des caisses locales (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK) et avec le soutien du Parti Social Démocrate (SPD) et des ministres sociaux des Länder, car les AOK souffraient d'une trop grande dispersion de leurs taux de cotisation, autour d'une moyenne plus

élevée que la moyenne nationale. Ceci tenait principalement au fait que le revenu moyen des assurés des AOK est inférieur au revenu moyen des assurés des autres caisses, et qu'elles cumulent les mauvais risques : personnes âgées, pauvres, invalides, et cette situation était héritée du système très segmenté en vigueur alors en Allemagne.

La compensation prend en compte le revenu des assurés, le nombre d'ayants droit, la structure par âge et sexe de la caisse, et chaque caisse se voit garantie d'un montant moyen standardisé de dépenses, uniforme au plan fédéral. La caisse obtient l'aide financière si la recette (fondée sur le salaire de référence) ne permet pas de financer la dépense standard.

Les AOK, relayées par les médecins, soutiennent toutefois que cette compensation est insuffisante pour permettre une vraie concurrence, c'est-à-dire une concurrence qui serait fondée sur une utilisation efficace des ressources et non sur la sélection des risques.

En effet, les caisses locales soutiennent que les populations à faibles revenus prêteraient en moyenne une moindre attention à leur santé et négligeraient la prévention : ce genre de phénomène - observé notamment aux Etats-Unis, où l'insuffisance de la couverture *Medicaid* amène les indigents à surcharger les urgences des hôpitaux - entraîne souvent des hospitalisations coûteuses alors que, pris à la racine, le mal peut être traité à moindre coût. Le problème est que la compensation ne prend en compte le revenu que sous l'angle de la capacité contributive, et non de la corrélation entre bas revenus et dépenses hospitalières élevées.

Un bon exemple de ces difficultés serait fourni par les diabétiques, par ailleurs surreprésentés dans la population d'assurés des AOK. Une politique de prévention intelligente permet de limiter les coûts de traitement. Les AOK observent que leurs assurés diabétiques, en moyenne peu éduqués, sont plus souvent hospitalisés afin de subir des dialyses coûteuses. Les caisses tendent de développer l'information, mais cette politique présente un coût certain, sans que les dividendes en soient immédiats.

Même si elle est imparfaite, la compensation a conduit à un rapprochement significatif des taux de cotisation : l'écart de taux moyen en 1997 dans la partie occidentale du pays entre BKK (Betriebskrankenkassen, caisses d'entreprises) et AOK était de 1,1 point contre 2,3 points en 1993. Dans le cas allemand, la compensation est allée de pair avec la concurrence entre caisses pour réduire les effets les plus néfastes de la segmentation.

Les deux exemples qu'on vient de détailler permettent de souligner à **quel point la mise en pratique d'un ajustement au risque est complexe et ne permet pas d'éliminer totalement l'écrémage et / ou l'autosélection** ³⁴.

C'est un enseignement à tirer pour la France, où la réflexion est encore embryonnaire sur le sujet et où l'idée est largement répandue que l'introduction d'un petit nombre de critères simples pourrait suffire à éviter la sélection des risques.

³⁴ *Contrairement à d'autres domaines de dérégulation (comme, par exemple, les télécommunications), où il semble possible de compenser ex post la « mission de service public » par les opérateurs privés, la séparation, en assurance maladie, des effets financiers de l'écrémage / autosélection d'une part, et de l'efficacité de l'autre semble inaccessible. Si on égalise trop les coûts moyens, on ruine l'incitation à l'efficacité, si on n'égalise pas assez, on entretient les avantages indus et on risque aussi d'encourager les profits par la sélection plus que par l'efficacité.*

Pour résumer les résultats de cette deuxième partie sur la concurrence entre assureurs :

On attend d'un libre marché de l'assurance qu'il permette aux individus de mieux exprimer leur préférences en termes de couverture et de santé, mais aussi de peser sur les offreurs pour les contraindre à être efficaces. Les résultats des expériences étrangères montrent que ces attendus sont souvent déçus.

1. La concurrence entre assureurs, sur la fonction d'assurance, conduit à une situation moins équitable que les systèmes socialisés.

Par construction, la mise sur le marché de l'assurance santé fait fi de deux principes fondamentaux de la protection sociale, que sont la solidarité entre bien portants et malades d'une part, entre riches et pauvres d'autre part. Dans un système totalement concurrentiel, en effet :

- Un malade chronique devra payer une prime d'assurance nettement supérieure à celle d'une personne en bonne santé au même âge ; on l'a vu, la logique même de la concurrence conduit à utiliser ce genre d'informations pour discriminer les tarifs des assurés. L'assureur qui ne le ferait pas perdrait ses « bons risques ».
- La prime d'assurance étant par hypothèse indépendante du revenu (puisque'elle est déterminée en fonction du risque et du niveau de couverture choisi), elle pèsera plus lourd dans un budget restreint, et l'accès aux soins sera différent selon la situation sociale.

Le fonctionnement spontané d'un marché de l'assurance conduit même à exclure des populations de l'accès à l'assurance, qu'elles soient trop pauvres pour payer les primes, ou trop malades pour pouvoir s'assurer à un coût supportable. On peut rappeler que les USA comptent 40 millions de non assurés, et que cet effectif est en augmentation rapide.

2. La concurrence complète entre assureurs n'est pas non plus une garantie d'efficacité sur le marché de l'assurance maladie.

En premier lieu, le risque « maladie » n'entre jamais tout entier dans les catégories assurantielles : il existe notamment des risques fortement corrélés entre eux (épidémies), ou trop prévisibles (maladies chroniques). L'expérience montre que la puissance publique doit toujours intervenir pour prendre en charge de manière coercitive ce genre de risques, même dans les pays les plus libéraux par ailleurs. Singapour a ainsi doublé son système de MSA par Medishield puis Medifund, les USA ont créé Medicare pour les plus de 65 ans et Medicaid pour les pauvres avec enfants, le Chili et les deux précédents pays ont maintenu un système de soins gratuits. Aux Pays Bas, l'introduction d'une forme de concurrence entre les caisses publiques s'est accompagnée d'une intervention accrue de l'Etat dans la mutualisation des risques dits lourds.

Ensuite, la tarification au risque, qui est l'idéal du marché efficace de l'assurance, est particulièrement difficile à obtenir pour le risque maladie. L'établissement de grilles fondées sur quelques critères simples, comme l'âge et le sexe, est loin de suffire à tarifier correctement selon le risque. Cette difficulté (et le coût qui lui est lié pour l'assureur) à tarifier au risque entraîne deux types d'inefficacité :

- L'assureur, qui ne peut distinguer les prix des risques individuels, rencontre des « mauvais risques », c'est-à-dire des individus coûtant plus cher que leur prime ; si l'assureur dispose d'informations non quantifiables dans un tarif, mais permettant de discriminer ces « mauvais risques », il les utilisera et pratiquera de fait l'écrémage. Les assurés n'auront donc plus le libre choix des prestations et le marché sera inefficace.

- Les assurés ne disposeront pas des vrais prix pour faire leur choix : certains services, comme le libre choix du praticien, se paieront chers car ils joueront le rôle de révélateur (à plus ou moins juste titre) du fait que l'assuré est un « mauvais risque ». Il en découlera la disparition de l'offre de certains services (cas de la spirale de la mort d'Harvard) ou, au contraire, une profusion de « niches » de consommation que l'assuré aura du mal à déchiffrer. De manière générale, il semble que la concurrence, dans le système américain, n'ait pas réussi à diminuer la variabilité des primes payées pour un service apparemment identique.

Dans un tel marché opaque, on peut arriver au paradoxe que l'assureur le plus efficace pour contrôler les coûts des producteurs et offrir de la qualité se verra pénalisé en attirant à lui les plus gros consommateurs de soins.

3. Enfin, la concurrence n'est pas forcément le meilleur chemin vers la maîtrise des dépenses de soins.

Les exemples, certes extrêmes, du Chili ou de Singapour, et, plus proches de nous, des USA, montrent que la responsabilisation financière de l'assuré n'entraîne pas automatiquement de gain sur les coûts de la santé ou sur le poids des dépenses médicales dans la richesse nationale.

4. Il est en outre illusoire de penser qu'on peut corriger ces effets pervers par une législation ex post.

Les mécanismes visant à corriger l'inéquité des systèmes assurantiels conduisent :

- soit à augmenter l'écrémage ; c'est le cas lorsqu'on impose à l'assureur d'appliquer des tarifs moyens identiques à des niveaux de risque très différents,
- soit à des systèmes bridant l'incitation pour les offreurs à être efficace. Un mécanisme visant à réintroduire la solidarité de manière coercitive annule de facto toute responsabilisation financière de l'assureur. Le cas de l'assurance privée aux Pays Bas est de ce point de vue particulièrement illustratif.

3. LA CONCURRENCE ENTRE ACHETEURS / ENTREPRENEURS

De l'analyse précédente, il ressort qu'un **libre marché de la couverture maladie**, dans lequel le consommateur choisit un contrat en fonction de ses caractéristiques (franchises, plafonds, domaines pris en compte, tickets modérateurs, liberté de choix et d'accès aux praticiens) et de son prix, ne comporterait pas d'avantages certains et beaucoup de risques.

Nous examinons désormais des formes moins radicales de mise en concurrence, formes dans lesquelles **la couverture est conçue de façon à préserver l'équité**, et seule **la gestion des soins est confiée à des opérateurs en concurrence**.

Plus que la concurrence complète entre assureurs, c'est cette concurrence restreinte qui est considérée, dans certains pays européens, comme une voie de réforme possible du système de santé. Elle a inspiré le plan Dekker-Simmons aux Pays-Bas, et les propositions de certains assureurs en France (cf projet AXA).

Nous désignerons dans un premier temps cette forme de concurrence sous le terme de « concurrence entre acheteurs », faisant référence ainsi à un vocabulaire couramment utilisé (l'assurance maladie comme « acheteur avisé »). En fait, comme on le verra dans la suite de ce chapitre, la fonction essentielle de ces opérateurs est une fonction « d'entrepreneurs de soins » plus que d'acheteurs, la question étant de savoir si elle est mieux assurée dans un cadre concurrentiel ou monopolistique.

Après avoir défini le contenu général de cette notion de concurrence dite " entre acheteurs " (3.1), on passera en revue les arguments théoriques concernant les attendus de cette forme de concurrence, et ses avantages et inconvénients par rapport aux formes alternatives de gestion des soins et des risques; on examinera successivement les formes théoriques que peut revêtir l'organisation des soins (3.2), et les formes concrètes qu'elle a prises dans les expériences étrangères qui ont été étudiées, en montrant que l'articulation acheteur / entrepreneur / producteur peut s'illustrer de manière diverse (3.3). C'est à partir de ces expériences qu'on analysera les résultats empiriques connus sur la performance des systèmes concurrentiels, dans ses différentes dimensions (3.4).

3.1. Définition et contenu de la notion de « concurrence entre acheteurs »

La question que l'on se pose désormais est de voir s'il est possible de restreindre le champ de la concurrence pour échapper aux écueils de la concurrence entre assureurs. On maintient **la liberté pour le bénéficiaire de choisir un opérateur**. Cependant, pour éviter l'inéquité et l'exclusion, **on restreint la concurrence entre opérateurs en déconnectant la prime du risque de l'assuré : la participation financière du bénéficiaire final est indépendante de l'opérateur choisi et le bénéficiaire effectue donc son choix sur d'autres critères que le prix**. Pour que le prix soit réellement identique pour tous les bénéficiaires finals, les opérateurs doivent tous proposer la même couverture ³⁵.

La concurrence restreinte à l'achat de soins se déroule selon le schéma théorique suivant :

- 1 - La puissance publique fixe un ensemble standard de prestations garanti auquel ont droit tous les bénéficiaires, et qu'ils ne peuvent refuser (pour diminuer leur contribution). La puissance publique impose aux opérateurs d'accepter tous les candidats. Elle doit réaliser un équilibre délicat, dans la définition de ce paquet standard, en autorisant une certaine différenciation sur les choix thérapeutiques (il peut y avoir des contrats avec homéopathie et d'autres sans ³⁶), mais

³⁵ Comme on le verra dans la suite, ceci n'exclut pas la latitude pour les opérateurs de faire varier leurs modes de remboursement, mais globalement la participation financière des usagers doit être semblable d'un opérateur à l'autre.

³⁶ Cet exemple nous a été suggéré par la discussion d'une version provisoire du rapport lors d'un séminaire D3E de l'Insee.

pas de différenciation sur les pathologies ou les problèmes sanitaires traités (pour éviter d'évidents problèmes d'autosélection des risques).

- 2 - La puissance publique fixe la contribution de chacun à l'assurance maladie (pour financer globalement l'ensemble standard de prestations), ce qui permet de respecter la contrainte d'équité en fixant une contribution dépendant du revenu.
- 3 - La puissance publique fixe un tarif actuariel qui lui sert à rétribuer les opérateurs qui fournissent cet ensemble de prestations. Ce montant forfaitaire versé à l'opérateur sera désigné dans la suite sous le terme de « capitation ». Cette capitation reflète le risque sanitaire couvert et elle est liée au coût historique moyen, constaté pour un bénéficiaire de telle ou telle catégorie actuarielle *.
- 4 - L'opérateur, n'ayant aucun pouvoir sur la capitation qu'il reçoit, se concentre sur l'autre domaine de l'activité des assureurs, à savoir le remboursement des dommages. Il rémunère donc les services des producteurs, directement ou via les remboursements aux patients, et tente de rendre le service à coût inférieur de façon à dégager un bénéfice. Il utilise une partie de ce bénéfice :
 - pour rémunérer d'éventuels actionnaires ;
 - pour améliorer la qualité, ou pour offrir d'autres services que les prestations standard, afin de gagner des parts de marché. Dans cette configuration, le résultat final ne sera pas nécessairement une diminution de la dépense totale, mais plutôt une amélioration de la qualité à dépense donnée ;
 - s'il vend la couverture de risques complémentaires aux bénéficiaires, pour offrir des remises de prix sur ces services afin de fidéliser sa clientèle, (c'est le cas dans la gestion des prestations MEDICARE par des HMOs).

Une telle concurrence restreinte est bien ce que propose actuellement AXA, qui ne remet nullement en cause le monopole * de l'ACOSS, ni la règle de cotisations proportionnelles au salaire. AXA propose d'autoriser d'autres opérateurs que les caisses statutaires actuelles (CNAMTS, CANAM, MSA, divers) à jouer un rôle d'intermédiaire entre les patients/assurés d'une part et les producteurs de soins d'autre part, moyennant une capitation reflétant le coût historique des différentes catégories de population.

Cette description schématique du fonctionnement d'un système de concurrence entre acheteurs soulève deux questions :

a - **Quel est le « produit » qui est la contrepartie de la capitation ?**

Nous allons, dans la suite de ce travail nous intéresser principalement à une concurrence restreinte se substituant à l'assurance maladie dans son fonctionnement actuel : l'objet sera donc la population dans son ensemble, pour la quasi totalité des domaines de soins.

Cependant, la transaction entre la puissance publique et les « opérateurs », et donc la concurrence restreinte, peut porter sur différents types de produits.

La capitation peut recouvrir un traitement particulier (épisode de soins), une pathologie particulière (mettant éventuellement en œuvre plusieurs traitements, voire des épisodes de prévention et d'éducation), enfin un individu donné pendant une période de sa vie et pour tous les aspects médicaux de son existence. C'est dans cette dernière optique que nous nous plaçons ici.

Le projet AXA s'oriente d'ailleurs vers une définition centrée sur l'individu pendant une période donnée (l'année), l'opérateur assumant, moyennant la capitation versée par l'ACOSS, l'ensemble de la prise en charge médicale de l'individu ³⁷.

Certains employeurs américains optent pour une approche mixte ³⁸ : ils versent une capitation à des opérateurs généralistes pour une prise en charge médicale limitée aux risques courants, et les pathologies lourdes sont prises en charge (moyennant aussi une capitation par traitement) par des opérateurs spécialisés.

Enfin, la concurrence restreinte telle que nous l'avons définie pourrait aussi porter sur des populations particulières (les personnes âgées, les malades mentaux), pour l'ensemble de leur prise en charge médicale.

Nous faisons dans la suite l'hypothèse que l'ensemble de la population est concernée par cette « concurrence restreinte » qui porte sur une prise en charge médicale globale et non sur des traitements particuliers.

b - Quelles sont les différences entre cette concurrence restreinte et la concurrence entre assureurs ?

Le fait que la capitation reflète le risque du bénéficiaire place l'opérateur dans la même situation théorique qu'un assureur qui tarifierait au risque ³⁹. La seule différence est que la puissance publique s'intercale comme collecteur, afin de déconnecter, pour le bénéficiaire, risque individuel et contribution payée. Il en résulte aussi, bien évidemment, que l'opérateur ne dispose plus du prix comme argument dans la concurrence.

Si on met à part cette question du financement, **il n'y a pas de différence de nature entre la concurrence entre assureurs et la concurrence restreinte, mais plutôt une différence de degré :**

- Si le panier couvert par la capitation représente une part très faible des dépenses de santé réelles ⁴⁰, la concurrence restreinte tend vers la concurrence entre assureurs, car d'une part, les assurés doivent trouver l'essentiel de leur couverture sur un marché libre et d'autre part les opérateurs qui reçoivent la capitation se font alors concurrence *en tant qu'assureurs* sur la partie non couverte par la concurrence restreinte.
- Inversement, quand le panier minimal dépasse une certaine proportion des dépenses de santé, la latitude des assurés quant à leur taux de couverture est trop faible pour qu'on puisse encore parler de concurrence entre assureurs. **Une concurrence vraiment restreinte (couvrant une part majoritaire des dépenses de santé) limite donc la latitude des assurés quant à leur niveau de couverture.**

Du point de vue de la théorie économique orthodoxe (dont on a vu ci-dessus les limites), on s'éloigne alors du choix optimal de la part de la richesse nationale consacrée aux dépenses de santé :

³⁷ Nous employons ici l'expression « prise en charge médicale » pour désigner le produit le plus élaboré pouvant être soumis à capitation. On pourrait certes juger plus satisfaisant conceptuellement d'utiliser l'état de santé comme produit mais il s'agit d'une notion peu utilisable dans la pratique. La « prise en charge médicale » peut s'analyser comme une combinaison de tous les services et biens élémentaires, servis par des producteurs différents en des lieux et des temps différents.

³⁸ Qu'on désigne par le terme de « carveouts ».

³⁹ Si la puissance publique veut peser sur la dépense publique de santé, elle diminuera la capitation, réduisant le profit de l'opérateur, comme en concurrence totale ; si elle laisse les montants fixes, les opérateurs se concurrenceront sur la qualité ou le volume offert de soins, réduisant là encore leur taux de profit.

⁴⁰ Comme, par exemple, la seule partie A de MEDICARE, à savoir 60 jours d'hospitalisation sans ticket modérateur.

- Tout d'abord, la latitude de choix des assurés est limitée dans la mesure où personne ne peut faire le choix de ne pas s'assurer ou de s'assurer au dessous de l'ensemble standard de prestations.
- Ensuite, la part des dépenses de santé dans la richesse nationale n'est pas déterminée par le jeu des préférences individuelles (aversion pour le risque) et des risques des assurés, mais largement par une décision collective. Ceux qui veulent s'assurer plus le pourront toujours, mais ceux qui voudraient s'assurer moins (et, éventuellement consommer moins de soins) ne le pourront plus.

Nous allons tout d'abord passer en revue les arguments théoriques sur les avantages et les limites de la concurrence dans la fonction d'acheteur de soins, évoquer les formes possibles de la mise en place d'une telle fonction (3.2) et ses illustrations dans les expériences étrangères (3.3), avant d'analyser l'évidence empirique que ces expériences nous fournissent (3.4).

3.2. Les attendus d'une mise en concurrence d'acheteurs de soins

3.2.1. *A quels problèmes la concurrence est-elle supposée répondre ?*

Le discours organisationnel se contente le plus souvent d'opposer un monopole *, jugé a priori inefficace, et des structures institutionnelles plus petites, décentralisées, jugées a priori plus compétentes et plus efficaces pour améliorer le rapport coût/qualité, selon une sorte de loi implicite de subsidiarité sans grand support empirique.

Ce discours est l'argument principal des promoteurs de la concurrence entre acheteurs de soins. L'idée généralement avancée est que, en cassant le monopole * de la CNAM (tout en laissant le monopole * de financement de l'assurance à l'ACOSS), on fera des gains suffisants pour produire mieux, à moindre coût, et sans diminuer les revenus des producteurs de soins, ni la liberté de choix des patients.

Mais il faut tout d'abord analyser **les outils dont dispose un « acheteur », quel qu'il soit, en concurrence ou non, caisse publique, médecin gestionnaire de budget, ou compagnie privée d'assurances, pour améliorer l'efficacité du système**, avant de se demander **quelle forme organisationnelle est mieux à même de mettre en œuvre ces outils**.

On peut distinguer selon la théorie économique plusieurs sources d'inefficacité, qui renvoient à des types d'outils différents :

- L'inefficacité peut provenir d'une rente informationnelle des producteurs. Les producteurs de soins tirent profit de l'ignorance des consommateurs, des acheteurs et du régulateur sur la fonction de production pour augmenter leur revenu en produisant des actes inutiles ou dont l'efficacité n'est pas démontrée. Cette inefficacité serait particulièrement courante dans les systèmes de paiement à l'acte. Pour limiter cette rente l'acheteur peut lui même recourir au **paiement prospectif * des producteurs**, plutôt que de payer séparément les inputs du processus de production de soins. Le producteur est alors incité à gérer au mieux les inputs (actes) qu'il utilise pour aboutir à un résultat en termes de santé ; il est responsabilisé financièrement. L'acheteur utilise ici les outils suivants : le mode de paiement des producteurs et les contrats définissant les conditions de délivrance des soins.
- L'inefficacité peut résider **non pas tant dans la divergence des intérêts individuels des acteurs, que dans l'agencement de leurs relations et la mauvaise coordination de leurs interventions**. C'est un diagnostic largement partagé pour ce qui concerne le système français, où les cloisonnements institutionnels et une pratique très atomisée de la médecine génèrent des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. Dans ce cas de figure, comme chaque producteur isolé n'est pas à même d'améliorer le processus de prise en charge, notamment

parce qu'il ne détient pas assez d'information, les signaux décentralisés comme les prix sont inopérants, et le fait de faire supporter le risque financier au producteur ne suffit pas. L'acheteur doit alors intervenir lui-même dans le processus de production pour gérer au mieux les inputs, en faisant circuler l'information et /ou en contrôlant les procédures. Il devra mettre en place des contrôles périodiques de la satisfaction des patients, de la qualité médicale produite, de l'utilisation de ressource (« utilization review »), élaborer des procédures organisationnelles innovantes susceptibles de générer des gains de productivité, mettre en place une validation des technologies nouvelles avant de les inclure dans le panier de prestations remboursées, etc.

- Mais les professionnels de santé ne sont pas les seuls acteurs du processus de soins : le **comportement du patient, dans la gestion de son capital santé**, est un élément primordial qui conditionne les coûts de la prise en charge médicale, notamment à long terme. Des outils destinés à optimiser cette gestion du capital santé, et donc à éliminer les dommages évitables, constituent une troisième famille d'outils (prévention, interventions auprès du bénéficiaire final pour qu'il modifie son comportement et son mode de vie,...).

Au total, ce que nous avons appelé l'acheteur de soins – qu'il soit en situation de concurrence ou de monopole * – **exerce en réalité une fonction d'entrepreneur de soins** : dans l'idéal, il négocie les prix des facteurs de production, cherche à minimiser les rentes éventuelles des producteurs, organise le processus de soins pour l'optimiser en permanence en fonction des évolutions technologiques, il surveille la qualité du service qu'il rend, etc. Il se comporte comme un industriel dans tout autre secteur de l'économie.

C'est ce rôle **d'entrepreneur actif** qui apparaît aujourd'hui un enjeu majeur pour améliorer la qualité et diminuer les coûts. La complexité des prises en charge, les cloisonnements, la relative inorganisation de notre système (très grande liberté tant du côté des producteurs que des consommateurs) placent les questions de **coordination** et de **gestion du risque** au premier plan. On entend ici la gestion du risque au sens large, à la fois **gestion du processus de production de soins**, qui serait l'adaptation française du « managed care » et **gestion du capital santé des usagers**.

Trois remarques découlent de cette proposition :

a - C'est parce que cette fonction de coordination et de gestion des soins exercée pour le compte du patient nous paraît essentielle que **nous rattachons à cette notion de concurrence entre acheteurs / entrepreneurs l'expérience des généralistes gestionnaires de budget** (General Practitioners Fundholders, GPFH) au Royaume-Uni ⁴¹. En effet, en choisissant les prestataires de second recours, les soins de spécialistes, les examens complémentaires, l'hospitalisation, en négociant les prix et la qualité des services qu'ils achètent, en organisant non pas seulement leur propre pratique mais l'ensemble de la filière de soins du patient, sur laquelle ils sont responsabilisés financièrement, ils jouent bien ce rôle d'entrepreneurs décrit ci-dessus, sous une forme organisationnelle très spécifique (mais dont on verra plus loin qu'elle entre en résonance avec d'autres expériences).

b - Il faut souligner que **l'émergence d'une fonction d'entrepreneur de soins, qu'il soit concurrentiel ou public, implique inéluctablement une perte de liberté chez le producteur, et, pour l'utilisateur, un contrôle plus strict de son comportement face à la santé et aux soins**.

Pour le producteur, l'intervention de l'acheteur/entrepreneur de soins signifie une limitation de sa marge de manœuvre dans la relation avec le patient : soit il doit respecter des règles précises (« guidelines »), soit il doit rendre compte et justifier ses décisions ex post (« accountability »), soit

⁴¹ Cette forme de concurrence peut a priori apparaître très différente de la concurrence entre des opérateurs de type assureurs et on la range plutôt dans la catégorie « concurrence entre producteurs ». Sur ce débat, voir l'encadré plus loin.

enfin, il doit tenir compte lui même des conséquences budgétaires de ses décisions dans le cas où sa rémunération dépend directement de son niveau de dépenses. En outre, les contrats peuvent prévoir des sanctions dans des cas beaucoup plus fréquents que ce qu'on constate aujourd'hui.

De même, l'usager pourra avoir à se conformer à des actions de prévention organisées par son opérateur, et nécessitant de sa part un effort supplémentaire. Son accès au système de soins pourra être aussi contrôlé par l'entrepreneur de soins, qui pourra exiger le passage par un médecin référent, interdire le recours direct au spécialiste, voire désigner nommément les praticiens consultables.

Au total, l'idée avancée par les promoteurs de la concurrence entre acheteurs en France selon laquelle cette concurrence se ferait sans conséquence pour les médecins et les patients n'est pas tenable, sauf à dire que les opérateurs ne jouent qu'un rôle de tiers payeur passif, auquel cas on ne voit guère l'avantage de cette formule.

c - Les promoteurs d'une concurrence entre acheteurs restent en général assez vagues sur les différences qui pourraient exister entre l'opérateur statutaire actuel et les opérateurs concurrentiels et se contentent d'un discours très général sur les « méfaits du monopole * ».

Cependant, **pour juger de l'impact de la concurrence, notamment dans l'approche empirique, on ne pourra pas se contenter de comparer l'état concurrentiel au statu quo ante, mais on devra comparer un système de concurrence entre entrepreneurs de soins avec un système de monopole * exerçant véritablement la fonction d'entrepreneur de soins.** En d'autres termes, il faudra tenter de distinguer l'effet propre de la concurrence entre acheteurs des conséquences de l'apparition d'une attitude plus interventionniste dans les processus de soins de la part d'acheteurs de soins.

La concurrence entre acheteurs suppose en effet deux changements importants simultanés : non seulement on autorise l'assuré à choisir son opérateur, mais, en plus, on autorise celui-ci à cesser d'être un tiers payeur pour devenir un véritable « entrepreneur de soins », modifiant les rémunérations des différents producteurs, redéfinissant les relations qu'ils entretiennent entre eux et contrôlant les comportements des patients. On ne peut donc évaluer les conséquences d'une concurrence ainsi organisée dans l'assurance maladie en comparant la situation de concurrence à la situation actuelle, mais bien plutôt en comparant les capacités respectives de différentes organisations (opérateurs en concurrence ou monopole * public) à mettre en œuvre cette fonction d'entrepreneur de santé efficace et gérant le risque.

La concurrence entre acheteur / entrepreneurs ne peut se comparer qu'à des formes du monopole * se comportant en « acheteur » ou en « entrepreneur ». Nous chercherons donc à comparer les différentes formes organisationnelles, plus ou moins concurrentielles, capables de mettre en œuvre la gestion du risque, et à voir si la concurrence est une condition nécessaire d'une gestion du risque efficace.

On considérera les attendus de la concurrence à deux niveaux :

- **tout d'abord la performance individuelle des opérateurs, et leur capacité à offrir un meilleur rapport service / coût,**
- **ensuite la performance collective de la mise en concurrence, au niveau du système de santé dans son ensemble.**

On attend de la concurrence restreinte, dans laquelle l'assuré choisit un opérateur mais pas un niveau de prime, l'émergence d'une fonction d'entrepreneur de soins. Cet entrepreneur met en place des instruments de gestion du risque, mais, surtout, il joue le rôle d'intermédiaire entre l'acheteur en dernier ressort (la puissance publique ou l'employeur, selon le contexte) et les producteurs.

Ce rôle de coordinateur et d'organisateur des soins peut être tenu par un assureur privé à but lucratif, mais aussi par un médecin généraliste, responsable des soins de second recours et soucieux de qualité.

En tout état de cause, l'intervention d'un tel intermédiaire restreint la liberté de choix du patient et la liberté de pratique du producteur.

3.2.2. La performance individuelle en termes du rapport coût / service rendu

Le service rendu est avant tout la prise en charge médicale. C'est dans ce domaine que se joue l'enjeu principal en termes d'efficacité productive *.

Néanmoins, les opérateurs ont aussi une fonction, certes secondaire, de gestion administrative qui regroupe l'ensemble des relations non médicales entre les assurés et les producteurs de soins.

S'y ajoutent également des fonctions commerciales liées à la mise en concurrence. Les fonctions commerciales consistent à démarcher les assurés pour les convaincre d'adhérer. Si le bien soumis à capitation représente la quasi totalité des dépenses de soins, les bénéficiaires finals choisiront sur des critères autres que le prix, comme la qualité supposée du réseau de producteurs, les modes de traitements, la proximité des équipements, etc.

Nous évoquerons d'abord cet aspect de la gestion administrative (a) avant d'aborder la capacité des opérateurs à améliorer la gestion du risque et la coordination des soins (b).

A / Une gestion administrative plus efficace et « conviviale » ?

Nous n'avons pas exploré la littérature théorique qui permettrait éventuellement d'établir un pronostic sur les conséquences en termes **d'efficacité de la gestion** de l'introduction d'opérateurs en concurrence, et il existe relativement peu d'études empiriques relatives à l'impact de la concurrence sur les coûts de gestion des acheteurs de soins. Les rares observations issues d'expériences étrangères sont donc évoquées directement dans cette partie et ne seront pas reprises dans la partie 3.4. - enseignements des expériences étrangères.

D'un côté, il est possible que des entreprises strictement privées, tenues par une convention collective moins « contraignante » (ou moins « sociale » selon le point de vue adopté) que celle de la sécurité sociale soient à même de **gérer les prestations à moindre coût de personnel**.

A l'inverse, on peut craindre aussi que les **frais de marketing et de démarchage des assurés** soient importants dans un système concurrentiel. L'exemple des HMOs aux Etats-Unis, où l'on cite couramment des ratios de l'ordre de 20 à 30% (à comparer aux 6% de l'assurance maladie en France) le montre. Il serait d'ailleurs intéressant de pouvoir disposer d'études plus détaillées sur la dynamique de ces coûts en cas d'ouverture à la concurrence (par exemple en Allemagne ou aux Pays-Bas, même si dans ces deux pays les opérateurs n'assument pas (encore) de réelle fonction d'acheteur et d'entrepreneur).

Un autre argument est lié à la taille des opérateurs. La pluralité suppose des opérateurs plus petits que l'acheteur public unique. Cette petitesse est souvent présentée comme un avantage de proximité et de souplesse, par rapport au monopole *, mais elle n'est pas automatiquement

synonyme de performance : l'observation simple, et la théorie de la firme, suggèrent qu'il existe une taille optimale pour toute activité, l'optimum dépendant principalement des rendements de l'activité. Des opérateurs en concurrence sont **moins à même de bénéficier d'économies d'échelles dans une activité à rendements croissants, comme l'est probablement la gestion administrative** (par exemple, la gestion informatisée des feuilles de soins et des prestations). On peut citer, à l'appui de cette hypothèse, une étude des plans Blue Cross Blue Shield (BC/BS) (Foreman, Wilson et Scheffer, 1996) qui montre que ces plans, dominants dans la plupart des zones géographiques et exclusifs dans certaines, ont des frais de gestion d'autant plus élevés qu'ils sont concurrencés.

On peut enfin noter que les frais de gestion de l'assurance maladie représentent une part faible de la dépense totale, ce qui fait qu'un gain, même substantiel, sur ces frais (de l'ordre de 10% par exemple), ne représenterait pas une économie suffisante pour justifier une remise en cause du statu quo actuel.

Au total donc les gains nets sur la gestion des prestations sont peu probables et, en tout état de cause, représenteraient une part très faible des économies à réaliser.

En revanche, on peut penser que des caisses en **concurrence se montreront plus sensibles aux demandes des usagers**, la qualité de l'accueil étant un argument de vente. Aux Pays Bas, cette plus grande convivialité a été le premier résultat de la mise en concurrence des caisses (voir monographie Pays Bas). De même, on peut noter, dans le cas français, que les assureurs complémentaires font preuve d'initiatives en matière de convivialité et d'information du public, comme le montre l'exemple du produit « carré bleu » de la CNP.

B / La concurrence améliore-t-elle la gestion du risque et la coordination des soins ?

Peut-on dire, comme y invite un discours assez répandu mais peu souvent argumenté, que des opérateurs plus petits et plus proches des producteurs de soins seraient plus à même d'intervenir dans les processus de soins pour les optimiser qu'un monopole * public de très grande taille et centralisé ? Comme distinguer, en outre, dans les expériences réelles, l'effet de cette proximité, de l'effet de leur responsabilité financière ?

Le projet AXA se fait l'écho d'une critique souvent adressée aux caisses statutaires, à savoir leur faible aptitude à gérer le risque. Il ressort de la lecture du projet de réseau AXA que celui-ci se donnerait les moyens de contrôler a posteriori et d'orienter a priori les choix des patients et des médecins, notamment en incitant les patients à consulter préférentiellement un ensemble de prestataires sous contrat.

L'avantage de la concurrence sur le monopole * serait double :

- Les opérateurs en concurrence seraient plus incités qu'un monopole * public à servir une qualité supérieure à un coût moindre, car leur profit ou leur déficit en dépend alors que l'agent du monopole * n'est motivé que par son attachement à des valeurs générales de bien public⁴².
- Les opérateurs en concurrence auraient plus de moyens à leur disposition qu'un monopole * pour contrôler les coûts, selon un argument de proximité et de subsidiarité : l'opérateur privé, décentralisé et traitant avec un nombre plus faible de producteurs les connaîtrait mieux, serait mieux à même de surveiller leur comportement, et pourrait plus facilement sanctionner les mauvaises pratiques (argument de proximité) ; il serait aussi plus au fait du contexte local et donc mieux à même d'adapter des règles générales à ce contexte (argument de subsidiarité).

Au total donc, l'idée est que la concurrence peut améliorer éventuellement l'efficacité productive * car elle fait jouer un rôle à **des entreprises plus proches des producteurs et motivées**

⁴² *Voire poursuit des objectifs propres qui sont en contradiction avec l'intérêt général, comme la pérennité de son statut.*

financièrement par les conséquences de leur action sur les comportements de ces producteurs. Cette idée est relativement peu développée dans la littérature théorique, mais elle est au cœur d'un grand nombre d'analyses empiriques des systèmes américain et britannique qui sont présentées dans la partie 3.4 ci-dessous, dans laquelle on s'attache à présenter les différents outils de la gestion du risque et à déterminer, pour chacun, si leur utilisation est contingente à l'état de la concurrence.

Cependant, en dehors de ces arguments de **proximité** et de **motivation**, on peut s'attendre à un certain nombre d'avantages ou d'inconvénients liés à la **pluralité des opérateurs** :

- **La pluralité permet le « contrat sélectif »**

Le contrat sélectif consiste, pour l'acheteur, à désigner nommément un ensemble de prestataires auxquels il s'adresse ⁴³. Les assurés couverts par cet acheteur ne sont donc pas remboursés s'ils choisissent de consulter hors de cet ensemble. Un prestataire non conventionné par un acheteur a donc peu de chances de recevoir des assurés de cet acheteur. Il s'agit bien d'un outil de la gestion du risque, permettant à l'acheteur de contrôler et de sanctionner la qualité du service fourni par le prestataire. Cet outil est plus accessible dans une situation de concurrence que dans une situation de monopole *. En effet, quand le monopole * (agissant en l'occurrence en monopsonne *, ou acheteur unique) refuse d'accréditer un prestataire, il le condamne de fait à l'inactivité. En outre, la décision du monopole * repose sur un examen unique, donc pourra être perçue comme un jugement léonin. Si un prestataire n'est agréé que par quelques acheteurs, les conséquences sont moins dramatiques qu'en cas de non accréditation par le monopole * ; s'il est rejeté par la totalité des acheteurs, la convergence de ces décisions sera probablement perçue comme plus « juste ».

Notons cependant que le contrat sélectif n'accompagne pas toujours la mise en concurrence des acheteurs : l'exemple néerlandais montre que, pour des raisons essentiellement politiques, obligation est faite aux caisses de conventionner tous les producteurs (mais il est vrai qu'on peut voir dans cette situation un état intermédiaire d'un système en voie de transition). On verra aussi, dans l'exemple américain que, sous la pression des clients, le contrat sélectif n'est pas toujours mis en pratique par les organisations de managed care (partie 3.4).

▪ **Le contrat sélectif, plus accessible dans le cadre de la pluralité d'acheteurs, renforce la capacité de négociation de l'acheteur face aux producteurs.**

Une source des coûts trop élevés du système de soins peut résider dans le fait que les prix ne reflètent pas une situation de marché mais, comme dans le cas français, sont le résultat d'une négociation entre la puissance publique et des professions en général assez bien organisées et en situation de quasi monopole * (au niveau de la profession toute entière en tout cas). Une des idées du HMO aux USA est que des entrepreneurs mus par le profit et aiguillonnés par la concurrence chercheront à obtenir de bons prix de la part des producteurs. Ils négocieront aussi des prix différents d'un producteur à l'autre, prix reflétant la productivité, la compétence ou la position de marché dudit producteur, au lieu d'appliquer des tarifs universels.

On peut penser effectivement que des acheteurs dotés de la capacité de conventionner les producteurs qui leur plaisent et de ne faire travailler que ceux là disposent d'un levier dans une telle négociation avec les producteurs et sont donc capables de peser sur les prix unitaires ⁴⁴.

▪ **A l'inverse la pluralité pourrait diminuer le pouvoir de négociation vis-à-vis des offreurs de soins**

Plusieurs acheteurs se partageant le marché pèsent moins lourd individuellement que le monopole *, ce qui peut limiter leur pouvoir de négociation face aux producteurs si ceux-ci sont organisés.

On vient de voir que, par le biais du contrat sélectif, la concurrence renforçait la capacité de négociation sur les prix unitaires. Réciproquement, on peut penser que, face à des producteurs de soins aptes à s'associer en cartels, au niveau local voire même au niveau national par spécialités, un acheteur unique aura plus de poids pour maintenir les prix au plus bas, alors que des intervenants pluriels risqueront, au minimum d'accepter les prix proposés par les producteurs, au pire de faire de la surenchère pour attirer les meilleurs producteurs.

▪ **La taille plus réduite des acheteurs peut limiter les économies d'échelles**

⁴³ Il ne s'agit donc pas de contrôler l'offre en amont en instaurant des quotas d'installation par zone géographique et spécialité, comme le propose G. Johanet, mais bel et bien de choisir tel ou tel producteur, nommément désigné, et d'établir avec lui un contrat de services et des grilles de rémunération.

⁴⁴ On s'écarte ici de la gestion du risque stricto sensu ; d'un point de vue théorique, peser sur le prix des facteurs n'est pas la même chose que d'optimiser l'agencement de ces facteurs (ce qu'on appelle l'efficacité productive *).

On a vu précédemment que ce problème existe dans une activité comme la gestion administrative, dont on peut penser qu'elle est à rendements fortement croissants.

Il est possible que la gestion du risque soit elle aussi une fonction à rendements croissants, tout au moins au-dessous d'un certain niveau de production. On conçoit que les investissements nécessaires, en matériel et en savoir faire, pour contrôler un producteur unique, peuvent être amortis si on contrôle plusieurs producteurs.

En outre, il est aussi probable que l'ancienneté dans la fonction améliore notablement l'efficacité de l'acheteur avisé. Cette forme particulière de rendement d'échelle renforcera les tendances à l'oligopole * en érigeant des barrières à l'entrée de l'activité d'entrepreneur de santé.

Contrairement à l'argument univoque de proximité, il n'est pas certain qu'une concurrence entre des micro-entrepreneurs soit la meilleure solution pour gérer efficacement du risque. **La concurrence entre acheteurs sera donc toujours menacée par l'intégration horizontale* et les risques d'oligopole ***. Au niveau régional ou local, il peut même y avoir monopole * par absence de concurrents.

■ La pluralité multiplie les coûts de transaction

Cette question des **coûts de transaction** renvoie à la méthode d'agencement **des relations entre l'opérateur et les producteurs de soins** (relations contractuelles ou d'intégration verticale*).

Par rapport à la situation française actuelle, la création d'une fonction d'entrepreneur de soins, qu'elle soit publique ou concurrentielle, changera, on l'a vu, les relations entre l'acheteur (ou les acheteurs) de soins et les producteurs.

Ces nouvelles relations peuvent prendre la forme de **contrats individuels**, ou de **relations hiérarchiques d'intégration verticale***.

Les relations hiérarchiques ont la réputation d'être **moins efficaces**, le contrôle se diluant dans l'activité bureaucratique. Les relations contractuelles sont supposées **plus efficaces**, mais elles entraînent des coûts d'établissement et de maintenance, appelés **coûts de transactions**. En effet, dans une situation de concurrence, chaque opérateur devra élaborer ses propres contrats, et chaque producteur se verra proposer plusieurs contrats. Comme on le verra dans la partie 3.4 ci-dessous, cette multiplication des contrats représente un véritable problème pour les médecins américains, et ne saurait être négligée lors d'une évaluation du coût total de la mise en concurrence des acheteurs.

Détaillons les étapes du raisonnement.

Selon la théorie de la firme, un acheteur arbitre entre l'efficacité des contrats décentralisés et les coûts de transaction qu'ils entraînent. Il choisit alors d'intégrer verticalement ou non l'activité de production de soins.

Toute production peut se décliner sur un mode intégré, au sein d'une même organisation, ou sur un mode décentralisé. Dans le mode intégré, les relations entre les agents participant à l'élaboration du produit sont en général assez fortement implicites et leur modification ne suppose pas de renégociation contractuelle. Les acteurs ne sont du reste pas tout à fait équivalents, car l'intégration repose sur un fonctionnement hiérarchique. Dans le mode décentralisé, les acteurs sont formellement séparés, ils contractent sur une base volontaire, et définissent librement leurs engagements réciproques pour une période donnée. Leurs relations et leurs rémunérations sont écrites dans des contrats et toute modification suppose une rediscussion explicite des termes du contrat.

Les « coûts de transactions » sont les coûts d'établissement, de contrôle et de maintenance de ces contrats explicites entre les parties, à savoir, dans notre cas, les producteurs de soins d'une part, les acheteurs d'autre part.

La théorie de la firme montre que les coûts de transaction varient en fonction :

- Du prix de traitement et de circulation de l'information : une activité génère d'autant moins de coûts de transactions que l'information qu'elle requiert est peu coûteuse à extraire. La baisse du coût d'extraction et de circulation de l'information dans les vingt dernières années est souvent décrite comme une cause de déclin des grandes structures intégrées dans un certain nombre d'activités. Dans le domaine de l'achat de soins, l'information nécessaire à la compréhension et au contrôle de l'activité des producteurs est coûteuse à mobiliser et à transmettre. En outre, du moins en France, elle reste protégée par le secret médical.
- Du caractère incertain de l'activité concernée : comme, dans le cas de la production de soins, il est difficile de relier de manière certaine le résultat à l'effort du producteur, il est coûteux d'établir le système des sanctions et rémunérations.

Le système de soins le plus économe en transactions est le NHS britannique d'avant la réforme, dans lequel un seul acheteur, public, fait travailler des producteurs salariés. Dans un tel système, la capacité d'inciter les acteurs à produire plus efficacement est faible et l'avantage en termes de coûts de transaction peut être payé en termes de qualité, comme l'ont perçu les promoteurs de la réforme en Grande Bretagne.

Le système de soins le plus coûteux en transactions est celui d'acheteurs en concurrence faisant travailler des producteurs eux aussi en concurrence et sans les intégrer dans une relation hiérarchique. On peut inciter les acteurs à se montrer efficaces en de nombreux points du système, mais chaque incitation coûte cher en établissement de contrats. C'est le mode de fonctionnement, aux USA, des PPOs, des POS et des HMOs ayant abandonné le staff model.

Un système intermédiaire consiste, pour des acheteurs en concurrence, à intégrer hiérarchiquement des producteurs. C'est la solution du HMO staff model (voir monographie USA).

Quels avantages et inconvénients attend-on de la concurrence ?

Elle permet tout d'abord, en théorie,

- d'inciter les intermédiaires (entrepreneurs de soins) à agir de manière efficace ;
- aux entrepreneurs de sélectionner les producteurs avec qui ils travaillent, ce que le monopole * hésite à faire (il condamne les producteurs non sélectionnés). Cette sélection renforce le pouvoir de négociation des entrepreneurs face aux producteurs, afin d'infléchir leurs comportements ou de peser sur leurs tarifs.

En revanche,

- la pluralité d'opérateurs en concurrence peut aussi renforcer le pouvoir de négociation des producteurs (surtout s'ils sont rares) ;
- la taille restreinte des entrepreneurs peut leur coûter en termes d'échelle, la gestion du risque étant une opération à forts coûts fixes ;
- enfin, la multiplicité d'entrepreneurs augmente le nombre de contrats à passer entre producteurs et entrepreneurs et augmente les coûts de transaction du système de soins.

3.2.3. La performance collective

A / La pluralité instaure le risque d'écrémage et/ou d'autosélection

Un système de capitation ou de paiement prospectif *, quel qu'il soit, engendre toujours un risque de sélection et d'écrémage, donc d'inéquité, comme on l'a signalé dans la partie précédente.

L'écrémage est toujours à craindre dès qu'un acteur est mis face à sa responsabilité financière : si on ne le contrôle pas, cet acteur aura tendance à dissuader les « mauvais risques » de le contacter et tentera de les diriger vers ses concurrents. Par exemple, un médecin généraliste en capitation peut tenter de refuser les soins à un malade qu'il redoute trop coûteux.

La pluralité d'acheteurs fait naître ce risque d'écrémage : les acheteurs peuvent en effet jouer sur une multitude de paramètres pour attirer ou dissuader les clients selon leur risque. Ces paramètres sont beaucoup plus difficiles à contrôler que le simple fait de refuser un bénéficiaire. On peut retrouver, dans une concurrence entre acheteurs, les comportements déjà décrits dans la partie « concurrence entre assureurs », consistant à démarcher dans les zones résidentielles favorables, ou à proposer des services supplémentaires attirant seulement les personnes en bonne santé. Toutefois, ces pratiques peuvent être recensées et réprimées par le régulateur. On peut notamment permettre aux patients injustement évincés de porter plainte.

Outre l'écrémage, il peut aussi survenir de l'autosélection. On a vu que, pour des primes plus faibles, les « bons risques » acceptaient d'aliéner leur libre choix du praticien, ce que refusent les « mauvais risques ». Une telle autosélection, propice aux opérateurs les plus restrictifs sur les soins, n'est pas frauduleuse, ni choquante en soi, et serait même indolore si on pouvait en redresser les effets financiers ex post par un mécanisme de compensation. Dans le domaine de la santé, une telle compensation paraît cependant problématique. Si on veut éviter le risque d'autosélection, il faut que les prestations proposées par chaque opérateur soient strictement les mêmes, notamment que ceux-ci ne puissent pas proposer de couverture complémentaire. Des différences sur ce point peuvent en effet attirer des profils de clients plus ou moins favorables.

Le régulateur devra donc arbitrer entre le contrôle de la sélection d'une part, qui le pousse à limiter la vente de produits annexes par les opérateurs, et la nécessité de laisser une marge de manœuvre aux opérateurs d'autre part. En effet, empêcher un opérateur privé de vendre au delà d'un produit standard limiterait l'incitation, pour les opérateurs privés, à se porter sur le marché de la couverture maladie.

Le modèle du « producteur de soins gestionnaire de budget » est peut-être la forme particulière de concurrence permettant de résoudre cet arbitrage : parce qu'il produit lui même des soins, et qu'il ne vend pas d'assurance, il est moins à craindre que le producteur ne fasse porter la concurrence sur des produits au delà du panier standard proposé par la puissance publique ⁴⁵.

B / Les coûts de régulation

La concurrence, comme toutes les autres organisations fondées sur des entrepreneurs prépayés, ne permettra en aucune manière d'échapper à la régulation et au contrôle public. Ceci doit être souligné, tant le discours courant tend à opposer régulation et compétition comme deux modèles alternatifs. En fait, comme le montrent les expériences en cours, le choix n'est pas entre régulation et compétition, il est entre régulation traditionnelle et régulation compétitive, la seconde étant aussi essentielle pour assurer le fonctionnement du système, et par bien des aspects beaucoup plus complexe.

⁴⁵ Certes le GPFH anglais a pu recycler les économies générées pour offrir de nouveaux services dans son cabinet, mais il ne peut pas coupler la couverture obligatoire avec une couverture complémentaire.

Le régulateur devra notamment définir le produit soumis à capitation, gérer les mouvements (entrée/sortie) des opérateurs sur marché, concevoir et mettre en œuvre des systèmes complexes de rémunération et d'ajustement financier pour contrebalancer les incitations à la sélection des risques.

■ **la définition du produit sur lequel l'assureur public rémunérera forfaitairement les « acheteurs »**

La passage au prépaiement d'acheteurs impose, on l'a vu, la définition d'un produit standard sur lequel la puissance publique rémunère les acheteurs selon un système de capitation. Cette définition suppose que le régulateur mène à bien les étapes suivantes :

- 1 - Définition d'un produit standard en termes de couverture. Comme les opérateurs ne fonctionnent pas en paiement à l'acte, ce produit doit en général faire référence à des franchises, des plafonds ou des copaiements sur des types de traitements (par exemple, une franchise globale sur les soins dentaires) et non à des tarifs sur des actes particuliers.
- 2 - Elaboration des règles spécifiant si les opérateurs ont le droit d'offrir plus (moyennant paiement supplémentaire éventuel) que le produit standard. Si l'autorisation est accordée, les opérateurs se voient offrir un moyen d'écrêter, ou même de bénéficier fortuitement d'une auto-sélection des assurés, via les produits annexes qu'ils proposent ; si l'autorisation est refusée, le régulateur devra contrôler que les assureurs complémentaires éventuels n'ont pas de liens avec les opérateurs visant à contourner l'interdiction.
- 3 - Définition de normes de qualité minimale, voire définition explicite de certains actes que l'acheteur public souhaite voir figurer dans le produit standard. En l'absence de ces normes a priori, les coûts de transaction résultant de contrôles de qualité a posteriori risquent d'être importants entre les opérateurs et les patients. L'exemple américain montre notamment que l'absence de régulation ex ante de la qualité entraîne des coûts importants de médecine défensive (réplication des tests et procédures) visant à se défendre contre les procès ex post. En revanche, l'explicitation trop pesante de ces normes réduit le rôle de l'acheteur, et risque notamment d'interdire l'entrée aux opérateurs les plus innovants.

Le problème principal du régulateur dans cette relation est de garantir l'existence d'un nombre suffisant d'offres pour que la concurrence joue vraiment son rôle.

■ **La définition de la capitation**

C'est l'instrument privilégié de lutte contre la sélection des risques, qui implique de calculer ou de faire révéler des coûts actuariels, de prévoir des ajustements ex post éventuels pour tenir compte de l'imperfection des mécanismes. Il est particulièrement complexe, comme on le verra dans la description des expériences étrangères en 3.4, et constitue un pan de la régulation de la concurrence dont on ne mesure pas en France la difficulté. Notamment, il pose un problème politique : sera-t-il plus simple de réguler des compagnies d'assurances au chiffre d'affaires de plusieurs milliards de francs en santé que des médecins individuels ?

Le calcul de la capitation ne dispense pas de la nécessité de contrôler les pratiques de sélection, souvent imaginatives et évolutives, des opérateurs.

■ **Le « monitoring » de la qualité, la garantie de transparence**

La puissance publique qui régule le marché des opérateurs reste malgré tout in fine comptable de la qualité des soins fournis par les structures privées ; elle doit d'une part édicter une législation contraignante pour éviter des dérives, d'autre part se doter d'outils de surveillance de la qualité ; enfin le principe de la concurrence reposant sur le choix des usagers, elle doit garantir les conditions d'un choix

éclairé (accès à l'information pertinente, vérification de la véracité de l'information communiquée par les opérateurs).

■ La gestion des entrées et sorties des opérateurs du marché

Cette mission consiste essentiellement à sélectionner les opérateurs, en fonction de leur solidité financière mais aussi le cas échéant de critères de qualité, et à fixer le sort des assurés d'un opérateur failli.

C / Les coûts totaux

Rappelons que lorsque l'on parle de maîtriser le coût des soins, cet objectif recouvre deux notions de nature différente, comme on l'a indiqué au chapitre 1 :

- D'une part, la volonté de limiter le montant total des dépenses de santé, ou de la part de ces dépenses financée collectivement.
- D'autre part le souhait d'optimiser l'emploi des ressources consacrées à la santé, c'est à dire de maximiser le rapport service rendu / coût.

Le second objectif renvoie à la notion d'efficacité productive * : les attendus dans ce domaine, et les arguments qui pèsent dans les deux sens, ont été vus précédemment.

En ce qui concerne le premier :

- Nous avons déjà souligné, en présentant la notion de concurrence entre acheteurs, que selon la théorie économique celle-ci n'a aucune raison de conduire à un niveau optimal de la part de la richesse nationale consacrée aux dépenses de santé, au sens où ce niveau optimal résulterait de l'agrégation des décisions individuelles non contraintes.
- De la même manière, il n'y a pas non de plus de raison de penser que la concurrence entre acheteurs fera maîtriser les dépenses totale de santé.
 - Sur la partie financée collectivement, des gains de productivité pourront peut être être engrangés, mais ils seront recyclés en bénéfices des actionnaires ou en amélioration de service pour maintenir un avantage compétitif. En dynamique, on peut penser qu'une relation de négociation s'installera entre la puissance publique et les opérateurs pour fixer les taux d'évolution des capitation, et que les seconds feront valoir des arguments sanitaires propres à peser vis-à-vis de l'opinion publique – tout comme aujourd'hui les producteurs de soins.
 - Et selon ce qui sera autorisé aux acheteurs, les services non financée collectivement pourront même être amenés à croître fortement, les opérateurs tentant de vendre de nouveaux produits, intermédiaires entre santé et bien-être.

Comme dit dans un rapport intitulé « Effective commissioning » (Light, 1998) sur la fonction d'acheteur aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, « competition has been an engine of economic growth. Adam Smith's famous book was not titled *The Cost-Containment of Nations* »⁴⁶.

⁴⁶ *La concurrence a été le moteur de la croissance économique, et Adam Smith n'a pas intitulé son œuvre célèbre La maîtrise des coûts des Nations .*

Les risques inhérents à la concurrence restreinte sont :

- la pluralité d'entrepreneurs en concurrence peut accroître la tentation de l'écrémage, chaque entrepreneur cherchant à faire endosser à d'autres ses mauvais risques
- la concurrence semble entraîner des coûts de régulation qu'on ne soupçonne pas en France : plus qu'une dérégulation, il s'agit du passage d'une régulation traditionnelle à une régulation concurrentielle. Celle-ci impose une définition rigoureuse du produit pris en charge et pour lequel la puissance publique verse une capitation aux assureurs ; un contrôle permanent de la qualité ; des décisions à prendre concernant les entrées d'assureurs nouveaux sur le marché, et le sort des déficitaires.

Retour sur les notions de concurrence utilisées

La classification conceptuelle habituellement utilisée oppose **concurrence entre assureurs** et **concurrence entre producteurs**. On rattache à la première famille les HMO ou le plan Dekker, ou encore la concurrence entre caisses allemandes. Le quasi marché créé par la réforme Thatcher dans le NHS anglais, notamment dans son volet « General Practitioners Fundholders », lui, apparaît comme le prototype de la concurrence entre producteurs. La concurrence entre assureurs peut (c'est même un de ses leviers d'action) entraîner une concurrence entre producteurs.

Sans contester cette classification, nous avons été conduits à tracer une ligne de partage différente.

a - Tout d'abord, dans ce qu'on appelle globalement « concurrence entre assureurs », il importe de bien distinguer les deux fonctions, la fonction d'assurance (offrir au consommateur le type et le niveau d'assurance qu'il souhaite), et la fonction « d'achat de soins » ou de « gestionnaire des soins » (qui consiste à acheter des soins pour le compte de l'assuré). L'une est orientée vers la demande (d'assurance) et l'autre vers l'offre (de production de soins).

De ce point de vue, il y a une différence fondamentale selon que le prix de l'assurance entre ou non en ligne de compte pour l'assuré. La concurrence entre caisses publiques inspirée du plan Dekker, qui déconnecte la rémunération de l'opérateur de la contribution payée par l'assuré et concentre la concurrence sur cette fonction d'achat de soins (du moins en théorie), se différencie fondamentalement de la concurrence entre les HMOs, qui assument *à la fois* la fonction d'assurance et d'achat de soins. Quant aux caisses allemandes, comme on l'a vu, elles sont finalement plus du côté « assurance » (concurrence sur les primes) que du côté « achat ».

b - Quand on regarde dans le détail les fonctions que doit assurer un « acheteur » de soins au sens défini ci-dessus, on voit qu'un des enjeux majeurs est sa capacité à faire de « l'ingénierie du processus de soins », c'est-à-dire coordonner les producteurs et agencer leurs interventions pour optimiser la qualité de la prise en charge au meilleur coût. Si l'appellation d'acheteur a été retenue au départ car largement utilisée (en référence notamment à la notion « d'acheteur avisé » pour l'assurance maladie), le qualificatif d'entrepreneur de soins serait tout aussi pertinent.

En fait, le véritable acheteur, c'est la puissance publique, qui achète « la prise en charge médicale d'un assuré sur une période de temps donnée », à des opérateurs en concurrence, produit qu'elle paye selon un forfait ajusté au risque. Ces opérateurs sont avant tout des entrepreneurs, et à ce titre ils peuvent acheter des soins élémentaires à des producteurs sous contrat (mais ils peuvent aussi les produire avec des organisations intégrées).

La réflexion sur cette notion d'entrepreneur de soins nous a par ailleurs conduit, comme nous l'avons dit précédemment, à rattacher à ce concept de concurrence entre acheteurs le système des GPFH : ils sont aussi entrepreneurs / acheteurs, et ils se font concurrence, non pas sur leur propre production, mais sur leur capacité à organiser l'ensemble de la filière du patient vers l'aval.

C'est en cela que ce système présente une différence avec une concurrence entre producteurs « au premier degré » qui porte uniquement sur l'activité propre du producteur. Et il nous semble essentiel de distinguer ces notions, puisque l'on voit bien que la coordination est une préoccupation majeure, à laquelle une simple concurrence entre producteurs au premier degré ne permet pas de répondre. Il faut que des opérateurs intermédiaires prennent en charge la chaîne de soins. Il est intéressant de constater qu'au fond l'opérateur « de type assureur » (modèle Dekker, HMO,...) n'est pas le seul candidat possible pour assurer cette fonction, et qu'elle peut prendre des formes organisationnelles plus directement issues des producteurs – le GPFH en est une illustration, mais les groupes médicaux assumant le risque financier aux États-Unis aussi. On reviendra sur cette conclusion dans la partie 3.4., car elle nous paraît ouvrir des voies de réflexion prometteuses.

3.3. Les expériences étudiées de mise en concurrence entre acheteurs / entrepreneurs

3.3.1. *Les Pays-Bas : le modèle théorique de la concurrence entre acheteurs, mais un passage à la pratique encore incertain*

S'il est un modèle appliqué de concurrence entre acheteurs souvent cité en Europe, c'est la concurrence entre les caisses publiques aux Pays-Bas inspirée de la réforme Dekker – Simons.

Elle concerne le champ de l'assurance obligatoire en dessous d'un seuil de revenu (63% de la population). Le principe, déjà évoqué au chapitre 2 et exposé plus en détail dans l'annexe 4, est que les individus paient à un fond central des cotisations proportionnelles à leurs revenus, que les sommes collectées sont ensuite reversées aux caisses en fonction des risques qu'elles assument. Pour un individu, la participation au financement du système est donc indépendante de son niveau de risque. La mise en concurrence des caisses, qui les rend progressivement responsables de leur équilibre financier, doit les inciter à minimiser les coûts tant par la réduction des frais de gestion que par la pression sur l'offre de soins.

Il s'agit donc bien d'une concurrence entre acheteurs.

La concurrence entre caisses dans le champ de l'assurance obligatoire devrait théoriquement être riche d'enseignements pour étudier si le passage du monopole * à la concurrence permet effectivement d'améliorer le rapport coût / efficacité du système.

Conçue en 1987 par un gouvernement de droite, reprise en 1990 avec des aménagements par le gouvernement de centre-gauche, cette réforme a vu un début d'application suivi d'un arrêt – voire même d'un retrait sur certains aspects – en 1994. S'agit-il d'une pause, le système est-il dans une phase transitoire, destinée à évoluer de manière certaine vers un état plus abouti de la concurrence, comme l'affirment des universitaires et responsables administratifs ? Ou bien la réforme est-elle définitivement en panne, et la situation actuelle doit-elle être considérée comme un équilibre stable ?

Toujours est-il qu'aujourd'hui, si l'assuré a la liberté de choisir sa caisse d'affiliation⁴⁷, si le financement de ces caisses selon un forfait par affilié, ajusté selon le risque, a été effectivement mis

⁴⁷ Avec quelques restrictions par rapport à la conception initiale, puisque les caisses publiques devaient être initialement en concurrence avec les assureurs privés sur ce marché, mais qu'in fine les assureurs privés sont restés limités au champ de

en place puis adapté au cours du temps, il n'y a pas eu de passage à l'instauration d'un véritable comportement d'acheteurs de soins de la part des caisses. Il manque donc un pan essentiel à la réforme.

Ce comportement d'acheteur est en fait limité face à des producteurs de soins aptes à s'associer en cartels : à titre d'exemple, l'installation d'un nouveau médecin dans une zone géographique est de fait décidée collectivement par ses confrères locaux déjà installés. Dans un tel contexte d'entente, le conventionnement sélectif ne peut guère avoir de place.

Elle est aussi limitée par le fait qu'en pratique, les pouvoirs publics hésitent à sauter le pas qui les amèneraient de la régulation traditionnelle à la régulation compétitive : ceci implique en effet qu'ils abandonnent les bons vieux leviers d'action (contrôle des prix, planification), pour basculer dans un nouveau système. Or manifestement la confiance dans la capacité du nouveau système à réussir (et notamment à maîtriser les coûts globaux) n'est pas acquise (sans compter les pressions des cartels).

L'expérience néerlandaise n'est donc pas à un stade de développement tel qu'elle puisse nourrir notre réflexion sur les efficacités respectives de la concurrence et du monopole *. En revanche, le début d'application sur le financement prospectif des caisses en concurrence, qui s'est accompagné d'une réflexion très approfondie dans le milieu universitaire sur ces mécanismes, est riche d'enseignement : il illustre bien à la fois le problème de la sélection des risques, et celui de la complexité et des limites des outils pour l'éviter (partie 3.4.2).

3.3.2. L'Allemagne : une concurrence entre assureurs sans managed care

Comme l'explique en détail l'annexe 3, le renforcement de la concurrence entre caisses induit par la liberté d'adhésion n'a pas eu pour corollaire leur évolution vers un rôle d'acheteur :

- en raison du monopole * légal de l'union des médecins de caisses dans les négociations avec les caisses légales,
- et de manière plus fondamentale en raison du pouvoir de décision très fort reconnu au corps médical en matière d'organisation des soins. Les médecins disposent par exemple d'un droit de veto sur les projets d'évolution de l'offre de soins proposés par les caisses, et s'opposent à la création de filières contraignantes de type gatekeeper.

Tout au plus peut-on noter aujourd'hui une tendance, notamment dans les AOK, à expérimenter des formules innovantes de coordination des soins (réseau de prise en charge de pathologies chroniques, place du généraliste,...), dans les limites de l'acceptation du corps médical et souvent en contrepartie d'incitations financières importantes. Dans ce domaine du reste, on peut considérer que les expérimentations de réseaux et filières dans le contexte français des ordonnances de 1996 témoignent d'une dynamique d'innovations organisationnelles tout aussi riche.

On ne peut donc pas considérer que l'Allemagne constitue aujourd'hui un terrain d'expérimentation d'un modèle de concurrence entre acheteurs, et dès lors il n'y a pas d'enseignements à en tirer sur l'efficacité (coût, qualité) d'un tel système. La concurrence joue en fait plus en direction des assurés (volet « demande ») qu'en direction des producteurs (volet « offre »), ce que traduit la formulation du titre (une concurrence entre assureurs sans managed care).

En revanche, l'Allemagne fournit une illustration des problèmes de sélection des risques et un exemple des outils de régulation nécessaires pour faire face à ce risque d'écrémage. Cette expérience a été évoquée en partie 2.

l'assurance facultative des personnes aisées. Cependant, ces assureurs privés peuvent créer des caisses, juridiquement distinctes et de statut non lucratif, pour investir ce marché, et certains l'ont fait.

3.3.3. Les Etats-Unis

L'expérience américaine sert d'illustration principale à la concurrence dans l'assurance maladie. Comme on l'a vu dans la partie 2 ci-dessus, la concurrence aux USA porte sur la fonction d'assurance, les assurés finals ayant le choix entre des couvertures et des prix différents. Cependant, cette expérience reste intéressante pour l'étude de la concurrence entre acheteurs à plus d'un titre : en premier lieu, parce que les organisations de managed care sont aussi des acheteurs de soins, on peut chercher à mesurer l'impact de la concurrence sur la gestion du risque. Par ailleurs, les USA sont actuellement témoins d'une expérience d'ouverture à la concurrence de la prise en charge des personnes âgées couvertes par MEDICARE. Dans ce cas, il s'agit réellement d'une concurrence entre acheteurs, le gouvernement fédéral américain mettant en concurrence les opérateurs, qu'il rémunère sur une base forfaitaire.

Rappel du contexte américain

Pour aborder l'efficacité du modèle concurrentiel américain, il est nécessaire d'en rappeler au préalable les principaux traits (on trouvera plus de précisions dans l'annexe spécifique relative à la description de l'expérience américaine).

La concurrence entre acheteurs aux Etats-Unis a pris la forme d'une compétition entre réseaux de soins, connue sous le nom de managed care. Depuis la période des premiers Health Maintenance Organizations (HMOs), dédiés à la prise en charge des salariés d'une entreprise (sur le modèle désormais largement connu du Kaiser Foundation Health Plan), ces organisations de managed care ont pris une part croissante dans le marché de la santé, sous l'effet de politiques favorables au niveau fédéral ou dans certains Etats, et aussi sous l'effet d'une évolution des comportements des employeurs⁴⁸.

Leur développement s'est accompagné d'une extraordinaire diversification de ces organisations, et des rapports entre les trois grandes catégories d'acteurs que sont les acheteurs collectifs de couverture maladie (employeurs privés ou publics, programmes publics), les réseaux de producteurs de soins, et les intermédiaires entre ces deux groupes (les health plans). Dans les zones où la pénétration du managed care est la plus importante (Californie, Twin cities⁴⁹), la période récente a été caractérisée par un fort mouvement de concentration au sein de ces trois catégories, et par des évolutions du marché suscitent certaines interrogations. Nous reviendrons plus loin sur ces évolutions et sur leurs conséquences en matière de concurrence.

Le facteur commun de toutes les organisations de managed care (managed care organizations, MCOs), et qui les distingue des systèmes d'assurance traditionnelle avec paiement à l'acte, n'est pas tant la notion de « gestion des soins » (ce que l'on appellerait plutôt en France, selon le vocable utilisé par l'assurance maladie, la gestion du risque, et c'est ce terme qui sera utilisé par la suite) que la notion de sélection d'un réseau de médecins. En effet, même des plans d'assurance traditionnels se sont mis à faire de la gestion du risque, à instaurer des procédures d'entente préalable pour les soins coûteux, à exercer des contrôles sur l'utilisation de ressources chères, etc. La contractualisation sélective avec les producteurs de soins est en revanche le trait distinctif des MCOs ; mais à partir de cet élément commun, les organisations sont variables.

⁴⁸ L'évolution la plus significative a été, pour les employeurs, d'offrir une contribution fixe, correspondant à la prime du plan le moins cher à prestations égales ; s'ils choisissent un plan plus cher, les employés supportent la différence par des primes additionnelles payées de leur poche. Cette stratégie a été mise en œuvre dans plusieurs zones géographiques, par des groupes d'employeurs dans le secteur commercial, et aussi par des administrations publiques. Auparavant, les employeurs avaient tendance à financer un pourcentage fixé des primes quel que soit le système d'assurance choisi et ne créaient donc aucune incitation pour les salariés à choisir les organisations les moins chères.

⁴⁹ Minneapolis – Saint Paul

Les plus anciennes sont les **HMOs**, au sein desquelles les modèles d'organisation diffèrent selon le degré d'intégration et d'exclusivité des relations entre l'intermédiaire et les producteurs de soins. On distingue ainsi (Miller et Luft, 1994) :

- Le « group model », avec relations exclusives entre un plan et un ou plusieurs grands groupes de médecins, que l'on peut opposer aux « network HMOs », où les relations sont non exclusives.
- Le « staff model », où les médecins sont directement salariés.
- Les modèles IPA dans lesquels un plan contracte avec une « individual practice association », qui à son tour contracte avec des praticiens isolés ou exerçant en petits groupes.
- Enfin des modèles mixtes existent, dans lesquels par exemple un plan va conclure un contrat exclusif avec un grand groupe de médecins, et des contrats non exclusifs avec des praticiens individuels dans la même zone géographique.

Le cadre rigide et fermé imposé par les premiers HMOs - souvent des staff models - a entraîné la création de formules concurrentes intermédiaires entre les HMOs et l'assurance traditionnelle.

Ont ainsi vu le jour dans les années 80 les **PPOs (Preferred Providers Organizations)**. Dans ces réseaux, des arrangements préférentiels sont négociés avec des groupes de médecins et des hôpitaux : les médecins restent payés à l'acte mais facturent des tarifs plus bas, et acceptent des procédures de contrôle des pratiques. Le patient, lui, est mieux couvert s'il utilise les praticiens du réseau, mais garde la liberté de consulter à l'extérieur du réseau, en contrepartie d'une participation financière plus importante. Il est donc moins contraint que dans les HMOs.

Les **POS (Point of service)**, sont seulement des PPOs offerts par des firmes s'étant développées d'abord comme HMOs. On les appelle aussi « open ended HMOs ».

Au total, comme on peut le voir sur ces quelques exemples, le monde du managed care est loin d'obéir à un modèle unique, comme l'imaginaient initialement les théoriciens partisans de la concurrence tels qu'Enthoven. En fait, non seulement il s'est considérablement diversifié, mais sa croissance s'est faite essentiellement à partir des modèles les plus ouverts ou hybrides (PPOs, ou HMOs contractant de manière non exclusive avec de nombreux groupes médicaux). Si les MCOs ont en commun quelques principes d'organisation de la filière du patient (par exemple le rôle du généraliste - primary care physician - comme filtre – gatekeeper - vis-à-vis de l'accès aux soins spécialisés et lourds), les outils de contrôle des pratiques médicales, les méthodes de rémunération des médecins, les systèmes de partage du risque financier sont très variables.

La tendance récente est au transfert du risque financier du plan vers les groupes de médecins (c'est-à-dire que le plan verse au groupe une fraction de la capitation qu'il reçoit par patient, et que le groupe de médecins assume donc le risque d'un dépassement du budget). Les **Provider Sponsored Organizations, les PSOs** sont l'aboutissement le plus récent de cette tendance : ce sont des organisations de producteurs qui contractent directement avec les employeurs, ou l'administration, pour prendre en charge des patients moyennant capitation, sans passer par un tiers (le health plan), et donc en assurant directement les fonctions habituellement prises en charge par cet intermédiaire (marketing, gestion du risque,...). On reviendra plus loin sur cette tendance nouvelle, qui soulève des questions intéressantes vis-à-vis de la problématique ici traitée.

L'expérience américaine sera utilisée pour documenter l'analyse des coûts de production de soins et de la qualité. Les tentatives d'ajustement au risque (notamment avec l'expérience de Medicare) seront également étudiées.

3.3.4. Le Royaume-Uni

Nous avons déjà indiqué précédemment pourquoi, malgré une forme organisationnelle très différente de la forme habituellement considérée de l'opérateur-assureur, on peut rattacher à la logique d'une concurrence entre acheteurs / entrepreneurs le système des « General Practitioners Fundholders » au Royaume-Uni. Nous argumenterons ce choix de manière plus développée dans la partie suivante (3.3.3).

Cette expérience nous paraît intéressante parce qu'elle permet précisément de poser la question des types d'opérateurs qui peuvent assurer la coordination et la gestion du processus. Par ailleurs, les évolutions récentes ouvrent également des pistes de réflexion ⁵⁰.

Rappelons que la réforme du National Health Service (NHS) lancée en 1990 sur la base du document « Working for Patients » était fondée sur la séparation entre les fonctions, antérieurement confondues, d'acheteur de soins et de producteur, avec l'instauration d'un quasi-marché. L'élément le plus innovant de la réforme était l'introduction dans le système des « General Practitioners Fundholders », GPFH. Des cabinets de groupe de généralistes se sont vus proposer de devenir « fundholders » (gestionnaires de budgets), ce qui signifie qu'outre la rémunération de leur propre activité ⁵¹, ces généralistes gèrent un budget de prescription qui couvre les médicaments, les consultations de spécialistes, les examens et investigations (l'ensemble étant assuré exclusivement par les hôpitaux), la chirurgie non urgente, les services communautaires, les soins paramédicaux, ainsi que les coûts de gestion liés à cette nouvelle fonction.

Dans la réforme de 1990, les GPFH ne sont pas les seuls acheteurs, les autorités sanitaires de districts devenant elles aussi des acheteurs collectifs pour le compte de leur population. Néanmoins, le système des GPFH peut être rattaché au concept général de la concurrence entre acheteurs (les GPs acheteurs de soins de second recours sont eux-mêmes en concurrence vis-à-vis des consommateurs individuels qui ont la possibilité de changer de GP) ; ce n'est pas le cas avec les districts, les populations étant captives.

Le système des GPFH est donc un modèle particulier de concurrence entre acheteurs. Par rapport au modèle concurrentiel américain, – outre bien entendu un contexte institutionnel et historique radicalement différents -, il se différencie par une grande fragmentation des acheteurs, puisque ce sont des cabinets médicaux individuels. Certes, il s'agit de cabinets de groupe, mais la taille de ces groupes n'a rien à voir avec celle des groupes médicaux aux Etats-Unis. Les pré-requis en termes de taille de clientèle pour être FH étaient initialement de 10 000 patients, limite abaissée à 7 000 patients en 1994, la clientèle moyenne d'un généraliste étant de 2 000 personnes. En comparaison, les groupes médicaux comptaient en moyenne 35 médecins équivalent temps plein (ETP) sur l'ensemble des Etats-Unis et près du double pour les groupes californiens majoritairement rémunérés à la capitation ⁵². Le modèle des GPFH anglais se situe donc à l'extrême du spectre en ce qui concerne l'individualisation de la responsabilité d'achat de soins (Polton, 1997).

Pour mettre en perspective les conditions de la concurrence au Royaume-Uni par rapport au cas américain, d'autres éléments de différenciation importants sont aussi à rappeler :

- Si les deux systèmes étaient à la recherche d'efficacité, l'objectif recherché par les employeurs et les pouvoirs publics dans le développement du managed care aux Etats-Unis était avant tout un objectif de réduction de coût à qualité constante ; pour le NHS, l'enjeu était beaucoup plus

⁵⁰ Remarque : le choix d'inclure le Royaume-Uni dans l'analyse est venu en cours d'étude ; de ce fait les éléments présentés proviennent d'une analyse bibliographique et n'ont pas été enrichis par un voyage d'étude comme cela a été le cas pour l'Allemagne, les Pays-Bas et les Etats-Unis.

⁵¹ Cette rémunération combine des éléments forfaitaires pour couvrir les frais de fonctionnement, une capitation et des paiements à l'acte.

⁵² Source : données de la Medical Group Management Association (Trauner et Chesnutt, 1996). Ce sont des groupes multi-spécialités et non des groupes de généralistes uniquement.

d'augmenter le numérateur (améliorer la qualité et la réceptivité à la demande : temps d'attente, etc.) que de diminuer le dénominateur (les coûts). D'ailleurs, le financement du NHS a été assez généreux dans les années de mise en place de la réforme.

- Les économies générées par les fundholders étaient d'ailleurs recyclées : pour financer des services nouveaux aux patients, mais aussi éventuellement pour acheter une « meilleure » qualité de soins aux spécialistes et aux hôpitaux, voire même pour augmenter le volume de certains services achetés (consultations spécialisées par exemple). L'analyse des coûts qui est menée dans ce chapitre doit se faire en gardant à l'esprit cette différence, et les résultats en terme de qualité (cf chapitre suivant) prennent d'autant plus d'importance.
- S'il y a concurrence entre acheteurs – GP, c'est d'ailleurs uniquement sur ce terrain de la qualité (perçue par le patient) qu'elle peut s'exercer, et il n'y a pas de concurrence sur les prix.

Le fundholding s'est progressivement étendu. En 1995, 25% des cabinets représentant 40% des patients étaient impliqués. Des expérimentations ont été conduites pour étendre le champ des prescriptions incluses à l'ensemble des soins (total fundholding). L'ancien gouvernement considérait en effet ce dispositif comme le fleuron de la réforme et voulait en faire le système de référence. Le Gouvernement travailliste arrivé au pouvoir en 1996 a pris ses distances par rapport à cette réforme, et veut la remplacer par une version plus coopérative et moins compétitive du système, dans laquelle des groupes de professionnels devraient coopérer avec les administrations de districts pour se comporter en acheteur de soins pour la population locale.

Après la discussion, via les expériences américaine et britannique, de l'impact de la concurrence sur les coûts de production et la qualité médicale, on présentera les résultats expérimentaux concernant la sélection des risques et la régulation d'ensemble du système, à partir des expériences néerlandaise, allemande et américaine.

3.3.5. Portée et limites de ces comparaisons internationales

On présente souvent les expériences allemande et néerlandaise comme des exemples concrets d'introduction d'une concurrence maîtrisée entre assureurs. En réalité, comme on vient de le montrer, ces deux expériences n'apportent que peu d'enseignements sur les différences en termes d'efficacité entre la concurrence et le monopole *.

Rappelons par ailleurs que, quand bien même ces expériences seraient plus abouties en termes d'achat de soins par les caisses, leur contexte de départ diffère notablement du contexte français, en ce que la solidarité et la mutualisation des risques y sont organisés au sein de segments de la population, donc de manière plus restreinte que dans le système français.

Il nous reste au total l'expérience classique des USA, dans laquelle, rappelons-le la concurrence porte à la fois sur la fonction d'assurance et sur la fonction d'entrepreneur de soins (sauf en ce qui concerne MEDICARE / MEDICAID). **Cette expérience ne permet pas une comparaison directe avec un monopole * public : les systèmes antagonistes sont, d'une part des réseaux intégrés, d'autre part des assureurs tout aussi privés, mais pratiquant de manière plus traditionnelle.**

L'expérience britannique se situe dans un tout autre registre et ne nous apprendra rien sur la concurrence entre assureurs - entrepreneurs de soins. Elle représente cependant une modalité alternative possible pour la mise en œuvre du même objectif, à savoir l'émergence d'une fonction de coordination et de gestion du processus de soins. La comparaison avec le système antérieur est, cette fois, plus proche d'une comparaison directe entre monopole * et concurrence. Néanmoins, nous verrons dans la discussion que la concurrence n'est pas le seul facteur concourant à l'évolution constatée.

Si ces formes concurrentielles sont peu documentées, d'autres formes alternatives, envisageables en théorie ne le sont pas du tout. Il n'existe pas d'illustration concrète de formes telles que :

Le monopole * décentralisé et la « yardstick competition »

Cette forme organisationnelle consiste à décentraliser géographiquement le monopole * en autorisant des caisses régionales ou départementales à adopter leurs propres règles et tarifs de gestion et de rémunération auprès de leurs producteurs. Dans ce cas, il n'y a pas de concurrence, chaque caisse locale agissant comme un monopole *, et les assurés ne pouvant pas changer de caisse.

Deux avantages potentiels :

- ces caisses locales, plus proches des assurés et des producteurs, peuvent stimuler des initiatives locales innovantes ;
- la pluralité d'opérateurs permet d'organiser une responsabilisation financière : chaque caisse reçoit une dotation ajustée à la composition de sa population de bénéficiaires (par âge, sexe, morbidité, ...) et calculée au coût moyen de l'ensemble des caisses. Les caisses qui gèrent de façon efficace dégageront un excédent qui pourra être réinvesti dans des services complémentaires. Le problème se pose évidemment de sanctionner les caisses moins efficaces, sans pour autant pénaliser la population. L'opérateur ne peut être mis en faillite, mais on peut imaginer que les rémunérations, voire le maintien de l'équipe dirigeante, soient soumis aux résultats financiers.

On instille ainsi les incitations à bien faire liées au risque financier, tout en conservant une structure monopolistique, donc en conservant les économies d'échelles, des coûts de transaction moindres et une limitation du risque d'écrémage.

C'est le principe de la compétition simulée (« yardstick competition »), qui fait l'hypothèse que les différences de coûts tiennent aux seules différences d'efforts des acteurs. Au passage, un problème pratique à résoudre serait celui de la taille optimale des agences locales, qui doit être suffisamment importante pour que les différences de coûts entre opérateurs reflètent des différences de coûts de production et non de risque sanitaire ⁵³.

On pourrait considérer que cette organisation est un prolongement de la politique d'enveloppes régionales, qui consiste à définir des dotations cibles pour chaque région en fonction des caractéristiques de sa population, puis à rapprocher progressivement les dotations réelles de ces enveloppes ⁵⁴.

Le marché interne contestable

Une autre forme d'organisation alternative consiste à mettre en compétition des opérateurs privés, sans que l'assuré ne choisisse lui même son opérateur. Il s'agit du principe de l'appel d'offres, dans lequel l'acheteur public sélectionne, via une procédure de marché interne, un opérateur, privé ou public, qui aura le monopole * d'une population particulière.

⁵³ *Aujourd'hui un exemple de yardstick competition est fourni par la tarification des séjours hospitaliers au GHM, qui simule une concurrence par les prix et oblige les établissements à aligner leurs coûts, même quand ils sont en situation de monopole *. On peut se demander, dans le contexte français, comment ce dispositif pourrait s'appliquer à des caisses régionales ou locales. Il est clair que pour que les caisses puissent ajuster leurs coûts de prise en charge d'une population, dans très environnements très variables du point de vue de la densité de l'offre, il faut qu'elles disposent d'outils de régulation et de gestion du risque bien supérieurs à l'arsenal actuel.*

⁵⁴ *Pour que le système d'enveloppes régionales fonctionne comme une véritable « yardstick competition », il faudrait que ces enveloppes soient vraiment allouées a priori à une agence unique dotée de l'ensemble des moyens pour la gérer. On peut également s'interroger sur la taille*

C. Bébéar fait référence à une procédure de ce type lorsqu'il propose de prendre en charge l'intégralité des bénéficiaires de l'Assurance Maladie Gratuite d'un département. Une telle procédure caractérise la gestion des services sociaux aux USA (Propper, in Le Grand et Bartlett, 1993), ou encore celle de MEDICAID dans certains états.

La concurrence se déroule alors intégralement au cours de la procédure de sélection par l'acheteur public, qui doit organiser cette procédure de façon à retenir l'opérateur le plus efficace. Le rôle de l'acheteur ne s'arrête cependant pas à cette sélection, car il doit ensuite contrôler que l'opérateur remplit sa mission et fournit une prestation de qualité. Pour que la concurrence joue son rôle, il faut que ce marché interne soit contestable : à intervalles réguliers, l'acheteur public remet en jeu l'attribution du marché par une nouvelle procédure d'appel d'offres. Il y a donc des coûts de transaction importants entre la puissance publique et les acheteurs en compétition. En revanche, l'acheteur sélectionné gardera les économies d'échelle et le pouvoir de négociation face aux producteurs ; il n'y aura pas non plus de risque d'écroulement.

Notons enfin que cette procédure est plus menacée que toutes les autres par une fausse concurrence : si la puissance publique définit un produit trop large (l'exemple extrême étant celui de la prise en charge médicale totale de la population), les offreurs hésitent à se présenter sur un marché aussi risqué. Il faut engager des frais importants pour concourir et un seul acteur sera finalement récompensé. Cependant, si la puissance publique découpe des produits trop restreints (populations trop petites, pathologie particulière), l'offreur sélectionné peut se trouver « mis au risque sanitaire » : c'est-à-dire que les aléas épidémiologiques sont susceptibles de mettre à mal leur équilibre financier indépendamment de leurs efforts de gestion. (Schlesinger, Dorwart et Pulice, 1986).

Ces deux formes (yardstick competition et marché interne contestable) sont envisageables théoriquement, mais n'ont été essayées, à grande échelle dans le domaine de la santé, par aucun pays que nous ayons étudié. Nous n'avons donc pas de matériel empirique à ce sujet.

3.4. Les enseignements des expériences étrangères

3.4.1. *L'impact de la concurrence entre acheteurs sur les coûts et l'efficacité productive**

Pour tenter de répondre à la question de savoir si la concurrence entre acheteurs permet de diminuer les coûts de production des soins, on abordera successivement le managed care aux Etats-Unis et l'expérience des General Practitioners Fundholders (GPFH) au Royaume-Uni.

A / Le managed care aux Etats-Unis

L'impact de la concurrence sur le coût des soins

Selon la théorie (Enthoven, 1988), les MCOs, dès lors qu'ils sont réellement mis en concurrence sur les prix, sont incités à proposer les primes forfaitaires les plus basses pour gagner des parts de marché, et donc à faire des gains de productivité pour diminuer le coût des soins. Ils peuvent le faire en sélectionnant des producteurs conscients des coûts, en négociant les prix avec eux, en leur imposant des référentiels de pratique, en rationalisant la filière de soins, en restreignant l'accès aux soins spécialisés au strict nécessaire, etc.

Nous nous intéresserons aux performances des HMOs tout d'abord sur le coût total, puis spécifiquement sur différents éléments du coût (prix versus volume et structure des soins) . Nous nous appuyerons sur deux revues très complètes de la littérature, la première concernant des études publiées de 1985 à 1993 (Miller et Luft, 1994), la seconde ayant actualisé ces résultats sur

les publications de 1993 à début 1997 (Miller et Luft, 1997⁵⁵). Quelques autres études récentes seront également utilisées en complément.

Les deux revues de la littérature ont sélectionné uniquement des études incluant un groupe de comparaison et une tentative raisonnable d'ajustement des résultats pour tenir compte des différences entre les populations prises en charge dans les MCOs et les autres⁵⁶. Ce point est crucial, car les résultats de la littérature confirment un biais de sélection en faveur des HMOs : non seulement pour les HMOs les plus traditionnels, les « group model » ou « staff model », pour lesquels ce biais avait été mis en évidence dès les premiers travaux, mais même pour les MCOs de type IPA, ou network. Le biais de sélection est observé dès lors que le choix des patients est restreint à un réseau de médecins fermé, sans couverture possible des soins consommés à l'extérieur du réseau (Hellinger, 1995). Pour les patients couverts par MEDICARE, les HMOs bénéficient aussi d'une sélection spontanée favorable qui a été largement mise en évidence (voir monographie USA et section 2.1). L'analyse des performances sur les coûts doit donc tenir compte de ces biais de sélection.

L'impact sur les coûts totaux

Sur 7 études concernant les dépenses totales de soins par patient, 5 mettent en évidence des écarts significatifs, et importants, en faveur des HMOs, avec des coûts inférieurs de 11% à 34%⁵⁷. Deux autres études montrent, l'une des différences faibles, l'autre des résultats mitigés. Il n'y a pas d'études sur les PPOs ou POS.

De plus, aucune étude ne porte (à notre connaissance) sur le niveau comparé des primes à couverture donnée entre assurance traditionnelle et MCOs. Or, les primes constituent aussi un reflet des dépenses de soins par assuré, augmentées des frais de gestion⁵⁸.

A défaut d'une comparaison complète, on peut ajouter que les primes des HMOs semblent d'autant plus faibles que le marché est compétitif (le degré de compétitivité du marché étant apprécié par la part de marché des HMOs mais aussi par le nombre de HMOs en concurrence dans la zone, qui paraît d'ailleurs plus discriminant). L'impact est plus fort pour les « group model » que pour les « IPA » (Wholey, Christianson, Engberg, Bryce, 1997).

Au-delà du différentiel de coûts à un moment donné, la concurrence entre MCOs conduit-elle à **ralentir la progression des dépenses** ?

L'évidence sur ce point n'est guère concluante. Certes, l'observation des évolutions de coût dans les zones géographiques les plus compétitives semble en faveur de cette thèse.

Ainsi, la Californie, qui enregistrait des niveaux élevés de coûts moyens et de primes comparés à ceux de l'ensemble des Etats-Unis, a connu un renversement de tendance. Entre 1994 et 1996, les primes moyennes payées par les principaux groupements d'employeurs, CalPERS⁵⁹, le PBGH, le HIPC⁶⁰, l'université de Stanford ou l'université de Californie ont baissé de 5 à 10%. Certains auteurs voient dans ces résultats la réussite incontestable du modèle concurrentiel (Enthoven et Singer, 1996). Une étude

⁵⁵ Au total 89 études ont été retenues par les deux auteurs sur 156 analysées ; ces études ne concernent pas que les coûts et la consommation de soins, mais aussi la satisfaction et la qualité (cf section suivante). Chaque étude a pu donner lieu à plusieurs observations si elle analysait plusieurs dimensions de performance.

⁵⁶ Et publiées dans des revues à comités de lecture.

⁵⁷ Ceci ne signifie pas que les coûts totaux sont inférieurs, car il faut ajouter au coût des soins les coûts de gestion.

⁵⁸ Il faut toutefois se souvenir que pour des primes d'un même montant, le HMO imposera généralement une participation financière des adhérents plus faible que ne le ferait un assureur traditionnel.

⁵⁹ CalPERS : California Public Employees Retirement System – gère la couverture maladie des employés de l'Etat et d'autres agences publiques (640 000 personnes couvertes)

⁶⁰ PBGH : Pacific Business Group on Health, et HIPC (Health Insurance Plan of California) sont deux coalitions d'employeurs, la première couvrant de grandes entreprises, la seconde des petits employeurs.

récente menée au niveau national sur la période 1985-1992 a également mis en évidence un lien significatif entre l'évolution des primes et la pénétration des HMOs, avec élasticité de -0.65 (c'est-à-dire qu'une hausse de 10% de part de marché des HMOs conduirait à diminuer le taux de croissance des primes de 6.5%). Les auteurs estimaient ainsi que sur la période étudiée, le taux de croissance des primes n'aurait été que de 5.9% au lieu des 7% constatés si la part de marché des HMO avait augmenté de 25%, en passant de 10 à 12.5% (Wickizer et Feldstein, 1995).

Mais ces résultats globaux ne sont pas ajustés pour tenir compte de l'évolution des populations couvertes, ni des prestations; en Californie, alors que la pénétration des HMOs augmentait, le nombre de personnes sans assurance maladie a également crû de manière rapide ; et surtout, le fait que la croissance des dépenses ralentisse peut signifier que les gains de productivité réalisés par les HMOs s'étendent à une plus large part du système au fur et à mesure que leur part de marché s'accroît, et ne reflète pas forcément leur capacité à ralentir structurellement la croissance des dépenses.

Une autre étude très récente vient à l'appui de cette hypothèse : les auteurs ont analysé l'effet, sur une durée de 11 ans, dans la zone de Madison, de la stratégie compétitive instaurée par l'Etat du Wisconsin en 1984. Cette stratégie est illustrative d'une tendance qui s'est développée parmi les employeurs publics et privés (cf note de bas de page ci-dessus) : définition d'un ensemble de prestations standardisé, appel d'offres auprès de l'ensemble des assureurs et HMOs, et fixation de la contribution de l'Etat à 105% de la prime du moins-disant, les employés payant la différence de leur poche s'ils choisissent un système d'assurance avec des primes plus élevées. Dans les premières années qui ont suivi la réforme, les primes moyennes des employés d'Etat ont effectivement connu une croissance nettement plus lente qu'au plan national, mais ensuite les évolutions retrouvent les tendances nationales. Les auteurs évoquent plusieurs facteurs pouvant expliquer que les effets d'économie soient limités au court terme (l'absence d'innovation après les premiers gains de productivité effectués en général sur l'hospitalisation – cf infra -, le remplacement de la concurrence par des ententes, ou des défauts du processus d'appel d'offres), sans que l'étude permette de trancher entre ces différents facteurs (Hill et Wolfe, 1997).

A l'inverse, Cutler et Sheiner (1997) estiment que l'essor du managed care peut avoir une incidence durable sur le taux d'évolution des dépenses de santé via un ralentissement du rythme de diffusion du progrès technique au sein des infrastructures médicales - notamment hospitalières. Les Etats où le managed care est le plus répandu aujourd'hui (cas de la Californie) occupent aujourd'hui une position moyenne en matière d'utilisation des nouvelles technologies alors qu'ils étaient leaders au début des années 1980.

Sur quels éléments de coût sont générées les économies ?

Il est important de comprendre sur quels éléments de coûts les acheteurs de soins mis en concurrence sont susceptibles de peser, **pour apprécier en quoi cette dynamique est inséparable d'un contexte de concurrence.**

La première interrogation concerne la répartition prix/volume. Les HMOs, les PPOs, obtiennent-ils seulement des tarifs plus intéressants de la part des prestataires de soins avec lesquels ils travaillent, ou bien leur action est-elle plus structurante et conduit-elle à un véritable « reengineering » du processus de soins, pour reprendre l'expression d'Harold Luft ?

Les prix unitaires

L'action des organisations de managed care sur les tarifs peut être tout à fait réelle. Même si elle n'est pas très documentée dans la littérature, des exemples anecdotiques en témoignent, et ces baisses de tarifs profitent dans certains cas à l'ensemble du marché. Le cas de Blue Cross / Blue Shield (assurance conventionnelle avec paiement à l'acte) dans l'Etat de Rhode Island en est une illustration (Goldberg

and Greenberg, 1995) : longtemps en situation de quasi-monopole *, ces assureurs traditionnels se sont vus menacés par l'arrivée, en 1983, d'un IPA, Ocean State, qui dès 1986 comptait plus de 80 000 adhérents. Cette organisation travaillait sur contrat avec des praticiens en cabinet individuel, qui étaient rémunérés à l'acte au tarif habituel, mais avec une retenue de 20%, versée ultérieurement en fonction des résultats de l'entreprise, et qui fut de fait non versée certaines années (ce qui peut s'analyser comme un rabais de 20% sur les tarifs). La riposte de Blue Cross / Blue Shield, qui fut d'ailleurs attaquée en justice par Ocean State, consista à spécifier que les médecins sous contrat avec l'IPA et travaillant aussi pour BC / BS ne seraient plus désormais remboursés par ce dernier à des tarifs supérieurs à ceux auxquels ils acceptaient de travailler pour d'autres (clause de la nation la plus favorisée).

Dans ce cas précis, Ocean State a effectivement réduit le coût de ses inputs de 20%, avec un seul effet prix ; il a même initié une dynamique de baisse globale des prix avec la réaction de BC / BS.

Les exemples de discounts, ou de ces systèmes de retenues et de versements conditionnés par le niveau de bénéficiaires, sont nombreux (ce phénomène étant favorisé par le niveau initial élevé des rémunérations à l'acte), et ils concernent aussi les prix facturés par les hôpitaux, du moins dans les zones en excédent d'offre. On peut souligner pour finir la difficulté méthodologique de mesurer une diminution de prix au niveau du marché : toute baisse des prix facturés à un plan ou à une série de plans peut se traduire par un effet de cost shifting (l'avantage consenti à un client ou un type de client sera - partiellement ou totalement - facturé à un autre).

Mais les négociations sur les tarifs ne sont pas le seul levier des HMOs pour diminuer les coûts, et ils **interviennent aussi sur les processus de soins**.

Hospitalisation et procédures coûteuses

Leurs résultats les plus anciennement connus et largement documentés concernent **les taux d'hospitalisation**. Sur 16 observations recensées par les deux revues de la littérature citées plus haut, 11 font apparaître des taux d'hospitalisation plus faibles dans les HMOs que dans l'assurance conventionnelle (une fois éliminées les différences de populations couvertes). Cependant, les écarts ne sont pas toujours significatifs et il faut noter que dans **les 5 études les plus récentes, les résultats apparaissent plus contrastés** (trois de ces études trouvent des taux d'admission inférieurs, deux des taux supérieurs).

18 observations sur 19 concluent à des **durées de séjour plus faibles** dans les HMOs. Là encore, les écarts ne sont pas toujours significatifs, mais les deux études les plus solides méthodologiquement font état d'écarts significatifs de 14%. Un exemple peut être donné à titre d'illustration, issu d'une étude ayant comparé un échantillon de HMOs et d'assurances conventionnelles pour les accouchements (Gazmararian et Koplan, 1996) : 82% des mères ont une durée de séjour d'un jour dans les HMOs, contre 48% dans l'assurance traditionnelle.

Au total, le nombre de journées par adhérent est nettement plus faible dans les HMOs, certaines études allant jusqu'à montrer des différences significatives de l'ordre de 30%.

Au total les **économies réalisées sur les dépenses d'hospitalisation sont indéniablement un domaine de réussite des HMOs**, même si, il faut le souligner, les résultats sont moins spectaculaires et plus contrastés dès lors que l'on élimine les effets de sélection favorable dont les HMOs bénéficient en général (ce qui est le cas des études retenues dans les revues citées). Plusieurs études mettent aussi en évidence une relation significative entre la pénétration des HMOs sur un marché et les coûts (par séjour, ou par assuré), avec un impact d'autant plus fort que le secteur hospitalier est plus compétitif. Il est intéressant de remarquer que, comme pour l'exemple des tarifs des médecins cité plus haut, la pression sur les coûts hospitaliers s'étend à l'assurance

traditionnelle, sous l'effet de la concurrence des HMOs, qui créent ainsi une dynamique sur l'ensemble du marché (Robinson, 1991).

L'utilisation des **actes et investigations coûteux** est un autre domaine dans lequel les HMOs se différencient du système du paiement à l'acte sans contrôle. Dans 22 observations sur 24, l'utilisation de ces procédures coûteuses (exemples : césariennes, angiographies, etc.) est nettement plus réduite (de 20% en moyenne), la plupart des différences étant statistiquement significatives.

Soins de médecins

Les différences sont en revanche moins nettes en ce qui concerne les **soins de médecins** et ne permettent pas de dégager un profil clair (dans certains cas le nombre de consultations est inférieur, dans d'autres cas supérieur, résultat peut-être d'un effet de substitution entre hospitalisation et médecine de ville).

En termes de répartition, les HMOs ont théoriquement tendance à substituer des soins de généralistes à des soins de spécialistes - voire des soins de spécialistes à des soins hospitaliers.

En l'absence de données comparatives précises sur les niveaux respectifs de recours aux soins, des études sur les effectifs de médecins étayaient cette hypothèse. A titre d'illustration, selon une étude récente, dans deux grands HMOs de type « staff », ayant les parts de marché les plus importantes dans leurs zones respectives, la proportion de médecins de famille, internistes et pédiatres⁶¹ est de 43% contre 37% pour l'ensemble des Etats-Unis, en équivalents temps plein, et la proportion des seuls médecins de famille est de 24% contre 16% (Hart, Wagner, Pirzada, Nelson et Rosenblatt, 1997).

Tous les résultats indiqués ci-dessus concernent essentiellement les HMOs. **Les performances des formes plus souples de managed care (PPOs, POS) sont beaucoup moins documentées.** Les rares données disponibles semblent suggérer qu'ils sont dans une position intermédiaire entre HMOs et assurance traditionnelle (par exemple, pour reprendre l'étude citée plus haut sur l'accouchement, dans les POS, 61% des mères ont une durée de séjour d'un jour, comparé à 82% et 48% dans les HMOs et les assurances traditionnelles respectivement). De la même façon, il est assez difficile d'établir si les performances sont variables en fonction du modèle de HMO (group, staff, IPA, network)⁶².

Au total donc, les succès sur le plan financier des HMOs ne procèdent pas seulement d'une pression sur les prix (même si celle-ci est effective et se traduit par des négociations tarifaires), mais mettent bien en jeu une transformation des processus de soins, dont les résultats quantitatifs les plus clairs sont une **réduction de l'hospitalisation et des actes ou examens les plus coûteux.**

Par quels mécanismes les MCOs obtiennent-ils ces résultats ?

Filières et référentiels

Pour réduire l'hospitalisation et le recours aux soins spécialisés, l'accès à ces soins de second recours est en général filtré par des généralistes (gatekeeper). Les médecins sont incités à maîtriser les coûts par des mécanismes d'intéressement financier et / ou parce que cela conditionne le renouvellement de leur contrat (cf. ci-dessous).

⁶¹ Ces trois catégories de médecins sont considérés comme des médecins généralistes.

⁶² Une comparaison de deux échantillons nationaux de HMOs group model et IPA semble montrer que ces derniers, après avoir été au-dessus des « group model » dans les années 80 en termes de consommation hospitalière, ont réduit l'écart dans les années 90 (Wholey et al, 1997, déjà cité).

Les médecins sous contrat avec les HMOs sont également tenus d'appliquer des référentiels de pratique (guidelines). La gestion de ces protocoles et des systèmes d'entente préalable par le médecin individuel devient de plus en plus lourde au fur et à mesure de l'augmentation de la concurrence : l'augmentation du nombre de plans conduit le praticien à traiter des patients couverts selon des règles et des pratiques impératives différentes. On parle pour désigner cette situation des « 800 number hot lines » : ceci désigne le fait qu'un médecin va devoir appeler autant de numéros « verts » que de plans différents auxquels appartiennent ses patients, à chaque fois qu'il voudra obtenir l'autorisation de prescrire en dehors des référentiels de pratique spécifiques de chacun des plans ⁶³.

Sélection des médecins

Un levier dont disposent les MCOs – du moins en théorie, car on verra ci-dessous que la pratique tend à être différente – est la contractualisation sélective avec les professionnels de santé. Les médecins qui excèdent de manière récurrente les normes de prescription sont susceptibles de ne pas voir leurs contrats renouvelés (encore qu'il est difficile de trouver des données précises sur la réalité de ces non renouvellements).

En fait, un mouvement significatif constaté actuellement est l'élargissement des réseaux à un nombre croissant de producteurs, en réponse apparemment à une demande des patients, pour qui la liberté de choix du praticien demeure un critère important. D'ailleurs, le développement du Managed Care s'est fait essentiellement au profit des formules les plus souples.

La Californie semble présenter de ce point de vue une situation extrême, dans laquelle la quasi totalité des médecins est conventionnée simultanément par la quasi totalité des plans. Dans ces conditions, on peut se demander si le levier de la sélection est encore opérant en pratique.

Le mode de rémunération des producteurs et le transfert du risque financier sur les médecins

Les **incitations financières** jouent un rôle majeur dans les mécanismes mis en place par les plans, et ce de plus en plus.

Un certain nombre d'expériences et d'études montrent en effet sans ambiguïté que le mode de rémunération a un impact sur la pratique médicale.

Les rémunérations de base peuvent être des salaires ou des paiements à l'acte, **mais complétés par des systèmes d'intéressement financier** (par exemple, intéressement aux économies réalisées sur les prescriptions hospitalières ; ou, dans le cas de paiement à l'acte, mise en réserve d'une fraction des rémunérations, qui sert à éponger les dépassements de budgets éventuels ⁶⁴, et dont le versement est conditionné par les résultats financiers).

Les systèmes d'intéressement financier sont parfois extrêmement complexes : Health Care Partners, en Californie, a mis en place un système de bonus lié aux performances des médecins en matière non seulement de coût, mais aussi de qualité, avec une combinaison de critères (Enthoven et Singer, 1996). Mais, dans l'ensemble, les incitations financières sont peu fondées sur la qualité, et beaucoup plus sur la maîtrise des coûts. Les systèmes de rémunération font également l'objet de modifications fréquentes.

⁶³ On décrit ainsi la consultation médicale : lorsqu'un patient arrive, la secrétaire se renseigne sur son assurance et sort pour le médecin le catalogue volumineux des protocoles médicaux qui sont autorisés par le health plan pour ce patient ; le médecin qui souhaite prescrire en dehors de ces référentiels doit appeler le plan pour demander une autorisation préalable ; au premier niveau, il aura au téléphone une infirmière qui aura tendance à confirmer la règle ; si le médecin maintient sa position, il devra demander à avoir au téléphone le médecin superviseur ; et ainsi il peut être amené à passer plusieurs coups de téléphone par patient pour obtenir l'entente préalable pour un acte ou une prescription.

⁶⁴ Ces pratiques ne sont pas sans rappeler un dispositif hexagonal qui a été fortement contesté par un des principaux syndicats médicaux, qui soutient par ailleurs l'idée d'une concurrence entre assureurs.

La tendance majeure depuis quelques années dans les MCOs est au **transfert du risque financier directement sur les groupes de médecins avec lesquels ils contractent**, c'est-à-dire que ces groupes de médecins reçoivent un paiement forfaitaire par patient qui est une fraction du forfait que reçoit le HMO. Ce "full-risk capitated contracting" est déjà à l'œuvre là où le managed care est le plus mature, par exemple en Californie, et se répand en dehors de cet Etat. Ce sont alors ces groupes de médecins qui s'organisent pour contrôler les processus de soins, la manière dont les patients sont adressés au spécialiste ou à l'hôpital.

Les groupes médicaux préfèrent d'ailleurs parfois assumer le risque financier, en s'auto-contrôlant, plutôt que d'être confrontés à la multiplication des procédures d'encadrement et de contrôle des pratiques, elle-même liée à la croissance du nombre de HMOs en concurrence.

Ce système de capitation globale et d'intéressement financier direct est controversé, en raison des incitations perverses qu'il peut induire chez les médecins. En outre, en théorie du moins, il conviendrait de séparer les fonctions d'assurance du risque aléatoire (notamment de ce qu'on appelle le risque sanitaire, à savoir notamment les épidémies) d'une part, et toutes les autres fonctions d'organisation et de production des soins d'autre part. Toutes les organisations autres que la concurrence entre firmes privées prévoient cette séparation et des compensations du risque sanitaire, par exemple le système GPFH (cf. ci-dessus, la rémunération du GPFH conserve une part de FFS pour tenir compte de ce risque sanitaire).

Un débat est apparu sur la taille optimale du groupe médical qui peut être rémunéré à la capitation. Selon Enthoven (1997), elle doit s'appliquer à un groupe suffisamment large pour permettre à ce groupe de redéfinir le processus de soins (l'idée sous-jacente étant que c'est dans la coordination des soins, les interfaces, qu'il y a des gains à faire, à la fois en coût et en qualité). Appliquer la capitation globale à un médecin individuellement, ou à un petit groupe, est inadéquat, parce que la seule marge de manœuvre qu'a le médecin individuel ou le petit groupe pour gagner sur les coûts est le rationnement. A l'inverse, le groupe ne doit pas être trop grand pour éviter la dilution des responsabilités.

L'ajustement des capacités d'offre

Dans les HMOs de type group ou staff, qui fonctionnent sur la contractualisation exclusive avec un groupe de médecins ou le salarient, voire possèdent leurs hôpitaux (mais ce modèle est en perte de vitesse), l'ajustement des effectifs médicaux et des plateaux techniques participe de la maîtrise des coûts. En général, on considère que ces types de HMOs sont capables de prendre en charge une population avec une densité médicale très inférieure à la densité globale américaine. Une étude de 1995 fait apparaître une densité de 120 médecins pour 100 000 personnes dans les HMOs ayant plus de 80 000 adhérents (Dial et al, 1995). Cependant, une étude très récente sur deux HMOs de grande taille ⁶⁵ trouve un résultat très différent, puisqu'en comptant les recours à des spécialités exerçant à l'extérieur, la densité recalculée est strictement la même que la densité américaine d'ensemble, c'est à dire en équivalents plein temps 180 / 100 000. Ce résultat semble montrer que l'économicité de moyens n'est pas systématique (Hart, Wagner, Pizada, Nelson et Rosenblatt, 1997, déjà citée).

Dans les autres HMOs, la réduction des capacités d'offre est une conséquence des politiques de maîtrise des coûts. La réduction des capacités hospitalières semble effectivement particulièrement sensible dans les zones à forte concurrence entre MCOs, et notamment lorsque celle-ci s'est développée dans un contexte très excédentaire. Les taux de croissance des effectifs médicaux sont également plus faibles dans les zones très concurrentielles. En Californie par exemple, le nombre de lits a baissé de 4% par an entre 1990 et 1995, contre 2,5% dans l'ensemble des Etats-Unis, le nombre de médecins a augmenté de 0,5% contre 2,9% (Enthoven et Singer, 1996, déjà cité) – Idem dans la zone de Madison après la réforme de 1984 (Hill et Wolfe, 1997, déjà cité).

⁶⁵ *Group Health Cooperative of Puget Sound dans la zone de Seattle, staff model possédant deux hôpitaux, et Group Health, Inc, dans la zone de Minneapolis, staff model fonctionnant sur contrat avec des hôpitaux.*

Les innovations organisationnelles

Au-delà du classique « gatekeeping », les MCOs font-elles preuves dans la gestion du processus de soins d'innovations organisationnelles qui permettent des gains de productivité ?

Les éléments d'information rassemblés sur ce thème relèvent une fois encore d'exemples anecdotiques. Il est cependant intéressant de citer quelques initiatives à titre d'illustration :

- Renforcement des liens entre l'hôpital et l'extrahospitalier de façon à accélérer la réduction des durées de séjour, deux exemples tirés de Sharp Health Care, San Diego :
 - éducation pré-opératoire et suivi à domicile par une infirmière pour les prothèses de hanche, résultat : réduction de la durée de séjour de 8 à 3,4 jours ;
 - programme d'accouchement en ambulatoire pour 30% des femmes.
- Instauration d'une fonction de « clinical case manager » chargé, pour une pathologie donnée, de la coordination des soins et du suivi du patient et de la famille après hospitalisation (Unihealth à Burbank).
- Service téléphonique de conseil médical et de tri des demandes ; ce service, tenu par des infirmières sur la base de protocoles médicaux, filtre 60% de la demande (Sharp Health Care).
- Il est intéressant de noter que les plans les plus performants « remontent » dans la chaîne de soins pour tenter de faire des gains de productivité sur des segments en amont des soins hospitaliers ou spécialisés.
- Programmes de prise en charge de pathologies chroniques (exemple : asthme chez les enfants de familles pauvres – Allina Health System, Minneapolis, cliniques pour pathologies chroniques – Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle et Washington).
- Mise en place de programmes de prévention visant à réduire les coûts futurs (mammographie, cf.: Baker et Brown, 1997).

Ces exemples sont illustratifs de ce qu'on peut effectivement appeler un « reengineering » du processus de soins. Le fait qu'elles soient mises en œuvre par certaines structures (pour la plupart d'importantes structures) ne reflète pas nécessairement un mouvement d'innovation généralisé.

Rendements d'échelle

Nous avons vu dans la partie précédente que la taille de l'opérateur avait un effet ambigu du point de vue théorique (proximité versus rendements d'échelle). Qu'en est-il pour les HMOs aux USA ?

L'expérience des entreprises de gestion du risque (MCOs) aux USA montre que les économies d'échelle jouent un rôle important dans l'activité de gestion du risque en santé et que l'intégration horizontale* limite la concurrence : selon Robinson (1996), le domaine de la santé est caractérisé, aux USA, dans les années récentes, par une tendance à la concentration horizontale, à la fois géographique, sur la gamme des produits et en termes d'exhaustivité de la clientèle servie. Alors que les premières MCOs se contentaient d'agir dans une zone limitée, pour une clientèle limitée (par exemple les employés d'une université), et sur une gamme de produit limitée, la tendance des années 1990 est à la constitution de maillages du territoire sur plusieurs états, soit par alliance, soit par achat (voire en annexe quelques exemples d'extension), au marketing hors des niches de population traditionnelle et à la diversification des produits offerts aux clients potentiels. Outre l'économie d'échelle pure liée aux rendements croissants sur un produit et un seul, cette

diversification fait appel à ce qu'on appelle l'économie de gamme, qui permet de bénéficier d'investissements communs à plusieurs activités.

Cette expérience américaine semble donc indiquer qu'il existe une sorte d'optimum de taille pour un entrepreneur de santé et, partant, un nombre limité d'opérateurs en concurrence.

Robinson constate aussi que, au sein de l'entreprise de soins ayant atteint une certaine taille, les dirigeants abandonnent les mécanismes incitatifs internes et se tournent vers des relations de coopération de plus en plus proches de celles ayant cours dans une administration publique, ceci afin d'éviter les conséquences néfastes des rivalités incontrôlables entre services (Robinson, 1996). La grande taille des entreprises de soins et ce fonctionnement hiérarchique limitent donc doublement l'impact de la concurrence en termes d'efficacité : ils augmentent le risque de comportements de cartels, et réduisent la motivation interne.

Coûts de transaction

L'analyse théorique n'est pas plus conclusive dans le cas des coûts de transaction que dans celui des rendements d'échelle. Là encore, que peut-on dégager de l'expérience américaine ?

L'aboutissement de l'évolution aux USA se caractérise par l'échec des HMOs intégrés, qui n'ont pas réussi à attirer plus d'un assuré sur cinq, et l'émergence de formes préservant le statut indépendant du producteur, comme les POS.

Les coûts de transaction augmentent alors aux deux points du système de soins : entre le régulateur et l'acheteur d'une part, entre l'acheteur et le producteur d'autre part.

Pour limiter ces coûts de transaction, les plans ont de plus en plus tendance à limiter leur intervention dans le processus de soins et à se contenter de capiter à leur tour les producteurs, non pas sur des traitements particuliers, mais bel et bien sur la prise en charge médicale dans leur spécialité d'une population. Par exemple, le MCO paiera un forfait à l'hôpital pour que celui-ci reçoive toute la population des assurés du MCO pendant l'année.

Au delà des coûts financiers, l'établissement de transactions commerciales entre des médecins privés et des entrepreneurs non médicaux est toujours délicat à établir, car des règles liant trop explicitement les médecins à ces entreprises lucratives font courir deux risques à la médecine :

- Le conflit éthique du médecin, partagé entre ce qu'il sait être bon pour le traitement du patient et les risques qu'il court vis-à-vis du MCO s'il en fait état auprès de son patient. Le cas extrême est celui de personnes âgées ayant intérêt, compte tenu des degrés de couverture respectifs, à opter pour le HMO de préférence au FFS de MEDICARE, mais qui en sont dissuadées par leur médecin traitant, sous contrat avec le HMO et qui ne veut pas prendre le risque d'y introduire un client coûteux qui lui sera imputé.
- La « marchandisation » de la médecine (« commodification », Blumenthal, 1996). Selon cet auteur, 71% des procès pour mauvaise pratique aux USA ne viennent pas de problèmes de résultats médicaux, qui existent aussi dans le système actuel, mais d'un mécontentement des patients / clients face aux aspects personnels du service rendu (défauts de communication, perception de manque d'attention, inconfort).

En résumé, l'expérience des MCOs américains montre :

- Des gains réels d'efficacité productive * effectués essentiellement sur l'hospitalisation et les procédures coûteuses, grâce :
 - à une action effective sur les processus de soins (essentiellement l'organisation de filières, l'utilisation et le contrôle de protocoles et de référentiels, plus marginalement d'autres innovations organisationnelles) ;
 - à une sélection des médecins, encore que la tendance soit à l'élargissement des réseaux proposés et que les formules de type PPO l'emportent sur les réseaux fermés de type HMO ;
 - à un ajustement des capacités d'offre (mais surtout dans le cas des HMOs fermés).
- Une capacité à faire baisser les prix unitaires, principalement dans les zones les plus denses.
- Une tendance à la concentration liée aux rendements d'échelle de l'activité et menaçant finalement la concurrence.
- Un abandon progressif du modèle d'intégration verticale*, susceptible d'entraîner des problèmes de transaction entre médecins et MCOs.

Discussion : quel rôle joue la concurrence ?

Si l'on se réfère aux deux types d'instruments évoqués en partie 3.1, on voit que les MCOs mis en concurrence ont joué à la fois sur la responsabilisation financière des producteurs et sur le contrôle des processus – les deux instruments se rejoignant à travers la capitation rémunérant des groupes de médecins responsables d'organiser et de contrôler le processus de soins.

En quoi l'élément concurrentiel est-il un élément essentiel dans cette dynamique ?

Il est certain que dans le contexte spécifique des Etats-Unis, la concurrence a créé une incitation à la recherche de gains de productivité, et a imposé une plus grande exigence d'efficacité. Cette exigence a son prix en termes de sélection des risques, nous l'avons vu, mais aussi de qualité (cf ci-dessous).

Mais en quoi la concurrence entre acheteurs constitue-t-elle un levier, notamment vis-à-vis des producteurs ?

Les évolutions récentes aux Etats-Unis peuvent utilement alimenter la réflexion sur ce point.

L'engrenage de la concentration au sein des trois principales catégories d'acteurs du système soulève des interrogations quant au pouvoir de négociation.

Dans les zones géographiques où la concurrence entre MCOs est à son stade le plus mature (la Californie, le Minnesota, Boston), on observe la même évolution : une concentration au sein des health plans au début des années 90, pour renforcer leur capacité de négociation avec les prestataires de soins, notamment en termes de prix⁶⁶. En réponse, les hôpitaux et les praticiens ont formé des réseaux régionaux pour accroître aussi leur pouvoir et pour proposer des systèmes complets de délivrance des soins. De leur côté, les employeurs se sont coalisés aussi pour négocier avec les assureurs et les

⁶⁶ Ceci n'est cependant pas nécessairement importable au cas européen, d'une part parce que les tarifs actuellement en vigueur sont jugés bas par les acteurs et qu'on voit difficilement des acheteurs concurrentiels les faire baisser, d'autre part parce que les systèmes de santé européens ne souffrent pas du même excès d'offre que le système américain. A titre d'exemple, la réforme néerlandaise n'a pas franchi le pas de la décentralisation des négociations tarifaires : la puissance publique continue à fixer les tarifs et il n'est pas question d'autoriser des tarifs variant d'un producteur à l'autre.

prestataires, et pour mettre au point des analyses de plus en plus sophistiquées des plans (contrôle qualité, ajustement des primes au risque,...). On assiste donc à une surenchère de la concentration entre les trois principaux acteurs du système, chacun cherchant à gagner en termes de pouvoir de négociation.

On retrouve l'idée paradoxale que la concurrence diminue le pouvoir de négociation, que la course à la concentration (jusqu'au monopole * ?) cherche à renforcer.

Au passage, ce mouvement de concentration pose question en termes de régulation gouvernementale de la concurrence : celle-ci doit empêcher les ententes, mais à partir de quel moment les fusions et concentrations sont-elles un problème, si elles permettent aussi de faire des gains de productivité ?

Les évolutions récentes recèlent d'autres évolutions paradoxales : en Californie et dans d'autres parties des Etats-Unis, au milieu des années 90, on assiste à une évolution qui rend perplexe des observateurs éminents du système de santé tels qu'Alain Enthoven (fervent partisan de la concurrence et concepteur au début des années 80 d'une concurrence régulée) et Harold Luft.

Contrairement à ce qu'imaginait Enthoven, la concurrence aux Etats-Unis n'a pas pris la forme de réseaux intégrés (assurance + fourniture des soins), exclusifs les uns des autres et se faisant concurrence entre eux. En fait, sous la pression de la demande, l'élargissement des réseaux de praticiens a été une tendance inexorable (la croissance du managed care s'est d'ailleurs faite au profit de formules plus souples que les réseaux fermés du début). Au milieu des années 90, en Californie, à l'exception notable de Kaiser⁶⁷, on se trouve avec la situation suivante : chaque réseau de soins (groupe médical) est « vendu » par plusieurs health plans (intermédiaires), qui « vendent » aussi d'autres groupes.

D'une certaine manière, ce système de contractualisation croisée rétablit une forte liberté de choix des consommateurs. Il assure aussi une position plutôt dominante des médecins, qui participent à la fois au système de l'assurance traditionnelle avec paiement à l'acte et de manière non exclusive à tous les plans en concurrence.

Dans ces conditions, les prémisses qui fondent le succès de la concurrence sont largement mises en question : si les plans, pour répondre à la demande, sont obligés d'élargir les réseaux de producteurs qu'ils proposent, que devient le levier de la contractualisation sélective avec les médecins ? S'ils sont tenus de standardiser les prestations (exigence croissante des employeurs) et s'ils contractent avec tous les médecins, sur quoi porte la concurrence ? En quoi peut-elle être porteuse d'un style de pratique plus ou moins économique, puisque même si les groupes médicaux sont inégalement efficaces, les assureurs, en les proposant tous, peuvent difficilement orienter les patients vers les groupes les plus efficaces (et donc ne peuvent plus, pierre angulaire de la concurrence, rendre les consommateurs responsables du coût de leur choix) ? Comment peuvent-ils investir dans les groupes médicaux (en système d'information, en programmes de prévention, etc.) sans que cela ne profite au concurrent ?

Tout ceci met en évidence un point essentiel : c'est que **les groupes médicaux, c'est à dire les réseaux de praticiens, sont de plus en plus un élément central du dispositif**. C'est si vrai que ces réseaux médicaux se mettent à intégrer la fonction amont et à se constituer eux-mêmes en plans traitant directement avec les employeurs privés ou les programmes public tels que Medicare – et ce d'autant plus que la tendance des MCOs est à leur transférer le risque financier. Dès lors, il est tentant pour des réseaux médicaux de chercher à éviter les 20% (ou plus) des coûts pris par un intermédiaire – qui n'assume plus qu'une fonction de marketing – et à assurer directement cette

⁶⁷ *Mais qui connaît pour la première fois des problèmes financiers et est conduit lui aussi à essayer d'élargir sa base médicale.*

fonction : ce sont les Providers Sponsored Organizations, PSOs, dont il a été question plus haut. Il y a un débat sur la capacité des médecins à assumer ces métiers spécifiques, à assurer la capitalisation nécessaire (cf exemple des cliniques privés en France), et à procéder à de réels contrôles des pratiques : cependant, sur ce point, il est intéressant de constater que si les médecins sont souvent les premiers à dénoncer la maîtrise des coûts, lorsqu'ils sont aux commandes dans les PSOs, ils peuvent avoir des taux d'hospitalisation inférieurs de 40% à leurs confrères du managed care.

B / L'expérience des General Practitioners Fundholders au Royaume-Uni

L'impact du fundholding sur le coût des soins

Outre le recul encore faible sur cette expérience, l'analyse des effets économiques du fundholding se heurte aux limites des évaluations réalisées. Comme le notent divers observateurs et chercheurs, le Gouvernement n'a manifestement pas souhaité lancer un large dispositif d'évaluation de la réforme, peut-être par crainte qu'une telle évaluation ne soit considérée comme un aveu d'incertitude. Les évaluations sont le fait d'études locales, souvent sur un nombre très limité de généralistes ; il n'y a pas d'essais randomisés, il s'agit d'études avant-après, dans la plupart des cas (mais pas toujours) avec un groupe contrôle de généralistes non gestionnaires de budgets, au mieux sur des périodes 1 an avant – 2 ans après.

Les résultats suivants peuvent être dégagés des revues de la littérature (Coulter, 1995, Gosden et Torgerson, 1997, Polton, 1997, Propper et Söderlund, 1998).

Résultats relativement convergents sur les pratiques de prescription médicamenteuse

13 études ont traité de la prescription médicamenteuse, dont 9 avec un groupe contrôle de GP non FH. La plupart convergent pour conclure que les fundholders ont mieux réussi à infléchir le taux de croissance des prescriptions médicamenteuses.

On note cependant souvent un biais de sélection, les premières vagues de fundholders étant les médecins bien organisés et entreprenants dans des zones prospères (Baines et Whyne, 1996, Coulter, 1995). Surtout, plusieurs études font apparaître que dans la période précédant immédiatement leur adhésion au fundholding, les coûts de prescription médicamenteuse étaient plus élevés chez les généralistes devenus FH que chez leurs collègues n'ayant pas rejoint le dispositif. C'est d'ailleurs le cas globalement, au plan national, pour les différentes vagues de fundholders, excepté pour la première. Ceci peut faire penser que ces généralistes bénéficiaient donc de potentialités d'économies relativement aisées à mobiliser.

En revanche, les travaux ayant cherché à tester l'hypothèse d'un gonflement volontaire des prescriptions avant l'adhésion (comportement envisageable puisque les budgets étaient alloués sur une base historique) ne permettent pas de conclure à l'existence de telles stratégies (Whyne, Heron et Avery, 1997, Healy et Reid, 1994). De la même façon, il n'y a pas de preuves de pratiques d'écroulement des patients de la part des GPFH, même si la presse s'est fait écho de craintes à ce sujet ⁶⁸.

L'inflexion des coûts de médicaments provient :

- 1 - Du volume de médicaments prescrits (encore que dans certains cas, l'effort sur les volumes ne soit pas spécifique aux fundholders, les non fundholders ayant également réduit leur nombre de médicaments prescrits – Maxwell et al., 1993 ⁶⁹).

⁶⁸ Certes, les économies éventuelles ne peuvent s'ajouter au revenu du médecin : elles doivent être réinvesties dans le cabinet pour améliorer la qualité du service. Mais ce faisant, le GPFH peut parvenir à accroître sa clientèle (en jouant de l'argument qualité) ce qui influera alors sur ses revenus. Le risque d'écroulement ne peut donc nullement être écarté a priori.

⁶⁹ Deux groupes de GPFH ont été comparés à un groupe contrôle de non GPFH, en redressant des différences d'âge de la clientèle. Les volumes ont décliné de 12% et 5% respectivement pour les deux groupes de FH, et de 9% pour les GP non

2 - Des prix unitaires : les fundholders ont des prix moyens par item plus bas, ils prescrivent une plus forte proportion de génériques, les prix unitaires augmentent moins vite que chez leurs collègues.

Malgré le recul limité, une étude sur 5 ans semblerait montrer que les économies réalisées sont plutôt de court terme (Whynes, Heron et Avery, 1997).

Résultats moins concluants sur les taux d'hospitalisation

Sur 6 études recensées, seules 3 comportent une comparaison avec un groupe contrôle. Parmi celles-ci, une conclut à l'absence de différences significatives avant et après réforme entre les deux types de pratique, et deux à un écart en faveur des GPFH. Dans une de ces études, menée sur une période de 6 mois avant – 3 ans après, l'évolution du taux de recours aux services hospitaliers est de +7,5% pour les FH contre +27% pour les non FH. Dans cette étude, avant leur adhésion, les FH avaient des taux d'adressage à l'hôpital plus élevés que leurs collègues ; on ne peut pas ici exclure l'hypothèse de stratégie préalable, car ces taux ont augmenté très fortement avant l'adhésion. En revanche, en fin de période, les FH avaient des taux inférieurs à ceux des non FH (115 / 1000 versus 121 / 1000).

Les trois études sans groupe contrôle montrent une décroissance ou une stabilité des taux de recours aux services hospitaliers chez les fundholders.

Résultats faiblement concluants sur les prix et les coûts hospitaliers

En se comportant en acheteurs de soins, les GPFH (et les districts) ont-ils été en mesure de négocier les prix hospitaliers ? Ont-ils conduit à une inflexion des coûts ?

Une revue des travaux (limités en nombre) sur cette question met effectivement en évidence des niveaux de prix plus bas associés à de hauts niveaux de concurrence, mais limités à certaines spécialités ou interventions, en fait les plus mineures (ceci peut s'expliquer par le fait que les interventions chirurgicales les plus légères sont celles pour lesquelles les acheteurs sont le plus susceptibles de « faire leur marché » - shop around).

En revanche le niveau de concurrence ne semble pas particulièrement associé à une évolution plus modérée des prix – il n'y aurait donc pas d'effet dynamique (mais il s'agit d'une seule étude).

Discussion

De l'ensemble des évaluations menées, il ressort que les general practitioners fundholders ont été performants sur le coût des prescriptions pharmaceutiques ; les évolutions sont moins évidentes en ce qui concerne le recours aux hôpitaux et les prix facturés par ces derniers.

Rappelons à nouveau que les baisses de coût n'étaient pas le premier objectif de la réforme, dont l'enjeu majeur était une approche plus réceptive à la demande des consommateurs et moins bureaucratique. Nous analyserons au chapitre suivant les observations relatives à ce second aspect.

Les résultats obtenus sur les coûts de prescriptions sont-ils liés à la concurrence ? Il semble que dans le cas présent, la concurrence entre acheteurs reste une hypothèse théorique plus qu'une réalité : en l'occurrence, le changement de GP (sanction par le consommateur final d'une insatisfaction) est une pratique très rare. Il s'agit d'ailleurs, comme on l'a déjà rappelé, d'une concurrence sur la qualité (difficile à juger) et non sur les prix.

FH ; les prix moyens par item ont crû de 19%, dont 11% et 16% respectivement pour les deux groupes de FH, et 24% pour le groupe contrôle.

Plus que la concurrence donc, ce qui a joué comme incitation a bien **été la responsabilisation financière, c'est-à-dire la capitation** : bien que les économies générées ne puissent accroître le revenu des praticiens, elles pouvaient être réinvesties pour améliorer le service au patient et les conditions de la pratique, et apparemment cette incitation a été suffisamment puissante.

Par rapport à la réflexion sur la capitation aux Etats-Unis, et le niveau auquel elle s'applique, on peut noter que la responsabilisation financière s'effectue ici sur une très petite clientèle. Même si l'on ne relève pas de pratiques d'écroulement démontrées, il est clair que la variabilité des risques sur des populations aussi faibles et l'incertitude financière qui en découle incitent fortement à de telles pratiques. Des simulations réalisées par l'Université de York le mettent en évidence, en montrant qu'à 10 000 patients la probabilité pour un GP d'excéder de plus de 20% son budget est très forte, et qu'aucune formule d'ajustement au risque ne permet de capturer cette variabilité de manière satisfaisante.

Différentes propositions sont d'ailleurs formulées pour pallier cet inconvénient, et l'on retrouve là les pistes suggérées dans d'autres contextes nationaux, et dont a souligné les limites dans la partie de ce rapport relative à l'effet de la concurrence entre assureurs sur la sélection des risques. La proposition majeure consiste à augmenter la taille de la population pour laquelle est payée la capitation.

D'autres éléments convergent avec cette préoccupation pour suggérer un élargissement du système et le passage des cabinets individuels à des réseaux de GP : avant même l'orientation nouvelle annoncée par le Gouvernement travailliste, on peut en voir les prémises dans une tendance spontanée d'organisation du système, qui était la création, dans quelques zones géographiques, de « Multifunds », sorte de « coopératives de fundholders », ouvertes à tous les praticiens, dans lesquelles ceux-ci mettent en commun les indemnités qui leur sont versées au titre de la gestion des budgets de prescription, afin d'investir collectivement dans des moyens de gestion du risque et de contrôle qualité (recrutement d'un directeur financier et d'un directeur médical, amélioration du système d'information, recueil d'indicateurs de résultats, évaluation des pratiques,...).

Ce modèle coopératif librement consenti, paradoxal dans un système de quasi-marché fonctionnant sur le principe d'une individualisation extrême (mais peut-être aussi conséquence de ce système), préfigure-t-il un mode d'organisation différent ? En tous cas, il est intéressant de noter qu'il rejoint, par un chemin tout à fait différent, les Provider Sponsored Organizations américains : ces initiatives en réaction à l'évolution de systèmes concurrentiels aboutissent l'une et l'autre à des réseaux de praticiens assumant collectivement un risque financier, se dotant des instruments pour gérer des processus de soins, et ayant à des degrés divers une fonction d'acheteur de soins pour le compte de leurs patients.

Notons aussi que, dans un système fonctionnant sur la responsabilisation financière de médecins généralistes, les procédures permettant d'éviter la sélection seraient probablement différentes dans la forme de celles mises en œuvre dans la concurrence entre assureurs et pourraient avoir des conséquences différentes : exclure les risques lourds et avérés et les traitements les plus lourds du champ de la capitation ne signifierait pas forcément barrer l'accès aux soins, ni même supprimer toute responsabilité du prestataire dans leur administration et leur gestion.

3.4.2. L'impact de la concurrence entre acheteurs sur la qualité et le service rendu

Bien que nous traitons cette question distinctement de celle des coûts de production, pour la clarté de l'exposé, il faut à nouveau rappeler qu'elle ne peut en réalité pas en être dissociée : ce sur quoi on interroge les performances de la concurrence entre acheteurs, c'est bien l'efficacité productive *, c'est-à-dire le rapport moyens / service rendu.

Quels sont les arguments théoriques qui plaident en faveur de l'amélioration du service rendu par des acheteurs de soins en concurrence ?

- Dans un système où les assurés ont le choix, l'offre d'une qualité de service meilleure constitue un argument de vente pour l'opérateur ou le producteur auquel le consommateur averti est très sensible ; à l'inverse, celui-ci peut sanctionner la non qualité en « votant avec ses pieds », c'est-à-dire en changeant d'opérateur ; si trop d'assurés changent, il y a un effet de réputation et d'image de marque en retour qui peut être largement préjudiciable à l'organisation.
- A priori il y a plus d'information sur la qualité dans un système concurrentiel, parce que les acheteurs vont demander plus d'information aux producteurs.
- La qualité est génératrice d'économies futures (prévention, ou prise en charge de pathologies chroniques de façons à éviter les épisodes aigus ou l'aggravation, sources de dépenses élevées).
- Des acheteurs en concurrence, plus réactifs au changement, peut-être aussi du fait de leur proximité avec les producteurs de soins, peuvent faire preuve d'une plus grande capacité d'innovation organisationnelle.

Mais d'autres arguments plaident en sens inverse :

- Les incitations auxquelles sont soumis les opérateurs de réseau ou les producteurs de soins sont contradictoires : s'ils assument le risque financier, à court terme, la nécessité de maîtrise des coûts peut être la plus forte et pour l'atteindre, ils peuvent être tentés de rogner sur la qualité (coûteuse à produire mais difficilement observable).
- Si la qualité est liée à l'exigence des patients, à leur capacité à sanctionner l'opérateur, on risque une moindre qualité là où la demande n'est pas assez exigeante. Ce peut être le cas :
 - pour des populations fragiles (personnes âgées, ou faiblement insérées dans la société, ou atteintes de pathologies qui affectent leur capacité de jugement) ;
 - en cas de myopie des consommateurs vis-à-vis de certains soins.

On tentera, comme pour les coûts, de confronter les expériences empiriques à ces arguments théoriques, afin d'analyser en quoi les mécanismes concurrentiels sont porteurs de changement dans ce domaine.

Au préalable, la notion de service rendu ou de qualité étant beaucoup plus difficile à apprécier que la notion de coût, on donnera ici à cette notion l'acception la plus large, en englobant dans l'appréciation à la fois la qualité médicale stricto sensu lorsqu'elle peut être mesurée par des indicateurs de résultat, la satisfaction des patients, la prévention ; on y ajoutera également deux éléments connexes : la liberté de choix et la transparence du système vis-à-vis de l'utilisateur (deux dimensions sur lesquels les systèmes concurrentiels sont *a priori* crédités de meilleures performances).

A / La qualité dans le managed care américain

Aux Etats-Unis, la question de la qualité est devenue **le** point de focalisation du débat public sur le managed care, l'opinion publique ayant été alertée par un certain nombre de situations d'abus caractérisés, dont la presse s'est fait largement l'écho.

Ces exemples, malgré leur caractère anecdotique, montrent bien que les arguments en défaveur de la qualité trouvent des applications pratiques (primauté des arguments financiers à court terme, abus caractérisés vis-à-vis de populations d'indigents couverts par Medicaid,...). Le système de rémunération et d'intéressement financier des producteurs, qui, à part quelques exceptions, est fait pour inciter à la réduction des coûts plus qu'à une qualité accrue, conforte d'ailleurs l'idée générale

selon laquelle le managed care pousse à rogner sur les soins. De leur côté les employeurs, essentiellement soucieux de réduire les primes d'assurance maladie, utilisent très peu, pour faire leur sélection de plans, les informations sur la qualité que l'on oblige de plus en plus les MCOs à fournir.

La croissance spectaculaire des HMOs à but lucratif⁷⁰, que leur capitalisation boursière incite à des profits rapides, est également un facteur favorisant les dérives. Ces HMOs sont assez éloignées des HMOs « à l'ancienne », de type staff ou group model, sans but lucratif, et dont la culture institutionnelle est orientée vers des valeurs de qualité et de globalité de la prise en charge (ces HMOs ont d'ailleurs parfois du mal à se transformer pour élargir leur réseau de praticiens, tendance désormais inévitable pour répondre à la demande de choix des patients, car ils ont l'impression de perdre leur identité).

Les « horror stories » et la méfiance qu'elles ont suscitée vis-à-vis du managed care ont amené un certain nombre d'Etats à réagir, sous la pression et en général dans l'urgence, en édictant des législations plus contraignantes. On verra plus loin le contenu de ces lois dites « anti-managed care ».

En dépit de ces « horror stories », l'évidence scientifique ne permet pas d'étayer la thèse d'une moindre qualité généralisée dans les MCOs, pas plus d'ailleurs que la thèse inverse d'une qualité meilleure : les résultats sont contrastés.

Les performances des MCOs sur la qualité : les résultats empiriques

Les deux revues de la littérature précédemment citées, concernant des études publiées de 1985 à 1993 (Miller et Luft, 1994) et de 1993 à début 1997 (Miller et Luft, 1997) ont analysé les performances des MCOs non seulement en matière de coût et d'utilisation des ressources, mais également de satisfaction et de qualité. Il est d'ailleurs significatif que dans la série de travaux la plus récente (35 études retenues), une place plus large soit faite à ce deuxième aspect, alors que par rapport à la période précédente, beaucoup moins de travaux se sont focalisés sur les moyens et le recours à l'hôpital, très largement documentés antérieurement. Ceci reflète bien l'évolution des préoccupations concernant le managed care et la concurrence.

Prévention et promotion de la santé

Les travaux les plus anciens font nettement apparaître que les adhérents des HMOs ont plus d'exams de dépistage (cancer, hypertension), d'exams cliniques systématiques, d'éducation des assurés afin de freiner les comportements à risque (consultations anti-tabac par exemple). Une étude incluant des PPOs abonde en ce sens. Pour une bonne partie des tests et exams analysés, les écarts sont statistiquement significatifs.

Une étude plus récente est également favorable aux HMOs en ce qui concerne le dépistage de certains cancers. De manière générale, les HMOs semblent avoir investi dans la prévention des pathologies très répandues.

Satisfaction des patients

La **satisfaction globale** des patients semble inférieure dans les travaux les plus récents : sur 5 observations, 4 montrent un niveau de satisfaction plus bas chez les adhérents du managed care que chez les détenteurs d'une assurance conventionnelle (mais les résultats ne sont statistiquement significatifs que pour une).

⁷⁰ + 92% de croissance en nombre d'adhérents de 88 à 94, contre + 25% pour les HMOs sans but lucratif.

Ce jugement global recouvre deux éléments opposés.

On note en effet une **plus grande satisfaction des adhérents des HMOs sur les aspects financiers**, qui est constante en cumulant les deux revues (10 observations sur 10). Ceci renvoie à la meilleure prise en charge des HMOs, dans lesquels les « out-of-pocket costs », les dépenses à la charge des assurés, franchises, copaiements, ..., sont généralement moindres que dans les assurances traditionnelles ⁷¹.

En revanche ils sont **moins satisfaits des aspects non financiers**. Dans 7 observations sur 8 pour les études les plus anciennes, les adhérents des HMOs sont moins nombreux à évaluer positivement la qualité des soins ou la relation médecin-malade que les patients couverts par l'assurance traditionnelle. Les études plus récentes apportent une nuance :

- Pour la **population totale**, cette insatisfaction reste constante (les 7 observations vont toutes dans le même sens), et l'on voit bien, si l'on rapproche les deux dimensions de la satisfaction, que les patients échangent une moindre satisfaction sur les soins contre un coût moins élevé, en primes et en tickets modérateur ou franchises.
- En revanche, en contraste avec ce qui précède, les travaux portant spécifiquement sur des **populations à bas revenus** montrent majoritairement une satisfaction équivalente ou supérieure des patients HMOs par rapport aux patients dans des assurances avec paiement à l'acte (supérieure 3 études sur 4). Une seule étude (Davis et al, 1995) conclut que l'insatisfaction est encore plus grande chez les bas revenus que chez les autres adhérents.

Qualité des soins

Parmi les études sélectionnées publiées de 1993 à 1997, 15 (représentant 24 observations) abordent la qualité médicale, appréciée par divers indicateurs sur un certain nombre de situations. Leurs résultats sont contrastés, il y a autant d'observations qui montrent un écart significatif favorable aux HMOs que de résultats inverses.

En classant les études sur une grille, allant des plus favorables aux HMOs aux moins favorables, selon la convergence ou non des différents indicateurs utilisés, le caractère plus ou moins significatif des résultats, on voit (tableau ci-dessous) que les résultats sont très équilibrés. Les bons résultats concernent des populations et pathologies suffisamment diversifiées, couvrant des situations aiguës et chroniques, des adultes et des personnes âgées. Les résultats mixtes ou non significatifs couvrent une gamme encore plus large. Les détracteurs et partisans du managed care peuvent donc les uns et les autres trouver de quoi étayer leur argumentation.

⁷¹ Ceci est à mettre au crédit des HMOs, mais il est difficile de savoir si ces améliorations de couverture sont obtenues grâce à la sélection favorable dont peuvent bénéficier les HMOs. Pour Medicare, il est établi que le meilleur niveau de prise en charge des HMOs (qui couvrent par exemple les prescriptions pharmaceutiques, et dispensent les adhérents des polices d'assurance supplémentaires, appelées Medi-gap, qu'une grande partie des personnes âgées souscrit pour compléter les remboursements de Medicare) peut être financé notamment parce que le forfait payé est généreux compte tenu de l'auto-sélection favorable des 15% de patients qui adhèrent à ce type d'organisation.

Par ailleurs, là encore, cette couverture intégrale des services de soins était en cohérence avec une certaine conception héritée des premiers HMOs, qui constituaient des avancées sociales. Depuis 1990, il faut noter que les tickets modérateurs et parfois les systèmes de franchises se sont considérablement développés dans les MCOs. A titre d'illustration les statistiques nationales montrent par exemple que le ticket modérateur pour une consultation médicale est passé en moyenne de 1,18 \$ en 1987 à 4,51 \$ en 1993.

Types de résultats		Populations, situations pathologiques et indicateurs analysés
Meilleurs résultats pour MC (résultats significatifs)	3	Complications de l'appendicite, risque de décès en unité de soins intensifs, adultes et personnes âgées
Meilleurs résultats prépondérants (certains significatifs)	2	Stade de diagnostic de cancer
Meilleurs résultats, mais non significatifs	5	Risque de décès cancer du poumon, paramètre biologique chez les diabétiques, santé physique et mentale chez des malades chroniques adultes, état de santé chez des malades mentaux
Résultats identiques ou mitigés (meilleur ou pire)	7 (NS) 1 (Sig)	Pression artérielle chez des hypertendus Medicaid, risque de décès après chirurgie des coronaires, état fonctionnel dans une population d'arthritiques, capacités fonctionnelles pour des patients souffrant de lombalgies, pression artérielle chez des hypertendus (plusieurs types de HMOs analysés), divers paramètres biologiques et cliniques pour des diabétiques
Plus mauvais résultats, mais non significatifs	1	Santé mentale et physique chez des malades chroniques pauvres
Plus mauvais résultats prépondérants (certains significatifs)	2	Risque de décès par cancer du poumon, dépendance et décès chez des patients Medicare soignés à domicile
Plus mauvais résultats (résultats significatifs)	3	Santé mentale et physique chez des malades chroniques pauvres en très mauvaise santé, espérance de vie chez des personnes âgées Medicare, mortalité néonatale

Extrait de : Miller et Luft, 1997

Ces résultats ne sont guère différents de ceux publiés sur la période précédente (85 – 93). Pour 14 des 17 observations compilées à partir de 16 études, les indicateurs de processus ou de résultat étaient meilleurs, ou le plus souvent équivalents ou mélangés (bons et mauvais) dans les HMOs, comparativement au système de paiement à l'acte, là encore pour un large éventail de pathologies.

On peut cependant noter, dans les études récentes, un élément un peu inquiétant : les mauvais résultats démontrés de manière significative concernent notamment des populations parmi les plus fragiles : malades chroniques, bas revenus en mauvaise santé, Medicare dans les HMO médico-sociales,...(cf tableau). De la même manière, les résultats nettement défavorables aux HMOs dans les études antérieures concernaient des patients atteints de pathologies mentales. Ceci tend à étayer les arguments théoriques sur les risques de non qualité vis-à-vis de certaines populations (cf infra).

Au-delà des études quantitatives recensées ici, on peut également, comme dans l'analyse sur les coûts de production, faire état, à titre d'illustration, d'un certain nombre d'initiatives de HMOs pour mettre en place des programmes qualité : programme de prise en charge de l'asthme chez les enfants de familles pauvres (Allina Health System, Minneapolis), programmes d'accompagnement de fin de vie pour les malades et leurs familles (Health Care Partners Medical Group, Los Angeles), cliniques pour pathologies chroniques (Group Health Cooperative of Puget Sound, Seattle et Washington).

On peut tirer les conclusions suivantes de cet ensemble de données et d'analyses :

- Tout d'abord la variabilité des résultats montre que l'incitation à diminuer les coûts qu'ont les HMOs dans un marché concurrentiel est bien contrebalancée par d'autres incitations, sinon on aurait un ensemble de résultats équivalents ou plus mauvais.
- Mais en même temps, la qualité n'est pas meilleure non plus dans les HMOs, contrairement à ce que l'argumentaire théorique avance.
- Au total si les HMOs produisent des soins de qualité meilleure, identique ou plus mauvaise, selon les pathologies et les organisations, c'est qu'elles sont elles-mêmes très disparates. La qualité est d'ailleurs peut-être un élément plus pertinent à analyser au niveau du groupe médical que du MCO – ces deux notions ayant tendance à se recouvrir de moins en moins avec la tendance à l'élargissement des réseaux offerts par un même opérateur.
- Une raison de ces disparités est qu'améliorer la qualité des soins suppose une évolution des processus de soins. Or les changements dans ce domaine sont lents. Dans la période étudiée, les gains de productivité ont pu se faire assez facilement, en supprimant les dépenses inutiles sans toucher à la qualité des soins car il y avait beaucoup d'inutile (la pression sur les coûts pouvait même conduire à augmenter la qualité des soins comme le montre l'exemple du dépistage du cancer, favorable aux HMOs dans une étude) ; dès lors que ces gains de productivité les plus faciles ont été engrangés, les HMOs doivent vraiment faire du « reengineering » du processus de soins (meilleure coordination, etc.) pour gagner à la fois sur les coûts et sur la qualité, et seules les meilleures le font. Beaucoup ne font que répliquer les processus de soins à l'œuvre dans le paiement à l'acte, et les pratiques cliniques qui sont susceptibles d'améliorer la qualité exigent une organisation qui dépasse les capacités de beaucoup de plans (même si l'on cite en exemple un certain nombre d'innovations organisationnelles, ces vitrines des HMOs restent des initiatives ponctuelles).
- Par ailleurs on peut s'interroger sur les perspectives futures. Même dans les études les plus récentes, peu couvrent une période s'étendant au-delà de 92-93 : or cette période correspond à un tournant dans l'évolution du managed care, avec une intensification de la concurrence, et un renforcement très net de la pression sur les coûts. L'impact de cette nouvelle donne en termes de qualité n'est pas encore évalué.

Choix, information et protection du consommateur

On met en général au crédit de la concurrence l'amélioration de la transparence et de l'information mise à disposition du consommateur pour effectuer ses choix. Les publications de taux de mortalité hospitaliers sont ainsi citées en exemple de la transparence associée au pluralisme concurrentiel, alors que le monopole * est jugé synonyme d'une opacité que seuls des journalistes offensifs permettent de rompre⁷².

L'analyse de la réalité américaine montre que les choses sont plus complexes.

D'une part, la mise à disposition d'information procède moins de l'initiative du marché que du régulateur, celle-ci étant précisément motivée par un besoin de protection du consommateur que les abus mettent en évidence, même s'ils restent marginaux et ne reflètent pas une différence de qualité générale. Ensuite, même si des progrès ont été faits, l'information disponible est encore limitée en termes de pertinence, et en même temps foisonnante, ce qui ne facilite pas une vision claire des performances. Au total, la liberté de choix sur la base d'une information éclairée relève plutôt de l'argument théorique que de la réalité effective.

Les initiatives des régulateurs

⁷² Référence au *Science et Avenir* de 1997.

Dans la première moitié de l'année 1996, 33 Etats ont voté des lois pour améliorer la protection du consommateur vis-à-vis du managed care.

Cette protection juridique peut prendre plusieurs formes.

- Une législation fédérale sur les fraudes et abus prohibe certaines techniques de marketing.
- Des conditions minimales sont exigées pour que les MCOs soient autorisés à exercer, variables selon les Etats, une minorité demandant une procédure d'accréditation par un organisme externe. Jusqu'à récemment, les préoccupations concernaient surtout la viabilité financière ; les agences étatiques compétentes, chargées des assurances, ne s'occupaient pas de qualité, en cohérence avec une position classique selon laquelle ce sont les acheteurs qui décident de la qualité du produit qu'ils achètent, et que les consommateurs votent avec leurs pieds.

Mais la préoccupation de qualité est croissante, et divers organismes indépendants se sont créés pour proposer des procédures d'accréditation : NCQA (National Commission on Quality Assurance), AAAHC (Accreditation association for ambulatory health care), JCAHO (Joint commission on accreditation of healthcare organizations) qui a relancé récemment un programme d'accréditation des réseaux, URAC (Utilization review accreditation commission), TMQC (The medical quality commission), qui étudie les groupes médicaux et les IPA qui fournissent les soins dans le cadre de prépaiement ou capitation (institution californienne). La tendance nouvelle est d'aller en dessous du niveau HMO et de contrôler les entités avec lesquelles elle contractent, notamment lorsque ces dernières assument le risque financier : les groupes médicaux, les organisations avec praticiens et hôpital, les systèmes organisés de fourniture de soins. Dans certains Etats, par exemple en Pennsylvanie, la qualité des groupes médicaux est prise en compte.

La multiplicité des organismes accréditeurs, avec des batteries de critères différents, ne facilite pas forcément la lisibilité. Par ailleurs, certains de ces organismes, issus des producteurs eux-mêmes, sont parfois considérés comme insuffisamment indépendants par les administrations ⁷³.

- Des lois « anti-managed care » ont également été votées par les Etats pour restreindre la marge de manœuvre des HMOs ou les obliger à plus de transparence : il y a eu par exemple des tentatives, contrées par les HMOs, pour leur faire accepter tout praticien satisfaisant aux critères d'inclusion dans le réseau (sur le thème : accès du patient au professionnel de son choix, les HMO répondant que leur vertu principale était précisément de sélectionner les praticiens sur la base de la qualité). Maintenant que les praticiens cherchent à entrer dans la compétition en créant leurs propres réseaux organisés, la popularité de ces initiatives est en baisse.

Les nouvelles lois anti – managed care cherchent à protéger le consommateur en lui donnant accès à des informations autrefois secrètes qui concernent les relations au sein du HMO : on exige maintenant que soient portés à la connaissance des usagers les incitations financières données aux médecins, les critères de surveillance du recours aux soins, les référentiels de pratique clinique imposés aux praticiens, etc... L'idée est que ceux qui choisissent un plan doivent pouvoir comprendre toutes les implications de ce choix. D'autres lois concernent la manière dont les prestations sont fournies : il y a par exemple des obligations sur la durée de séjour en maternité, ou sur l'accès direct au gynécologue - obstétricien, des exigences de « point of service », ou l'exigence de reconnaître l'urgence ressentie.

Les résultats en termes d'information disponible

⁷³ Par exemple, dans le domaine hospitalier, la JCAH (joint commission on accreditation of hospitals) est jugée trop dépendante des producteurs. La NCQA est jugée par HCFA (Health Care Financing Administration, qui gère Medicare) comme plus indépendante, mais malgré tout Medicare a une procédure d'accréditation spécifique pour les HMOs qu'il propose à ses bénéficiaires, et juge ses critères plus sévères que ceux de la NCQA.

Des progrès ont été réalisés, notamment avec la mise au point d'une batterie d'indicateurs, HEDIS, par la National Commission on Quality Assurance. La version actuelle, HEDIS 3, est la tentative la plus aboutie. Certes les indicateurs d'accès, de qualité et de satisfaction y sont encore minoritaires par rapport à des indicateurs plus classiques de moyens et d'utilisation, mais ils sont de plus en plus présents. Certains Etats obligent tous les MCOs à collecter ces indicateurs, et commencent à éditer des guides à usage des consommateurs comparant les différents HMOs en exercice sur la base d'un choix de ces indicateurs. Par exemple l'Etat du Maryland publie dans un livret, pour chaque HMO, les indicateurs suivants :

- Opinions des adhérents sur :
 - leur satisfaction globale (% de patients très, moyennement, pas satisfaits),
 - la longueur des procédures d'entente préalable,
 - l'étendue du choix de médecins offerts,
 - la disponibilité de l'information,
 - les délais de rendez-vous,
 - la facilité d'accès à un spécialiste,
 - l'attention au patient,
- Qualifications des médecins, et stabilité du panel,
- Données quantitatives sur la prévention :
 - le % de patients vus par un médecin au cours de l'année,
 - les taux de vaccinations,
 - le % de femmes enceintes vues au cours des 3 premiers mois de grossesse,
 - le % de mammographies ou de frottis,
- Des questions d'opinions et des données objectives sur la qualité des soins prodigués : utilité des soins reçus, fonds d'œil pour les diabétiques,...

Là encore c'est à l'initiative des régulateurs que ces données sont mises à disposition du public. Par ailleurs, malgré les progrès que représente ce type d'information standardisée, ces mesures de performance restent sujettes à critiques :

- D'une part, la qualité des données, recueillies par les plans eux-mêmes, est parfois contestée (elle n'est contrôlée qu'assez rarement).
- Il est très difficile de contrôler les performances en fonction des populations prises en charge, ce qui peut aboutir à biaiser les résultats. Par exemple, une clientèle aisée sera plus réceptive à des programmes de prévention et permettra au HMO d'avoir un meilleur score sur les vaccinations ou les dépistages. Pour évaluer des performances par exemple en termes de mortalité hospitalière, et pour que cette évaluation ait un sens, il faut que les variations de risques aient bien été éliminées, ce qui est très complexe à faire (Luft, 1996).
- Enfin, on assiste à une inflation de la mesure de performance qui entache sa crédibilité ; tout le monde demande aux HMOs de rendre compte, par des jeux d'indicateurs parfois différents, parfois redondants (dans HEDIS il y a par exemple un jeu d'indicateurs spécifique pour Medicaid, la FACCT (foundation for accountability) mène des efforts séparés ; les données sur la satisfaction des consommateurs fleurissent également). Outre l'inquiétude que cette pléthore des mesures demandées porte atteinte à la qualité des données, les plans peuvent toujours mettre en avant l'une ou l'autre des mesures qui leur est favorable. L'idée qui circule également est que les plans font n'importe quoi pour sortir « les bons indicateurs HEDIS », au détriment d'autres initiatives de qualité.

Au total, la multiplication des mesures de performance ne contribue pas mécaniquement à augmenter la lisibilité du système.

Le résultat en termes de choix et d'information du consommateur

Le consommateur « choisit » par l'intermédiaire de son employeur. Or les employeurs limitent de plus en plus le choix des consommateurs finals en passant au financement forfaitaire, ce qui augmente les différentiels de coûts additionnels que doivent supporter les assurés.

A l'inverse cependant, il faut noter que le souhait du consommateur d'avoir accès à un panel large de médecins semble pris en compte dans les évolutions récentes (au moins dans certaines zones géographiques), avec l'élargissement des réseaux médicaux proposés par les intermédiaires.

Par ailleurs plusieurs facteurs limitent la capacité de choix éclairé du consommateur :

- Comme on vient de le voir, la multiplication des éléments publiés (un rapport de performance ici, une étude de satisfaction là, avec des sigles variés, NCQA, JCHAO, HEDIS, FACCT) n'aidant guère le consommateur à avoir une vision claire de la qualité.
- Le choix est limité par les fusions et la concentration.

La notion de choix du consommateur éclairé est donc plus complexe que ce que la théorie peut laisser penser.

En tout état de cause, il semble bien que dans un système concurrentiel, la qualité devienne une préoccupation centrale tant pour le régulateur que pour le consommateur. Il faut souligner la difficulté de mettre en place des mesures exhaustives, fiables et standardisées de la qualité, même si des progrès importants ont été faits, notamment avec HEDIS qui constitue un premier pas dans la bonne direction. Il reste cependant très imparfait et l'élaboration d'un système de ce type est un des coûts de l'introduction de la concurrence.

Au total, les résultats sur la qualité sont mitigés :

- les HMOs pratiquent plus volontiers la prévention que les plans traditionnels ;
- les assurés HMOs sont satisfaits de la prise en charge financière, en général meilleure que dans le système traditionnel (moins de frais à la charge du patient), mais moins satisfaits des autres aspects (ce qui renvoie à l'arbitrage entre niveau de couverture et limitation de la liberté de recours aux soins) ;
- les études empiriques ne sont pas concluantes sur la qualité des soins, appréciées par des indicateurs de résultats médicaux ; lorsque l'on compare des HMOs à des systèmes d'assurances traditionnelles, on a, selon les cas, des résultats favorables ou défavorables aux uns ou aux autres. On peut cependant noter que les mauvaises performances des HMOs concernent notamment des populations vulnérables (malades chroniques, pauvres, personnes âgées, personnes souffrant de troubles mentaux), qui sont moins à même d'exercer un rôle de consommateur averti et exigeant ;
- s'il est vrai que l'information du consommateur s'est développée dans les années récentes, c'est plus à l'initiative des pouvoirs publics, préoccupés par la question de la qualité à la suite de situations d'abus flagrantes, que des opérateurs en concurrence eux mêmes. D'autre part, la multiplication des mesures de performances publiées rend problématique la lisibilité d'une telle information pour le consommateur, d'autant plus que les employeurs ne font pas leur travail d'intermédiaire dans ce domaine.

B / L'évolution de la qualité liée au fundholding au Royaume Uni

Au Royaume Uni, le recul temporel limité, mais aussi l'absence d'un programme d'évaluation ambitieux conduisent à une évidence empirique très limitée sur l'impact du fundholding sur la qualité (qui était pourtant l'enjeu majeur de la réforme).

Il n'y a pas d'études comparatives sur des indicateurs de résultats. Une seule étude ayant tenté une mesure systématique de l'impact sur la qualité des soins n'a pas démontré de changement majeur.

Les seules évidences disponibles sont les suivantes :

- a - Des notions de qualité ont effectivement été introduites dans les contrats passés avec les producteurs hospitaliers (échanges d'information, communication hôpital – généraliste, accueil des patients, délais de rendez-vous).
- b - Les GPFH ont utilisé la possibilité de réinvestir les économies générées sur les budgets alloués en créant de nouveaux services à leur cabinet : kinésithérapie, diététique, consultations avancées de spécialistes se déplaçant au cabinet plutôt que de faire venir les patients à l'hôpital. De ce point de vue, on a bien une augmentation du service rendu, qui a été semble-t-il populaire chez les patients, même si ces services n'ont pas été évalués en termes de rapport coût/efficacité.
- c - L'opinion des généralistes fundholders est très positive, et ils sont convaincus qu'ils ont effectivement été en mesure de générer des améliorations de qualité pour les patients, notamment en termes d'accueil hospitalier.

3.4.3. L'impact de la concurrence sur la performance collective du système de soins

A / Sélection des risques et coûts de régulation

Même si chaque entrepreneur de soins est efficace pris isolément, l'agrégation de tous ces entrepreneurs peut affecter la performance d'ensemble d'un système concurrentiel, notamment en termes d'équité.

La concurrence entre entrepreneurs peut en effet poser des problèmes de sélection des risques comparables à ceux décrits dans la concurrence entre assureurs. On a vu dans la revue théorique de cette troisième partie qu'il existait une différence de degré plus que de nature entre les deux formes de concurrence étudiées (entre assureurs, d'une part, entre entrepreneurs d'autre part), notamment quand les entrepreneurs sont aussi des assureurs et que les prestations couvertes par le financement socialisé ne représente qu'une partie des dépenses de soins).

Les systèmes de concurrence entre entrepreneurs de soins doivent donc, eux aussi, mettre en place des mécanismes de régulation visant à compenser ex post des effets de sélection ou d'écrémage, qui, outre leur coût en équité, peuvent contrecarrer les effets positifs de la concurrence en termes d'efficacité (l'entrepreneur le plus efficace récupérant les plus gros consommateurs de soins).

Nous avons déjà rencontré des mécanismes de compensation des risques, dans le cas de la concurrence entre assureurs (cf partie 2) :

- En Californie, le « HIPC », qui s'adresse aux centrales d'achat d'assurance, soit à l'assurance hors entreprises, a mis en place d'une procédure d'ajustement au risque ex post, fondée essentiellement sur les diagnostics et les habituelles variables démographiques. Cette procédure vise à taxer les plans (usuellement des HMOs) qui bénéficient d'un effet sélection favorable, et à

subventionner les plans (usuellement des traditionnels), qui pâtissent d'un effet sélection défavorable.

- En Allemagne, une procédure de compensation entre caisses publiques, fondée sur le revenu des assurés, leur nombre d'ayants droits, et la structure par âge et sexe de la population. Les caisses locales (AOK), pourtant les seules à négocier les tarifs avec les producteurs affichent un coût par assuré supérieur à celui des autres caisses, même après la compensation. Elles allèguent la non pertinence de la procédure, qui ne tient pas compte, selon elles, du fait que les catégories sociales relevant de leur couverture sont moins aptes à consommer judicieusement des soins.

On développe ci-dessous deux autres expériences, qui se déroulent plus spécifiquement dans le cadre d'une concurrence d'acheteurs : en premier lieu, le système de forfait ajusté au risque selon lequel l'assureur public chargé de gérer MEDICARE (Health Care Financing Organization, HCFA) rémunère les HMOs prenant en charge des patients MEDICARE ; ensuite, le dispositif de capitation et d'ajustement ex post pour les caisses du régime obligatoire néerlandais.

Medicare

Aux USA, le programme MEDICARE, qui prend en charge une partie des dépenses de soins des personnes âgées est ouvert à la concurrence. A l'heure actuelle, chaque assuré peut rester dans le système FFS (paiement à l'acte) géré par l'opérateur public, ou se tourner vers un opérateur privé, de type HMO obligatoirement, qui lui proposera un réseau fermé de praticiens et une filière de soins organisée. L'intérêt pour l'assuré qui choisit le réseau fermé est qu'il bénéficie d'une prise en charge à prix très réduit de ses dépenses de médicaments, alors que, s'il reste dans le système traditionnel, il devra payer de sa poche ou souscrire une complémentaire d'un montant élevé pour ses médicaments. En quelque sorte, l'assuré qui ne tient pas au libre choix du praticien renoncera à cette liberté pour mieux se couvrir sur le médicament à moindre coût, alors que l'assuré pour qui cette liberté est importante acceptera de payer une assurance médicament plus élevée.

Le HMO est rémunéré par le Health Care Financing Administration (HCFA), gestionnaire de MEDICARE, sur la base de 95% du tarif historique par catégorie d'assuré. Les critères retenus pour définir les catégories d'assurés sont le sexe, l'âge et la région.

Il est de notoriété publique, et le Gouvernement en est conscient, que les HMOs retirent de forts profits de la gestion des patients financés par HCFA, en raison un mécanisme d'autosélection spontanée des patients. Les études qui comparent les patients adhérents aux HMO aux patients restant dans le système de l'assurance traditionnelle mettent en évidence ce phénomène, sur la base de plusieurs indicateurs. A âge et sexe identique, leur état de santé est meilleur (mortalité, morbidité déclarée) l'année précédant leur entrée dans le HMO que celui des personnes restant dans le système traditionnel, leur consommation de soins sur la période précédant l'adhésion est inférieure, et à l'inverse les patients quittant les HMO pour retourner dans le système sont les patients les plus coûteux (Riley, Lubitz et Rabey, 1991 ; Riley et alii, 1996 ; Morgan et alii, 1997). Les HMOs pratiquent peut être des formes subtiles d'écémage, mais ils semblent surtout bénéficiaires d'un effet d'autosélection spontané des assurés : le simple fait d'accepter une restriction dans le choix du médecin semble attirer plutôt des bons risques à l'intérieur de chaque catégorie actuarielle *, et le HMO dégage un bénéfice sans même gérer mieux que le plan traditionnel.

Le gestionnaire public souhaite aujourd'hui corriger cette autosélection en modifiant la capitation des HMOs de façon à ce qu'ils ne puissent plus tirer d'aussi grands profits de cette sélection propice. Pour ce faire, HCFA veut mettre en place une concurrence en deux étapes : en premier lieu, un marché interne (« bidding ») permet de fixer le montant de la capitation, en demandant aux opérateurs de fournir leurs prix de manière confidentielle et en choisissant le montant de la

capitation à partir de cette information collectée sur l'ensemble des plans ; en second lieu, les opérateurs ainsi capités démarchent les assurés, en leur proposant obligatoirement le prix qu'ils ont révélé à HCFA.

Cependant, l'instauration d'une telle concurrence à deux étapes pose des problèmes pratiques de mise en place.

- Tout d'abord, il convient de signaler que les plans sont très réticents et tentent de faire renoncer HCFA à son projet, ou bien tentent d'en obtenir une version adoucie. Ils craignent en premier lieu que, en les obligeant à révéler leurs véritables coûts, le marché interne ne les prive de leur profit (donc d'une forme de rente qu'ils prélèvent sur le système de soins), mais ils avancent aussi l'argument censé qu'une procédure à deux étapes augmente notablement les frais de mise sur le marché, ainsi que les risques commerciaux : la première étape ne fait pas que fixer le montant de la capitation, elle définit aussi plus strictement le panier standard proposé, et limite de ce fait la concurrence.
- Cette concurrence à deux étapes limite aussi le degré général de concurrence en introduisant une nouvelle barrière à l'entrée : seuls ceux qui sont passés par le quasi marché ont le droit de proposer leurs services aux utilisateurs finals. Donc, une fois réalisé le marché interne, on ne peut autoriser que ce soit à entrer avant la date d'un nouveau rendez-vous de négociations. Si on agrandit trop l'intervalle entre deux marchés internes, on interdit l'entrée de compétiteurs potentiellement innovants et on accroît la rente des présents. Si on réduit trop cette période, on augmente notablement les coûts et les risques pour les opérateurs, liés à la procédure de marché interne.

Le problème principal pour le régulateur est de réaliser deux arbitrages :

- 1 - Tout d'abord entre, d'une part, le besoin de contrôler la sélection des risques en limitant la gamme des produits sur lesquels les opérateurs se font concurrence, et, d'autre part, les coûts engagés par les opérateurs pour se soumettre au marché interne.
- 2 - Ensuite, entre le contrôle de la qualité et le nombre d'offreurs sur le quasi marché.

La méthode de fixation du prix capité à partir des informations fournies par les offreurs est l'instrument utilisé pour réaliser ces arbitrages : choisir le moins disant risque de décourager trop d'offreurs, et, partant, de limiter l'impact de la concurrence. Choisir au dessus du moins disant risque d'offrir des opportunités d'entente aux opérateurs, qui feraient ainsi financer par MEDICARE les services supplémentaires qu'ils proposent. Le détail des problèmes posés au régulateur se trouve en annexe 2.A.

L'exemple néerlandais

L'exemple néerlandais montre que, dans le cas d'une concurrence pure entre entrepreneurs, il convient aussi de prévenir les risques d'autosélection et les tentations d'écrémage de la part des acheteurs. On détaille ci-dessous les principes et l'application de ce mécanisme dans le cadre de l'introduction de la concurrence entre caisses aux Pays Bas.

Principe général

En l'année n-1, le gouvernement retient un niveau global de dépenses des caisses (hors primes nominales) pour l'année à venir ainsi que sa répartition entre grandes catégories de soins. Le ZiekenfondsRaad⁷⁴ (ZFR) calcule un budget par caisse sur la base des informations transmises par celles-ci sur les effectifs prévus par catégorie de risque. Ce budget est composé des capitations

⁷⁴ *Organisme qui veille à l'application des lois d'assurance maladie (AWBZ et ZFW) et qui distribue les fonds collectés (AWBZ et ZFW pour les caisses publiques, AWBZ seulement pour les assurances privées).*

individuelles modulées en fonction de la classe de risque. En fin d'année, les caisses transmettent les données concernant les risques effectifs et les dépenses engagées. Le budget est recalculé pour tenir compte des effectifs réels et des ajustements sont effectués pour déterminer la part du décalage entre ce budget et les engagements financiers de la caisse qui demeurera sous sa responsabilité.

Calcul de la capitation ajustée au risque

Pour le calcul de la capitation pondérée au risque, le ZFR dispose des coûts moyens par catégorie de risque calculés sur l'ensemble des caisses pour les années précédentes. Connaissant la représentation dans la population globale des facteurs de risque, il alloue des poids relatifs à chaque « catégorie de risque ». Ces poids prennent en compte la différence de coût observée entre les catégories de risques et leur représentation dans la population. Ils sont ensuite appliqués au budget de la catégorie de soins, en fonction des caractéristiques de la population effectivement couverte par chaque caisse, afin de déterminer la part qu'elle recevra.

Dans un premier temps (1993 et 1994), la capitation versée aux caisses se base sur l'âge et le sexe (38 classes), critères qui apparaissent rapidement trop grossiers. Depuis 1995, la capitation prend en compte un critère d'incapacité (de travail) et un critère régional, qui reflète probablement à la fois des effets d'offre (le coût des soins) et de demande (le profil de risque des populations couvertes). Ce dernier critère prend plus précisément en compte le degré d'urbanisation des lieux de résidence des personnes couvertes (5 catégories). Les variables utilisées pour calculer les capitations ajustées au risque sont donc au nombre de quatre (âge, sexe, région et incapacité). Ces facteurs d'ajustement présentent l'avantage d'être facilement observables et contrôlables. Il est peu vraisemblable qu'ils changeront dans les années à venir. En effet le modèle d'ajustement au risque, si imparfait soit-il, est suffisamment compliqué d'après le ZFR pour que les caisses ne puissent déterminer objectivement les risques pour lesquels elles seraient éventuellement sur-dotées et qu'elles seraient alors tenté d'attirer. En outre, le ZFR estime que l'imperfection de l'ajustement au risque constitue en soi une incitation pour les caisses à contrôler les coûts. En effet, dans l'hypothèse (non réaliste) où l'ajustement au risque permettrait d'éliminer toute la variance observée à l'intérieur d'une catégorie, l'incitation à gérer efficacement pourrait s'estomper (chaque caisse recevant alors quasiment ex ante le montant des dépenses qui seraient constatées ex post).

Ce calcul d'une capitation ajustée au risque porte sur l'ensemble des soins de ville. Depuis 1996, les soins hospitaliers (qui représentent 55% des dépenses) sont aussi partiellement inclus dans ce système de capitation. Le budget était jusqu'alors calculé sur une base historique. Il est désormais scindé en deux parties représentant respectivement les coûts fixes (63%), qui restent estimés sur une base historique et les coûts variables, calculés selon quatre indicateurs de volume et soumis pour leur part au modèle de capitation ajustée au risque.

Ajustements ex post

Ce système de financement sur la base d'une capitation ajustée au risque est nécessairement imparfait (cf. section 1 de cette partie) et doit s'accompagner d'une mutualisation des hauts risques. Van Barneveld et al. (1996) proposent le système suivant : l'assureur choisit en début d'année un groupe d'individus dont les dépenses vont être prises en charge collectivement par l'ensemble des assureurs. La proportion de personnes dont les coûts seront mutualisés est fixée pour chaque assureur. Chacun d'entre eux est libre de déterminer ses critères de sélection et peut en particulier exploiter les informations dont il dispose sur ses propres assurés⁷⁵. En fin d'année, les assureurs partagent les dépenses du groupe mutualisé. Les dépenses pour les personnes dont l'assureur se doute au départ qu'elles vont entraîner des dépenses supérieures à la capitation ajustée au risque sont donc mutualisées. Même si une personne génère ex post un déficit que l'assureur ne pouvait

⁷⁵ Les dépenses passées sont en particulier un bon estimateur des dépenses futures.

pas rationnellement anticiper, le risque d'écrémage disparaît puisque l'assureur n'était pas capable de détecter ce « haut risque ». La fonction d'assurance est maintenue mais la tentation de recours par l'assureur à l'écrémage est limitée.

Le système mis en œuvre aux Pays-Bas en 1997 s'inspire de ce modèle théorique si ce n'est qu'il opère une mutualisation non plus des risques ex ante mais des coûts constatés. Il oblige ainsi l'ensemble des caisses à supporter collectivement le surcoût engendré par des personnes dont les dépenses individuelles dépasseraient 4500 Florins par an⁷⁶. Ce mécanisme permet une mutualisation de 90% du surcoût et s'opère dans la limite des budgets déterminés par l'Etat pour l'ensemble des caisses. Il ne génère donc pas de déresponsabilisation collective comme le fait le contrat standard pour le marché privé.

Parmi les expériences étudiées, nous n'avons pas mentionné celle du NHS. En matière de sélection des risques, le système du GPFH limite les effets d'autosélection et une étude conclue à l'absence de pratiques détectables et significatives d'écrémage des patients (Bartlett, 1996).

En conclusion, les expériences étudiées montrent que :

- La sélection des risques existe bien dès lors que l'on met des assureurs en concurrence, même dans le cadre de la concurrence entre acheteurs.
- Essayer d'éviter des sélections par un mécanisme d'ajustement ou de compensation est une tâche extrêmement complexe, coûteuse, et aujourd'hui encore largement insatisfaisante.
- En tout état de cause, il est impossible d'atteindre une compensation « parfaite » ; en outre, parce que le régulateur ne peut distinguer les effets de sélection des effets d'efficacité, tout mécanisme de correction de l'effet de sélection risque de brider les effets d'efficacité attendus de la concurrence.

3.4.4. Les coûts totaux

Sans prétendre documenter cet aspect de manière exhaustive, on peut simplement, à l'appui de la thèse selon laquelle on ne peut pas a priori attendre de la concurrence des performances sur la maîtrise des coûts totaux, donner à titre d'illustration les évolutions comparées des dépenses aux Etats-Unis et en France sur la période récente.

Le ralentissement de la croissance des dépenses aux Etats-Unis, réel par rapport à la tendance passée, est imputé à l'intensification de la concurrence. Ceci n'est pas obligatoirement contradictoire avec ce qui a été dit précédemment, à savoir qu'il n'y a pas d'évidence concluante sur le point de savoir des gains de court terme, les MCOs peuvent infléchir la trajectoire des dépenses. En effet, d'une part la seule progression de la part de marché du managed care peut permettre d'engranger chaque année des gains de productivité supplémentaires, d'autre part on a vu sur quelques exemples que les MCOs peuvent exercer un effet d'entraînement sur les assureurs traditionnels en place.

Néanmoins, si l'on regarde le résultat global, la France a fait mieux que les Etats-Unis, sur la même période, du strict point de vue de la maîtrise des coûts globaux :

⁷⁶ Sur la base des données disponibles (pour 1992) dans l'article précédemment mentionné de van de Ven, on peut estimer que ce mécanisme concerne entre 7 et 8% des personnes couvertes.

Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé per capita, à prix constants

	Etats-Unis	France
1991-1993	4.1%	3.8%
1994-1995	3.5%	1.0%

Synthèse et discussion

Pour résumer les résultats de cette troisième partie sur la concurrence entre acheteurs / entrepreneurs :

On analyse des modes d'organisation visant à restreindre la concurrence en séparant le paiement de la prime d'une part et le choix de l'assureur d'autre part. Techniquement, cette concurrence restreinte peut se dérouler comme suit :

- La puissance publique s'intercale entre les bénéficiaires finals et les assureurs pour collecter des contributions financières. Afin de garantir l'équité du système, ces contributions sont fondées sur le revenu de l'assuré et non pas liées au risque de l'individu.
- La puissance publique verse alors aux assureurs une capitation reflétant le mieux possible le coût actuariel de l'individu. Ainsi, l'assureur se trouve dans la situation théorique d'un assureur concurrentiel, mais il lui est interdit de démarcher le bénéficiaire en jouant sur le prix de la couverture.
- Les assurés choisissent un plan en fonction des services proposés, dans la limite d'un plan standard couvrant un certain nombre de risques sanitaires, mais avec une latitude sur les identités des producteurs et les méthodes employées.

Plus que la concurrence complète entre assureurs, c'est cette forme de concurrence restreinte qui est considérée, dans certains pays européens, comme une voie de réforme possible du système de santé. Elle a inspiré le plan Dekker-Simmons aux Pays-Bas, et les propositions de certains assureurs en France (projet AXA).



La concurrence restreinte est elle en mesure d'améliorer le fonctionnement de notre système de soins, sans tomber dans les travers de la concurrence complète entre assureurs, à savoir l'inéquité entre riches et pauvres, et entre bons et mauvais risques ?

On peut reformuler la question différemment en s'interrogeant sur ce que l'on attend d'assureurs en concurrence dans un tel cadre.

La conviction est aujourd'hui largement répandue qu'au-delà des comportements individuels des médecins et des patients, les sources d'inefficience renvoient à des problèmes d'organisation, de coordination, de gestion des processus de soins. La complexité de la prise en charge des patients, la multiplicité des intervenants et leur spécialisation croissante, les cloisonnements institutionnels, la relative inorganisation de notre système (très grande liberté tant du côté des producteurs que des consommateurs) ne conduisent pas spontanément à optimiser les processus de soins, tant en termes de qualité (continuité et coordination des soins) que de coût (soins inutiles, redondants, ...). Cette idée n'est pas neuve et on la retrouve à l'œuvre dans les projets de réseaux ou de filières.

La difficulté, c'est en effet que dans notre système, aucun acteur n'est responsabilisé sur la prise en charge globale d'un patient donné

C'est donc bien ce rôle d'opérateurs intermédiaires que proposent de jouer les assureurs, ce rôle « d'entrepreneurs de soins », incités à la fois à réduire les coûts et à améliorer la qualité pour gagner des adhérents, et mettant en œuvre pour ce faire l'ensemble des outils de la gestion du risque entendue au sens large, c'est-à-dire tous les outils du « managed care » américain.

Dès lors la question n'est pas « la concurrence est-elle souhaitable », mais bien : les assureurs en concurrence sont-ils mieux à même que le monopole public d'exercer cette fonction d'entrepreneur de soins ? Avec quels risques ? Y-a-t-il d'autres formes organisationnelles possibles ?

Au passage, plus d'organisation et d'ingénierie dans le système de soins signifie nécessairement, d'une manière ou d'une autre, plus de contrainte pour les producteurs de soins et/ou pour les patients ; l'idée avancée par les promoteurs de la concurrence entre acheteurs en France selon laquelle cette concurrence se ferait sans conséquence pour les médecins et les patients n'est pas tenable, sauf à dire que les opérateurs ne jouent qu'un rôle de tiers payeur passif, auquel cas on ne voit guère l'avantage de cette formule.

Rappelons également qu'il faut comparer des choses comparables, donc des formes organisationnelles (concurrence ou monopole) disposant potentiellement des mêmes outils.



Que nous apportent les expériences étrangères ? En premier lieu, l'introduction de la concurrence aux Pays Bas et en Allemagne est encore embryonnaire en termes de capacité des caisses à peser sur l'offre de soins et donc à jouer ce rôle d'entrepreneur. La principale expérience reste donc celle des HMOs aux USA, dont on a vu qu'elle mêlait concurrence entre entrepreneurs et concurrence entre assureurs. De cette unique expérience on peut tirer que :

1. **Les assureurs opérant avec des réseaux de soins** - et surtout des réseaux fermés de type HMOs - **ont indéniablement obtenu des résultats en termes de réduction des coûts**, notamment sur l'hospitalisation et les traitements et examens coûteux, grâce à l'organisation de filières de soins, à l'utilisation de référentiels de pratique médicale, à la sélection des médecins (mais la tendance est aujourd'hui à l'élargissement des réseaux), à l'ajustement des capacités d'offre aux besoins. Ils ont fait preuve également d'une capacité à peser sur les tarifs des producteurs, et à gérer le « capital santé » des patients en investissant plus souvent dans la prévention. En revanche **rien n'indique que la concurrence puisse brider l'inflation médicale sur le long terme.**

2. **La dégradation de la qualité des soins**, souvent évoquée comme prix à payer pour cette élimination des dépenses inutiles, **ne semble pas être une conséquence générale** de l'introduction du managed care. Les résultats sont en effet mitigés : lorsque l'on compare des HMOs à des systèmes d'assurances traditionnelles, on a selon les cas des résultats favorables ou défavorables aux uns ou aux autres. On peut cependant noter que les mauvaises performances des HMOs concernent notamment **les populations les plus vulnérables** (personnes âgées, patients atteints de troubles psychiques) qui sont moins à même d'exercer un rôle de consommateur averti et exigeant et **reçoivent plus souvent des soins de qualité dégradée**. La question de **l'information du consommateur**, que l'on pourrait croire spontanément mieux organisée dans un système concurrentiel, reste posée (les développements récents conduisant à un foisonnement peu lisible pour l'assuré).

3. L'impact de la concurrence sur les coûts des soins dépend fortement du contexte dans lequel elle s'exerce :

- Tout d'abord, le rapport de forces existant au sein du système de soins conditionne la capacité des assureurs à peser sur les coûts unitaires des services fournis par les prestataires : des offreurs très excédentaires peuvent effectivement réduire leurs coûts unitaires face à des assureurs concurrentiels, mais, en revanche, une offre très cartélisée et puissante pourrait profiter de la concurrence entre assureurs pour augmenter sa rémunération.

- Ensuite, **la forme du HMO**, à savoir un Réseau de Soins Coordonnés avec contrat exclusif (le médecin ne soigne que des patients du réseau, l'assuré n'est pris en charge que s'il consulte dans le réseau), **est la forme sur laquelle porte l'essentiel des études empiriques sur les performances du managed care**. Or cette forme **est en perte de vitesse** : sous la pression de la demande, on assiste à un recul de l'intégration verticale et des réseaux fermés, au profit du développement de formes plus souples de managed care.

- **Il y a donc un certain décalage entre les résultats observés et la configuration actuelle de la concurrence**. Or pour autant qu'on puisse en juger sur quelques exemples, les réseaux plus souples ont des performances moins bonnes que les réseaux fermés, ce qui est d'ailleurs conforme aux attendus théoriques (exemple de l'accouchement avec une durée de séjour réduite à un jour pour 80% des femmes dans les HMOs et 60% dans les autres plans - aujourd'hui majoritairement des PPOs).

- On assiste même, dans les zones où la concurrence est la plus vive, à une évolution extrême, peu prévue par les promoteurs du Managed Care, dans laquelle **tous les plans conventionnent le plus grand nombre possible de producteurs de soins**. On a peu de recul sur ces évolutions mais il est clair que les gains éventuels deviennent alors indépendants du contrôle exercé par l'assureur et ne peuvent provenir que d'actions au niveau des groupes de médecins : **l'assureur assume de moins en moins sa mission d'entrepreneur de soins**.

- Ce phénomène est renforcé par la tendance croissante des assureurs à transférer le risque financier sur les groupes médicaux avec lesquels ils contractent : dès lors, **ce sont les groupes de médecins qui assurent alors cette fonction « d'entrepreneur de soins », l'assureur devenant un simple intermédiaire**.

4. La concurrence entraîne en outre des coûts importants, de transaction et d'échelle, qui peuvent menacer les gains réalisés par la gestion du risque. Pour contrer cette menace, **les assureurs ont recours à l'intégration horizontale**, comme le confirme l'expérience américaine de ces dernières années ; cette intégration horizontale menace à son tour l'exercice même de la concurrence, en laissant finalement l'offre d'assurance aux mains de quelques compagnies géantes, dont la capacité à gérer le risque sans diminuer la qualité n'est pas nécessairement supérieure à celle du monopole public.

5. Les coûts de régulation de la concurrence sont également très élevés (contrôle de la qualité, tarification ajustée au risque, réglementation), comme le montre l'expérience américaine mais aussi celle des Pays-Bas. Il est illusoire de croire que la compétition se substitue à la régulation : il s'agit d'une autre forme de régulation, largement aussi complexe.

6. La concurrence entre des assureurs, même restreinte au sens ici évoqué, **entraîne toujours un risque de sélection et, partant, d'inéquité** : en fait, dès que l'assureur est rémunéré par un paiement prospectif forfaitaire pour fournir des soins, il est incité financièrement à ne les fournir qu'aux bons risques et donc à pratiquer l'écrémage.

Sur ce dernier point, comme on l'a vu dans la partie 2, il est totalement illusoire de croire, comme il arrive souvent en France, qu'une pondération des forfaits sur un ou deux critères simples, comme l'âge et le sexe, suffit à éliminer ce problème. Toutes les études montrent que ces critères ne capturent qu'une très faible part de la dispersion des coûts, et les exemples concrets aux Pays-Bas et dans le système Medicare aux Etats-Unis montrent que ce problème de la sélection des risques n'a rien de théorique. A âge et sexe identique, les patients Medicare qui choisissent les HMOs sont en meilleure santé que ceux qui restent dans le système traditionnel. Qu'il s'agisse d'ailleurs de pratiques volontaires d'écrémage de la part des assureurs ou de phénomènes d'auto-sélection spontanée de la part des assurés, le résultat est de créer une rente pour les assureurs, qui ne dépend en rien des efforts qu'il font pour mieux gérer, ce qui est socialement contre-productif.

Ce risque de sélection ne concerne pas que les assureurs. Il existe dès lors qu'il y a paiement prospectif, par exemple pour un médecin ou un hôpital (cf les débats sur ce thème suscités par les projets de tarification par groupe homogène de malade pour les cliniques privées). Mais il existe un risque spécifique aux assureurs : si une part non négligeable de la dépense de soins échappe au régime de base, **l'assureur pourra réintroduire les mécanismes et les défauts de la fonction d'assurance, en liant des rabais sur les primes de ses complémentaires à l'inscription dans son réseau de couverture de base.** C'est ce que font les plans en concurrence sur MEDICARE.



On peut donc au total, sur la base de l'expérience américaine, s'interroger sérieusement sur le rapport bénéfice / risque d'une mise en concurrence des assureurs. Des bénéfices existent mais ils dépendent du contexte de mise en concurrence, et la dynamique actuelle du marché conduit à s'interroger sur leurs limites. Des dangers existent pour les populations les plus vulnérables ; ces dangers sont inévitables en matière de sélection des risques, problème pour lequel aucune régulation du marché, même complexe, n'a trouvé de solution satisfaisante.

Mais les assureurs sont-ils les seuls opérateurs possibles ? Ne peut-on trouver d'autres formes organisationnelles pour développer cette fonction « d'entrepreneur de soins ? »

Dans le contexte concurrentiel même, l'expérience britannique fournit une alternative, qui mérite réflexion, de développement de la fonction d'entrepreneur de soins à partir des producteurs de soins eux mêmes : les généralistes gestionnaires de budget (General Practitioners Fundholders, GPFH). En effet, en choisissant les prestataires de second recours (spécialistes, examens complémentaires, hospitalisation), en négociant les prix et la qualité des services qu'ils achètent, en organisant non pas seulement leur propre pratique mais l'ensemble de la filière de soins du patient, sur laquelle ils sont responsabilisés financièrement, ils exercent bien une fonction de coordination et de gestion des soins pour le compte du patient, ils jouent ce rôle d'entrepreneurs décrit ci-dessus.

De cette expérience, on tire les enseignements suivants, qui ne sauraient être définitifs, tant le recul de l'expérience est faible. Il est notamment difficile de séparer, dans les résultats constatés, ce qui ressort de la sélection des généralistes (seuls les « meilleurs » ou les plus chers font partie de l'expérience) et ce qui ressort de la capacité d'ensemble du système à évoluer.

■ **La réforme a effectivement poussé les généralistes à mieux gérer leur budget de prescription.** En effet, les GPFHs ont réussi à diminuer les dépenses en médicaments, en augmentant la part de génériques, et en réduisant les volumes globaux consommés. Comme dans le cas des HMOs, il s'agit là aussi d'un gain une fois pour toutes et non d'un infléchissement de l'inflation.

- **Le système semble moins coûteux en termes d'équité et de qualité que la concurrence entre HMOs.** De premiers indices semblent montrer que le système du GPFH n'a pas donné lieu à l'écrémage systématique des mauvais risques, et que les médecins bénéficiaires ont réinvesti leurs gains en qualité et en services supplémentaires. En outre, par construction, le généraliste gestionnaire de budget ne peut porter la concurrence sur les produits d'assurance complémentaire et réintroduire les effets néfastes de la concurrence entre assureurs, comme le font les HMOs (par exemple sur MEDICARE).
- **Le paiement prospectif joue un rôle aussi important que la concurrence pour faire évoluer un système vers plus d'efficacité productive :** ces effets ont été obtenus alors que les GPFH sont soumis au paiement prospectif, mais à une menace concurrentielle somme toute assez faible.



Par ailleurs, les évolutions récentes tant aux Etats-Unis qu'au Royaume-Uni semblent **montrer l'émergence d'une forme organisationnelle alternative, celle de réseaux de producteurs responsabilisés financièrement et assurant cette fonction « d'entrepreneurs de soins » :**

- aux Etats-Unis, il est frappant de constater que le mode émergent et innovant de HMO est constitué par les Provider Sponsored Organizations, PSOs, qui ne sont autre chose que **des réseaux de producteurs traitant directement avec les acheteurs** que sont les employeurs d'une part, Medicare d'autre part ; il y a beaucoup de débat pour savoir si ces formes organisationnelles ont la capacité gestionnaire nécessaire, mais certains exemples semblent montrer qu'elles ont des résultats parfois spectaculaires en matière de maîtrise des coûts ;
- au Royaume-Uni, il est intéressant de noter qu'à partir d'un système reposant sur la responsabilité **individuelle** des producteurs, dans certaines zones **les fundholders ont créé des groupes pour fonctionner en réseau** et mettre en commun une partie de leur capitation pour se bâtir des outils de contrôle de la qualité ; on retrouve donc, à partir d'une dynamique inverse, le résultat de réseaux de producteurs.

En Allemagne, des réflexions ont lieu semble-t-il également sur la possibilité de passer du système des budgets individuels actuels (qui avait lui même succédé à une enveloppe collective) à un paiement forfaitaire à des réseaux, donc un niveau intermédiaire.

Cette formule de coordination, émanant des professionnels, pourrait être porteuse d'une meilleure organisation du processus de soins, et d'un meilleur rapport coût/qualité du système. Il faudrait bien entendu des réseaux beaucoup plus structurés que ne le sont aujourd'hui les réseaux expérimentaux, responsabilisés financièrement par un paiement prospectif par patient. Mais on peut penser qu'alors une contractualisation, éventuellement peut-être au niveau régional plutôt que national, pourrait être envisagée sans que l'intermédiaire d'un opérateur de type assureur soit nécessaire (au passage, si, comme le montre l'évidence empirique, l'assureur transfère de plus en plus le risque sur les producteurs, on peut s'interroger sur son utilité : c'est d'ailleurs le raisonnement qui a abouti à l'émergence des PSOs aux Etats-Unis).

Cependant, la concurrence entre des réseaux de producteurs pose aussi des problèmes, d'équité, d'organisation et de capacité :

- elle **n'exonère pas du problème de la sélection des risques**, inhérent à toute « responsabilisation financière » par paiement forfaitaire, et de sa nécessaire régulation. Ceci pose également le problème de la taille du réseau, qui ne doit pas être trop restreint, car alors la tentation de l'écrémage est forte, mais ne doit pas non plus être trop vaste pour éviter la dilution des responsabilités ;

- organiser et gérer les soins suppose une **capacité à extraire et traiter l'information**, ce qui requiert d'une part des capitaux financiers pour s'équiper en moyens, d'autre part des **compétences et du temps à consacrer à l'organisation**.

4. CONCLUSION

La concurrence dans l'assurance maladie est souvent présentée comme un levier de changement dans des systèmes publics que l'on estime sclérosés.

Cette idée a gagné du terrain en Europe dans la dernière décennie, et plusieurs pays ont lancé des réformes d'envergure tendant à insuffler des mécanismes de marché dans les systèmes de santé, en s'inspirant des États-Unis, où la concurrence est élevée au statut de religion. Les Pays-Bas, l'Allemagne ont ainsi cherché à introduire une compétition entre assureurs.

Mais cette notion assez vague de concurrence entre assureurs recouvre deux réalités différentes :

- 1 - Soit il s'agit réellement d'un marché de l'assurance, c'est-à-dire qu'on laisse les assurés choisir eux mêmes leur niveau de couverture et que celui-ci influence la prime payée.

Tant les arguments théoriques que les expériences des pays ayant tenté d'introduire une forme de concurrence entre assureurs dans le domaine de la santé montrent que, si on laisse les assurés choisir eux mêmes leur niveau de couverture et que celui-ci influence la prime payée, on diminue notablement l'équité du système de soins, sans pour autant gagner de manière très nette en efficacité, tout au moins en capacité des assurés à faire des choix éclairés.

En France, en tout état de cause, on relève une large convergence autour de l'idée que ce type de concurrence serait néfaste.

- 2 - Une autre variante consiste à organiser la concurrence sur une partie seulement du métier d'assureur maladie, celle qui est liée à la fourniture des soins aux assurés.

Contrairement aux apparences, les réformes néerlandaise et allemande n'ont pas introduit une telle concurrence entre acheteurs dans leur système de soins, et l'essentiel des décisions reste pris au niveau national.

L'expérience la plus aboutie est celle des USA (HMOs). Mais nous avons été amenés à mettre en parallèle une autre expérience, celles des généralistes gestionnaires de budget au Royaume Uni (GPFH), bien que ces deux systèmes soient souvent opposés (selon une distinction concurrence entre assureurs / concurrence entre producteurs). Ce qui rapproche ces expériences, c'est qu'elles ont en commun l'élaboration d'une fonction intermédiaire entre l'acheteur de soins d'une part (l'employeur aux USA ou l'administration fédérale ou étatique dans le cas de Medicare et Medicaid, la puissance publique au Royaume Uni) et l'ensemble des producteurs individuels d'autre part, fonction que nous appelons « d'entrepreneur de soins ».

Or, c'est bien cette fonction d'entrepreneur, ce rôle de coordination et de gestion du processus de soins, que l'on cherche à faire émerger, et que les assureurs se proposent d'assumer. L'expérience britannique montre qu'ils ne sont pas les seuls opérateurs possibles.

Dans ces deux cas, on constate une certaine efficacité des entrepreneurs de soins à réduire les coûts à qualité égale. Cette efficacité se paye d'un risque plus élevé d'inéquité dans le cas des HMOs. L'expérience américaine semble en outre conduire à un sorte d'impasse : les réseaux sont de moins en moins restrictifs, les assureurs reportent leurs missions d'organisation des soins et sur les producteurs.

A l'issue de ce passage en revue des arguments théoriques et de quelques expériences étrangères, nous tirons les enseignements suivants :

1. La concurrence est une des solutions organisationnelles possibles à l'élaboration d'une **fonction d'entrepreneur de soins**. L'expérience américaine montre qu'il est possible d'engranger des gains de productivité sur les processus de soins, sans dégradation systématique de la qualité

(mais avec un risque pour les populations les plus vulnérables). Mais la dynamique actuelle de l'évolution du marché, avec des réseaux de plus en plus larges, des concentrations massives, des transferts du risque financier sur les médecins, conduit à douter que dans les formes les plus évoluées de concurrence, les assureurs continuent à exercer réellement leur rôle d'entrepreneur de soins. Le recul est faible sur **l'expérience britannique** et les résultats moins spectaculaires, mais l'on observe là aussi une dynamique de réduction des coûts et d'amélioration de service. Dans les deux cas, les gains sont semble-t-il de court terme.

2. **L'introduction de la concurrence ne suppose nullement un moindre degré de la régulation du système de soins par la puissance publique** : l'établissement et le contrôle d'entrepreneurs de soins intermédiaires requiert, de la part du régulateur, la définition des biens et services couverts, l'évaluation de la capitation payée aux entrepreneurs de soins, le contrôle de la qualité du service rendu, l'admission de nouveaux entrepreneurs et les sanctions contre les entrepreneurs déficitaires.
3. **La concurrence n'est théoriquement pas la seule forme organisationnelle permettant d'envisager l'élaboration de cette fonction d'entrepreneur de soins**, même si elle est la seule à avoir été sérieusement essayée, et donc étudiée dans le présent travail : il n'est pas certain que la concurrence réalise un choix optimal sur les trois objectifs, partiellement contradictoires, que doit viser une réforme du système de soins : amélioration de la gestion du risque, diminution des coûts y compris de gestion, équité. **Il conviendrait notamment, avant de se prononcer, de simuler les conséquences de formules d'aménagement du monopole *, encore peu expérimentées, telles que le marché interne contestable ou la concurrence simulée** (yardstick competition) qui consiste à maintenir des monopoles publics locaux en les responsabilisant financièrement.
4. Au sein même de l'option concurrentielle, **il existe de notables différences entre la concurrence entre assureurs d'une part, et la concurrence entre des généralistes gérant les soins secondaires de leurs patients d'autre part**. La différence principale est que **la concurrence entre assureurs, même restreinte, peut poser des problèmes d'équité plus graves**, pour peu que la couverture de base ne couvre qu'une partie des dépenses de soins : des assureurs vendant simultanément de la couverture complémentaire et les prestations de base ont plus de latitude que des réseaux de producteurs pour faire jouer la concurrence sur le montant total de la prime d'assurance maladie. Ce problème se pose aussi en dynamique : un système de concurrence restreinte entre assureurs peut dériver vers la concurrence complète pour peu que les prestations couvertes par la sécurité sociale représentent une part de plus en plus faible de l'ensemble des biens disponibles dans le domaine des soins.
5. Les évolutions récentes tant aux Etats-Unis qu'au Royaume-Uni semblent **montrer l'émergence d'une forme organisationnelle alternative, celle de réseaux de producteurs responsabilisés financièrement et assurant cette fonction « d'entrepreneurs de soins »**. Cependant, la concurrence entre des réseaux de producteurs pose aussi des problèmes d'équité, d'organisation et de capacité des professionnels à assumer ce rôle.

Glossaire

Glossaire des principaux termes économiques employés

CATÉGORIES ACTUARIELLES

Au sein d'une catégorie actuarielle, le risque espéré est constant. Tous les individus d'une même catégorie partagent donc le même risque objectif et mettent en commun leurs primes pour s'abriter contre le risque non prévisible, aléatoire.

EFFICACITÉ PRODUCTIVE / EFFICACITÉ ALLOCATIVE

L'efficacité productive est la capacité à produire une unité de résultat (output) au moindre coût (ou, ce qui revient au même, à produire le plus d'unités possibles pour un coût donné). L'efficacité allocative est la capacité à affecter au mieux les ressources. Au sein d'une entreprise, l'efficacité productive est de court terme (comment produire au mieux étant donné le capital et le travail disponibles), l'efficacité allocative est de long terme (quelles quantités respectives de travail et de capital acheter). Au sein d'une économie nationale, l'efficacité allocative est atteinte si les différents postes de consommation (santé, logement, éducation, alimentation etc.) concourent via des prix de marché, ce qui permet de consacrer à chaque poste la part de la richesse nationale correspondant aux préférences individuelles.

ENVIRONNEMENT INCERTAIN

L'environnement est incertain dès que le sort de chaque individu pour une période donnée n'est pas connu avec certitude. L'information peut cependant être parfaite : cela signifie que je connais le risque moyen de la catégorie, mais évidemment pas le sort de chaque individu de la catégorie.

INTÉGRATION HORIZONTALE

Mécanisme par lequel deux opérateurs produisant la même chose se regroupent pour accroître leur marché. Le regroupement prend souvent la forme d'une inclusion, ce qu'on appelle aussi concentration.

INTÉGRATION VERTICALE

Mécanisme par lequel des opérations successives d'un processus de production sont prises en charge par un seul et même opérateur. L'assureur qui achète un hôpital procède ainsi à une forme d'intégration verticale.

MONOPOLE

Un agent économique est un monopole s'il est seul à proposer un bien ou un service. Il s'agit toujours d'une notion relative, la SNCF étant monopole du service transport ferroviaire, mais pas du service transports.

MONOPSONE

Un agent économique est un monopsonne s'il est seul à acheter un bien ou un service. Par exemple, l'Etat est seul acheteur de nucléaire militaire. Là encore, le monopsonne est relatif, l'Etat d'un pays X n'étant monopsonne que sur son territoire.

OLIGOPOLE

Un groupe d'agents forment un oligopole s'ils sont en nombre restreint pour proposer un bien ou un service ; ils sont en nombre suffisamment restreint pour que l'action d'un d'entre eux ait des répercussions sur le marché, par exemple sur les prix. L'oligopole ne signifie pas nécessairement entente ou cartel ; il s'oppose au marché pur et parfait, dans lequel chaque producteur prend les prix comme fixés et ne peut pas influencer sur les prix, même en décuplant son offre.

PAIEMENT PROSPECTIF

Méthode de rémunération d'un prestataire de services visant à payer à l'avance un service défini. Les actes à mettre en œuvre pour obtenir ce service font éventuellement partie d'un cahier des charges, mais ne sont pas rémunérés en tant que tels. Le cahier des charges pourra par exemple imposer que le service « prise en charge des maladies cardiaques » s'accompagne d'une anesthésie en cas d'opération à cœur ouvert, mais l'acheteur ne rémunérera pas l'acte d'anesthésie à chaque fois qu'il est pratiqué.

RISQUE ENDOGÈNE / EXOGÈNE

Un risque est dit endogène si l'individu peut avoir une influence sur sa réalisation ; par exemple, le risque de cancer du poumon est partiellement endogène.

PARTIE 2 - Annexes

ANNEXE 1

Typologie fonctionnelle des systèmes de santé

Cette annexe vise à compléter l'introduction générale du rapport et permet de mettre en perspective le choix d'opposer « concurrence entre assureurs » et « concurrence entre acheteurs de soins ».

5. LA TYPOLOGIE UTILISÉE DANS LE PRÉSENT RAPPORT

Il est fréquent d'entendre proposer, comme remède aux problèmes de coût et de financement du système de santé, la concurrence entre assureurs d'une part, la concurrence entre producteurs d'autre part.

En fait, comme le soulignent Ellis et McGuire (1993), les remèdes résident plutôt dans la « mise au risque » de certains acteurs du système de soins, les consommateurs d'une part, les producteurs d'autre part. Même si on peut contester le caractère réducteur de la mise au risque comme seul outil valide de contrôle des coûts, ce concept permet de distinguer utilement les fins et les moyens :

la fin est effectivement de modifier les comportements des acteurs fondamentaux (consommateurs et producteurs) sur le « marché » (au sens le plus banal de lieu de contact) des soins ;

la « concurrence » n'est qu'un moyen, une forme d'organisation qui peut permettre, éventuellement, et sans doute pas exclusivement, d'obtenir cette modification des comportements.

Quant aux assureurs (y compris public), ils ne sont pas un acteur fondamental du marché des soins, mais de simples intermédiaires (« third party ») :

- Ils collectent les demandes de couverture des patients face à un événement incertain qu'est la survenue d'une maladie (fonction d'assurance au sens de van de Ven, Schut et Rutten, 1994).
- Ils achètent éventuellement des soins aux producteurs pour les offrir aux assurés. Ils jouent alors le rôle d'acheteurs éclairés, dans une transaction opaque pour le patient, et marquée par une forte asymétrie d'information en faveur du producteur (fonction d'agence au sens de van de Ven, Schut et Rutten, 1994).

On peut cependant fort bien se passer d'eux si on décide que la relation directe entre un médecin et un patient (qui en a les moyens) le payant de sa poche est la meilleure organisation du système de santé.

5.1. Que signifie mettre le consommateur au risque ?

- Lui faire supporter les conséquences financières de son aversion personnelle pour le risque maladie : les plus désireux de couverture paieraient plus cher.
- Le responsabiliser lors du contact avec des producteurs de soins par le biais de franchises, de tickets modérateurs ou de plafonds de dépenses qui le pousseront à modérer le médecin trop « généreux ».
- Le pousser à améliorer son état de santé ou tout au moins à ne pas le dégrader, en récompensant ses progrès par un bonus, en sanctionnant sa dégradation par un malus.

De ces trois mises au risque, seule la première justifie pleinement le recours à un marché de l'assurance privée proposant des plans divers aptes à satisfaire les préférences diverses des

individus. Les deux dernières peuvent très bien être décidées dans un cadre de type sécurité sociale (comme le montre l'exemple du ticket modérateur). La première mission possible de l'assureur dans un système de soins est en effet de collecter les demandes individuelles de protection contre un risque, de les réunir dans un pool et de protéger les individus du pool à hauteur de leur demande contre la variance d'un phénomène aléatoire de moyenne connue.

5.2. Que signifie mettre le producteur au risque ?

Dans le système de soins actuellement en vigueur en France, le producteur de soins se trouve seulement partiellement mis au risque et dans une situation de concurrence : le médecin qui n'attire à lui aucun client n'a pas de revenu. Cependant, une fois capté le client, le médecin cesse d'être au risque :

- Le patient, qui est aussi un assuré, ajuste peu sa demande au prix car il ne supporte pas ce prix.
- Le payeur (la sécurité sociale) rembourse tous les actes préconisés par le médecin, moyennant un contrôle de la qualité et une pratique raisonnable.

« Mettre le producteur au risque » signifie qu'on fait dépendre son revenu de la manière dont il administre les soins au patient : une fois capté le patient, il reste encore à travailler de façon efficace. La seconde mission possible d'un assureur dans le système de soins peut consister à acheter des soins au producteur (pour les offrir au consommateur) de manière à ce que le producteur modifie son comportement dans un sens souhaitable. Cette fois, il n'y a plus équivalence entre mise au risque et organisation concurrentielle, il n'y a pas non plus de conclusion univoque quant à la supériorité de telle ou telle forme d'organisation (van de Ven, Schut et Rutten, 1994).

6. AUTRES TYPOLOGIES

Notre approche distingue deux fonctions au sein du système de soins, remplies parfois par les mêmes institutions ou entreprises : nous les avons appelées « fonction d'assurance » et « fonction d'achat de soins ». Les typologies les plus récentes des systèmes de santé (Chernichovsky (1995), Londono et Frenk (1997), et van de Ven, Schut et Rutten (1994)) mettent elles aussi l'accent sur les fonctions plus que sur la nature des institutions.

Nous présentons ci-dessous brièvement ces typologies afin de replacer les concepts de concurrence entre assureurs et de concurrence entre acheteurs dans les cadres qu'elles proposent.

6.1. Chernichovsky (1995)

Il distingue trois fonctions :

- 1 - le financement,
- 2 - la délivrance des soins,
- 3 - l'organisation et la gestion de la consommation des soins.

On peut classer les différents pays en fonction du caractère plus ou moins concurrentiel du financement et de la délivrance :

- Concurrence sur le financement et la délivrance : USA
- Concurrence sur le financement mais monopole public de la délivrance : personne
- Financement public et concurrence sur la délivrance : Allemagne, Japon, France, Australie, Pays Bas, Canada, Italie, Espagne
- Financement public, concurrence limitée sur la délivrance des soins : Israël, Royaume-Uni
- Financement et délivrance publics : Scandinavie, Russie.

6.2. Londono et Frenk (1997)

Londono et Frenk proposent le concept de « pluralisme structuré » comme idéal d'organisation générale du système de soins. Cet idéal occupe une position intermédiaire entre un hypothétique marché des soins réglé par le paiement de la poche de chaque patient, et l'administration centralisée des soins, efficace pour lutter contre les maladies infectieuses ou environnementales, mais moins à l'aise dans la lutte contre les pathologies comportementales (comme l'a montré la faillite de l'organisation sanitaire soviétique). « Pluralisme » s'oppose à la fois à monopole et à offre pulvérulente ou atomisée de soins, « structuré » s'oppose à la fois à la concurrence sans règle et à l'administration hiérarchique.

Ils distinguent quatre fonctions dans le système de santé :

- Le financement des soins.
- La délivrance des soins.
- La modulation du système de santé : à savoir, l'établissement de règles du jeu (modes d'accès à l'assurance), la mise en œuvre de la régulation (contrôles ex post), et la génération des ressources et des facteurs (universités, laboratoires de recherche, financement et taxation du complexe industriel de pharmacie et d'équipement). Le rationnement éventuel de l'offre de soins (« Condition of Need » par exemple aux USA) entre dans cette mission, ainsi que la détermination du montant de la rémunération des acheteurs de soins (voir ci-dessous, fonction d'articulation) et la fixation de la part de richesse nationale allouée au secteur des soins de santé.
- L'articulation des soins : cette notion est très proche de ce que nous appelons achat des soins dans cette étude. Articuler des soins signifie :
 - Organiser les processus pour éviter les sources d'inefficacité comme la réplication de procédures ou l'administration de procédures contradictoires.
 - Définir les règles de la rémunération des facteurs, pour éviter à la fois l'écémage, la production au delà du coût marginal, le prélèvement d'une rente informationnelle par des producteurs, la pratique d'une qualité moindre.
 - Agréger les demandes des consommateurs finals pour acheter des soins de manière éclairée.
 - Représenter les consommateurs auprès des producteurs pour éviter les plaintes et procès, et prévenir les tentations de médecine défensive.

Au total, la fonction d'articulation est simultanément celle du plan et du sponsor dans le modèle de concurrence gérée (managed competition) d'A. Enthoven.

Selon Londono et Frenck, modulation et articulation semblent trop souvent implicites et donc peu efficaces. L'objet du « pluralisme structuré », est d'explicitier ces fonctions et de les attribuer à des institutions responsables, privées ou publiques, en concurrence ou en monopole.

Les auteurs croisent le degré auquel ces fonctions sont intégrées et implicites ou, au contraire, séparées et explicites, avec le degré de segmentation des populations au sein du système de santé. Ce croisement permet de dégager quatre grands modèles et de classer les pays d'Amérique Latine (objet de leur étude) selon cette typologie.

	intégration des fonctions	
Intégration des populations	Intégration verticale (implicite)	Séparation (explicitation)
Forte (« horizontale »)	Public unifié (Cuba)	« contrat public » (Brésil)
Faible (« segmentation »)	Modèle segmenté (Mexique)	atomisé, privé (Argentine)

On peut décrire succinctement chacun des modèles comme suit :

- Le modèle public unifié, proche du NHS britannique d'avant la réforme ou de la polyclinique soviétique, concentre les activités de financement et de délivrance des soins ; la modulation est le monopole du ministère de la santé, l'articulation est censée être prise en charge de façon implicite. La médecine est gratuite pour tous les résidents. Force est de constater que les deux pays fonctionnant selon ce modèle (Cuba et Costa Rica) ont des résultats démographiques et sanitaires plutôt bons pour la région considérée, où les maladies infectieuses sont encore assez présentes.
- Dans le modèle de contrat public, le financement des soins et la modulation du système de soins restent un monopole public et national, des unités administratives décentralisées (municipales si possible) prennent en charge l'articulation des soins fournis par des producteurs privés.
- Le modèle « atomisé » connaît deux versions : au Paraguay, le financement est privé (à la charge des ménages, sans qu'aucune institution ne remplisse la fonction d'assurance), la production aussi, sans qu'aucune institution n'articule les soins. Dans un tel système la modulation est évidemment réduite à sa plus simple expression. En Argentine, les « obras sociales » mutualisent le financement des soins pour les ouvriers et remplissent la fonction d'articulation ; les producteurs sont privés.
- Enfin, le modèle segmenté, de loin le plus répandu dans la région propose des sous-systèmes de santé propre à différentes populations : les urgences de l'hôpital public pour les pauvres et les chômeurs, l'hôpital public et les polycliniques pour les salariés couverts par la sécurité sociale corporatiste, le système privé « de luxe » pour les 10% les plus riches.

6.3. Van de Ven, Schut et Rutten (1994)

Enfin la typologie de van de Ven, Schut et Rutten (1994) distingue trois fonctions :

- l'assurance contre le risque de maladie,
- l'achat et la coordination des soins,
- la production d'actes élémentaires de soins.

Leur typologie est construite autour des deux dernières fonctions. En croisant tous les cas de figure possibles selon que la production et l'achat sont en concurrence ou exercés par un monopole public, on obtient quatre cas :

- 1 - des acheteurs (tiers payeur) en concurrence achètent et coordonnent les soins produits par des producteurs en concurrence,
- 2 - un monopsonne achète des soins produits par des producteurs en concurrence,
- 3 - des acheteurs en concurrence achètent à des producteurs fonctionnaires,
- 4 - le service public de santé regroupe les fonctions d'achat et de production.

On reconnaît le système proposé par AXA dans la case 1.

Ils déclinent ensuite trois modalités possibles de relation entre acheteur(s) et producteur(s) :

- a - l'acheteur n'a aucun contact avec le producteur et se contente de rembourser à l'acte (il gère les feuilles de soins),
- b - l'acheteur entre en relation contractuelle avec le producteur, sur sa rémunération et ses obligations,
- c - l'acheteur et le producteur sont intégrés en réseau.

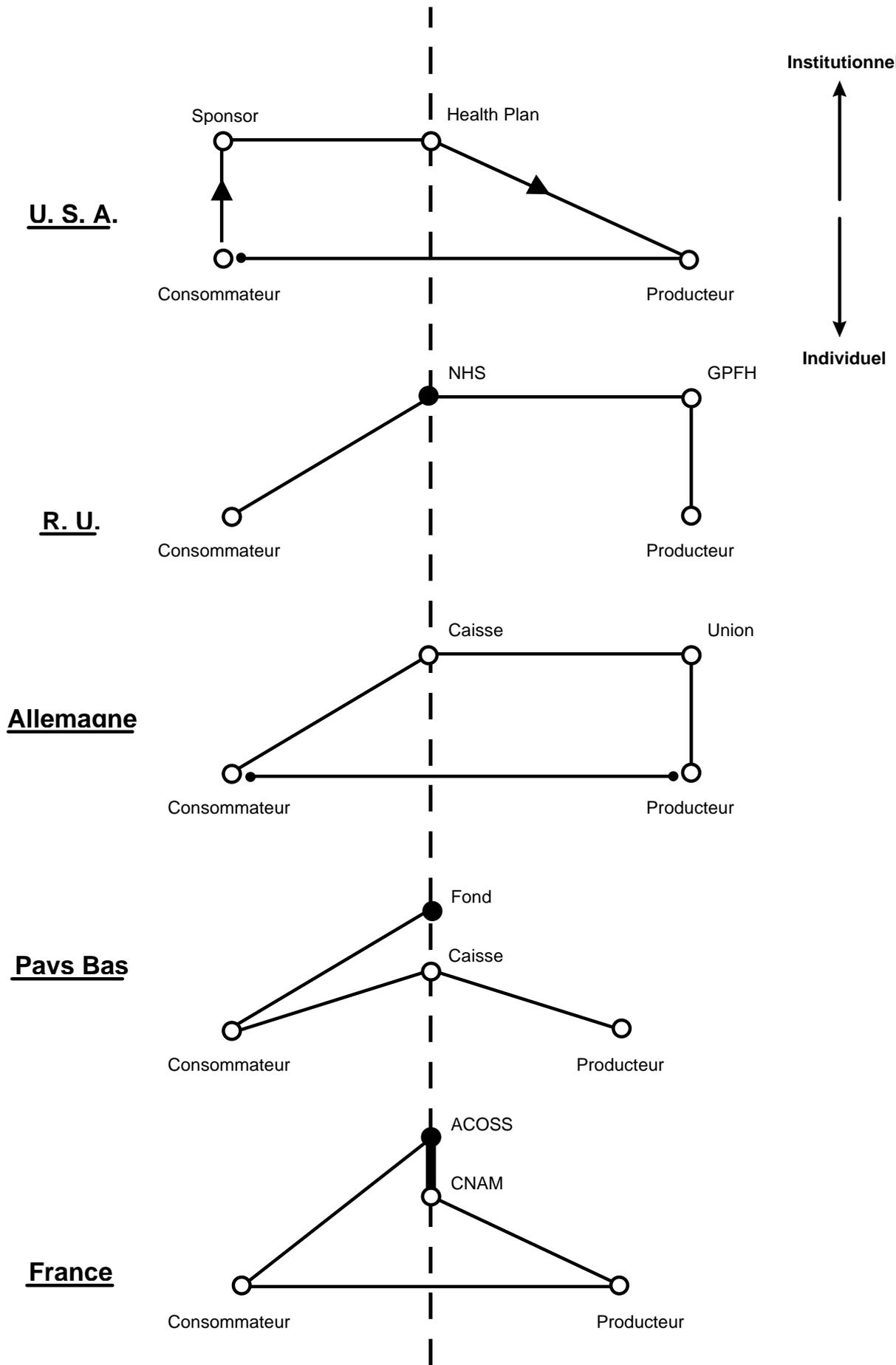
On aboutit à douze cas théoriques possibles. En fait 10 seulement sont réalisables (le monopsonne ne peut pas intégrer tous les producteurs en concurrence, les acheteurs en concurrence ne peuvent pas intégrer le service public de production de soins).

7. COMMENT SE SITUENT LES PRINCIPAUX SYSTÈMES DE SANTÉ AU SEIN DE CES TYPOLOGIES ?

En France, la position de tiers payeur est occupée par la sécurité sociale, quasi-monopole public. Cependant, au sein de la sécurité sociale, les fonctions d'assurance contre le risque maladie et de coordination et d'achat de soins sont attribuées à deux entités administratives distinctes : l'ACOSS joue le rôle de collecte des primes d'assurance, la CNAM joue celui d'organisateur du système de soins. Entre la CNAM et les producteurs, il n'existe pas de réelle relation : une fois les tarifs (honoraires, médicaments) et les budgets globaux (block contract) fixés, le plus souvent sur une base historique et non économique, les prestataires de soins produisent à peu de choses près comme ils l'entendent. En outre, la CNAM est un monopsonne. Dans la typologie de van de Ven, Schut et Rutten, la France se situe donc en 2a (« monopsonne de remboursement »). Il paraît clair que le système français devra converger vers une forme plus intégrée de relation entre l'acheteur (ou les acheteurs) et les producteurs. Sans remettre en question l'assurance obligatoire, elle évoluera soit vers 2b (« monopsonne de contrat », qu'on peut encore appeler « contrat public » dans la typologie de Londono et Frenk), soit 1b ou 1c dans la version AXA (concurrence entre acheteurs et contrat avec les producteurs, concurrence entre systèmes intégrés).

Le graphique de la page suivante, représente les acteurs et les liens les unissant dans le système français et certains des systèmes retenus pour la comparaison. Un disque noir signale l'existence d'un monopole.

Si cet exercice taxinomique apporte un éclaircissement conceptuel, il comporte une limite qu'il convient de souligner. Nous avons présenté des organisations nationales et avons insisté sur leur différences, en négligeant un facteur important : la part de la dépense reconnue et prise en charge par l'assurance publique, obligatoire et solidaire, dans le total de la dépense identifiée comme dépense de santé. Sous cet angle, la France, avec son taux de 73%, paraît moins éloignée des USA (50%) que du Royaume-Uni (95%). Il existe donc une forme cachée de concurrence entre assureurs (qui ne satisfait du reste ni l'assureur public, dont les efforts de responsabilisation sont réduits à néant par les prises en charge du TM ou des copaiements, ni les assureurs privés, qui ne peuvent agir qu'à la marge, d'où la revendication d'AXA) qui consiste à diminuer le taux de prise en charge de la santé par la sécurité sociale.



ANNEXE 2 : Monographie des USA

L'essor du managed care

8. ORIGINE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX USA

8.1. L'assurance d'entreprise

Contrairement aux pratiques européennes et canadiennes, le système de santé américain est fondé sur l'assurance privée, collective ou individuelle. En outre, l'assurance distingue le plus souvent les soins ambulatoires et les soins hospitaliers : une même personne peut fort bien souscrire auprès d'un plan (par exemple Blue Cross) pour l'hôpital, et d'une autre compagnie pour l'ambulatoire.

Ces deux caractéristiques sont issues de l'histoire de l'assurance maladie américaine, qui n'a jamais atteint le stade de l'universalité et de l'unification des produits. La séparation des financements ville - hôpital s'inscrit dans une tradition anglo-saxonne (Glaser, 1991) : au Royaume Uni et au Canada, l'hôpital était financé sur fonds publics ou charitables, et les mutuelles (friendly societies) ne remboursaient que l'ambulatoire. Les premiers plans d'assurance dans le domaine de la santé ont été les Blue Cross créés par les hôpitaux eux mêmes, dépourvus de recettes publiques dans les années 30.

Dans les années 40 se sont développés des produits d'assurance plus ambitieux, visant à couvrir aussi l'ambulatoire (Blue Shields). La période de guerre ayant interdit les augmentations salariales, mais les entreprises cherchant à faire face à la pénurie de main d'œuvre, on vit se développer des accords d'entreprise sur les côtés de la rémunération. Au premier chef, on trouvait l'octroi d'une couverture maladie financée par l'employeur. Ces accords n'ont pas évolué en sociétés mutuelles, sans doute parce que le mouvement ouvrier américain était faible et peu organisé politiquement ou religieusement, mais aussi parce que, destiné dès l'origine à se substituer à des augmentations de salaire l'octroi de l'assurance maladie a été perçu par les salariés comme un « cadeau », une « libéralité ». La méthode dite « syndicale » (dans chaque entreprise, une négociation ouvre des droits à l'assurance maladie qui ne sont valables que dans cette entreprise) est resté la méthode privilégiée de développement de la couverture des soins de santé (Glaser, 1991).

Jusqu'aux années 1970, l'assurance maladie américaine peut être dite corporatiste ou « segmentée » plus que privée : comme dans le système bismarckien, les prestations et les primes varient en fonction de la profession, mais il s'agit d'un système bismarckien renforcé, puisque les variations subsistent à l'intérieur d'un même secteur d'activité, d'un employeur à l'autre. L'assurance maladie est explicitement conçue comme un élément de la politique de la main d'œuvre et de la rémunération, et l'un de ses effets recherchés est de limiter la mobilité du salariat.

Aujourd'hui encore, l'assurance est obtenue principalement dans le cadre de l'entreprise, soit directement, soit au titre d'ayant droit. D'après l'enquête NEHIS (National Employers' Health Insurance Survey) de 1994 (portant sur les données de 1993, collectées auprès des entreprises), 52% des entreprises offrent un plan d'assurance au moins à leurs salariés. Ces entreprises représentent 83% des salariés, car la probabilité d'offrir un plan augmente avec la taille de l'entreprise. Cependant, tous les salariés d'une entreprise offrant un plan ne sont pas éligibles : un délai de carence d'un trimestre est souvent imposé aux nouveaux recrutés (dans 75% des entreprises), et les salariés à temps partiel (moins de 32 heures par semaine) sont aussi exclus du droit à l'assurance. Au total, 82% des salariés à temps plein sont éligibles, mais seulement 18% des salariés à temps partiel. Enfin, il n'est nullement obligatoire de souscrire le plan offert, même si les

conditions sont souvent avantageuses (l'employeur prend une partie de la prime en charge) : les célibataires sans enfant, jeunes et en bonne santé peuvent juger préférable d'économiser le prix de la prime laissée à la charge du salarié. Il en résulte que seuls 58% des salariés actifs en 1993 étaient affiliés à un plan d'assurance maladie via leur entreprise (soit environ 55 millions d'individus). Au premier trimestre de 1996, 64% des résidents américains âgés de moins de 65 ans, soit 148,5 millions de personnes (MEPS, 1997), bénéficiaient d'une police d'assurance souscrite via leur entreprise ou à titre d'ayant droits.

Outre le choix de ne pas souscrire, le salarié se voit aussi souvent offrir le choix entre plusieurs plans. Si 81% des entreprises n'offrent qu'un seul plan (NEHIS 94), 43% des salariés bénéficient d'une offre d'au moins deux plans. Là encore, la taille de l'entreprise est positivement corrélée avec la probabilité d'offrir plus d'un plan (11% seulement des entreprises de moins de 10 salariés offrent plus d'un plan, contre 46% des entreprises de plus de 1000 salariés). Il semble que la demande des assurés soit d'avoir le choix entre plusieurs plans : quand l'entreprise abrite un syndicat, la probabilité d'offre multiple augmente.

Il semble donc que les entreprises ne jouent pas pleinement leur rôle de sponsor, tel que le concevait A. Enthoven dans ses premières versions de la concurrence gérée (managed competition). Selon lui, l'employeur - sponsor devait être un acheteur clairvoyant et sélectionner quelques plans de bonne qualité pour les offrir ensuite à ses salariés. En fait, quand il n'y a qu'un seul plan proposé, c'est plutôt parce que l'entreprise est trop petite pour attirer des plans en nombre suffisant. En revanche, l'employeur se doit de contrôler que les compagnies d'assurance ne pratiquent pas de sélection et offrent le même tarif pour une couverture donnée à tous les membres de l'entreprise. En général, l'assureur propose un tarif aux célibataires et un tarif à ceux qui veulent aussi couvrir les frais de soins de leur famille. Il peut aussi être autorisé à déclinier les primes selon le lieu de résidence du salarié : par exemple, les firmes implantées à Manhattan ne traitent pas les salariés résidant dans l'Etat de New York comme ceux résidant dans le New Jersey car ces deux Etats ont des législations différentes sur les prestations minimales à couvrir. Dans certains cas, la prime variera selon l'âge et le sexe du salarié. Le tarif est généralement propre à l'entreprise et revu annuellement pour tenir compte des dépenses de l'année passée (Experience Rating). Dans ce mode de tarification, l'assureur se contente de collecter les fonds et d'équilibrer le budget ex post (il consent seulement une avance de trésorerie en cas de dépenses plus élevées que prévu).

Les employeurs avaient tendance à se montrer généreux dans la prise en charge, et à financer largement les dépenses d'assurance de leurs salariés. Il n'était pas rare que l'employeur prenne à sa charge au moins 75% des primes d'assurance, le reliquat incombant à l'assuré. Depuis les années 80, une proportion croissante d'employeurs, soucieux de limiter leurs coûts, ne financent plus qu'un forfait d'assurance, laissant tout surplus de prime à la charge du salarié - assuré. Ce changement d'attitude des employeurs a induit de notables différences de prix payés par les assurés entre des plans dont les prix étaient autrefois assez proches.

L'assurance collective au sein de l'entreprise est très répandue mais ne constitue en aucun cas une contrainte légale. L'alternative réside alors dans la souscription d'une assurance individuelle, et ce à des conditions plus onéreuses que dans un cadre collectif, puisque l'assuré doit acquitter l'intégralité de la prime. En 1993, le montant moyen d'une prime d'assurance maladie avoisinait 1800 dollars pour une personne seule, et dépassait 4500 dollars pour une famille (enquêtes KPMG et Robert Wood Johnson).

8.2. Les programmes publics

Le premier inconvénient de ce système est de ne rien proposer pour la couverture des frais de soins des personnes n'ayant pas droit, directement ou par l'intermédiaire de leur famille, à un contrat collectif. Cette lacune concerne les retraités (seules 20% des entreprises prennent en charge leurs

retraités au titre de l'assurance maladie d'après le NEHIS 94), les chômeurs et toute personne à laquelle un handicap ou une maladie interdit d'exercer une activité.

Le problème est naturellement crucial pour les retraités, dont les besoins médicaux sont plus élevés, ce qui a motivé en 1965 l'instauration du programme public *Medicare*. Ce programme financé par l'Etat fédéral s'adresse essentiellement aux personnes de plus de 65 ans, sans conditions de revenus, mais aussi aux sujets handicapés ou souffrant de maladies chroniques âgés de moins de 65 ans, soit au total 37,3 millions de personnes en 1995, dont 33 millions de personnes âgées (Fried, 1997). Le financement public n'a pas modifié le mode d'administration, confié au Blue Cross.

Medicare recouvre en fait deux programmes distincts : la partie A garantit le remboursement intégral des dépenses hospitalières dans la limite de 60 jours d'hospitalisation par an. Au-delà, le patient se voit imposer un ticket modérateur journalier de 170 dollars. La partie B permet un remboursement des dépenses autres qu'hospitalières à hauteur de 40%, en raison d'un système de ticket modérateur, de franchises, et surtout parce que le médicament n'est pas pris en charge. Pour accéder à la partie B, les assurés doivent verser des cotisations mensuelles, qui ne couvrent plus maintenant que le quart des prestations versées.

Medicaid est un autre programme public, dont le financement est assuré conjointement par l'administration fédérale et les Etats : il couvre les dépenses de santé des personnes défavorisées et concernait à ce titre en 1995 36,2 millions de personnes⁷⁷, dont la moitié d'enfants (Fried, 1997). Toutefois, les critères d'éligibilité à *Medicaid* sont très variables d'un Etat à l'autre et ne garantissent pas en pratique un accès universel aux soins. L'administration Clinton prévoyait initialement une réforme de grande envergure pour remédier à cet état de fait, mais le projet est demeuré lettre morte.

Le souci de remédier aux failles du système a néanmoins motivé plusieurs réformes moins ambitieuses, dont la récente loi de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*), qui s'adresse aux personnes qui perdent leur emploi ou en changent, ainsi qu'à celles qui doivent faire face à une maladie grave (ce qui, dans certains cas, peut induire une augmentation extrême des primes). L'objectif est de garantir la continuité de la couverture maladie procurée par les contrats collectifs d'entreprise pendant la période de recherche d'emploi, et d'empêcher que les malades ne se voient imposer des tarifs prohibitifs.

8.3. Bilan : la non universalité de la couverture maladie

Les restrictions d'accès à *Medicaid* font que 15% à 20% de la population des Etats-Unis ne bénéficie pas d'une couverture maladie, ou d'une couverture maladie minimale. Le meilleur résultat a été atteint en 1977 :

- En 1959, 28% des civils n'étaient pas couverts et 6% n'étaient couverts que pour l'hospitalisation.
- En 1977, 12% étaient non couverts (et 18% en ajoutant MEDICAID qui est plutôt de la solidarité).
- En 1987, 15% seraient non couverts (estimation des auteurs du présent rapport, en enlevant 6% aux 21% affichés par Glaser y compris les MEDICAID).

⁷⁷ Il est tout à fait possible d'émarger simultanément à MEDICARE et à MEDICAID ; environ 15% des assurés de MEDICARE sont aussi des assurés MEDICAID.

La diffusion de l'assurance maladie (en %) au premier semestre de 1996 (source : MEPS)

	Contrat collectif en entreprise	Assurance privée individuelle	Assurance publique	Pas d'assurance maladie
. Personnes âgées de moins de 65 ans	64	5	12	19
. Personnes âgées de 16 à 64 ans et exerçant une activité professionnelle	74	5	3	18
. Personnes âgées de 19 à 24 ans et exerçant une activité professionnelle	53	6	5	36

Comme on l'a vu ci-dessus, l'exercice d'une activité professionnelle ne garantit nullement l'accès à l'assurance maladie : d'après le MEPS 1997 (enquête auprès des ménages, avec post interview des employeurs) 18% des actifs employés, soit 23 millions de personnes, n'ont pas d'assurance maladie⁷⁸, ce qui représente 51% de l'ensemble des Américains dépourvus de couverture. *87% des personnes dépourvues d'assurance maladie résident dans un foyer dont l'un au moins des membres exerce une activité professionnelle.*

Si l'on se restreint aux personnes occupant un emploi, l'absence d'assurance est particulièrement fréquente parmi les moins de 25 ans (36% d'entre eux), les travailleurs non salariés (30%), les salariés peu rémunérés (38% chez les salariés gagnant moins de 5 dollars de l'heure), ou les minorités ethniques (37,9% chez les Hispaniques).

Pourquoi ce défaut de couverture parmi la population salariée ? Les assureurs ajustent les primes d'année en année essentiellement sur la base des coûts passés (notion d'*experience rating*, Cutler, 1994). De ce fait, l'apparition à l'année n de deux maladies graves (cancers, etc.) dans un effectif total de dix personnes peut se traduire à l'année n+1 par un surcoût insupportable. La mutualisation des risques à l'échelle d'une PME est souvent insuffisante pour que l'entreprise accepte de prendre à sa charge l'essentiel des primes.

En outre, entre 1980 et 1994, la part des salariés bénéficiant d'un contrat collectif au sein de leur entreprise est passée de 97% à 82% (Krueger et Levy, 1997) ; ce mouvement régulier doit sans doute beaucoup à la croissance très forte des dépenses médicales sur cette période. L'inflation des dépenses médicales, peu ressentie par les bénéficiaires de contrats collectifs (qui supportent au plus un quart du coût marginal), a par contre grevé les coûts des entreprises, ce qui les amène à ne plus proposer d'assurance maladie.

9. LA « DÉRIVE » DES DÉPENSES DE SANTÉ

Les Etats Unis sont, depuis longtemps, les plus gros dépensiers en termes de part de la richesse consacrée à la santé. Aujourd'hui, 14% du PNB est dépensé dans ce secteur aux USA (en dépit de la non couverture de 15% des résidents), contre 10% en France et 7% au Royaume Uni. En outre, cette ponction forte sur la richesse nationale ne s'accompagne ni de performances sanitaires remarquables, ni même d'un degré de satisfaction supérieur à celui des autres pays.

Evans (1997) compare ainsi les USA et les autres systèmes de santé des pays développés et fait apparaître les USA comme un point aberrant (données CREDES/OCDE). En termes de dépenses de

⁷⁸ Ce chiffre n'est pas incompatible avec les 2% de non éligibles dans leur propre entreprise, à cause de la possibilité d'être ayant droit de son conjoint, ou de s'assurer volontairement.

santé dans le PNB, les deux extrêmes sont les USA et le Royaume Uni ; la moyenne des pays de l'OCDE est partie du niveau Royaume Uni, a progressé comme les USA entre 1960 et 1975, puis parallèlement au Royaume Uni depuis. Si on rapporte la dépense par tête au niveau de satisfaction exprimé dans les enquêtes d'opinion sur le système de soins⁷⁷, on trouve une relation linéaire positive assez robuste⁷⁸ ; seuls les USA sont hors courbe, avec une dépense plus élevée et un niveau de satisfaction plus faible.

Comment expliquer l'augmentation rapide et le niveau singulier des dépenses de santé aux USA ?

- D'une part, **le volume des actes a fortement augmenté**, plus en tout cas que ce que laisse penser l'augmentation et le vieillissement de la population.
 - Une explication de l'augmentation des volumes consommés se rattache notamment aux théories de la demande induite et pointe l'effet de la rémunération à l'acte des producteurs de soins (Fee For Services).
 - D'autres explications se tournent vers l'augmentation de la densité du corps médical et surtout par le poids relatif très fort des spécialistes.
 - Enfin, cette forte densité de spécialistes et d'offre hospitalière s'expliquerait elle même par l'histoire du financement de l'assurance maladie : comme il n'y avait pas de couverture universelle, l'assurance maladie a financé en priorité du gros risque (hospitalisation et spécialiste), ce qui a encouragé une proportion trop forte de spécialistes (70%, en comptant les pédiatres et les internistes comme non spécialistes) et d'offre de procédures (petits actes) par les médecins de ville (Glaser, 1991). La faiblesse de l'ambulatoire préventif ou thérapeutique est responsable de l'inflation médicale américaine (Fuchs, 1993).
- D'autre part, les prix des soins ont augmenté beaucoup plus rapidement que l'inflation (augmentation de 40% du prix relatif des dépenses de santé entre 1990 et 1995 selon des données de l'OCDE). Cependant, de nombreux auteurs critiquent la pertinence de cet indicateur et estiment que l'inflation des coûts médicaux est largement surestimée (Cutler, McClellan, Newhouse et Remler, 1996). Les défauts de cet indice devraient beaucoup à une mauvaise prise en compte du progrès technique médical.

Il semble en revanche certain que les dépenses en équipements médicaux de pointe des hôpitaux aient joué un rôle important dans la dérive des dépenses de santé ; il faudrait également citer, parmi les causes spécifiques aux Etats-Unis, les coûts induits en pratiques dites de médecine défensive (multiplication des actes de précaution) par les très nombreux procès intentés par des patients à leur médecin, et la publicité suscitée par la concurrence rude que se livrent les praticiens dans les grandes agglomérations. Le coût de cette publicité avoisinerait aujourd'hui 130 millions de dollars par an (Hacker, 1997).

10. LE MANAGED CARE

La dérive des dépenses de santé a suscité le développement rapide ces dernières années des réseaux de soins coordonnés (*managed care organizations, MCO*). L'engouement pour des systèmes supposés permettre une meilleure maîtrise des dépenses médicales est naturellement

⁷⁷ Onze pays sont dans l'étude : Espagne, Royaume Uni, Italie, Allemagne, Japon, France, Pays Bas, Suède, Canada, USA, Australie.

⁷⁸ Il convient de noter que cette relation est difficile à interpréter : si on déflate la dépense par tête par les prix (on examine donc la relation entre volume de soins et satisfaction), il n'y a plus de relation linéaire ; la question est donc : comment expliquer un effet positif de la dépense sur la satisfaction qui soit indépendant du volume de services fournis ? Une interprétation possible est que les réponses respectives des Européens et des Américains relèvent plus de la justification a posteriori : les premiers valorisent un système dont ils savent qu'il exige un fort sacrifice de la collectivité, les seconds portent dans l'enquête un jugement sur un bien privatif, dont on ne peut jamais être vraiment content

d'abord le fait des employeurs, qui supportaient l'essentiel de la charge financière, et non des bénéficiaires des contrats collectifs.

Ces réseaux ont bénéficié d'une reconnaissance juridique dès 1971 (obligation pour un employeur de proposer un MCO parmi les plans d'assurance maladie s'il en existe dans le ressort géographique), mais leur extension spectaculaire est relativement récente. Le *managed care* est un produit sur le marché de l'assurance maladie, qui intègre le plus souvent le financement et la délivrance de soins médicaux, mais peut aussi se limiter à la délivrance et vendre la prise en charge médicale d'une population à une institution chargée de collecter le financement. L'idée générale est que la production de soins est un processus (Robinson, 1996) qui gagne en efficacité s'il gagne en cohérence. En reliant, par contractualisation ou incorporation dans une structure hiérarchique, des médecins généralistes, des spécialistes, des infirmières et des hôpitaux sélectionnés, on peut améliorer la cohérence de ce processus et être plus efficace. Dans le cas américain, on peut notamment tenter de redresser la structure des soins, au profit de l'ambulatoire et au détriment des spécialistes et des hôpitaux.

L'*American Public Health Association* définit le *managed care* en ces termes : « tout système de financement et/ou de distribution organisé dans le but de contrôler l'utilisation des services de santé par ses affiliés, en vue de contenir les dépenses, d'améliorer la qualité, ou de répondre à ces deux objectifs ». La nature des liens, tant juridiques que commerciaux, qui unissent les assureurs, les praticiens et les hôpitaux est très variable (Fried, 1997).

Le *managed care* est né tout d'abord au sein de plans de santé (health plans), qui l'ont utilisé pour partir à l'assaut des assureurs traditionnels (les Blues) dans les entreprises. Ces plans fournissaient un ensemble de soins aux membres affiliés en contrepartie d'une prime d'assurance mensuelle ou annuelle. Cependant, très vite, des praticiens ou des hôpitaux ont ressenti le besoin de se regrouper, voire d'incorporer des structures complémentaires (intégration verticale) et de pratiquer à leur tour le *managed care* (la coordination des soins).

10.1. Quels sont les outils de la coordination des soins aux USA (d'après Robinson, 1993 et Blumenthal, 1996) ?

Outre la négociation sur les prix des services, qui induit le plus souvent un simple effet de cost shifting (l'avantage consenti à un client sera facturé à un autre), les outils des MCO passent par la mise en cohérence des soins. Celle-ci suppose nécessairement des interventions dans la façon dont le médecin exerce son métier. Le MCO peut soit :

- Influencer sur le médecin via les résultats financiers (« outcomes »), en modifiant le mode de rémunération du médecin. La méthode la plus connue est la capitation, système dans lequel le médecin généraliste est rémunéré forfaitairement pour s'occuper de l'ensemble des soins d'une population qui lui est affectée. Dans le domaine hospitalier, l'équivalent est le « block contract » par lequel l'acheteur paye un forfait en échange du traitement de ses ressortissants pendant une période donnée. Dans cette formule, le producteur de soins est incité à produire efficacement, et il est responsabilisé à la fois financièrement pour chaque traitement, et sanitaire pour la demande globale des patients. On peut aussi mettre le producteur au risque seulement financier et le protéger du risque de demande en lui achetant des traitements ou épisodes de soins (« cost per case contract ») ; cette pratique est courante à l'hôpital (Groupes Homogènes de Malades du PMSI ou Diagnosis Related Groups, DRG, en anglais), mais difficile à mettre en place en médecine de ville. Tout prépaiement induit cependant deux risques : la sous qualité et le « creep » (notamment sous la forme du dédoublement des diagnostics).

- 1 - Du coup, les acheteurs ont mis au point des solutions mixtes : la retenue (« withhold ») : on reste en paiement à l'acte, mais sur chaque acte on retient 10% à 20% ; si, en fin d'année le médecin a respecté sa contrainte budgétaire, il récupère la retenue.
 - 2 - La « capitation poolée » : un groupe de médecins est rémunéré au pré-paiement, puis chaque médecin du groupe est rémunéré par le groupe en FFS.
 - 3 - Pour inciter les généralistes orienteurs, on prélève un bonus sur le budget des spécialistes qu'on reverse aux généralistes orienteurs.
 - 4 - Le « cost and volume » : on assortit la capitation d'une clause de paiements exceptionnels pour frais exceptionnels, soit au dessus d'un certain plafond pour un patient donné (« stop-loss »), soit sur motivation médicale.
- Soit influencer directement sur le comportement du médecin en pilotant les actes proprement médicaux effectués.

On peut citer tout d'abord des méthodes ex post :

- 1 - « Profiling » : on suit le profil statistique des dépenses de chaque médecin, qu'on rapporte à l'ensemble des médecins comparables.
- 2 - On effectue un contrôle approfondi de quelques praticiens tirés aléatoirement.
- 3 - « Utilization review » (UR) : on contrôle l'utilisation en volume des ressources pour un cas donné par médecin.

Il existe aussi des méthodes ex ante :

- 1 - « Selective contracting » : l'acheteur sélectionne un petit nombre de producteurs (panel) qu'il recommande à ses assurés. Cette méthode est tout autant un levier pour obtenir des producteurs qu'ils modifient leur comportement. La recommandation et la sélection peuvent prendre des formes différentes :
 - « Health Maintenance Organization » : le panel est intégré au MCO, soit sous forme de salariat (« staff model »), soit sous forme de contrat exclusif (« group model »). Dans la formule « group », le groupe de médecins est rémunéré à la capitation. Les assurés du MCO ne peuvent consulter que dans ce panel (s'ils veulent être remboursés), les médecins du panel ne peuvent traiter que des patients du MCO. Les HMOs couvrent la prestation des services garantis par le contrat, sans aucun frais supplémentaire ou contre une participation modique (entre 5 et 10 dollars).
 - « Individual Practice Association / HMO » : l'assuré n'est pas remboursé s'il consulte hors du panel, mais les praticiens du panel sont seulement sous contrat avec le MCO, généralement non exclusif.
 - « Preferred Provider Organization » : le panel est associé par contrat avec le MCO. Les assurés du MCO sont mieux remboursés s'ils consultent dans le panel. Les praticiens du panel peuvent fort bien traiter des patients non pris en charge par le MCO. Les prestataires reçoivent une rémunération à l'acte limitée. Le PPO ne peut mettre les producteurs en capitation ni les responsabiliser totalement financièrement, puisque l'assuré peut aussi bien consulter ailleurs. Moyennant une prime et des participations complémentaires variables, les assurés sont couverts pour les soins garantis mais se voient imposer un ticket modérateur (entre 10 et 20%). La consultation d'un médecin extérieur au réseau a pour contrepartie l'avance de frais et un ticket modérateur plus élevé (environ 30%).

- 2 - « Gatekeeping » : l'assuré est adhérent auprès d'un médecin généraliste dit « référent », par lequel il devra passer pour toute entrée sur le marché des soins. Le référent est responsable devant le MCO du produit « prise en charge médicale pour une période donnée » de ses adhérents.
- 3 - « Guidelines », ou références médicales : on définit ce qu'il faut faire et ne pas faire dans tel ou tel cas, ce que le MCO va accepter ou non de prendre en charge.

Notons aussi l'apparition récente d'un nouveau sigle, le POS (Point Of Service) ; il s'agit en fait simplement de formules de PPO proposées par des plans autrefois connus pour leur fonctionnement en HMO, et sont aussi appelés, pour cette raison, « open-ended HMOs » (Glaser). Comme on le verra ci-dessous, la tendance actuelle du système de santé aux USA est à la diversification des produits.

Selon les résultats d'un sondage auprès des MCO en 1994 (Blumenthal, 1996), le contrôle administratif paraît largement aussi important que la rémunération. Les outils utilisés sont, en pourcentage des organisations y ayant recours :

« UR »	95%
analyse détaillée par sondage	83%
« profiling »	74%
« gatekeeping » ⁷⁹	63%
« guidelines »	63%

En outre, en 1990, 79% des plans demandent un certificat de préadmission à l'hôpital, 68% demandent une double expertise sur la durée de séjour, 52% avant l'intervention chirurgicale, et 67% demandent du « case management » pour les clients coûteux. L'UR n'est évidemment efficace que sur des items très lourds (sinon, les coûts d'implémentation absorbent le gain). En ce qui concerne les outils de motivation par les revenus, 60% des plans responsabilisent les producteurs au moins partiellement, et 37% rémunèrent les généralistes à la capitation (18% pour les spécialistes).

10.2. Le poids du managed care dans la couverture maladie aujourd'hui

Le phénomène le plus frappant est la disparition des plans d'entreprise ne contrôlant rien : alors qu'en 1970, tous les plans rémunéraient à l'acte et ne sélectionnaient ni ne contrôlaient les médecins, en 1987, ces plans traditionnels n'occupaient plus que 41% du marché de la couverture des actifs, et 5% en 1990. Les plans traditionnels ont soit disparu sous l'effet de la concurrence, soit ont adopté une forme de contrôle sur les médecins : 57% des assurés par l'entreprise étaient en 1990 dans un plan traditionnel (c'est-à-dire au paiement à l'acte) avec contrôle (Robinson, 1993) et 28% aujourd'hui. Le HMO pur représentait 14% du marché en 1990, auquel il convient d'ajouter 11% d'IPA (25% pour le total HMO, et 27% en 1995). La forme PPO connaît la progression la plus nette, avec 13% du marché en 1990 et 45% en 1995 (en incluant le POS).

Une raison fondamentale du déclin des plans payant à l'acte a sans doute été la tendance croissante des employeurs à ne prendre en charge qu'une partie fixe (et non proportionnelle) des primes d'assurance, se conformant ainsi à la première recommandation d'A. Enthoven au sponsor, à savoir de répercuter les variations de prix sur les consommateurs finals.

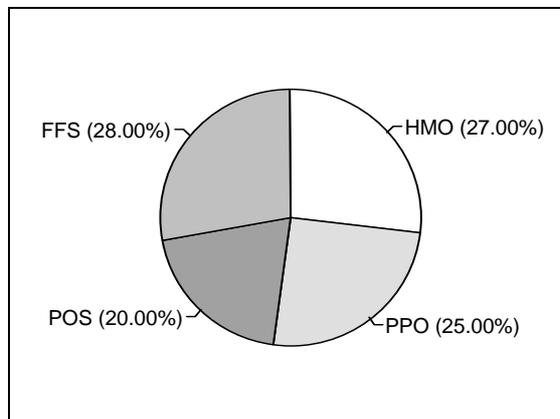
En 1993, 52% des salariés travaillaient dans des entreprises proposant un plan traditionnel (FFS), 30% dans une entreprise proposant un HMO et 40% dans une entreprise proposant un PPO.

⁷⁹ inclut aussi la relation suivie entre GP et patient. L'UR est très critiquée, mais les IPA dirigées par des médecins y ont très souvent recours d'eux mêmes et sont souvent plus strictes que les MCO dirigés par des non médecins.

Du point de vue des modes de rémunération des producteurs, 72% des contrats collectifs d'entreprise ont adopté une forme de contrôle par les rémunérations en 1995 (renoncement au FFS), et près de 40% des assurés n'ont plus de choix du médecin traitant en 1990 (27% en 1987).

Enfin, 70% des médecins ont d'une manière ou d'une autre à voir avec le managed care.

Graphique 1 : l'assurance collective en 1995



Traditionnellement, la population de MEDICARE bénéficiait de la totale liberté de choix des médecins, tant spécialistes que généralistes, et ceux-ci étaient rémunérés au paiement à l'acte. En revanche MEDICARE s'est montré pionnier pour rémunérer les séjours hospitaliers selon un GHM (DRG) tenant compte de coûts fixes d'investissement et a contribué à la réduction notable des volumes d'actes par épisode de soins dans ce secteur. En effet, en 1992, 40% des patients des hôpitaux sont financés par MEDICARE.

Depuis quelques années, les assurés de MEDICARE ont la possibilité d'adhérer à des plans fonctionnant selon les principes du managed care. A l'heure actuelle, environ 15% des assurés choisissent ces plans ; les prévisions font état le plus souvent d'une forte croissance à venir de cette proportion. La répartition géographique est très inégale : les régions dans lesquelles les personnes âgées ont le plus opté pour les réseaux de soins sont Phoenix (Arizona), avec une pénétration de 45% et le sud de la Californie (40%). Les plans se font concurrence surtout dans les régions où les prix sont élevés, car il y a alors bon espoir de faire du profit en baissant les capitations.

MEDICARE est administré par la Health Care Financial Administration (HCFA), qui doit jouer le rôle du « sponsor » dévolu à l'employeur dans la concurrence gérée d'A. Enthoven : HCFA doit choisir les plans et décider du montant de la capitation qu'il leur donne pour assurer et délivrer les soins aux personnes âgées. A l'heure actuelle, cette capitation représente 95% d'un prix correspondant pour moitié à la moyenne nationale d'une capitation ajustée par âge et sexe (Adjusted Average Per Capita Cost, ou AAPCC) et pour moitié à la moyenne locale. Ce mode de calcul vise à favoriser le développement du managed care dans les régions rurales, qui en sont aujourd'hui dépourvues.

HCFA expérimente actuellement des formes de marché interne : il s'agit d'une simulation ex ante de la concurrence via une procédure de « bidding », au cours de laquelle les offreurs (ici les plans) proposent des prix pour différents types de services, et reçoivent en réponse le tarif fixé par HCFA pour l'année à venir. L'idée générale, est qu'une telle procédure incite les plans à révéler leurs coûts réels ; le problème le plus difficile à résoudre est celui des plans qui sont au-dessous du tarif de capitation. Si HCFA ne souhaite pas systématiquement choisir le moins disant (pour des raisons de qualité, mais surtout pour tenir compte de l'aversion pour le risque des offreurs), certaines offres seront inférieures à la capitation. Faut-il accorder aux plans dont émanent ces offres le droit de ristourner la différence aux assurés (mais on revient alors implicitement au moins disant), ou imposer à ces plans de convertir la différence en

services originaux et innovants. En revanche, les offres supérieures au tarif devront obligatoirement être répercutées sur les primes payées par les assurés (voire détails dans l'annexe 1 à la fin de cette monographie).

Pourquoi les plans de managed care connaissent-ils un tel succès auprès des assurés âgés ? La première raison est que les plans offrent souvent, pour la même cotisation à la partie B (voir ci-dessus), la prise en charge des médicaments et l'exemption du ticket modérateur. L'arbitrage des personnes âgées se réalise donc entre la liberté de choix des médecins traitants d'une part, le montant restant à leur charge d'autre part. Selon le Dr Berenson (HCFA, Washington DC), cet arbitrage est rarement mené en parfaite connaissance de cause et, dans le cas des personnes âgées, la restriction sur le choix du médecin peut avoir des conséquences bien plus graves que pour des personnes jeunes et en bonne santé.

Quoiqu'il en soit, force est de constater qu'aujourd'hui, les assurés de plus de 65 ans qui choisissent les plans de managed care sont ceux qui coûtent le moins : en examinant les dépenses de l'année T des assurés ayant opté en T+1 pour un plan dans les fichiers d'HCFA, Eggers (1980) montre que leur dépense moyenne est plus basse de moitié que celles des assurés ayant choisi de rester, et Morgan et alii (1997) montrent que ce ratio est passé à 66% en 1990-93 en Floride. Ce même travail montre aussi que les assurés quittant le HMO pour revenir au FFS de MEDICARE ont consommé 1,80 fois plus de soins l'année antérieure à leur éviction du HMO. Enfin, Riley, Lubitz et Rabey (1991), sur données de mortalité et Riley et alii (1996) sur morbidité déclarée, montrent que le statut sanitaire des assurés qui choisissent le HMO est systématiquement et significativement meilleur. Il semble que la liberté de choix du praticien compte plus pour les « mauvais risques », quitte à payer cette liberté en copaiements.

Il est donc très difficile de savoir si le managed care s'est montré plus performant que l'administration et le paiement à l'acte pour le traitement des personnes âgées, car, pour l'instant, l'essentiel de l'avantage comparatif des plans provient d'une sélection, propice pour eux, adverse pour HCFA.

10.3. Les tentatives de réponse des producteurs de soins ont encore une ampleur limitée

L'introduction du paiement par capitation, d'incitations et de pénalités financières, se traduit par une transposition du risque des assureurs vers les producteurs de soins ; la formation de réseaux pilotés par les compagnies d'assurance implique une restriction de leur liberté de décision en matière de soins. Ceux-ci tentent donc de développer des alternatives au contrôle par l'assurance, soit en se regroupant pour résister, soit en menant l'intégration verticale à partir des producteurs (allant même jusqu'à racheter des assureurs), soit en occupant des positions de contrôle au sein des plans. L'idée générale est que, si les assureurs ne veulent plus assurer le risque de demande, il n'y a aucune raison qu'ils continuent à prélever une quelconque rémunération sur le système de santé. Dans le même état d'esprit, les grandes entreprises (General Motors par exemple) préfèrent s'assurer elles-mêmes contre le risque (23% des entreprises en 1988 proposaient un plan auto-assuré), grâce à l'effectif de leur population couverte. Elles cessent de rémunérer les assureurs pour le risque assumé et se contentent d'un paiement forfaitaire pour la gestion des feuilles de soins⁸⁰. En outre, l'auto-assurance permet d'échapper aux règles de l'assurance : l'Employer Retirement Income Security Act exempte les auto-assurés de certaines prestations fédérales, comme l'obligation de prendre en charge les soins psychiatriques, et des impôts fédéraux sur les primes.

L'hôpital étant « naturellement » regroupé, les groupes de producteurs de soins ont vu le jour chez les médecins de ville. On distingue :

⁸⁰ Dans certains cas, elles font appel à un assureur pour couvrir les seuls 5% de plus gros risques annuels.

- Les « Independent Practice Associations », IPA, déjà notées dans leur association contractuelle avec des HMOs, qui regroupent des généralistes, le plus souvent au sein de leur pratique individuelle (il s'agit plus d'un groupement administratif que physique).
- Les « Medical Groups », MG, ou encore Multispécialistes Medical Groups, qui, comme leur nom l'indique, regroupent des généralistes et des spécialistes de diverses spécialités, afin de couvrir la gamme la plus large possible de soins (économies d'échelle et de gamme).

Historiquement, les hôpitaux ont été les premiers à tenter d'intégrer verticalement les soins et l'assurance, dans le cadre de « Physician-Hospital Organizations », PHO : ils ont d'abord étendu leur contrôle sur ce qui est proche de leur produit de base (chirurgie ambulatoire, convalescence et rééducation à domicile), puis, sous la pression de la capitation, sur l'ambulatoire pur en achetant des Medical Groups, MG, ou des Independent Practices pour constituer des Integrated Delivery Systems, IDS. Enfin, ces IDS ont parfois tenté d'intégrer le produit d'assurance.

Les médecins de ville ont aussi monté des réseaux, les « Provider-Sponsored Organizations », PSO, développés sur le modèle des HMO et qu'ils ont tenté de proposer directement aux entreprises ou aux coopératives d'achat afin d'économiser les frais d'infrastructure assurantielle.

Ces nouvelles formules reprennent souvent à leur compte les pratiques du *managed care*, et se montrent plus strictes que les assureurs sur les procédures de contrôle des actes. Soit parce que la coopération entre pairs de spécialités différentes facilite la circulation et le traitement exhaustif de l'information (« peer reviews »), soit parce que le contrôle paraît plus légitime, on constate que les groupes médicaux, même financés au paiement à l'acte, ont des coûts moyens plus faibles que les HMO comparables (Robinson, page 330).

Cette efficacité médicale supérieure est souvent compensée par des défauts entrepreneuriaux, notamment une certaine insuffisance de capitaux.

Enfin, des « Pharmacy Benefits Management », PBM, ont vu le jour : ce sont des sociétés privées spécialisées dans la partie pharmacie des HMO, qui exécutent les ordonnances en allant parfois jusqu'à remplacer les pharmaciens ; leur taille et leur système informationnel leur garantissent l'accès aux médicaments au meilleur coût.

10.4. Le paysage du managed care aux USA

Un tel paysage est difficile à esquisser, et se montre de surcroît très volatile. Après une fièvre d'intégration verticale, au cours de laquelle les plans d'assurance ont tenté de posséder pour les contrôler les hôpitaux et les médecins, puis se sont vu attaqués de la même façon par des groupes médicaux très efficaces en matière de gestion des soins, la tendance est plutôt à la diversification des produits et à l'intégration horizontale, c'est-à-dire à la fin des niches géographiques ou de segmentation historique du marché. On fournit en annexe 2, trois exemples de ces mouvements entre producteurs et assureurs, tirés de Robinson (1996).

La tendance générale pousse à la concentration dans le secteur de l'assurance, même s'il existe encore 520 HMO indépendants. Les dix premiers HMO assurent 27 millions de personnes, dont 8,5 millions pour le seul *Kaiser Permanente Group* implanté dans dix-sept Etats. Les premiers HMO étaient des organisations à but non lucratif, mais aujourd'hui les sociétés à capitalisation boursière sont les plus dynamiques.

L'implantation géographique est très inégale (Baker, 1994) : l'implantation du *managed care* est la plus ancienne et plus complète dans les grandes zones urbaines des côtes Atlantique et Pacifique (Nouvelle-Angleterre, Californie, Etat de Washington) et de la région des Lacs (Chicago, Detroit). On observe également une bonne implantation dans les Etats méridionaux attirant une population

âgée (Floride, Arizona). Par contre, le *managed care* a plus tardé à se développer dans les Etats moins peuplés et moins dynamiques du Vieux Sud, des Appalaches, du Middle West et des Rocheuses, à quelques exceptions près (région de Denver).

Pour autant, les niches de clientèle sont loin d'avoir disparu. D. Chollet, du Alpha Center, a tenté de mesurer la concurrence entre assurances sur différents marchés des USA. Elle a utilisé la variance des primes proposées pour un même produit comme indicateur du degré de concurrence (une concurrence efficace réduit la variance). De manière surprenante, on trouve une corrélation positive entre la variance des primes et le nombre de plans en concurrence : dans les zones avec peu d'offres, les primes varient de 0.4 à 0.9, alors qu'elles varient de 0.1 à 6 dans les zones avec le plus d'offres (entretien avec l'auteur, mai 1998). Son interprétation est que les zones avec le plus d'offres sont aussi les zones avec le plus de demandeurs, donc le plus de niches possibles ; en outre ces niches sont favorisées par l'absence de transparence du marché et par les obstacles à l'expansion horizontale liés à la cherté d'extraction et de traitement de l'information.

Le Dr Berenson (entretien) confirme l'opacité du marché : il recommande la création d'une fonction d'information broker financée sur budget public et visant à jouer le rôle d'acheteur avisé pour le consommateur final. Les médecins sont aujourd'hui mal placés pour conseiller qui que ce soit, en raison de conflits permanents de loyauté : les conseils qu'ils donnent en matière de choix de plan d'assurance, pour le bien être de leur patient peuvent aussi bien menacer leur revenu propre (par exemple, recommander le MCO à un malade chronique peut améliorer sa prise en charge, mais pèsera sur le budget du médecin s'il est membre de ce MCO).

Il confirme aussi la faiblesse de la concurrence et l'existence de niches. En forçant un peu le trait, il affirme que le régulateur public (plans des fonctionnaires, MEDICARE, MEDICAID) est le seul à jouer le jeu de la concurrence, alors que les sponsors privés préfèrent l'absence de concurrence.

La création de réseaux par les assureurs et les réactions des producteurs de soins (apparition des PSO, etc.) ont conduit à des stratégies de concentration poussée dans le domaine hospitalier : *Columbia/HCA* (7% de l'ensemble des lits d'hôpitaux, Friehe, 1997) est ainsi la figure emblématique des chaînes d'hôpitaux à but lucratif issues des mouvements de fusion et d'acquisition (*merger mania*) massifs observés.

Barro et Cutler (1997) fournissent une description minutieuse des restructurations intervenues dans le secteur hospitalier du Massachusetts (région de Boston), qui est, avec la Californie, la région des Etats-Unis où l'expansion du *managed care* a été la plus remarquable. La réduction des coûts est manifestement la motivation principale de certains rapprochements : fusion des activités administratives, regroupement géographique des traitements de soins aigus, etc. L'essor du *managed care* a réduit la demande adressée aux établissements de soins aigus (puisque l'on privilégie l'hospitalisation externe et les soins à domicile), et les fusions permettent de substantielles économies d'échelles.

Toutefois, Barro et Cutler notent que la réalisation d'économies, même importantes, n'est pas toujours synonyme de réussite pour une fusion. En effet, dans certains cas, le rapprochement « contre-nature » d'établissements géographiquement proches mais de cultures trop éloignées a entraîné l'exode de nombreux spécialistes et de leur clientèle (cas de la fusion *AtlantiCare* à Boston). La clef de la pérennité des structures hospitalières réside donc avant tout dans un bon accès aux patients.

L'autre grande motivation des fusions est donc la constitution d'un réseau de soins, tant pour garantir l'accès à la clientèle (rapprochement avec des réseaux de généralistes - stratégie de *Partners* à Boston - ou avec des cliniques périphériques dont l'activité est tournée vers des traitements légers, mais qui servent de point d'entrée dans le système hospitalier : stratégie de *CareGroup* à Boston), que pour accroître le pouvoir de négociation face aux assureurs : deux petits hôpitaux individuellement insignifiants peuvent intéresser un assureur une fois réunis, parce qu'ils

offrent alors une gamme complète de soins. De même, deux grands établissements peuvent en se rapprochant jouir d'une rente de quasi-monopole, parce que leur position dominante oblige les assureurs à contracter avec eux (Ainsi, à Boston, il est inconcevable de proposer une police d'assurance qui ne permette pas l'accès aux structures du géant *Partners*).

10.5. Les effets du managed care

L'impact du *managed care* sur la délivrance de soins médicaux est multiforme et parfois difficilement quantifiable ; si de nombreuses études sur le sujet ont vu le jour, leurs résultats ne concordent pas toujours. Il convient de distinguer entre les différents aspects de l'assurance maladie et des prestations médicales.

10.5.1. Le niveau des dépenses de santé

Cette question est très délicate à traiter. Certes, après des années de hausse, les dépenses de santé semblent se stabiliser depuis 1993. Mais l'essor du *managed care* n'est pas la seule explication envisageable. En outre, cette stabilisation des dépenses de soins dans la richesse nationale est survenue un peu partout dans les pays riches à la même époque, même dans des pays sans concurrence entre assureurs comme la France ou le Royaume Uni : d'après des calculs des auteurs, la réduction des coûts aux USA depuis les années 90 n'est pas supérieure à celle observée dans presque tous les pays, notamment en France et au Royaume Uni (source ECOSANTE, OCDE 1997).

Evolution annuelle part de la dépense dans le PIB

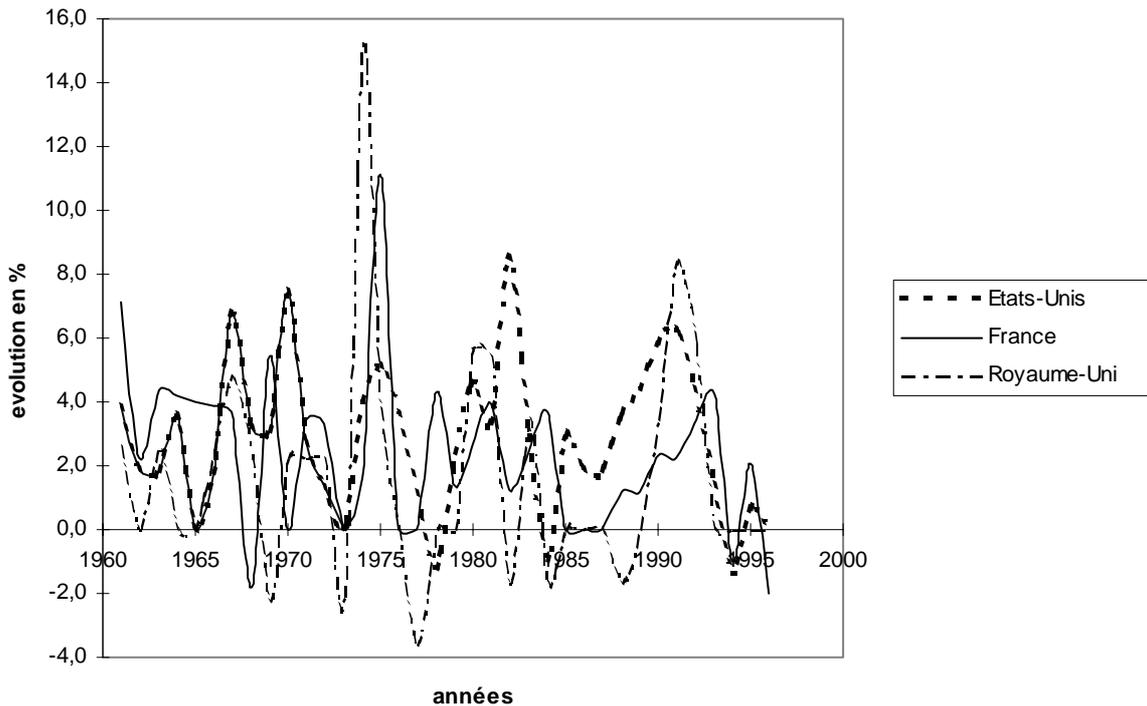


Tableau 2 : taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé per capita

Années	\$ courant	\$ constant
1980-1990	10,3%	5,3%
1991-1993	7,8%	4,1%
1994-1995	4,8%	3,5%

Krueger et Levy (1997) essaient d'expliquer empiriquement pourquoi le rythme d'accroissement des dépenses de santé pour les employeurs a baissé ces dernières années. L'inconvénient de leur démarche est de se situer à un niveau très agrégé, alors que le manque de données incontestées sur des variables aussi cruciales que le montant moyen respectif des primes des HMO et de l'assurance traditionnelle est patent. De plus, la variabilité de la part de marché des organismes de *managed care* est très forte entre les différentes régions des Etats-Unis, ce qui limite la pertinence des résultats d'une étude agrégée. Toutefois, leur analyse conduit à des résultats intéressants en dépit de leur fragilité statistique :

L'accroissement de la part de marché des HMO n'aurait eu qu'un impact marginal : toutes choses égales par ailleurs, ce fait aurait induit une baisse de 0,1% des coûts de la santé pour les employeurs entre 1992 et 1994. La démarche de Krueger et Levy ne permet pas toutefois de prendre en compte l'effet modérateur de l'accroissement du *managed care* sur les primes de l'assurance traditionnelle (Baker, 1994).

Par contre, l'évolution des montants moyens des primes (tous types d'assurances confondus) aurait induit, toutes choses égales par ailleurs, une hausse de 13,4% des coûts de l'assurance pour les employeurs. En fait, la relative modération du coût moyen de l'assurance maladie pour les entreprises proviendrait essentiellement de la baisse de la part des salariés couverts par leur

entreprise, et de la diminution du taux de prise en charge des primes par les entreprises proposant un contrat collectif. (qui expliqueraient une baisse du coût moyen pour l'employeur de 4,8% et 1,5% respectivement).

L'étude de Krueger et Levy s'intéresse uniquement aux coûts ressentis par les entreprises ; mais la raréfaction des contrats collectifs et la participation plus grande imposée aux salariés ont sans doute amené de nombreuses personnes à restreindre leur consommation médicale. Ceci pourrait expliquer en partie que la croissance des dépenses totales de santé se soit ralentie.

Evaluer les économies éventuelles permises par le *managed care* implique de considérer bien sûr le niveau des primes d'assurance exigées par les réseaux de soins, mais aussi de déterminer l'impact qu'a eu l'extension du *managed care* sur les pratiques de l'assurance traditionnelle et la composition de sa clientèle.

A / Le montant des primes versées par les assureurs relevant du managed care

Les études empiriques peinent à mettre en évidence un niveau de primes plus faible pour les assurés relevant d'un HMO par rapport à l'assurance traditionnelle. Même l'étude assez récente de KPMG (1995), qui se restreint aux entreprises de plus de 200 employés pour lesquelles il existe plusieurs contrats de chaque type (HMO, FFS ou PPO) conclut à des surcoûts très faibles de l'assurance à l'acte (FFS) par rapport à l'assurance HMO : 3,8% pour une police individuelle et 2,4% pour une police collective (Krueger et Levy, 1997). Short et Taylor (1989) trouvent un résultat légèrement supérieur (8,2%), mais toujours assez faible. En outre, la prime moyenne d'une PPO serait plus élevée que celle d'une assurance traditionnelle.

Les résultats de l'enquête KPMG ne sont pas infirmés si l'on neutralise les effets géographiques (les HMO pourraient s'implanter de préférence dans les zones où les soins médicaux sont les plus onéreux) et les effets liés à la taille de l'entreprise. Notons toutefois que la donnée des montants des primes d'assurance néglige les franchises et les mécanismes de coassurance, a priori plus faibles pour une police de type HMO. Olsen (1993) estime en outre que le plein effet des HMO en termes de coûts ne se fait sentir qu'après quelques années, lorsque ces organismes sont parvenus à inculquer des principes de modération tant à leurs assurés qu'aux praticiens qu'ils emploient.

B / Les changements intervenus dans l'assurance traditionnelle

L'influence du *managed care* est également perceptible dans les modifications des pratiques de l'assurance traditionnelle, qui cherche à maintenir sa compétitivité, mais également des prestataires : d'une part ceux-ci cherchent à modérer leur tarifs pour que leur clientèle ne fuie pas vers les prestataires affiliés aux HMO, d'autre part de nombreux médecins et hôpitaux traitent à la fois des assurés relevant d'un HMO et des assurés relevant de l'assurance traditionnelle. La diffusion de pratiques économes à l'instigation des HMO induit donc des externalités positives pour les assurances traditionnelles.

Baker (1994) estime ainsi que l'accroissement de dix points de la part de marché des HMO dans une région induit une baisse de 11% du tarif normal de consultation pour un assuré relevant d'une assurance traditionnelle. A l'inverse, la part de marché des HMO serait sans influence sur le revenu des médecins rémunérés à l'acte ou sur leur nombre d'heures de travail.

Selon Baker, ceci peut résulter de stratégies de différenciation des produits : ces prestataires abaisseraient le coût de la consultation pour soutenir la comparaison avec les HMOs mais maintiendraient leur revenu global en augmentant le tarif des services supplémentaires (ex : intervention de chirurgie légère en cabinet) que les HMO sont enclins à rationner pour contrôler leurs coûts, et pour lesquels la concurrence est donc moindre.

C / L'impact de la sélection des patients

Si l'effet du *managed care* peut être bénéfique pour les autres assurés via la diffusion de pratiques économes et l'érosion des rentes des assureurs traditionnels, ce que Baker et Corts (1995) appellent l'effet discipline de marché, les phénomènes de sélection des patients selon leur état de santé (effet segmentation du marché) peuvent induire au contraire un relèvement des primes de l'assurance traditionnelle. Certes, les assureurs proposant un contrat collectif ne peuvent en théorie pas pratiquer de sélection ; mais il se trouve que les assurés en moins bonne santé valorisent plus que les autres le fait de pouvoir choisir leur médecin librement (phénomènes d'habitude) et sont donc plus réticents à adhérer à un HMO.

L'étude économétrique de Baker et Corts (1995) conclut qu'au début du développement du *managed care* le premier effet domine, ce qui fait baisser les primes d'assurance traditionnelles ; par contre, lorsque la part de marché des HMOs dans une région excède nettement 10%, l'effet de segmentation du marché l'emporterait et induirait une augmentation des primes d'assurance traditionnelles.

Un cas exemplaire est fourni par l'université de Harvard (Cutler et Reber, 1996). La sélection propice au HMO et adverse au FFS peut mener à l'éviction des programmes les plus « généreux », conduire à l'absence totale de concurrence (un seul offreur) et priver d'assurance une partie de la population.

D / Les rentes informationnelles

Une question cruciale est de savoir si les gains réalisés par les HMOs sur les coûts de production ont été reversés aux assurés sous forme de réduction des primes, ou bien si le phénomène dominant n'est pas un simple transfert de tout ou partie de la rente informationnelle des prestataires vers les assureurs (Barro et Cutler, 1997). Cette possibilité est d'autant moins imaginaire que le mouvement de concentration à l'oeuvre dans les zones où le *managed care* est le plus développé dessine pour l'avenir un marché des soins médicaux dominé par quelques grands groupes d'assurance et un nombre restreint de réseaux de prestataires. La persistance ou le renforcement des rentes informationnelles est naturellement un problème essentiel dans un cadre de concurrence oligopolistique.

Signalons enfin que les coûts de gestion des firmes de *managed care* sont en général élevés, principalement en raison de coûts de marketing et de calcul actuariel des risques. Selon Evans (1990), le coût d'assurance et d'administration des soins représenterait 0.6% du PNB aux USA (1987), contre 0.1% au Canada. Woolhandler and Himmelstein, (1991) estiment que le seul coût d'administration représente 4 à 6% du coût des soins au RU, mais 22% aux USA.

10.5.2. La qualité des soins

A / Les excès du managed care

Olsen (1993) n'isole clairement aucun impact de l'essor du *managed care* sur le niveau des indicateurs objectifs de morbidité ; toutefois, une autre étude, publiée en 1996 (Frieb, 1997) et ciblée sur les bénéficiaires de *Medicare* et *Medicaid*, conclut que les patients traités par des HMO ont un état de santé moins bon que ceux traités par la médecine libérale. Il faut noter que les plus démunis ont peu de moyens d'exprimer leur éventuel mécontentement, et que les coûts croissants engendrés par *Medicaid* ne sont pas de nature à sensibiliser l'électorat aux excès dont souffriraient les bénéficiaires de ce programme. Par ailleurs un nombre grandissant d'assurés exprime son mécontentement envers les restrictions opposées aux consultations de spécialistes, les files d'attente ou l'aspect déshumanisé d'une médecine « industrielle ».

Les médecins de leur côté agitent le spectre d'une médecine déprofessionalisée (Blumenthal, 1996) : « The least tangible of the three major phenomena (..) - the commodification of health care - may be the most important. Society is telling physicians in multiple ways (..) that they should regard health care as a commodity much like many others that are exchanged in the marketplace. The implication is that the practice of medicine is an economic transaction, not a professional calling. This raises the question of whether medicine is in the process of deprofessionalization ». (page 172).

Cette tendance menace le respect de l'obligation de soins aux non assurés, non solvables : selon un sondage de 1991, les MG dans des zones à forte concurrence discriminent contre les patients non solvables. Elle menace aussi la relation de confiance entre patient et producteur : la première cause de procès pour malpractice (71%) ne vient pas de problèmes de résultats médicaux mais de relations interpersonnelles (défauts de communication, perception de manque d'attention, inattention aux demandes des patients, inconfort), ce qui prouve que le patient attend avant tout une relation personnelle entre son médecin et lui, pas seulement « value for money ».

Certaines pratiques des HMO sont de plus en plus dénoncées : par exemple la pratique de la loi du bâillon (*gag rule*), par laquelle les HMO interdisaient à leurs médecins d'informer les assurés de l'existence de traitements alternatifs plus coûteux que ceux préconisés par leurs normes thérapeutiques, a fait l'objet d'une interdiction. Même en cas d'urgence, certains organismes rechignent à autoriser leurs assurés à gagner le centre hospitalier le plus proche : ainsi, seulement trois des vingt-cinq HMO de Chicago laissent leurs assurés libres d'appeler le numéro des urgences 911 (Hacker, 1997).

Toutefois, en matière de prévention, la structure contraignante des HMO peut obtenir des résultats ; et en effet, certaines études soulignent le plus faible taux d'évolution des appendicites aiguës vers une péritonite parmi les assurés des HMO, ou bien le bon suivi médical dont font l'objet par exemple les diabétiques. Par contre, il existe des cas assez nombreux de patients victimes d'une erreur de diagnostic en premier recours qui a entraîné des complications graves.

B / Vers un contrôle plus strict des pratiques des HMO

Pour éviter que la recherche de coûts plus faibles ne se fasse trop au détriment de la qualité des soins, des cotations et des relevés d'information sur les pratiques des HMO circulent :

Les informations disponibles sont :

- « Hospital outcomes », publication officielle, disponible universellement depuis les années 80, contient des outcomes cliniques (mortalité post opératoire, complications nosocomiales), ajusté au risque moyen de la clientèle.
- « Health Employer Data Information System » (HEDIS) : base de données mise au point par les acheteurs de plans. Elle est plus utilisée, mais « la plupart des experts pensent qu'il s'agit de mesures moins bonnes de la qualité des soins ». Elle ne contient pas d'informations financières sur le plan (est il pérenne et accessible ?).
- « Consumer Assessment of Health Plans Study » (CAHPS) : enquêtes de satisfaction des consommateurs.
- « National Center of Quality Accreditation » (NCQA), organisation privée, à but non lucratif, proposant un outil de mesure auto-administré aux plans de type HMO (en assurance traditionnelle, on ne connaît pas l'ensemble des soins reçus par un individu mais seulement les remboursements). Les résultats de cette mesure, centralisés par NCQA sont tenus publics et servent, en cas de succès, d'accréditation auprès des acheteurs de plans. L'accréditation peut être obtenue pour trois ans, pour un an, ou sous condition. Elle repose sur des critères de satisfaction des consommateurs, de délais d'attente et d'accessibilité, d'état de santé.

Il faut toutefois garder à l'esprit qu'à l'exception des grandes entreprises, les employés ont rarement le choix entre plusieurs assurances HMO. De ce fait, le choix d'une police plutôt qu'une autre est d'abord le fait de l'employeur, dont l'intérêt premier est d'obtenir des primes bon marché, les considérations de qualité des soins étant secondaires.

Hibbard et alii (1997) ont mené une enquête auprès des grandes entreprises pour savoir comment elles choisissaient les plans offerts aux salariés. Il se dégage le profil suivant : si un acheteur doit prendre des décisions dans plusieurs Etats à la fois, il se concentre sur NCQA, et néglige HEDIS et les enquêtes de satisfaction. Un acheteur à l'horizon plus restreint utilisera le couple HEDIS - enquêtes. Si on cumule HEDIS, satisfaction et NCQA, en ôtant les doubles comptes, on arrive à quelque chose comme 72% ; les autres utilisent soit les hospital outcomes, soit rien du tout.

Que font ils de ces données ? Le problème est qu'il faut prendre des décisions multidimensionnelles (qualité et taille du panel de producteurs, degré de satisfaction des patients, accessibilité, coût), ce qui suppose une capacité de pondérer ces différentes dimensions. Un moyen simple d'y échapper est d'offrir tous les plans, en retenant seulement une exigence minimum et en fixant une prise en charge assez basse.

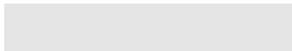
70% des acheteurs tentent de réaliser le tradeoff : 10% choisissent d'abord sur le prix, puis, en second rang sur la qualité, 20% ont un système expert de pondérations, les autres se déterminent au jugé. En général, les considérations de prix, plus facilement mesurables, l'emportent sur la qualité, et, au sein de la qualité, celle du service l'emporte sur la clinique.

21% des acheteurs déclarent ne pas réévaluer leurs choix et entretenir des relations de long terme avec les plans (pas d'entrée pendant 3 à 9 ans).

La façon dont les acheteurs voient la qualité n'est pas forcément celle des consommateurs : par exemple, un coût important est vu souvent par les acheteurs comme un signe de mauvaise qualité (mauvaise gestion) ; de même, les acheteurs parlent souvent d'outcomes pour caractériser le délai de traitement des remboursements.

Enfin, de nombreux projets de loi s'efforcent de contrôler les pratiques des HMO, comme la disposition adoptée par 28 Etats, qui impose aux HMO une couverture minimale de 48 heures pour les soins hospitaliers après un accouchement.

A long terme, la qualité est aussi affectée par le sort de la recherche médicale. Or, les bouleversements des structures hospitalières ont également un impact sur les établissements publics en raison des coupes budgétaires. Les centres hospitaliers universitaires, notamment, doivent donc se tourner vers l'extérieur pour attirer les capitaux nécessaires à leur activité : les dons sont certes une source de revenu importante aux Etats-Unis, mais il faut de plus en plus que ces établissements se tournent vers des partenaires privés. Cette évolution ne sera pas sans influence sur la politique des centres en matière de recherche et d'enseignement, puisque ces activités sont peu profitables. Le problème sera d'autant plus crucial que le *managed care* pousse à une recherche très forte de la rentabilité.



Annexe 2.A

Description de l'expérimentation de « bidding » menée par HCFA pour fixer un tarif MEDICARE

Illustration en grandeur réelle du rôle du sponsor dans un quasi marché

1 - Choix des candidats

Quels Plans peuvent participer ? Il semble difficile d'accepter une entrée postérieure au processus, donc, on doit se montrer large sur la participation des nouveaux Plans lors du processus de négociation (y compris en autorisant les Plans non encore pleinement accrédités HCFA à concourir). Il faut accepter l'idée, dangereuse pour la qualité, que l'instauration du processus appellera de nouveaux Plans à candidater dans la zone.

Quels Plans peuvent ne pas participer ? Le FFS en général, éventuellement certains Plans réservés à une population fermée. Sinon, l'idée est que le processus ne peut reposer sur une base volontaire. Si un Plan refuse de se soumettre au processus, il doit donc être interdit de la zone (pour les personnes âgées en tout cas) pendant un an ; plus d'un an d'interdiction paraît peu nécessaire, car, quoiqu'il en soit, un Plan qui quitterait le marché un an pour échapper à un processus de prix aurait peu de chances de retrouver une clientèle à son retour éventuel. Faut-il inclure aussi les complémentaires MEDIGAP ? A priori, cela paraît difficile si le FFS est dispensé.

2 - Sélection des sites

Deux stratégies sont possibles, une zone moyenne ou une zone à coûts élevés (si même dans une zone à coûts élevés, on ne parvient pas à réduire la dépense, autant arrêter tout de suite). Dans les zones à AAPCC⁸¹ faible, le FFS propose souvent la prime la plus faible (les HMOs ne peuvent plus y faire des économies par sélection des risques comme dans les zones à AAPCC forts, et proposent des services complémentaires via un supplément de primes). On peut penser qu'une zone idéale présente les caractéristiques suivantes : beaucoup de HMOs (quand la densité d'offreurs augmente, l'expérience montre, pour les HMOs au moins, qu'ils ont tendance à négocier sur des primes plus proches de leur coût marginal), beaucoup d'IPA, car elles ont la faculté d'absorber un flux de nouveaux bénéficiaires que n'ont pas toujours les HMOs, un grand nombre de personnes âgées dans la zone, un bon taux de pénétration des HMOs dans la zone en général (pas seulement pour les personnes âgées) ; un AAPCC élevé, des primes complémentaires faibles et une part élevée des bénéficiaires de MEDICARE en HMO. Enfin, le choix de l'échantillon témoin n'est pas simple : on serait tenté de choisir des zones limitrophes aux sites sélectionnés, mais cela risque d'entraîner une incompréhension du public pour le système.

3 - Paquet standard et prestations complémentaires

« Although many large employers do not specify a standard benefit package on which all health plans must bid, public entitlement programs have less flexibility than private employers » (page 12). Il existe cinq types ou niveaux de paquet standard :

⁸¹ AAPCC : *Adjusted Average Per Capita Cost*

- Le minimum obligatoire : les services en partie A et B obligatoires ; le problème est que, dans les zones à forts AAPCC, les HMOs offrent déjà beaucoup plus sans prime supplémentaire. Rappelons que les assurés doivent toujours payer pour les services en B.
- Le minimum amélioré : quelques services préventifs en plus, l'élimination de quelques franchises. Proposé pour MEDIGAP, mais a le même inconvénient que la solution précédente.
- Les améliorations standards : ce que les HMOs offrent couramment dans le site, notamment, le plus souvent, les médicaments. C'est alors le FFS de MEDICARE qui apparaîtra comme offrant peu, en dessous de ce que les assurés considéreront comme un « droit ».
- Le paquet central : le minimum obligatoire et des prestations complémentaires explicitement désignées par HCFA (et obligatoires dans le processus de négociation).
- Des paquets complémentaires optionnels : les HMOs peuvent offrir, en plus du paquet central, des options pour lesquelles ils proposent des prix.

On a affaire à un arbitrage délicat : si on restreint trop le paquet, et si le FFS est hors du processus, les HMOs ont intérêt à s'entendre pour proposer des primes assez élevées ; ainsi, ils pourront proposer, pour presque rien, les prestations complémentaires qu'attendent leurs clients et continuer à prélever les bons risques sur le FFS. Ils ne se concurrenceront pas entre eux, mais tous contre le FFS. Si on augmente trop le paquet standard, le FFS n'est pas capable d'assurer le standard à un prix compétitif. Pour sortir de cet arbitrage, on peut interdire aux Plans de proposer des options complémentaires (ainsi, ils ne peuvent pas se coaliser contre le FFS), cependant, on risque alors une perte de bien être pour les consommateurs. On peut aussi, ce qui paraît un bon compromis, fixer une liste explicite des prestations sur lesquelles les Plans pourraient se faire concurrence, ce qui garantit la simplicité du choix et contre les risques d'écrémage (comme, par exemple, proposer une garantie soins dentaires pour rafler les bien portants de MEDICARE). Evidemment, on court alors le risque de subventionner des services inutiles (c'est-à-dire plus coûteux que l'utilité qu'ils apportent) puisqu'il n'y a plus de sanction financière par l'acheteur.

Deux questions connexes :

- Les Plans peuvent ils proposer plusieurs paquets optionnels, au risque d'obscurcir les choix des consommateurs, mais sachant qu'un seul paquet fixe oblige certains consommateurs à adhérer à des services dont ils n'ont pas l'utilité pour pouvoir accéder à des services qu'ils souhaite consommer (choix de bouquets ou « cafétéria »).
- L'optionnel autorisé peut avoir des conséquences sur les stratégies des Plans à coûts particulièrement faibles, qui peuvent ensuite utiliser la différence entre leur prime et le remboursement HCFA pour offrir quasiment gratuitement à leurs adhérents des optionnels particulièrement généreux (qui seraient donc, au total, payés par MEDICARE).

4 - Processus de négociation

Comment se déroule la négociation ? Certains employeurs adoptent une procédure simplifiée : les Plans soumettent un (ou des) prix, l'employeur fixe alors son montant de prise en charge, et laisse les employés se décider. Dans les zones où la densité de Plans est faible, la négociation active semble pourtant apporter de meilleurs résultats.

Il existe cinq manières de fixer le montant HCFA (cut off price) à partir des primes proposées par les Plans :

Méthode de pricing	Avantages	Inconvénients
Moins disant.	Simple, non manipulable.	Peut générer un seul Plan à prime nulle. Le moins disant peut avoir fait une erreur financière sévère. Ce moindre prix peut correspondre à un Plan peu prisé par le marché (mauvaise qualité des indicateurs de satisfaction) risque de dumping ou de prix prédateur.
Second moins disant, le moins disant peut procéder à une ristourne, à des prestations complémentaires, ou encaisser la différence.	Ajoute une marge d'erreur au processus.	Mauvais quand beaucoup de Plans sont bas (ils tentent de deviner le second moins disant et non de proposer au niveau de leur coût) problème de non acceptation par le marché (troisième défaut du moins disant).
Un percentile des propositions (une part inférieure de la distribution des primes proposées).	Réduit la pression sur les Plans à hauts coûts, garantit une pluralité d'offres à faibles primes.	Faut il fixer le pourcentage ex ante ou ex post ? La seconde solution est peu appréciée des Plans, mais elle permet à HCFA de concilier au mieux prix bas et protection du consommateur.
Un pourcentage (>100%) du moins disant.	Ceux des deux solutions ci-dessus.	Incite les Plans à proposer plus haut (ils cherchent à deviner le montant de 100+X% du moins disant, en utilisant l'information gagnée dans les tours antérieurs de négociation).
Moyenne pondérée par la part de marché.	Tient compte de l'acceptation par le marché.	Donne une part prépondérante aux firmes dominantes ne peut tourner que sur les parts de marché de l'année précédente.

Comment tenir compte de la qualité dans la fixation du cut off price : HCFA doit-il définir explicitement des normes de qualité et des rémunérations qui leur sont attachées, ou se contenter de passer l'information aux assurés en les laissant eux mêmes arbitrer entre prix et qualité ? Dowd et alii, 1996, op. cit., conseillent au minimum d'exclure les Plans non satisfaisants au regard de la qualité (par exemple, les nouveaux entrants) de la détermination du cut off (si on adopte une procédure de moins disant, et que c'est un non satisfaisant qui l'emporte, on se reporte sur du second moins disant). Une autre solution consisterait à fixer ex post (en tenant compte de la qualité), le pourcentage du moins disant ou le percentile dans la fixation du cut off.

Une fois terminée la négociation, il faut interdire aux Plans au dessus de réduire leur prix (il faut une pénalité dans le processus de négociation pour contraindre les Plans à révéler leurs coûts) ; on peut seulement les autoriser à réduire les primes payées par les consommateurs s'ils acceptent une réduction égale de la prise en charge MEDICARE (ils doivent toujours payer l'intégralité de la différence entre leur coût et le cut off). Faut il interdire aux Plans au dessous d'augmenter leurs prix ? La question n'est pas tranchée, mais il paraît important de leur interdire d'inclure la différence dans leur budget général (ils l'utilisent alors pour des investissements qui ne concernent pas les bénéficiaires MEDICARE) ; ils doivent donc faire des ristournes ou bien augmenter leurs services.

Ajustement au risque : dans le système à prix administrés, le risque est l'écrémage ; dans le système compétitif, c'est la spirale de la mort (exclusion du marché du plan le plus cher). HCFA prévoit d'en rester à l'ajustement AAPCC (démographique, par comté), les Plans proposant une prime pour l'assuré moyen et recevant ensuite en fonction de la structure de leur population par rapport au risque ex ante. Il est prévu de calculer un ajustement pour la partie A et un pour la partie B. Une solution alternative serait que les Plans proposent une prime pour chaque catégorie et qu'il y ait un processus de négociation pour chaque catégorie, ce qui réduirait l'incitation à l'écrémage (en fait, on aurait écrémage ex ante, via les primes, et pas ex post).

Durée de fixité des prix et durée d'adhésion : dans le système actuel, les Plans acceptent une durée d'adhésion nettement plus faible (tous les débuts de chaque mois, ce qu'on appelle « continuous open enrollment ») que celle de fixité des prix (ce qui est pris en charge par HCFA) ; dans un système plus dur pour eux, ils pourraient exiger que les assurés n'aient pas le droit de changer de Plan tant que les cut off ne changent pas. Pendant la durée de fixité du cut off, il faut évidemment interdire aux Plans de réduire la quantité de couverture qu'ils proposent ; on peut autoriser des augmentations de la part des Plans ayant proposé en dessous du cut off.

5 - Adhésion libre et conseil aux bénéficiaires

Conseils aux assurés : réalisation de graphiques de routine servant à comparer tous les plans entre eux ; période de rétractation portée à six semaines ; inclusion de MEDIGAP dans les comparaisons.

6 - Plans pour les retraités

Plans pour les retraités financés par l'ex employeur : certains employeurs offrent des services supplémentaires à leurs anciens employés via des Plans de MEDICARE (7% des employeurs proposaient au moins un Plan de MEDICARE à leurs retraités en 1993, et 38% en 1996). Ils n'ont pas le droit de faire payer plus ou d'augmenter la part assuré ; ils ne peuvent augmenter la prime que s'ils offrent des services supplémentaires. La grande différence est que le retraité doit rester un an dans le même plan (pour pouvoir bénéficier des avantages employeur). Ces pratiques des employeurs peuvent :

- Diminuer l'incitation liée au processus compétitif à proposer des prix bas (si les employeurs financent les Plans coûteux).
- Entraîner des ristournes sur les primes, y compris celles proposées à HCFA, ce qui est théoriquement interdit ; tout dépend de la raison pour laquelle ces ristournes sont possibles :
 - sélection du risque (l'entreprise a une structure favorable) : il faut l'interdire car elle risque d'entraîner l'exclusion des plans de retraités à risque moyen supérieur à la moyenne
 - efficacité de négociation de l'employeur : il faut le garder et l'encourager (apporte de l'information à HCFA) ; cependant, si HCFA se lance dans le processus compétitif, la plupart des employeurs cesseront leurs recherches de Plans pour retraités.
 - monopsonie : paraît peu probable pour l'instant (car MEDICARE couvre tout le monde dans une zone), mais Towers-Perrin vient d'organiser un groupe d'achat MEDICARE pour les 70 premières entreprises (classement Fortune), ce qui peut devenir un monopsonie dans certaines zones.
 - ristournes d'opportunité : certains Plans peuvent choisir délibérément de proposer des prix hauts, pour influencer, par coalition, les cut off de HCFA ; ils sont alors heureux d'offrir des remises à qui veut.
- Entraîner une incompatibilité entre le paquet standard MEDICARE et celui de l'employeur.

Annexe 2.B

Trois exemples de mouvements sur le marché du managed care

- 1 - WellPoint Health Networks (WPHN) : Blue Cross de Californie a créé cette compagnie de managed care, après avoir créé Health Net, TakeCare, Prudent Buyer PPO, CaliforniaCare HMO. WPHN n'a pas cherché l'intégration verticale, mais plutôt le contrôle (Utilization Review) : « WellPoint is well known for an arm's-length, hard bargaining approach to provider organizations that permits it to offer consumers some of the lowest premiums in the individual and small-group markets »
- 2 - UniHealth America (UHA) : issue de la fusion d'hôpitaux à Los Angeles, a participé à la création de PacifiCare Health Systems (fournisseur de MEDICARE) et de CareAmerica (pour le marché des PME). A été un des premiers hôpitaux à acquérir un « Medical Group » (MG, cabinet de groupe) ; pourtant cette intégration verticale totale (du plan d'assurance à l'ambulatorio) n'a pas donné de bons résultats en termes d'organisation. UHA a vendu ses parts dans les plans et a acheté d'autres MG et IPA (Independent Practice Association). Le point intéressant est que UHA est en train d'abandonner sa culture première d'hôpital et se focalise de plus en plus sur l'activité ambulatoire (« jewels of the crown »). Notamment, UHA achète des IPA ou des MG même dans des zones où elle n'a pas le moindre hôpital ni l'intention d'en construire. « The dominant factors are patients' and physicians preferences and prices, not vertical ownership linkages » (page 163).
- 3 - Mullikin Medical Enterprises : à l'origine, un MG fonctionnant très tôt à la capitation. A crû d'abord par fusion avec d'autres MG, avant de devenir un pionnier du Integrated Delivery Service (IDS) pour MEDICARE, les PME, les individuels et MEDICAID. Ont acheté un hôpital puis un IPA, mais ne cherchent pas l'intégration verticale.

ANNEXE 3 : MONOGRAPHIE DE L'ALLEMAGNE

Une concurrence entre assureurs sans managed care

11. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE ALLEMAND

11.1. Principales caractéristiques

Quelques caractéristiques du système de santé allemand permettent de cerner le contexte dans lequel les réformes du système prennent place.

- La solidarité est un principe fondamental qui est à la base du fonctionnement du système d'assurance maladie en Allemagne. Les assurances obligatoires pour les ouvriers de Bismarck en 1883, précédées de mutuelles créés à l'initiative des employés, relèvent du principe de solidarité selon lequel à chacun selon ses besoins, chacun payant selon ses revenus. Les assurances légales, qui couvrent près de 90% de la population, relèvent toujours de ce principe. Pour autant, cette norme de solidarité s'exerce dans un système segmenté (par profession en premier lieu, par résidence à défaut) et donc au sein d'une population limitée : de tous temps, différentes caisses ont assurées différentes populations, pour des primes différentes selon le niveau de risque des différents pools d'assurés.

Le système trouve son origine dans les Innungskrankenkassen des corporations urbaines du moyen âge. Les mineurs et les ouvriers de l'industrie développent leurs propres mutuelles au 19^e siècle (Knappschaft et Betriebskrankenkassen). Les lois Bismarck imposent l'affiliation obligatoire à ces trois types de caisses (Innung pour les accords de branche, Betrieb pour les accords d'entreprise, Knapp pour les mineurs) ; dans les années 1880 sont créées les Ortskrankenkassen pour couvrir, sur une base locale, tous ceux qui n'étaient pas couverts sur une base professionnelle.

Les élites sociales n'appartenaient pas à ce système obligatoire : au dessus d'un certain niveau de revenu (cadres supérieurs, hauts fonctionnaires, travailleurs indépendants) il est possible de ne pas s'assurer ou de s'assurer dans le privé ; en outre, les cols blancs (VdAK) et certaines catégories d'ouvriers (AEV) ont accès à des caisses de substitution pour leur assurance obligatoire (Ersatzkrankenkassen) ; ces caisses sont les descendantes de sociétés mutuelles de l'encadrement et des employés qui ont préféré ne pas s'agréger aux caisses ouvrières.

Le système allemand est mis à mal dans les années 70 et 80 par la faillite de nombreuses caisses d'entreprises (mauvais ratios démographiques, coûts fixes trop importants, disparition des entreprises support), ou la fuite des bons risques et des gros contributeurs vers les caisses de substitution. A la fin des années 80, les caisses ouvrières et locales ne regroupent plus que 50% de la population, les substitution 33%.

En outre, 10% de la population (les plus riches) sont dispensés de toute solidarité avec le reste de leurs concitoyens et peuvent opter pour une couverture privée ; si, en France, on se privait des 10% de plus hauts salaires, qui représentent environ 21% de la masse salariale, (estimation approximative d'après l'enquête sur les salaires de l'Insee, en 1992, C. Guigon, *La structure des salaires en 1992*, INSEE-Résultats, Emploi-revenus, 122), et consomment environ 9% de la dépense de soins reconnus par la sécurité sociale (calcul des auteurs sur la base de l'appariement EPAS-SPS de 1992), le déficit de la sécurité sociale s'en trouverait accru de 70 milliards environ.

- L'autogestion des caisses et des associations de caisses : les caisses d'assurance maladie ont droit à l'autogestion, elles sont des personnes morales de droit public, placées sous tutelle de l'Etat. L'autogestion est exercée bénévolement par des représentants élus des assurés et des employeurs.
- Un fort degré d'organisation des médecins qui s'explique historiquement : les contrats passés entre caisses et médecins laissent à ces derniers une impression de subordination qui les conduit dès 1900 à se regrouper. Les Unions de médecins de caisses (Kassenärztliche Vereinigung, KV), auxquelles tout médecin doit adhérer s'il désire être conventionné, se chargent aujourd'hui de négocier une rémunération collective au niveau du Land et de la répartir ensuite. La densité médicale est supérieure à la moyenne européenne.

11.2. Le fonctionnement de l'assurance maladie : une structure très morcelée

L'assurance maladie en Allemagne est à peu près universellement répandue : 0,1% seulement de la population ne bénéficierait d'aucune assurance maladie (d'après des enquêtes ménages). En deçà d'un plafond mensuel de revenu situé aujourd'hui à 6 300 DM (environ 21 100 FF) pour les actifs occupés et à 8 400 DM (environ 28 100 FF) pour les retraités et les chômeurs, l'adhésion à l'assurance dite « légale » - par opposition à l'assurance privée - est obligatoire.

72,2 millions de personnes sont adhérentes à l'assurance légale, pour un total de 81,6 millions d'assurés, en tenant compte des ayants droit.

L'assurance « légale » recouvre en réalité une grande variété de caisses ; cette diversité est un héritage de la fin du siècle dernier (voire ci-dessus).

Il existe par ailleurs d'autres caisses à faibles effectifs dans l'assurance légale : pour les agriculteurs, les marins, les mineurs qui représentent 4 % de la population assurée.

11.2.1. Le calcul des primes

Les recettes des caisses relevant de l'assurance légale proviennent principalement de cotisations assises sur les salaires. Une caisse fixe pour ses adhérents un taux global de cotisation sur le salaire brut. La cotisation est alors répartie pour moitié entre l'employeur et l'employé. Un adhérent ne doit acquitter aucune cotisation supplémentaire pour ses ayants droit (ses enfants, éventuellement son conjoint s'il ne relève pas obligatoirement d'une caisse).

Les retraites des personnes relevant de l'assurance légale font également l'objet d'un prélèvement au titre de l'assurance maladie : cette charge est assumée à part égale par le retraité et la caisse d'assurance vieillesse qui lui verse sa pension. Depuis le premier juillet 1997, le taux de ce prélèvement est le même que le taux de cotisation des salariés de la caisse à laquelle appartient le retraité. Ce taux ne reflète nullement les dépenses effectivement occasionnées par les personnes âgées au titre de l'assurance maladie : les cotisations des retraités ne couvrent pas leurs dépenses de santé.

Les chômeurs indemnisés sont assurés par le biais de l'agence fédérale pour l'emploi qui paye directement des cotisations aux caisses légales. Pour les autres, soit les autorités locales financent l'assurance maladie, soit elles payent directement les producteurs de soins.

Les personnes dont le revenu excède le plafond légal ont le choix entre l'adhésion à l'assurance légale (aux mêmes conditions que les assurés obligatoires) et l'adhésion à une assurance privée (ils peuvent aussi ne pas s'assurer, mais ce cas est marginal). L'assurance privée calcule des primes ajustées au risque santé que présente l'individu (donc indépendantes du revenu) et ne connaît pas le système des ayants droit. Là encore, l'employeur assume la moitié de la charge financière. L'assurance privée concerne 7,4 millions de personnes, soit 9,1% de la population (mais seulement 2,2% à l'est).

Tableau 1 : la couverture par l'assurance maladie de la population allemande, en 1995

	Millions de personnes	% de la population
Assurances légales	72.2	88.5%
Assurances privées	7.4	9.1%
Autres assurances	1.9	2.3%
Non couverts	0.1	0.1%
Ensemble	81.6	100.0%

11.2.2. Des structures de risques très inégales

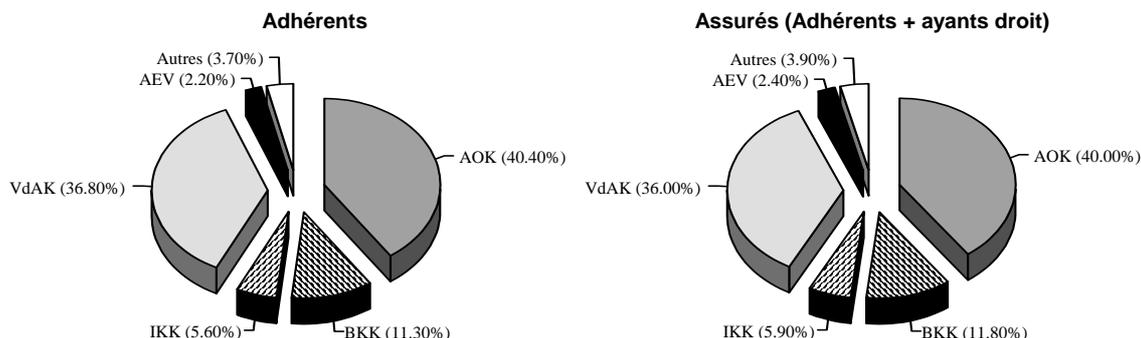
Contrairement à leurs homologues françaises, les différentes caisses d'assurance maladie allemandes sont tenues d'assurer chacune leur équilibre financier. Ceci conduit à établir des taux de cotisation différenciés selon les caisses.

Taux de cotisation salariaux moyens en janvier 1997	AOK	BKK	IKK	VdAK	AEV
Anciens Länder	13,7	12,6	13,0	13,2	12,9
Nouveaux Länder	14,3	12,7	13,3	13,6	12,5

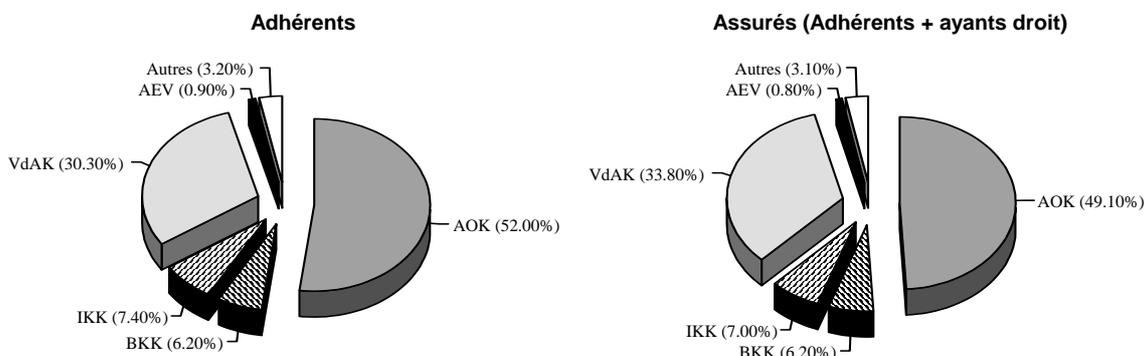
La structure de la population des assurés (tant démographique qu'économique) est en effet traditionnellement très variable d'une caisse à l'autre. Parmi les hauts revenus, l'assurance privée attire plutôt de jeunes célibataires, les familles ayant tendance à demeurer dans le giron de l'assurance légale. Au sein même de l'assurance légale, les différences sont très nettes : les caisses professionnelles (BKK et IKK) et les caisses de substitution ont une clientèle traditionnellement plus aisée (il faut se souvenir que le salaire moyen d'un ouvrier est relativement plus élevé en Allemagne qu'en France). Au contraire, les AOK drainent des populations plus pauvres en moyenne (les AOK occupent d'ailleurs une position prépondérante dans les Länder orientaux), avec davantage de chômeurs.

En outre, la part des retraités, gros consommateurs de services médicaux, est très forte dans les AOK : 37% contre 36% pour les BKK, 15% pour les IKK, 18% pour les caisses de substitution. Le désavantage comparatif des AOK est toutefois en partie compensé par le fait que le poids des ayants droit y est relativement plus faible qu'ailleurs. En outre, les caisses de substitution, si elles possèdent une structure par revenu et par âge plus favorable, comptent une proportion très élevée de femmes parmi leurs adhérents. Or, les femmes consomment en moyenne davantage de soins médicaux que les hommes.

Graphique 1 : Parts de marché au sein de l'assurance légale (adhésions volontaires et adhésions obligatoires) dans les Länder occidentaux au 01.10.96



Graphique 2 : Parts de marché au sein de l'assurance légale (adhésions volontaires et adhésions obligatoires) dans les Länder orientaux au 01.10.96



En moyenne, la structure démographique et économique des AOK est moins favorable que celle des caisses concurrentes. Le taux moyen de cotisation dans les AOK est donc plus élevé que dans les autres caisses.

La disparité des taux ne reflète pas complètement les différences de structure des populations des différentes caisses. Le système allemand fonctionne en effet selon un modèle contractuel : chaque caisse négocie ses propres accords tarifaires avec l'union des médecins de caisses. Les AOK ont donc été amenées à conduire ces négociations de manière plus agressive en raison de leur marge de manoeuvre financière plus étroite. Elles versent ainsi aux médecins des honoraires inférieurs (d'environ 15 à 20%) à ceux que versent les caisses de substitution.

11.3. Les relations entre assurés, prestataires et financeurs

11.3.1. Les relations patients - médecins

En principe, l'assuré doit choisir un médecin généraliste et n'en pas changer pendant 3 mois (principe du Krankenshein, ou formulaire d'adhésion trimestriel). En réalité, le principe est abandonné et les patients choisissent librement leur médecin, généraliste ou spécialiste. En revanche, l'accès à l'hôpital est contrôlé par le médecin libéral. Les soins hospitaliers et ambulatoires sont ainsi nettement séparés : les hôpitaux offrent rarement des consultations externes et les médecins libéraux ont peu

accès à la pratique hospitalière. Dans la mesure où les prestations sont délivrées par un médecin conventionné, ce qui est le statut de plus de 90 % des médecins allemands, le patient ne débourse rien, grâce au système de tiers payant total. Les caisses ne font cependant pas office de tiers payant direct, elle délègue le paiement des médecins aux unions de médecins de caisses. Le système de remboursement est donc quadrangulaire, à la différence du système français qui ne fait intervenir que trois acteurs. Pour les prestations autres que les consultations, le patient doit acquitter un ticket modérateur, dont le montant a sensiblement augmenté depuis le 1er juillet 1997.

Tableau : Evolution du montant du ticket modérateur dans les anciens Länder

	1989	1993	1997
Médicaments	3 DM / médicament	3 DM / ordon. < 30 DM 5 DM / ordon. 30-50 DM 7 DM / ordon. > 50 DM	9 DM / ordon. < 30 DM 11 DM / ordon. 30-50 DM 13 DM / ordon. > 50 DM
Frais d'hospitalisation	10 DM / j, max=14 j / an	11 DM / j, max=14 j / an	17 DM / j, max=14 j / an
Prothèses dentaires	50%	50%	55%
Kinésithérapie	rien	10%	15%
Pansement	rien	rien	20%

11.3.2. Les relations médecins - financeurs

Leurs relations se caractérisent par la négociation entre union de caisses et unions de médecins de caisses, au niveau du Land. Les médecins sont obligatoirement affiliés aux unions de médecins, seules habilitées à négocier avec les caisses. Les résultats de ces négociations diffèrent selon le Land et selon la catégorie de caisse. Depuis 1986, la rémunération des médecins se faisait selon le principe du paiement à l'acte, à l'intérieur d'une enveloppe globale collective préalablement négociée, comme cela avait été longtemps l'usage, de 1931 au début des années 1960 (système dit du « point flottant »). L'enveloppe était ensuite redistribuée aux médecins en fonction de leur activité, selon un barème d'honoraires⁸². Afin de ne pas financer les services de diagnostic au détriment des soins directs, l'enveloppe globale a été divisée en sous enveloppes : soins médicaux, actes biologiques, médicaments (depuis 1993)... Cependant ce système induisait une augmentation du nombre d'actes, puisqu'il n'existait pas d'incitations pour les médecins, comme pour les malades, à faire des économies. Cette augmentation des volumes entraînait des baisses du point telles que l'union des médecins était contrainte de négocier des augmentations d'enveloppe. Cette « spirale prix - volume » a été reconnue et dénoncée.

La réforme Seehofer de 1993 a tenté d'enrayer ce phénomène, et a notamment imposé une enveloppe dont le taux de croissance est défini par voie législative, rompant en cela avec la tradition de négociation. La réforme de la rémunération des médecins se poursuit en 1997, avec le dernier volet de la réforme Seehofer. Les enveloppes globales des honoraires et des prestations sont remplacées en juillet 97 par des enveloppes par spécialité, puis en 1998 par des enveloppes individualisées propres à chaque cabinet. Les médecins se verront attribuer un budget d'honoraires tenant compte du profil moyen d'activité des médecins de la spécialité, mais aussi des caractéristiques sanitaires de la région, de leurs qualifications particulières et de leur type de clientèle. Le montant de l'enveloppe sera calculé en fonction du nombre moyen d'actes multiplié par la valeur moyenne des actes de la spécialité. A ce montant, on ajoute le coût moyen de la gestion d'un cabinet, et les particularités d'exercice du médecin : participation aux urgences, équipement de radiologie en médecine générale, prise en charge spécifique

⁸² Il existe pour les patients privés un barème de rémunération légal, distinct, qui utilise la même fourchette de valeurs relatives en points. Les honoraires sont environ deux fois plus élevés que ceux versés pour les patients des caisses légales.

de certains patients. Si le médecin dépasse l'enveloppe, il doit reverser le montant du dépassement à la caisse. C'est donc la fin des sanctions collectives et du point flottant.

Une enveloppe de prescription par spécialité remplace l'enveloppe nationale ; elle est calculée sur la base des prescriptions moyennes dans la spécialité et divisée entre tous les cabinets de la même spécialité. Elle est remplacée à partir de 1998 par une enveloppe individuelle de prescriptions basée sur l'activité de chaque médecin.

Les hôpitaux publics emploient des médecins salariés, et recevaient, jusqu'en 1992, un forfait journalier des caisses d'assurance maladie incluant la rémunération des médecins. Il en allait de même dans les hôpitaux privés appartenant à des institutions religieuses. Les médecins des hôpitaux privés appartenant à des médecins sont rémunérés à l'acte, par le patient. Les dépenses d'exploitation sont financées par les caisses publiques et privées ; les dépenses d'investissement sont financées par le gouvernement des Länder. Après négociations avec les hôpitaux, les caisses versaient une dotation budgétaire globale prospective. Ce système était jugé très inflationniste ; la rémunération à la journée favorisait l'allongement de la durée de séjour. Depuis la réforme de 1997, un nouveau système de financement a été mis en place déjà prévu dans le texte de 1992, afin d'inciter les hôpitaux à réduire leur coûts. Fondées sur des outils d'information des coûts de chaque hôpital, les nouvelles formes de tarifications généralisent le paiement forfaitaire en fonction de l'acte. Quatre modes de rémunération sont mis en place :

- 1 - une indemnisation forfaitaire par patient pour les soins relevant d'une pathologie particulière (GHM),
- 2 - une indemnisation spéciale couvrant notamment les frais chirurgicaux,
- 3 - un prix de journée variable selon les services couvrant les frais non couverts par les deux indemnisations précédentes,
- 4 - un prix de journée de base couvrant les services non médicaux.

11.4. Les dépenses de santé

Tableau 4 : Dépenses de santé par financeurs, en 1995

	1995	
	billions de DM	% des dépenses
Etat	63.3	12%
Assurances légales	237.2	47%
Caisses de retraite	38.7	8%
Caisse d'accidents	16.2	3%
Caisse des soins de nursing	10.3	2%
Assurances privées	26.1	5%
Employeurs	76.4	15%
Ménages	38.9	8%
Total	507.1	100%

11.5. Historique de la politique de santé

11.5.1. Avant la réforme Seehofer, de 1945 à 1992

De 1945 à 1975, le système de santé se caractérise par une politique expansionniste. Les prestations à partir de 1970 augmentent de 19,4% par an.

En 1976, les unions de médecins (KV) et les caisses d'assurance maladie concluent des accords conventionnels limitant l'augmentation des dépenses à 8 %.

A partir de 1977, une conférence nationale pour l'action concertée réunit deux fois par an : Bund, Länder, organismes patronaux, syndicats caisses d'assurance maladie, unions de médecins et dentistes conventionnés, organisations médicales et paramédicales, association des hôpitaux et industrie pharmaceutique. Le but est de réguler l'évolution des dépenses de santé, en alignant leur évolution sur celle de la masse salariale. Les recommandations purement indicatives suffisent jusqu'en 1982 à stabiliser les dépenses. Les patients prennent en charge 20% du montant global de l'ordonnance, la prise en charge étant plafonnée à 4DM.

En 1984, le principe d'une enveloppe globale pour les honoraires médicaux est adopté, ainsi que celui d'une autorisation administrative préalable à toute installation. Pour le secteur hospitalier, un budget flexible prospectif est mis en place. Pour les médicaments, les prix sont bloqués pour 3 ans (85-88) et une liste comparative de médicaments, Vergleichliste est créée. Les assurés doivent désormais payer un forfait de 2 DM par médicament et les médicaments de la liste négative, soit les produits de confort tels les laxatifs, les antinauséux, les antiseptiques buccopharyngés ne sont plus remboursés. Résultat, la croissance de la part des dépenses de santé dans le PIB ralentit, mais les dépenses augmentent toujours plus vite que le salaire moyen, et les cotisations augmentent toujours, atteignant 12,9% en 1988.

En 1988, Norbert Blüm, CDU, ministre du travail et des affaires sociales, engage la Gesundheitsreform (qui entre en vigueur au 1er janvier 1989) avec 3 objectifs :

- 1 - stabiliser les cotisations sociales,
- 2 - pallier les insuffisances de la couverture sociale,
- 3 - réduire les prestations versées au strict nécessaire.

Les économies attendues devaient financer des nouvelles mesures concernant les soins à domicile des personnes dépendantes et des mesures de prévention et permettre la baisse des cotisations. Les mesures prises pour garantir à tous l'accès aux soins concernent l'exemption de toute participation à leurs dépenses de santé des personnes économiquement faibles, et la limitation des charges de santé selon le revenu.

La réforme cherche à « responsabiliser les acteurs » : limitation de la prise en charge des transports vers les cabinets médicaux, contrôle de la rationalité économique par le contrôle de 2% des praticiens, diverses actions envers le médicament, telles que le renforcement de la liste négative, la majoration de la participation forfaitaire des patients, l'instauration d'un ticket modérateur de 15% du prix du médicament, la mise en place des Festbeträge, ou prix de référence pour les médicaments hors brevet : pour les produits d'effet thérapeutique identique ne sera remboursé que la partie du prix correspondant au prix de référence. Les spécialités touchées par les forfaits fixes ne sont pas concernées par le forfait de 3 DM.

11.5.2. La réforme Seehofer

Entre 1992 et 1993, le taux de croissance du PIB est négatif en Allemagne. Horst Seehofer, CDU, ministre délégué à la santé, fixe un objectif d'économies de santé de 11 milliards. La Gesundheitsstrukturgesetz votée en décembre 1992 part du principe que désormais c'est au gouvernement de fixer les règles de soins. C'est, à la différence du plan Blüm qui ne portait que sur la demande, un projet qui touche l'offre et qui transforme aussi les structures. Le projet a été élaboré par des personnalités politiques pour éviter la pressions des lobbies. L'accord du SPD a été obtenu en accédant à sa revendication concernant l'organisation des caisses et la mise en place de mécanisme de compensation, afin de permettre la libre concurrence entre caisses à partir de 1996.

A / Les aspects financiers et la régulation de l'offre

Les aspects financiers de la réforme répondent à une volonté de stabiliser les taux de cotisation des caisses d'assurance maladie, cette stabilisation étant un enjeu majeur de la protection de l'emploi, la contribution patronale affecte en effet directement le coût de la main d'œuvre. Pour atteindre cet objectif de stabilisation des cotisations, la réforme met en place la budgétisation des dépenses, dont le taux de croissance est défini par la loi et non par la voie habituelle de concertation entre acteurs. Le principe de l'enveloppe globale, instaurée pour 3 ans, est appliqué dorénavant non plus au seul secteur de la médecine ambulatoire mais à l'ensemble des secteurs et notamment la prescription de médicaments : les dépassements de budget des dépenses de pharmacie est déduit des honoraires médicaux en deçà d'un certain montant, au delà le supplément est payé par l'industrie pharmaceutique. Les hôpitaux sont soumis pour la première fois à un encadrement strict des dépenses.

La mesure fonctionne au delà des espérances gouvernementales : l'assurance maladie est créditrice en 1993. En plus d'effets sur le volume, l'enveloppe a eu aussi des effets sur le contenu des prescriptions au profit de médicaments moins chers, notamment : antibiotiques, hypolipémiants, thérapeutique veineuse, anti-H2. En conséquence, les grands groupes ont été conduits à acquérir des fabricants de génériques. L'automédication a augmenté.

Le texte prévoit aussi la valorisation du rôle des médecins généralistes, avec notamment l'interdiction faite aux spécialistes de pratiquer des actes de médecine générale. Mais globalement la loi est un revers pour la médecine ambulatoire du fait :

- 1 - du retour au point flottant,
- 2 - de l'extension de l'enveloppe aux prescriptions,
- 3 - du principe de l'ajustement de l'évolution du montant des honoraires sur celle des salaires de base qui pour la première fois est inscrit dans le code de la législation sociale alors qu'auparavant il ne s'agissait que d'un accord contractuel,
- 4 - de la limitation de l'installation comme médecin de caisse à partir du 1er janvier 1994 visant à réduire le nombre de médecins.

De plus, l'auto-administration, mode de régulation historique de l'assurance maladie (par des acteurs non étatiques) voit son champ réduit par la loi, au profit de l'autorité de tutelle. Contre cette réforme, l'Union des médecins n'avait pas de stratégie de rechange. De plus, les partisans de la stratégie contractuelle se sont opposés à ceux de la stratégie conflictuelle. Le Hartmannbund, principale association professionnelle de médecins, dénonce l'avènement de la médecine étatisée et s'oppose à la stratégie de l'Union fédérale.

B / Les aspects structurels

■ La concentration

Un grand mouvement de concentration de l'assurance maladie s'est affirmé depuis le début de cette décennie dans la partie occidentale. Les caisses de substitution étaient déjà très concentrées (avec 7 caisses pour employés et 7 caisses pour ouvriers).

La concentration a inégalement affecté les BKK (qui passent de 684 à 414 caisses entre 1991 et 1997), les IKK (de 151 à 28) et les AOK (de 264 à 17, soit en gros une par Land). La concentration était particulièrement bienvenue pour les caisses locales : les plus petites étaient parfois contraintes, lorsque la structure de risque était localement particulièrement défavorable, à imposer des taux de cotisation de l'ordre de 17%.

■ Liberté de choix et compensation des risques

Le symbole de l'instauration de la concurrence est l'introduction d'une plus grande liberté de choix pour les assurés : ainsi, toute personne a maintenant le droit d'adhérer à la caisse locale ou à la caisse de substitution dont dépend son lieu de travail ou son domicile personnel. La liberté de choix est pourtant incomplète, puisque les caisses professionnelles (BKK et IKK) ont la possibilité de rester fermées, ce qui ne correspond à aucune logique économique, mais relève plutôt d'un lobbying efficace de la part des caisses d'entreprise ayant une population jeune et à revenus élevés.

Afin que les prix reflètent l'efficacité des caisses et non leur structure démographique et économique plus ou moins favorable, il existe maintenant un mécanisme de compensation des risques qui implique des transferts financiers entre caisses, selon des critères d'âge, de sexe et de revenu des assurés (cf. encadré). Les AOK, relayées par les médecins, soutiennent toutefois que cette compensation est insuffisante pour permettre une vraie concurrence, c'est-à-dire fondée sur une utilisation efficace des ressources et non sur la sélection des risques.

En effet, les caisses locales soutiennent que les populations à faibles revenus prêteraient en moyenne une moindre attention à leur santé et négligeraient la prévention : ce genre de phénomène - observé notamment aux Etats-Unis, où l'insuffisance de la couverture Medicaid amène les indigents à surcharger les urgences des hôpitaux - entraîne souvent des hospitalisations coûteuses alors que, pris à la racine, le mal peut être traité à moindre coût. Le problème est que la compensation ne prend en compte le revenu que sous l'angle de la capacité contributive, et non de la corrélation entre bas revenus et dépenses hospitalières élevées.

Un bon exemple de ces difficultés serait fourni par les diabétiques, par ailleurs surreprésentés dans la population d'assurés des AOK. Une politique de prévention intelligente permet de limiter les coûts de traitement. Les AOK observent que leurs assurés diabétiques, en moyenne peu éduqués, sont plus souvent hospitalisés afin de subir des dialyses coûteuses. Les caisses tendent de développer l'information, mais cette politique présente un coût certain, sans que les dividendes en soient immédiats.

La compensation financière des risques

SOUHAITÉE PAR : AOK, soutenue par la fédération des syndicats DGB par le SPD et par les ministres sociaux des Länder.

BUT : les AOK souffrent d'une trop grande dispersion de leurs taux de cotisation, autour d'une moyenne plus élevée que la moyenne nationale. Ceci pour deux raisons :

- 1 - le revenu moyen des assurés des AOK est inférieur au revenu moyen des assurés des autres caisses,
- 2 - elles cumulent les mauvais risques : personnes âgées, pauvres, invalides ...

MISE EN OEUVRE PAR : Horst Seehofer, CDU, qui finit par négocier la réforme du financement en contrepartie de cette réforme de l'organisation des Caisses.

ENTRÉE EN VIGUEUR : le 1^{er} janvier 1994 pour les actifs, et 1995 pour les pensionnés.

PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT :

Qui participe ? Toutes les Caisses, sauf les caisses agricoles et les caisses privées.

Qui l'organise ? l'Office fédéral des assurances.

Sur quels critères ?

- 1 - le revenu des assurés
- 2 - le nombre d'ayants droit
- 3 - la structure par âge et sexe de la caisse

Conséquence : Chaque caisse se voit garantie d'un montant moyen standardisé de dépenses (=uniforme au plan fédéral), différencié selon l'âge et le sexe de l'assuré.

Condition : la caisse obtient l'aide financière si la recette (salaire de référence) de la caisse ne permet pas de financer la dépense standard.

EXTENSION DE LA COMPENSATION :

Revendiquée par les AOK, afin de prendre en compte :

- 1 - les malades chroniques (facteur de morbidité)
- 2 - les malades peu fortunés qui ne participent pas à leurs dépenses au titre de la clause sociale (Härtfälle).
- 3 - les 7% de recettes qui échappent à la compensation.

Refusée par les EKK, au motif que cela va conduire à une compensation générale des dépenses qui n'inciterait pas les caisses à baisser leurs coûts, mais les EKK acceptent la philosophie de la compensation parce qu'elle permet de distinguer les caisses publiques des caisses privées. Les caisses hors AOK justifient leur refus de l'extension par le fait que les données sont peu fiables.

La compensation a conduit à un rapprochement significatif des taux de cotisation : l'écart de taux moyen en 1997 dans la partie occidentale du pays entre BKK et AOK était de 1,1 point contre 2,3 points en 1993.

Tableau 2 : Flux financiers de la compensation en 1994 et 1995 (milliards de DM)

Année	1994		1995	
	ont versé	ont reçu	ont versé	ont reçu
BKK	1.00		0.56	
IKK			1.37	
AOK		3.10		13.42
EKK	2.10		13.54	
Mines				2.03

Tableau 3 : Montant reçu par chaque type de caisse au titre de la compensation, rapporté au nombre total de ses assurés, en DM, en 1997

	AOK	BKK	IKK	VdAK	EAV
Ouest	514	-170	-82	-536	-837
Est	715	-456	-913	-817	-1423

Tableau 4 : Evolution des taux de cotisation moyen (anciens et nouveaux Länder) et des résultats de l'assurance maladie légale

	Taux de cotisation moyen	Solde de l'assurance légale (md DM)
1988	12.9	
1989	12.9	9.80
1990	12.8	6.20
1991	12.3	-5.50
1992	12.5	-9.40
1993	13.2	10.20
1994	13.3	2.30
1995	13.1	-10.00
1996		-6.30
1997	13.6	1.10

11.6. Le dernier volet de la réforme SEEHOFER : juin 1997

11.6.1. Les objectifs de la réforme - les mesures

La qualité des prestations du système de santé allemand n'étant pas en cause, il convient surtout d'enrayer la hausse des dépenses. La loi réaffirme l'importance de la subsidiarité : il faut renforcer la

responsabilité des acteurs du système de santé, l'Etat ne doit plus intervenir continuellement dans la maîtrise des dépenses de santé.

Il apparaît que l'introduction de la liberté de choix et de la compensation financière n'a pas permis d'atteindre cet objectif : les nouvelles possibilités accordées aux caisses ont été insuffisamment utilisées et ont entraîné des dérives financières (cures, marketing).

Le texte observe que la liberté accrue des caisses en matière de définition des prestations a parfois été utilisée de façon contraire à l'esprit de la loi de 1992 : objectifs de limitation des prestations et de sélection des risques, ce qui pourrait remettre en cause l'accès de l'ensemble de la population allemande à des soins de qualité. Le législateur a donc finalement renoncé à une disposition initiale qui prévoyait qu'il incomberait aux caisses de définir « les modalités et l'étendue » des prestations médicales en matière de soins alternatifs (« Heilmittel »), de soins à domicile, de cures, de rééducation, de coûts de transports, et de soins prodigués à l'étranger.

Les déficits accumulés ces dernières années résultent tout autant de la très faible croissance de la base taxable (les revenus d'activité) que d'une envolée des dépenses : au premier semestre 1997, les recettes ont ainsi crû de 0,1% dans les anciens Länder et diminué de 0,6% dans les nouveaux Länder. Dans un premier temps, le ticket modérateur est uniformément relevé de 5% (avec un minimum de 5 DM).

Pour l'avenir, un dispositif légal prévoit que toute caisse décidant une hausse des taux de cotisation devra impérativement relever le ticket modérateur pour ses assurés. Ceci doit inciter les caisses à ne procéder à des hausses des taux de cotisation que pour financer des prestations médicalement absolument indispensables. Une hausse de 0,1 point du taux de cotisation implique une hausse de un point du TM (avec un minimum de 1 DM).

A l'avenir, le niveau du ticket modérateur sera régulièrement revalorisé d'un taux égal à la progression salariale moyenne. Le forfait hospitalier est limité à 14 jours. Les bénéficiaires de la clause sociale (8 millions de personnes) sont dispensés du ticket modérateur, de même que les mineurs (environ 18 millions de personnes). Pour la plupart des soins, la participation globale de l'assuré ne peut excéder 2% du revenu annuel brut, mais la loi améliore le sort des malades chroniques en instituant un taux de 1% pour les malades chroniques, qui est valable pour l'ensemble des soins (qu'ils soient liés ou non à la pathologie chronique). Il existe un taux spécifique pour les soins dentaires.

Si une caisse décide de relever ses taux, la loi prévoit que les assurés ont la possibilité de résilier leur contrat prématurément (sans attendre la fin de l'année civile).

Le catalogue des prestations se compose pour 97,5% de prestations obligatoires. Si le législateur avait maintenu son intention première d'accroître la marge de manoeuvre des caisses, ce taux serait passé à 93%. A la place, la loi préconise le développement de « modèles de partenariat » en matière de soins alternatifs, de soins à domicile, de cures et de rééducation. Ce partenariat consiste seulement à associer plus étroitement les prestataires et les caisses dans la définition des catalogues et à élaborer des recommandations (« guidelines ») pour améliorer la qualité des soins.

Les caisses ont toutefois la possibilité d'élargir leurs prestations au-delà du minimum réglementaire, dans la mesure où ces élargissements sont prévus par la loi (ex : prestations supplémentaires pour les cures). Par contre, ces prestations doivent être financées exclusivement par les cotisations des salariés, de manière à ne pas grever les coûts salariaux.

Il semble que les caisses puissent proposer à leurs adhérents des systèmes de remise de cotisation pour les personnes n'ayant sollicité aucun remboursement pendant une période donnée, et des hausses du TM (en contrepartie d'une baisse du taux de cotisation?). De telles mesures (contrats à

options) doivent cependant être proposées collectivement et non individuellement comme dans l'assurance privée, car ceci serait contraire au principe de solidarité du financement de l'assurance légale.

La loi prévoit d'améliorer l'information des assurés sur le niveau réel des coûts en obligeant dans certaines conditions les médecins, dentistes et hôpitaux à établir des devis et à les communiquer à leurs patients. Il semble que cette possibilité était déjà ouverte aux assurés volontaires.

11.6.2. En matière de « managed care », la loi prévoit deux types de dispositifs

Des projets de modèle « Modellvorhaben », dont la durée de vie est limitée et qui doivent faire l'objet d'une évaluation scientifique dont les résultats seront publiés. Ces modèles doivent améliorer la qualité des soins et l'efficacité économique en développant de nouvelles formes d'organisation des prestations (par exemple grâce à une meilleure coordination de l'ambulatoire et de l'hospitalier), et de nouvelles pratiques en termes de suivi des malades, de rééducation et de prévention.

Ces modèles doivent recevoir l'aval des unions de médecins et reposent sur une adhésion volontaire, tant des médecins que des patients. Il existe des mécanismes destinés à éviter toute obstruction d'une partie de la profession médicale (ainsi, au sein d'une union de médecins dominée par des spécialistes, l'opposition de ces derniers ne peut suffire à faire échec à une proposition de modèle si les généralistes y sont favorables). L'objectif est aussi de lutter contre le nomadisme médical.

Des contrats différents sont donc susceptibles d'être conclus avec les généralistes et les spécialistes, et avec les représentants des différentes spécialités médicales. La recherche biomédicale et les prescriptions pharmaceutiques sont exclues du champ de ces expériences.

La loi prévoit aussi des contrats de structure (« Strukturverträge »), qui ne sont pas limités dans le temps et ne font pas impérativement l'objet d'une évaluation scientifique, mais reposent également sur le volontariat. Dans ce type d'organisation, la liberté de choix du médecin est restreinte, soit à un généraliste en particulier, soit à un ensemble de généralistes et de spécialistes (« vernetzte Praxen »). Des budgets globaux (qui comprendraient les dépenses de pharmacie, de soins alternatifs, etc.) sont envisageables.

En matière de rémunération des prestataires, la loi consacre l'abandon du point flottant qui incitait les médecins à effectuer un volume excessif d'actes (effet « roue de hamster »). Pour les généralistes et pour chaque spécialité prise individuellement, des règles relatives aux volumes de soins à prodiguer sont décidées par les caisses et les unions de médecins. Les dépassements font l'objet de sanctions, sauf s'ils peuvent être justifiés.

La pratique des enveloppes collectives fermées pour les prescriptions de pharmacie ou de soins alternatifs est abandonnée. Le mot d'ordre est ici encore la responsabilisation des médecins individuellement. Les excès font l'objet de sanctions s'ils ne peuvent être justifiés, par exemple, par une proportion particulièrement élevée de malades atteints d'un cancer ou du SIDA.

L'instance réunissant les fédérations de caisses et les unions de médecins (Bundesausschub der Ärzte und Krankenkassen) se voit reconnaître des compétences étendues en matière de planification des besoins. Il en va de même en matière de soins hospitaliers et de soins dentaires.

11.6.3. Opinion du législateur quant aux alternatives possibles

Le législateur a écarté l'éventualité d'une budgétisation globale ou sectorielle des dépenses de santé, au motif qu'une telle mesure pourrait remettre en cause la qualité des soins (rationnement). Une telle éventualité impliquerait en outre une présence étatique accrue, ce qui irait à l'encontre de l'esprit de la réforme comme des traditions allemandes.

En ce qui concerne les modèles d'achat de soins, les discussions auraient montré que les caisses n'utiliseraient pas systématiquement l'accroissement de leur marge de manoeuvre dans l'intérêt de leurs adhérents. Il faut préserver la liberté de choix du médecin.

Une liste positive de médicaments aurait restreint la diversité des thérapies sans garantir des économies substantielles.

12. LA SÉLECTION

12.1. Peu de sélection due à la concurrence...

La législation allemande, via le *Sozialgesetzbuch* (le code de la Sécurité Sociale), est très contraignante quant à la définition des prestations que les caisses légales sont tenues de garantir à leurs assurés. Rappelons que le projet gouvernemental initial a été sensiblement amendé et que la disposition prévoyant qu'il incomberait aux caisses de définir « les modalités et l'étendue » des prestations médicales en matière de soins à domicile, de cures, etc., a été abandonnée. **Il n'est donc pas possible de cibler les prestations de manière à attirer les bons risques.**

Le refus d'une liberté accrue en matière de définition du catalogue des prestations émane notamment des caisses, qui ont invoqué le danger d'une sélection accrue des risques par ce biais : le modèle de protection sociale a toujours fait une large place à la solidarité, et les caisses n'entendent pas remettre cette situation en cause. Dans ce contexte, la concurrence entre caisses se fait presque exclusivement par les prix, et non sur la qualité. Les quelques tentatives de certaines caisses locales de diversifier leur gamme de prestation (fitness) ont finalement fait l'objet d'une interdiction.

Cependant, l'existence de disparités importantes de taux de cotisation n'a pas induit de politique active de sélection des risques au sein de l'assurance légale dans les dernières années. Il faut bien voir que la concurrence entre caisses, outre qu'elle est encore incomplète (avec la possibilité laissée aux caisses professionnelles de refuser de s'ouvrir), n'est pas un phénomène radicalement nouveau. En particulier, les caisses de substitution ont toujours été en concurrence : entre elles (puisque les différentes caisses de substitution n'ont pas de zone géographique d'action spécifique), avec les caisses locales, et même avec les assureurs privés (pour la fraction des employés dont le revenu dépasse le plafond légal).

De plus, malgré une liberté de choix accrue, la mobilité des assurés au sein de l'assurance légale est relativement faible. Ainsi, les caisses locales, dont les taux de cotisation sont parmi les plus élevés, n'ont vu leurs effectifs baisser que de 2%. Il semble toutefois que les bons risques (populations jeunes et à revenus élevés) soient davantage mobiles que les autres.

L'introduction simultanée de la compensation financière entre caisses relevant de l'assurance légale a en outre réduit l'attrait de la sélection. Cette compensation s'effectue selon deux axes : la capacité contributive des assurés d'une part, la structure par sexe et âge des populations assurées d'autre part. La compensation a conduit à un rapprochement significatif des taux de cotisation : l'écart de taux moyen en 1997 dans la partie occidentale du pays entre BKK et AOK était de 1,1 point contre 2,3 points en 1993.

Montant reçu par chaque type de caisse au titre de la compensation, rapporté au nombre total de ses assurés, en DM, en 1997

	<i>AOK</i>	<i>BKK</i>	<i>IKK</i>	<i>VdAK</i>	<i>EAV</i>
Ouest	514	-170	-82	-536	-837
Est	715	-456	-913	-817	-1423

En 1997, la compensation aurait entraîné un transfert global de 19 milliards de DM, ce qui représente un montant supérieur à 8% du total des recettes de l'assurance légale. A l'heure actuelle, les assureurs privés ne prennent aucune part à la compensation (bien que leur structure démographique et économique soit extrêmement favorable), et il ne semble pas que ceci doive changer à court ou moyen terme. Compte tenu des effectifs des différentes caisses, la compensation induit essentiellement un transfert financier des caisses de substitution vers les caisses locales.

12.2. ...mais des limites

Une certaine forme de concurrence entre Caisses d'assurance maladie existe en Allemagne du fait de la législation, antérieure à la réforme Seehofer. En effet, l'assurance légale n'est obligatoire que pour les personnes dont les revenus sont en deçà d'un plafond mensuel assez élevé (environ 21 100 FF). Ce qui signifie que les personnes les plus riches ont le choix entre l'assurance légale, dont les prestations sont fixées légalement et dont les cotisations sont proportionnelles au revenu, et l'assurance privée qui propose une tarification selon le risque, qui favorise les jeunes célibataires. L'assurance privée bénéficie ainsi d'une rente de situation due à la législation, qui de plus l'exclut de la procédure de compensation financière entre caisses légales. Cette concurrence sur les prix est renforcée par les produits que peut proposer l'assurance privée. En 1995, la compagnie Colonia a lancé Elementar-Tarif, un produit moins cher correspondant à une assurance de base avec comme slogan « Elementar-Tarif est bon pour vous et pour votre budget ». Ce produit comprend trois propositions principales :

- Remboursement à 100 % des soins de médecins de première ligne (généraliste, gynécologue, ophtalmologue) et des soins de spécialistes si on passe avant chez le généraliste, sinon remboursement à 80 % seulement. Les taux s'appliquent aussi aux médicaments prescrits.
- L'hospitalisation est remboursée à 100 % si on accepte d'être en « seconde classe », c'est-à-dire d'être dans une chambre d'au moins 3 personnes, sans possibilités de consultations médicales privées. Le patient ne peut plus prétendre alors à une chambre individuelle avec télévision,
- Les consultations de dentistes sont remboursées à 100 %, les prothèses dentaires à 60 %.

Ce contrat marche bien auprès des nouveaux clients, ceux qui quittent volontairement l'assurance légale. La concurrence a imité Colonia.

L'assurance privée dispose aussi d'une possibilité de concurrence sur la qualité puisqu'elle a en outre le droit de proposer une couverture complémentaire, pour des risques non couverts ou mal couverts par les prestations légales : la dentisterie, la lunetterie, et les soins lors de voyages à l'étranger. L'offre de prestations de cette nature, permet d'écarter les risques. Les EKK et les AOK aimeraient aussi être assureurs complémentaires afin de récupérer des bons risques, mais la loi le leur interdit. Les caisses d'entreprise et de branche n'ont pas le droit non plus de proposer des prestations complémentaires, mais en pratique les entreprises contractent directement avec des assureurs privés pour pouvoir offrir à leurs employés des garanties de groupes intéressantes. Ce moyen semble être un argument commercial assez efficace pour attirer les bons risques dans les caisses professionnelles.

La corrélation négative entre le niveau de revenu et le niveau de dépense donne malgré tout un intérêt à la sélection des risques, que la mobilité des bons risques rend possible. Les caisses corporatistes et d'entreprise ont développé une stratégie dans ce sens. En effet, l'histoire, plus précisément la sélection ex ante entre les assurés des différentes caisses donne à ces caisses une situation confortable du fait de la population qu'elles assurent et qui jusqu'à la réforme était captive. Mais la réforme les a conforté dans cette position privilégiée car elles ont obtenu de pouvoir s'ouvrir

ou se fermer à leur gré. Leur stratégie consiste en une ouverture ponctuelle, de manière à capturer les bons risques (les plus mobiles), puis fusion et fermeture. La raison de cette liberté de choix quant à l'ouverture, qui semble intolérable aux autres caisses légales et notamment aux AOK, semble se trouver dans un fort lobbying. **Les BKK et les IKK ont joué sur le fait qu'elles représentaient des petits groupes homogènes d'assurés pour ne pas s'ouvrir à la concurrence de manière systématique.** Les EKK ont tenter d'user des mêmes arguments pour obtenir les mêmes droits, mais là encore elles n'ont pas obtenu gain de cause.

13. ORGANISATION DES SOINS

13.1. Concurrence et restrictions légales

La concurrence entre assureurs en Allemagne n'a pas encore eu un impact marqué sur l'organisation de l'offre de soins : les réseaux de soins coordonnés n'existent encore qu'à titre expérimental (dans un cadre réglementaire précis). Il serait pourtant erroné de croire que la pression concurrentielle ne pousse pas à des modifications en profondeur de l'offre de soins : à ce jour, ce sont les restrictions légales qui brident les évolutions.

Le maintien du monopole légal de l'union des médecins de caisses dans les négociations avec les caisses légales interdit à l'heure actuelle toute évolution vers une pratique d'achats de soins à l'américaine ou à la britannique. En pratique, les médecins disposent d'un droit de veto sur les pistes d'évolution de l'offre de soins et s'opposent à la création de filières contraignantes de type gatekeeper (même si certains praticiens seraient prêts individuellement à franchir le pas).

Les expériences de réseaux menées à bien ont donc fait au préalable l'objet d'une âpre négociation entre assureurs et médecins. En pratique, ces expériences sont coûteuses pour les caisses qui ont dû concéder des incitations financières importantes aux médecins participants. Cette situation ne décourage pourtant pas les caisses de s'engager dans les expériences de réseaux, ceci à titre prospectif : il s'agit pour elles d'anticiper ce que pourrait devenir l'organisation de l'offre de soins à terme, si les restrictions légales devaient être assouplies.

Outre le monopole légal de l'union des médecins de caisses, la non-fongibilité des enveloppes budgétaires ambulatoires et hospitalières (négociées séparément) limite la marge de manoeuvre des caisses : si un modèle permet de réduire par une meilleure organisation de l'offre de soins en matière ambulatoire les admissions à l'hôpital, l'économie objectivement réalisée ne se répercute pas immédiatement sur les coûts de séjour en établissement des caisses.

Enfin, la protection des données, très forte en Allemagne, induit un manque d'information des caisses quant aux coûts engendrés par les assurés. C'est une limitation cruciale dans la perspective d'un développement du managed care.

13.2. La concurrence stimule l'innovation en matière d'offre de soins

Il semble que l'introduction de la concurrence ait incité les caisses les plus exposées (les AOK) à davantage s'impliquer dans les expérimentations de type managed care que leurs concurrentes, notamment les caisses de substitution. Ces dernières, dont la structure de risques est plus favorable, sont en outre réticentes à proposer des formules que leur clientèle traditionnelle, relativement aisée, pourrait bouder : les modèles de type gatekeeper ont relativement mauvaise presse en Allemagne parce qu'ils symbolisent une médecine bon marché et de mauvaise qualité.

Le cas du *Hausarztmodell* est révélateur : ce réseau expérimental, développé par la caisse locale de Francfort-sur-le-Main (Hesse), accorde une place de choix au médecin généraliste (sans toutefois que

ce système puisse être qualifié de *gatekeeper*) dans la coordination des soins, et s'adresse prioritairement aux malades chroniques : diabétiques, cardiaques ou hypertendus. Il n'y a donc aucune volonté de sélectionner les bons risques. En fait, le but des caisses locales est d'améliorer l'encadrement des mauvais risques (patients malades mais peu informés) afin d'améliorer la qualité des soins et de limiter les surcoûts. A terme, ce type de démarche peut leur permettre de redevenir compétitives.

En matière de *managed care*, les caisses légales ont donc tendance à adapter leur offre en fonction de leur clientèle traditionnelle : il n'y a ce jour aucune volonté de pratiquer par ce biais un écrémage actif des risques.

13.3. Intérêt et limites des différentes expérimentations

Les différentes expériences ont un coût certain pour les caisses (incitations financières garanties aux médecins) et ne seraient à ce jour pas transposables à l'ensemble du pays. En outre, les gains éventuels en termes de rapport qualité-prix s'avèrent souvent difficiles à isoler. Dans la plupart des cas, une évaluation scientifique des résultats est prévue, mais les résultats ne sont pas toujours disponibles. Il faut bien se souvenir que la plupart de ces réseaux n'ont encore que quelques mois d'existence.

Actuellement, il existe sept expériences sur l'ensemble du territoire fédéral, réunissant quelques 3 000 médecins. L'ensemble de ces expériences repose sur le volontariat tant des médecins que des patients. L'inconvénient de cette approche est de biaiser l'évaluation des modèles : si les médecins les plus dispendieux restent volontairement à l'écart de ces réseaux, on obtiendra une diminution en moyenne du coût des soins sans que l'efficacité de la démarche soit pour autant avérée.

13.3.1. Filières de soins ou *disease management* ?

Il convient de différencier les filières du type *Hausarztmodell* des pratiques en réseaux de type *disease management*, dont le meilleur exemple est fourni en Thuringe (expérience menée dans l'ensemble du Land depuis avril 1998) pour le diabète : les médecins doivent documenter leurs actes et se conformer à des guidelines ; leur rémunération est liée au respect de ces protocoles. L'avantage est de permettre une meilleure information des praticiens sur la pathologie concernée et donc d'améliorer la qualité des soins prodigués aux diabétiques. Les médecins volontaires pour ce type de réseaux sont en général assez sensibles à cet argument de qualité.

Naturellement cette démarche pose le problème crucial de la définition et du contrôle de la qualité des soins médicaux. Les médecins sont assez favorables au *disease management*, parce qu'il permet d'apprécier la qualité non plus seulement au vu des structures (formation, équipement technologique), mais aussi du respect de normes thérapeutiques (même si la définition des guidelines fait toujours l'objet de vifs débats). A terme, l'union des médecins de caisses n'est pas rigoureusement opposée à une évaluation de la qualité fondée davantage sur les résultats, notamment dans un domaine relativement technique comme la chirurgie.

13.3.2. Information des médecins et des assurés

Si le modèle du *gatekeeper* est vivement controversé et récusé par les médecins, certains aspects des expérimentations actuelles font l'objet d'une approbation unanime, tant des caisses que des représentants des médecins : en particulier, il semble à tous souhaitable de rompre l'isolement du médecin. Dans cette optique, la participation des médecins à des cercles de qualité, obligatoire dans certaines expériences, semble être une bonne évolution. Aux dires des caisses locales, le succès d'une expérience (tant en termes de maîtrise des coûts que d'amélioration de la qualité des soins) se mesure souvent au bon fonctionnement de ces cercles de qualité. En particulier, le *Hausarztmodell* de

Francfort met l'accent sur ces cercles de qualité et fait participer activement le personnel infirmier à l'information et à l'orientation des assurés dans le réseau. L'implication du personnel infirmier semble déterminante si l'on veut que les assurés respectent les principes de fonctionnement du réseau.

Un autre aspect consensuel des expérimentations réside en effet dans une plus grande permanence des soins ambulatoires, afin que les assurés aient à tout moment la possibilité de recourir à un médecin avant d'aller à l'hôpital. Il faut les convaincre que la garantie de la continuité des soins vaut la peine de restreindre un peu son choix (du reste, dans le *Hausarztmodell*, l'assuré peut changer à tout moment de médecin et opter pour l'un des 65 généralistes du réseau). Cette garantie d'accès aux soins passe par la création de réseaux téléphoniques ou de centres ouverts 24h/24.

Cet aspect du managed care intéresse également les assureurs privés : *Colonia Krankenversicherung* a créé des centres d'appel (Medilines), mais les développe prudemment car elle ne veut pas qu'ils deviennent des centres de réclamation. De manière générale, la démarche des assureurs privés est relativement réservée et suivistive : d'une part la philosophie du managed care (type gatekeeper) n'est pas forcément du goût de leur clientèle assez fortunée, d'autre part ils atteignent rarement la masse critique qui leur permettrait de garantir un niveau plancher d'activité aux médecins qui adhéreraient au réseau. De plus la réglementation fixe le niveau plancher de rémunération de tout acte médical effectué sur un patient relevant de l'assurance privée, ce qui limite la marge de manoeuvre. Les assureurs privés privilégient donc la responsabilisation de leurs assurés (devis pour les prothèses dentaires).

13.3.3. Des expériences intéressantes, mais encore peu concluantes

Toutefois, les résultats sont dans l'ensemble peu concluants jusqu'à présent : d'après les caisses locales, mettre plus d'argent dans l'ambulatoire ne garantit pas une baisse des taux d'admission à l'hôpital, même si le médecin peut filtrer les hospitalisations. En fait, l'accroissement des moyens sur l'ambulatoire (par exemple en favorisant la chirurgie ambulatoire), s'il permet d'améliorer la qualité, ne permet pas toujours de réaliser des économies parce que cet accroissement de moyens satisfait *in fine* une demande potentielle qui autrement ne se serait pas exprimée.

13.3.4. Les nouvelles formes d'organisation des soins prévoient encore peu de dispositifs spécifiques en matière de prévention

La concurrence ne semble pas avoir induit d'actions de prévention spécifiques : mais il est souvent difficile de les isoler. Les assureurs privés sont assez dubitatifs quant à l'efficacité de la prévention ; Colonia a toutefois proposé une option, Z-Pro, qui incite à la prévention en matière dentaire : les soins conservateurs sont remboursés à 100%, tandis que le taux normal pour les prothèses est de 60%. Si l'on effectue régulièrement une visite de prévention, le taux de remboursement des prothèses augmente de 5 points chaque année, et ce naturellement dans la limite de 100%. Ce produit ne semble pas avoir rencontré le succès escompté, peut-être par manque d'explications.

Les expérimentations du type disease management pour le diabète comportent naturellement une dimension préventive. Certaines caisses locales ont du reste un temps proposé des prestations périphériques du style cours de cuisine aux diabétiques, de gymnastique aux retraités. Mais il y avait aussi des prestations abusives (du style body-building) et l'ensemble a été interdit au motif que ces pratiques traduisaient une politique marketing de sélection des bons risques.

La prévention pose un problème de définition : où est la limite entre curatif et préventif ? Où classer la lutte contre l'hypercholestérolémie ? La prévention se fait beaucoup lors des visites de routine. Dans un pays comme l'Allemagne, où la densité médicale est très forte, il est difficilement concevable que les consultations soient exclusivement curatives. Pour l'union des médecins, il y a

un risque que la modification de l'affectation des ressources budgétaires réduise la prévention : le fait que les enveloppes individuelles comprennent les actions de prévention va diminuer la motivation des médecins. Ceci risque toutefois de changer. De ce point de vue, un système de rémunération à la capitation serait davantage incitatif.

Annexe 3.A

Deux autres expériences en pays de sécurité sociale « segmentée » : la Suisse et la Belgique

La Belgique pratique depuis toujours la pluralité de caisses d'assurance maladie, sans aucune restriction légale à la mobilité des assurés d'une caisse à l'autre. La segmentation de la population s'y fait le long de frontières professionnelles certes, mais surtout idéologiques (linguistiques, religieuses et politiques). Ceci explique sans doute qu'en dépit de taux de cotisation différents la mobilité reste faible. Le peu de succès rencontré par cette formule de concurrence explique sans doute qu'elle soit aussi peu documentée. Pourtant, l'expérience belge est loin d'être négligeable : elle explicite, en forçant le trait, ce qu'est un système corporatiste segmenté et en quoi il est différent de la concurrence.

Dans un système de marché, sensible à la concurrence, les offreurs luttent entre eux via les prix et la diversification des produits. Dans un système segmenté, « all the sickness funds do the same basic work » (Glaser, 1991) et les différences éventuelles de prix ou de produits reflètent des différences de risque moyen, ou d'attitude moyenne face au risque de différentes populations. On s'approche de la logique des mutuelles en France, logique selon laquelle les professions de l'enseignement ont préféré partager certains risques entre elles, faisant l'hypothèse qu'elles avaient toutes le même profil prudent mais « généreux », et se targuant ainsi d'arriver, en se regroupant, à bénéficier de primes plus faibles et de services meilleurs et exclusifs (via l'hôpital psychiatrique possédé par la mutuelle par exemple). Face à une structure de risques défavorable, une mutuelle cherchera plutôt des subventions, ou une fusion dans un ensemble plus vaste, qu'une riposte concurrentielle agressive fondée sur la diversification des produits ou le contrôle de l'offre de soins.

La Suisse, autre bastion de la segmentation fait l'objet de discours plus enthousiastes, mais guère documentés, sur sa prétendue conversion aux vertus de la concurrence et du managed care. En fait, l'assurance maladie suisse n'a jamais été universelle (Glaser, 1991). A la fin des années 80, seuls 25% des Suisses devaient obligatoirement souscrire à l'assurance maladie collective, les autres conservant une possibilité de sortie (vers l'assurance privée ou l'absence d'assurance). Même si 71% de ces autres abondaient les fonds des caisses publiques, la menace de leur sortie diminuait le caractère redistributif et solidaire de l'ensemble du système.

Il est difficile de décrire la situation suisse dans son ensemble car la situation varie d'un canton à l'autre ; la loi de 1911 (Loi sur l'Assurance Maladie et les Accidents ou LAMA) autorise seulement le gouvernement national à agir comme un sponsor en définissant un paquet standard de prestations, des règles de ticket modérateur et en interdisant la sélection des risques. En théorie, les caisses sont censées agir dans des ressorts géographiques et y pratiquer la tarification unique (locale). Il semble que les caisses aient agi illégalement tout au long des années 80 en proposant des rabais aux entreprises (de main d'œuvre suffisamment large et de bon risque) par rapport au tarif local. Pour pallier ces dérives, et pour rétablir un semblant d'équité entre les caisses, le gouvernement a soumis à référendum une loi de péréquation et d'obligation d'assurance qui a été acceptée de justesse, en 1994, après plusieurs refus (Beck et Zweifel, 1995). On voit qu'il s'agit avant tout

d'instaurer une régulation de la concurrence anarchique entre caisses et non de développer la concurrence à partir d'une situation de monopole.

En outre, la nouvelle loi, entrée en vigueur au 1er janvier 1996, garantit des subventions de solvabilisation aux assurés de condition modeste. Sur le versant offre, la loi introduit la liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs, ce qui supprime en principe toute emprise de type cartellaire (divergence avec l'Allemagne). On ouvre la possibilité de nouvelles formes d'assurance avec choix limité de fournisseur (possibilité en principe déjà en vigueur depuis la fin des années 1980, mais sans grand succès jusqu'alors). Ces nouvelles formes d'assurance comprennent en fait des caisses de santé de type HMO et des assurances avec bonus.

Les caisses de santé consentent des réductions de primes par rapport à des caisses traditionnelles, renoncent à exiger un copaiement et prennent en charge les coûts des contrôles préventifs. En contrepartie, elles restreignent le libre choix des fournisseurs de prestations, mais les adhérents bénéficient de soins à long terme et d'ensemble.

Les caisses avec bonus consentent des réductions de cotisations aux assurés qui, au cours de l'année civile, n'ont pas eu recours à leur caisse, à l'exception des soins de maternité et des soins préventifs qui n'annulent pas le bonus. La prime est plus élevée que la prime normale la première année (de 10%) mais diminue ensuite (avec un plafond de réduction situé à 45% la cinquième année).

ANNEXE 4 : MONOGRAPHIE DES PAYS-BAS

Une concurrence entre acheteurs sans concurrence entre assureurs

Introduction

Le système néerlandais est un des laboratoires en Europe où la réflexion a été la plus poussée sur les questions :

- de la réglementation nécessaire pour éviter l'antisélection sur un marché privé,
- de la mise en concurrence progressive d'entités qui rendent un service "public" et qui ont été longtemps financées sans être responsabilisées.

L'objectif de ce travail est donc de faire le bilan des réformes des dernières années aux Pays-Bas, et de présenter en particulier les innovations en termes de réglementation et d'organisation de l'assurance que les débats ont permis de faire naître.

Le rapport a été rédigé sur la base d'articles scientifiques et de documents collectés depuis plusieurs années sur les Pays-Bas et intègre les propos des personnes rencontrées lors du voyage d'étude.

14. LE CONTEXTE

14.1. L'architecture globale du système

Avant de présenter brièvement la réforme Dekker et l'impact qu'elle a finalement eu sur l'évolution du fonctionnement des différents organismes qui mettent en œuvre l'assurance des risques liés à la santé au Pays-Bas, nous esquissons dans un premier temps une présentation du système.

14.1.1. *Les grands traits de l'assurance*

Le système d'assurance maladie des Pays-Bas est traditionnellement comparé à une fusée à trois étages, dont les niveaux sont déterminés par l'Etat et correspondent à un jugement porté sur le type de mécanisme qui devrait couvrir différentes catégories de soins. Nous esquissons ici les contours du système avant d'étudier par la suite les mécanismes précis de fonctionnement.

- a - Tous les Néerlandais bénéficient de l'AWBZ : une assurance obligatoire des risques considérés trop lourds pour être assurables de façon privée. Sa gestion est assurée par les institutions qui fournissent aux individus l'assurance des soins courants⁸³.
- b - L'assurance des soins courants peut être caractérisée par son caractère obligatoire ou facultatif. Plus précisément, il faut établir trois catégories d'assurés :
 - Les personnes dont le revenu est inférieur à un seuil défini par l'Etat sont couvertes de façon **obligatoire** par une caisse **publique** d'assurance maladie, (environ 63% des Néerlandais, en décroissance).

⁸³ Cette appellation peut sembler réductrice : l'assurance courante inclut les soins aigus mais non chroniques.

- Les personnes qui bénéficient d'un revenu plus élevé peuvent souscrire une **assurance privée facultative**, (environ 32%), mais n'ont pas le droit de souscrire une assurance dans une caisse publique.
 - Enfin, signalons (par souci d'exhaustivité) qu'il existe d'autres petits régimes **d'assurance obligatoire** pour les fonctionnaires des collectivités locales et les policiers (5% de la population) dont les prestations sont définies par l'Etat et qui sont gérées par des **assurances privées**⁸⁴.
- c - L'assurance volontaire. Le contenu de ce compartiment est défini par défaut : il comprend l'ensemble des soins pour lesquels l'Etat considère que la décision d'assurance relève de l'initiative individuelle.

Tableau : types de couverture maladie

	1994	1995	1996	1997 (e)	1998 (e)
Part dans le PIB	9,7%	9,3%	9,3%	9,7%	9,6%
Assurance exceptionnelle	40,2%	42,7%	31,3%	37,1%	37,0%
Assurance publique de base	27,7%	27,4%	35,5%	35,5%	34,8%
Assurance privée	13,3%	12,1%	15,5%	14,2%	14,7%
Subvention de l'Etat	9,4%	10,1%	9,7%	4,4%	4,6%
Autres sources de financement*	9,4%	7,7%	8,0%	8,9%	8,8%
Dépenses de santé (Md. NLG)	59,5	59,5	61,1	64,2	66,7*

Source ZFR et Ministère (estimations)

* Contribution des personnes séjournant en institution ou bénéficiant de soins à domicile

** Ajouter 2 Milliards environ pour l'assurance de troisième étage (part totale des dépenses dans le PIB environ 10%)

Les trois parties suivantes de ce rapport seront consacrées à l'étude du fonctionnement précis des composantes principales de ces régimes d'assurance et des mesures réglementaires qui permettent d'illustrer la réflexion autour d'un projet de délégation des fonctions de l'assurance à des acteurs privés et publics dans un environnement concurrentiel.

14.1.2. Les prestataires de soins

Aux Pays-Bas, la quasi-totalité des prestataires de soins sont libéraux et les hôpitaux sont majoritairement des institutions privées à but non lucratif. Les niveaux de rémunération sont en général négociés entre les payeurs (les caisses et les assurances privées) et les syndicats professionnels (ou, dans le cas des hôpitaux, au niveau individuel). Les négociations tarifaires sont encadrées par l'agence centrale des tarifs des soins (le COTG) qui doit en dernier lieu approuver les tarifs négociés.

A / Ambulatoire

Chaque profession médicale est soumise à un système d'enveloppes comparable à celui mis en place après le plan Juppé en France. En cas de dépassement une année du budget qui reflète par construction les prix et les volumes, les taux de rémunération des services sont baissés l'année suivante.

▪ Les généralistes

Les généralistes, qui sont la pierre d'angle du système de santé néerlandais, bénéficient d'un double système de rémunération : pour les patients qui sont couverts par le système d'assurance

⁸⁴ Nous ne reviendrons pas en détail sur ces régimes marginaux.

obligatoire, ils reçoivent une capitation, pour leur clientèle couverte par des assurances privées, ils sont rémunérés à l'acte.

Les niveaux de capitation et d'honoraires sont calculés de la façon suivante : on estime la rémunération globale "objectif" d'un généraliste, le nombre de patients qu'il devrait traiter (2350). Sur la base d'une répartition au prorata de la clientèle entre les deux types de régimes (caisses publiques ou assurance privée), on déduit d'une part la capitation et d'autre part, sur la base du nombre de visites moyen des patients pendant une année, les coûts unitaires des consultations.

- La capitation (environ 125 NLG par an) est identique pour tous les patients exception faite de ceux qui résident dans des quartiers défavorisés (10% en plus). Les généralistes sont favorable au système de capitation (soulignons qu'aux Pays Bas, de nombreuses caisses d'assurance maladie sont nées de l'initiative de médecins servant leur clientèle locale selon un principe de capitation) et souhaiteraient l'étendre aux patients du privé, mais ils estiment que la capitation devrait prendre en compte l'âge des patients. Ils souhaiteraient en outre que certains actes soient rémunérés en plus de la capitation.
- En ce qui concerne les honoraires, la visite à domicile est payée 55 NLG, la consultation au cabinet 37.5 NLG, soit environ le double de la consultation par téléphone. Ces tarifs sont doublés pendant le week-end.

En théorie, ces taux sont des plafonds et les assureurs devraient pouvoir négocier des ajustements, mais en réalité les tarifs pratiqués sont uniformes.

Les patients de l'assurance publique génèrent environ 70% du revenu d'un généraliste, alors qu'ils ne représentent que 63% de la population, ce qu'on attribue au meilleur état de santé de la population couverte par le privé.

L'activité des généralistes n'a jamais donné lieu à dépassement de budget ⁸⁵.

Seuls les patients du public sont obligés de s'inscrire auprès d'un généraliste référent, mais il semble que la pratique soit largement répandue dans la population. Les patients sont généralement fidèles à leur généraliste et s'ils souhaitent changer ils risquent de se voir opposer un refus par un autre généraliste (qui s'estimerait trop loin du lieu du domicile du patient pour pouvoir assurer les visites en cas de besoin). En tout état de cause, lors d'un changement de généraliste, l'ancien et le nouveau praticien entreront en contact. Cet exemple est une illustration de l'impression générale qui se dégage : la concurrence entre les généralistes est quasi inexistante. Autre exemple, il existe une tradition forte qui s'apparente à une cooptation au niveau local lors de l'installation d'un nouveau généraliste. Cet état de fait reflète probablement pour partie le fait que la densité de généralistes par rapport à la population est environ deux fois moins élevée qu'en France.

Pour voir un spécialiste, les patients doivent bénéficier d'une prescription de leur généraliste, obligatoire pour le public, encouragée par les assurances pour le privé. Le taux de prescription de visites de spécialistes est surveillé par les caisses, et les abus (rares, semblerait-il) sont réglés au cas par cas. L'état a par ailleurs encouragé (et financé) l'établissement de protocoles de prise en charge par la profession qui semble s'autodiscipliner avec succès (les taux de prescriptions de visite aux spécialistes sont assez faibles).

▪ **Les spécialistes**

Les spécialistes exercent le plus souvent leur activité au sein de l'hôpital. Pendant longtemps, ils ont été liés par convention avec les institutions dans lesquelles ils intervenaient et rémunérés à l'acte.

⁸⁵ *A une exception prêt, encore s'agissait il d'une erreur expliquée par la mauvaise qualité des informations disponibles sur les volumes de consommation des patients du privé.*

Le gouvernement déterminait les tarifs plafonds des actes, ainsi que le taux de croissance des enveloppes globales. Après plusieurs années de conflit entre les spécialistes et le gouvernement (le budget étant dépassé chaque année, les honoraires diminuaient et les volumes augmentaient, sans qu'un équilibre satisfaisant soit atteint) un nouveau système s'est mis en place.

Le gouvernement cherchait en fait à intégrer la rémunération des spécialistes dans le budget global de l'hôpital. A un moment où les spécialistes étaient sous la menace d'une diminution de leurs honoraires de 15%, le gouvernement leur proposa de lever la sanction s'ils entraient en négociation avec les hôpitaux aux sein desquels ils exerçaient leur activité. Des accords locaux ont à l'heure actuelle été conclus dans la quasi totalité des hôpitaux (4 exceptions). Les négociations ont donc été complètement décentralisées au niveau des hôpitaux individuels, chacun élaborant un système de rémunération qui entre dans un budget dont le respect relève de la responsabilité de l'hôpital et qui est partagé entre les spécialistes des différentes disciplines (on assiste à une harmonisation progressive des niveaux de rémunérations entre spécialités). Le passage à ce système a abouti à l'augmentation des listes d'attentes pour certaines procédures et certaines spécialités, la gestion des dépenses étant devenue beaucoup plus stricte au niveau micro-économique.

B / Les pharmacies

Les officines sont remboursées par les assureurs sur la base d'une liste de médicaments et de prix établie par l'Etat. Les caisses publiques négocient parfois des tarifs inférieurs à ceux fixés par l'Etat.

C / Les institutions sanitaires

La capacité des différentes institutions sanitaires est planifiée par l'Etat et les institutions locales, selon un processus complexe et jugé globalement inefficace (Bjorkman et Okma, 1997, pp. 100). Il existe des cliniques privées qui sortent du champ des autorisations de l'Etat. Leur existence est tolérée mais les caisses publiques n'ont pas le droit de les conventionner. Dans le secteur des structures d'accueil long séjour (Psychiatrie, handicapés, personnes âgées / soins à domicile), la maîtrise des dépenses repose sur le contrôle de l'offre qui passe par la détermination par l'Etat des capacités et des budgets des institutions.

14.2. La réforme Dekker

14.2.1. Objectif de la réforme initiée dans les années quatre-vingt : convergence des différents régimes d'assurance

La réforme Dekker⁸⁶ avait pour double objectif de mettre sur pied une assurance sociale universelle harmonisée et d'introduire des mécanismes de concurrence entre assureurs. Il s'agissait plus précisément d'une mise en concurrence des caisses publiques régionales et des assureurs privés, pour l'offre d'un contrat d'assurance maladie standardisé. La première tentative d'intégration des différents régimes d'assurance existant aux Pays-Bas remontait à 1974, mais elle avait échoué faute de soutien politique. La gestion du système santé des Pays-Bas est en effet rendue très complexe par l'existence d'un grand nombre d'institutions intermédiaires, syndicats ou associations qui concentrent leurs efforts sur la représentation des intérêts de leur membres. La difficulté de réformer en profondeur le système s'explique en grande partie par l'absence d'un consensus « positif » suffisant pour faire évoluer le système dans une direction (Bjorkman Okma, 1997).

La réforme visait l'introduction de deux types d'assurance :

⁸⁶ Publication du rapport « Volonté de Changement » en Mars 1987.

- 1 - Une **assurance de base** dont les prestations auraient été définies par l'Etat. Cette couverture de base aurait couvert environ 85% des dépenses de santé, correspondant à un « panier de biens fondamentaux » et excluant par exemple les dépenses de kinésithérapie, les médicaments et les soins dentaires.

Le financement de cette assurance devait être double :

- Par une cotisation obligatoire sur le revenu, versée à un fond qui finance les assureurs en fonction des risques qu'ils assument. La péréquation aurait été effectuée sur une base actuarielle (ce qui suppose un système d'information fiable sur les risques assurés) ; ce, afin d'éviter que les assureurs ne soient tentés de sélectionner les bons risques.
 - Sous forme d'une prime versée directement à l'assurance par les individus. Le paiement de cette prime nominale aurait été obligatoire. Son montant devait être le même pour tous les assurés au sein d'une compagnie, mais aurait varié d'une compagnie à l'autre, selon la capacité de cette dernière à réaliser des bénéfices sur la gestion de l'assurance de base, et donc à diminuer la prime nominale de l'ensemble des assurés.
- 2 - La **couverture complémentaire** couvrant potentiellement 15% des dépenses de santé. L'étendue des services et la tarification auraient été librement déterminées par les compagnies.

Dans ce nouveau système, les assureurs privés et les caisses publiques auraient été en concurrence directe. Tous devaient en outre être dotés des moyens de faire pression sur les coûts : ils auraient pu négocier avec chaque profession médicale, chaque hôpital pour couvrir les besoins des populations qu'ils assuraient. Les assureurs revendiquaient au moment de la réforme le droit de gérer directement des hôpitaux et d'avoir sous contrat leur propres médecins.

Dans la mesure où le financement aurait été ajusté de façon à enrayer l'écrémage des risques, les différences de primes nominales sur la couverture de base devaient donc refléter des différences d'efficacité tant dans la gestion interne que dans celle des relations avec les différentes professions médicales.

14.2.2. Abandon progressif de la réforme Dekker

Les principales critiques adressées à la réforme Dekker émanent dans un premier temps des organisations représentant les intérêts des patients ainsi que des syndicats et portent principalement sur deux points :

- La prime fixe qui représente une proportion importante du financement de la couverture de base est jugée régressive, car identique quel que soit le niveau de revenu des assurés.
- Les assureurs, en ajustant les conditions de couverture de l'assurance « complémentaire » (en n'offrant que des taux de couverture faible par exemple) peuvent parvenir à sélectionner les assurés en meilleure santé en dépit du financement pour partie actuariel, mais nécessairement imparfait, de la couverture de base.

Pour prendre en compte ces éléments, le secrétaire d'Etat à la santé Simons, membre de la nouvelle majorité centre gauche, amende en 1990 le projet initial : l'assurance de base devra couvrir 96% des soins et l'assurance complémentaire portera sur une gamme réduite de services (avortement, stérilisation, fécondation in vitro, chambres de luxe à l'hôpital...). Par ailleurs, le montant de la contribution individuelle est diminué pour ne plus représenter que 15% du financement de la couverture de base. Enfin, les échéances pour l'intégration des différents régimes sont repoussées dans le temps.

Mais la réforme continue de susciter l'opposition d'importants groupes de pression (Bjorkman et Okma, 1997, pp.102) :

- Les associations d'employeurs et de cadres s'opposent au principe de l'extension de l'assurance obligatoire qui entraînera une augmentation du coût du travail.
- Les caisses publiques qui vont voir leur responsabilité financière augmenter et qui vont devoir se former à la gestion des relations contractuelles avec les professions médicales et les hôpitaux restent réticentes.
- Et les assureurs privés s'opposent à la réforme qui entraînera une réduction considérable de leur marge de manoeuvre.

Finalement, le gouvernement formé à la suite des élections générales de 1994 décide de mettre un coup de frein à l'intégration des différents régimes d'assurance et revient même sur certaines dispositions. Le système actuel est resté proche de ce qu'il était initialement, mais la menace de la réforme a abouti à la concentration sur ce marché puisque 13 entités (publiques et privées) couvrent plus de 80% de la population en 1997.

15. COUVERTURE SOLIDAIRE DES RISQUES NON ASSURABLES (AWBZ)

15.1. Couverture universelle et socialisée des risques non assurables

Depuis sa création en 1967, ce système d'assurance couvre l'ensemble de la population. L'AWBZ devait être progressivement étendue pour constituer l'assurance de base « universelle » prévue par le plan Dekker. Au début des années quatre vingt dix, de nouvelles catégories de soins (les médicaments et les soins de kinésithérapie,..) furent progressivement incluses dans le champ de l'AWBZ. Après l'abandon de la réforme, en 1996, ces soins sont à nouveau exclus et l'AWBZ couvre désormais les risques exceptionnels, même si l'appartenance de certaines catégories de soins à ce régime, comme par exemple les soins à domicile, ne fait pas l'unanimité.

Ce premier niveau de couverture se limite donc théoriquement à une **assurance des risques très lourds**, « qui ne peuvent pas être assurés par le secteur privé à des taux acceptables ». Pour employer une terminologie assurantielle, il s'agit de dommages qui donnent lieu à une consommation médicale élevée ou une prise en charge coûteuse pendant une période longue, voire que l'on peut qualifier d'irréversibles.

L'assurance consiste en principe à faire payer à un groupe d'individus qui sont soumis à un même risque sur une période définie, une prime qui est égale à la probabilité de dommage multipliée par le montant de ce dommage. Dans le cas où le dommage est avéré, la couverture sur longue période de la dépense ne peut, par nature, relever de techniques assurantielles. Le principe qui prévaut pour la définition du champ de l'AWBZ est donc celui de la solidarité entre des individus qui ont un risque avéré et l'ensemble de la population.

Concrètement, l'AWBZ couvre : les soins pour les malades chroniques, les handicapés, les malades mentaux (soins de jours et en institution) et les soins de long terme pour les personnes âgées : soins et aide à domicile ou en institution, y compris le séjour, même si dans ce cas un forfait reste à la charge des personnes. Les prestations uniformes sont définies par l'Etat et administrées en général par des organismes qui assurent la couverture du ménage pour le second étage de l'assurance.

15.2. Financement et maîtrise des dépenses

■ Sources de financement

Depuis 1996, les cotisations obligatoires sont proportionnelles à l'ensemble des revenus, 8.85%, assorties d'un plafond⁸⁷. Les assurés qui résident dans des institutions paient en outre un forfait. Après six mois de séjour, s'y ajoute une cotisation liée au revenu.

■ Principes de gestion

Les assureurs sont remboursés ex-post de l'ensemble de leurs dépenses et il n'existe pas de véritable incitation pour les organismes qui octroient les prestations à les gérer efficacement (Maarse et Paulus, 1998, pp. 234). En outre, toute concurrence sur les primes ou les prestations est exclue.

On assiste cependant à l'introduction progressive de mesures destinées à augmenter l'efficacité, mais elles sont orientées sur la demande et ont pour objectif de redéfinir la relation bénéficiaire des soins / producteurs (sans que les assureurs soient sollicités).

Dans un nombre limité de cas, il est par exemple possible aux individus ou aux familles de personnes dont la prise en charge relève de l'AWBZ d'opter pour une allocation en espèces. Les personnes concernées choisissent alors les services dont elles souhaitent bénéficier et passent des contrats avec les prestataires. Selon Mme OKMA, du ministère de la santé, sur les deux ou trois pour-cent de personnes qui bénéficient de cette possibilité, 80% d'entre elles décident de sortir des institutions dans lesquelles elles étaient prises en charge. Parallèlement, les institutions sont autorisées à utiliser une partie de leur budget pour développer des services à domicile afin d'améliorer la continuité et la flexibilité de la prise en charge des patients.

Ces mesures, sans qu'il soit possible de chiffrer leur impact, semblent avoir une influence positive sur un secteur qui reste pour l'instant peu concurrentiel et politiquement assez puissant : les tentatives du ministère pour diminuer le nombre de places disponibles ou le budget des maisons de retraites ont échoué à plusieurs reprises sous la pression des groupes d'intérêt. La stratégie privilégiée consiste donc à donner aux personnes concernées et à leurs familles, qui ont des préférences fortes sur les services dont elles souhaitent bénéficier, les moyens de faire pression de façon décentralisée et micro-économique sur les institutions.

16. L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS COURANTS PAR LES CAISSES PUBLIQUES (LOI ZFW)

16.1. Structure générale du régime

L'assurance est obligatoire pour les personnes qui sont au dessous d'un certain niveau de revenu et porte sur un panier de biens défini par l'Etat. Les bénéficiaires sont inscrits auprès de caisses qui rémunèrent les praticiens qui eux mêmes délivrent les soins à leurs assurés.

Les personnes qui peuvent bénéficier de cette assurance ont la possibilité de s'inscrire auprès de la caisse de leur choix et de changer une fois par an.

⁸⁷ *Auparavant, les cotisations étaient payées par les employeurs et les individus devaient verser une contribution fixe annuelle.*

16.2. Population couverte par l'assurance obligatoire

Les employés dont le revenu annuel est inférieur à un montant déterminé par l'Etat (60.750 NLG en 1997⁸⁸) sont obligatoirement assurés par ce régime jusqu'à l'âge de 65 ans. Au delà, ils sont assurés si leur revenu est inférieur à 38.300 NLG. Les prestations sociales sont ajoutées au revenu pour déterminer si le plafond en deçà duquel on est assuré est dépassé. Les bénéficiaires de certaines prestations sociales en particulier les chômeurs bénéficient de cette assurance obligatoire. En règle générale, les membres du ménage d'une personne qui a droit à cette assurance sont couvertes.

En 1998, 63% environ de la population est couverte par ce régime.

16.2.1. Prestations des caisses

■ **Champ de l'assurance obligatoire : les soins courants**

Le panier des biens couverts par cette assurance est défini par l'Etat. Il comporte les soins ambulatoires, mais aussi les soins aigus et lourds mais de court terme dispensés en milieu hospitalier.

Dans un objectif avoué de concentration de l'intervention de l'Etat sur les soins dont la couverture est considérée comme indispensable, des mesures d'exclusion de certains types de soins ont été prises ces dernières années. Par exemple, en matière dentaire, depuis 1996, seule la prévention est incluse dans les soins couverts pour les adultes (depuis 1997 les prothèses sont à nouveau remboursées, après des négociations difficiles). La liste des médicaments remboursés diminue aussi régulièrement. Depuis 1996, les soins de kinésithérapie couverts dans le cadre de cette assurance sont fortement limités⁸⁹.

■ **Modalités de distribution**

Les prestations sont dispensées en nature et les prestataires (agrés) de soins sont directement rémunérés par les caisses. Le passage par le généraliste (rémunéré par capitation) est obligatoire dans ce système d'assurance pour bénéficier de soins de spécialistes ou d'une hospitalisation.

■ **Assurance complémentaire fournie par les caisses**

Les assurés ont la possibilité de souscrire auprès de leur caisse une assurance (« troisième étage de la fusée ») qui couvre les soins exclus de l'assurance de base, parce qu'ils ne sont pas considérés comme « indispensables » et qu'ils ne doivent à ce titre pas relever de la responsabilité d'une assurance sociale. Les personnes qui souscrivent ces assurances pourraient en théorie le faire auprès d'autres organismes privés ou publics que les caisses auprès desquelles elles sont affiliées, mais il semble que la situation inverse prévale. En tout état de cause, cette assurance ne fait l'objet d'aucune réglementation spécifique.

16.2.2. Ressources du régime d'assurance obligatoire

■ **Sources**

Une **cotisation** est payée par l'ensemble des bénéficiaires de cette assurance obligatoire. Elle est pour partie liée au revenu selon un taux uniforme (6,9%) quelle que soit la caisse à laquelle l'assuré est affilié et elle est pour partie prise en charge par l'employeur (5,5%). Le taux est inférieur (5,4%) différent pour les retraites versées par l'Etat (mais il est le même pour les autres revenus des personnes agrées de plus de 65 ans). Par ailleurs, depuis 1995 la cotisation employeur est en partie

⁸⁸ *Grosso modo 180 000 FRF par an.*

⁸⁹ *Dans la très grande majorité des cas, au maximum 9 séances de kinésithérapie par an et par pathologie sur prescription du médecin, sauf pathologie rare listée et accord de la caisse.*

subventionnée pour les revenus les plus faibles (réduction du coût du travail). Les fonds collectés sont ensuite reversés aux caisses en fonction des risques qu'elles assument.

Une **prime** est en outre versée directement à sa caisse par chaque assuré adulte. Son montant est déterminé librement par la caisse, mais il est identique pour l'ensemble des assurés d'une même caisse. La concurrence entre les caisses porte essentiellement sur le montant de cette prime, qui est censé refléter sa relative efficacité. Théoriquement, un assuré rationnel en fait sa variable de décision centrale au moment où il décide de renouveler ou non son contrat auprès d'une caisse.

En 1997, les primes se répartissent selon les caisses de la façon suivante :

Montant annuel (NLG)	Nombre de caisses
144	1
200,4	2
207	2
210	3
215,4	3
216	5
222	4
225	3
226,8	1
228	2
238,2	2
238,8	1
214,3	29

La valeur absolue de cette prime (600 francs par an en moyenne) ne semble pas très élevée au regard du rôle d'incitation qu'elle devrait jouer dans le système concurrentiel. Il faut cependant garder à l'esprit que ce mode de financement est par essence inéquitable (puisque la prime est égale pour tous les assurés d'une même caisse) et qu'il serait à cet égard dangereux qu'il représente une part trop importante du financement. On peut néanmoins remarquer que si l'écart entre les caisses n'est pas encore très important en valeur absolue (moins de trois cent francs par an pour une moyenne de 600 francs), il tend à augmenter au cours du temps : il était de 30 francs en 1995 et de 90 francs en 1996. On peut donc imaginer qu'à terme, la différenciation des primes aura un impact plus grand sur les décisions des assurés ⁹⁰.

Notons enfin que depuis janvier 1997, des « tickets modérateurs » ont été introduits pour l'ensemble des prestations servies aux assurés auprès des caisses, dont le montant annuel cumulé ne peut dépasser 200 NLG ⁹¹. Cette mesure destinée officiellement à augmenter la responsabilité des individus par rapport à leur consommation, est en réalité plutôt une mesure de déremboursement (et donc d'économie), puisque l'assureur paie directement les prestataires de soins. Le patient ne verse donc pas la somme symbolique au prestataire mais reçoit à intervalle régulier de sa caisse une demande de paiement concernant les consommations qui ont généré ces copaiements ⁹².

16.3. Financement des caisses : moyen privilégié pour éviter l'anti-sélection

Les modalités de refinancement des caisses présentent un intérêt particulier parce qu'elles constituent le moyen privilégié :

- D'une part de responsabiliser ces entités qui fonctionnaient jusque là à guichet ouvert par la mise en concurrence sur une base nationale. L'assurance obligatoire des soins courants est gérée par une trentaine de caisses d'assurance maladie qui sont des organismes à but non lucratif. Ces caisses bénéficiaient auparavant de monopoles régionaux pour la couverture des personnes relevant de

⁹⁰ Le niveau des primes résulte aussi de compromis politiques, et doit être interprété avec précaution : entre 1996 et 1997, les caisses ont ainsi toutes diminué la prime de 110 NLG, afin de limiter pour les assurés l'impact financier l'introduction du ticket modérateur plafonné. Entre 1997 et 1998, les niveaux de prime ont été gelés par les caisses car les taux de responsabilité financière (cf. plus bas) n'ont pas augmenté.

⁹¹ De la même façon les assurés du privés doivent avoir au minimum une franchise de 200 NLG par an.

⁹² 20% du coût d'une visite chez le spécialiste, du montant d'une prescription. 8 NLG par jour d'hospitalisation. Le montant cumulé annuel est limité à 100 NLG pour les personnes âgées et en incapacité.

l'assurance maladie obligatoire. Elles étaient avant tout des organismes de liquidation et le fond central qui collecte les cotisations proportionnelles au revenu les remboursait intégralement des dépenses que leurs affiliés engendraient.

- Eliminer les stratégies d'écrémage que des caisses publiques pourraient être tentées de mettre en oeuvre. A cette fin, ont été définies des règles complexes de financement des caisses publiques qui tentent d'enrayer ces comportements par la prise en compte en amont de différences de risque importantes dans les populations couvertes par les caisses.

Nous détaillons ici les modalités d'allocation et de calcul du budget aux caisses par le ZiekenfondsRaad (ZFR⁹³), organisme qui veille à l'application des lois d'assurance maladie (AWBZ et ZFW) et qui distribue les fonds collectés (AWBZ et ZFW pour les caisses, seulement AWBZ pour les assurances privées).

Concrètement, le problème qui s'est posé pour élaborer le mécanisme de financement des caisses était double :

- Construire un mécanisme d'ajustement du financement en fonction du risque qui soit suffisamment simple à calculer mais qui élimine la possibilité pour les assureurs de bénéficier d'une stratégie d'écrémage.
- Le mettre en oeuvre progressivement, sans déstabiliser les caisses.

16.3.1. Processus de décision au niveau macro-économique pour une année donnée

En l'année n-1, le ZFR propose un budget global destiné à couvrir les dépenses médicales engendrées par les personnes assurées auprès des caisses. Le gouvernement retient un niveau global de dépenses des caisses pour l'année à venir ainsi que sa répartition entre grandes catégories de soins. La part de l'autofinancement des caisses est estimée (sur la base de la prime nominale moyenne qui devrait selon le gouvernement être prélevée par les caisses) et défalquée de ce budget. Le budget net représente (en 1997) 94.4% du budget global.

Le ZFR calcule pour chaque caisse un budget global et les versements mensuels qui lui seront faits sur la base des informations transmises par celle-ci sur les effectifs prévus par catégorie de risque. Ce budget est composé des capitations individuelles modulées en fonction de la classe de risque. En fin d'année, les caisses transmettent les données concernant les risques effectifs et les dépenses engagées. Le budget est recalculé pour tenir compte des effectifs réels et des ajustements sont effectués pour déterminer la part du décalage entre ce budget et les engagements financiers de la caisse qui demeurera sous sa responsabilité.

Des fonds destinés à couvrir les frais de gestion sont aussi alloués aux caisses. Elles reçoivent un montant identique par personne couverte (le taux est différent selon que la personne a plus ou moins de 65 ans) mais ce budget ne donne pas lieu à ajustement. Ceci permet de souligner l'hypothèse que la responsabilisation et les efforts des caisses doivent porter sur les coûts médicaux (même si des économies sur les coûts de gestion peuvent leur donner un avantage concurrentiel).

16.3.2. Choix des facteurs d'ajustement du risque et détermination du budget normatif

Pour le calcul de la capitation pondérée au risque, le ZFR dispose des coûts moyens par catégorie de risque calculés sur l'ensemble des caisses pour les années précédentes. Connaissant la représentation dans la population globale des facteurs de risque, il alloue des poids relatifs à

⁹³ *Autres attributions : conseil à l'état sur le champ des soins couverts par les différents régimes d'assurance, audit des dépenses des caisses .*

chaque « catégorie de risque ». Ces poids prennent en compte la différence de coût observée entre les catégories de risques et leur représentation dans la population⁹⁴. Ils sont ensuite appliqués au budget de la catégorie de soins, en fonction des caractéristiques de la population effectivement couverte par chaque caisse, afin de déterminer la part qu'elle recevra.

Dans un premier temps (1993 et 1994), la capitation versée aux caisses se base sur l'âge et le sexe (38 classes), critères qui apparaissent rapidement trop grossiers. Depuis 1995, la capitation prend en compte un critère d'incapacité (de travail) et un critère régional, qui reflète probablement à la fois des effets d'offre (le coût des soins) et de demande (le profil de risque des populations couvertes). Ce dernier critère prend plus précisément en compte le degré d'urbanisation des lieux de résidence des personnes couvertes (5 catégories).

Ce calcul d'une capitation ajustée au risque porte sur l'ensemble des soins de ville. Depuis 1996, les soins hospitaliers (qui représentent 55% des dépenses) sont aussi partiellement inclus dans ce système de capitation. Le budget était jusqu'alors calculé sur une base historique. Il est désormais scindé en deux parties représentant respectivement les coûts fixes (63% des coûts hospitaliers), qui restent estimés sur une base historique, et les coûts variables, calculés selon quatre indicateurs de volume, et soumis pour leur part au modèle de capitation ajustée au risque.

Les variables utilisées pour calculer les capitations ajustées au risque sont donc au nombre de quatre (âge, sexe, région et incapacité). Ces facteurs d'ajustement présentent l'avantage d'être facilement observables et contrôlables. Il est peu vraisemblable qu'ils changeront dans les années à venir. En effet le modèle d'ajustement au risque, si imparfait soit-il, est suffisamment compliqué d'après le ZFR pour que les caisses ne puissent déterminer objectivement les risques pour lesquels elles seraient éventuellement sur-dotés et qu'elles seraient alors tentées d'attirer. En outre, le ZFR estime que l'imperfection de l'ajustement au risque constitue en soi une incitation pour les caisses à contrôler les coûts. En effet, dans l'hypothèse (non réaliste) où l'ajustement au risque permettrait d'éliminer toute la variance observée à l'intérieur d'une catégorie, l'incitation à gérer efficacement pourrait s'estomper (chaque caisse recevant alors quasiment ex ante le montant des dépenses qui seraient constatées ex post).

16.3.3. Ajustements ex post

Ce système est complété par des mécanismes d'ajustements destinés à limiter l'impact de différences entre les structures de risques (puisqu'il est admis que la capitation est imparfaite), et à maintenir une certaine solidarité entre elles.

■ Mutualisation obligatoire des coûts élevés

La construction d'un système de mutualisation obligatoire des hauts risques est un moyen théoriquement efficace de supprimer une possibilité d'écrémer les risques laissée ouverte par un système de capitation imparfaitement ajustée au risque.

Un exemple extrait de van de Ven et alii (1995) met en lumière la possibilité qui est offerte aux assureurs d'identifier (et donc potentiellement d'écrémer) les hauts risques. Sur la base de fichiers d'assurance, les auteurs observent une année donnée les 10% de la population qui ont les dépenses de santé les plus élevées et montrent que cette population a en moyenne sur quatre ans (au moins) des dépenses de santé deux fois plus élevées que les personnes qui font partie du même groupe âge-sexe. Le même genre de résultat peut être observé sur les « petits » consommateurs. Autrement dit, un assureur observant ses propres fichiers d'assurance peut simplement identifier les hauts et les bas risques et

⁹⁴ Ex : les personnes vivant en milieu rural ont pour cette catégorie de soins une consommation qui coûte x% moins cher que celle des personnes vivant dans des zones plus urbanisées et les personnes vivant en milieu rural représentent y% de la population couverte par l'ensemble des fonds. Pour chaque personne effectivement assurée par une caisse et vivant en milieu rural, la caisse recevra donc z% de moins du budget normatif.

procéder à un écrémage à l'intérieur d'une catégorie âge sexe. De la même façon, un assureur n'adoptant pas ce comportement peut simplement se trouver défavorisé parce que le profil de la population qu'il couvre est (pour des raisons historiques, par exemple) risqué. Le financement qu'il reçoit ne prenant pas ce facteur en compte ne lui permet pas de faire face aux dépenses des assurés, quel que soit par ailleurs son degré d'efficience.

Les auteurs (van Barneveld, et al., 1996) proposent une parade : la mutualisation obligatoire des hauts risques : l'assureur choisit en début d'année un groupe d'individus dont les dépenses vont être prises en charge collectivement par l'ensemble des assureurs. La proportion de personnes dont les coûts seront mutualisés est fixée pour chaque assureur. Chacun d'entre eux est libre de déterminer ses critères de sélection et peut en particulier exploiter les informations dont il dispose sur ses propres assurés⁹⁵. En fin d'année, les assureurs partagent les dépenses du groupe poolé. Les personnes dont l'assureur se doute au départ qu'elles vont entraîner des dépenses supérieures à la capitation ajustée au risque sont donc mutualisées. Même si une personne génère ex post un déficit que l'assureur ne pouvait pas rationnellement anticiper, le risque d'écrémage disparaît puisque l'assureur n'était pas capable de détecter ce « haut risque ». La fonction d'assurance est maintenue mais la tentation de recours par l'assureur à l'écrémage est limitée.

Le système mis en œuvre aux Pays-Bas en 1997 s'inspire de ce modèle théorique si ce n'est qu'il opère une mutualisation non plus des risques ex ante mais des coûts constatés. Il oblige ainsi l'ensemble des caisses à supporter collectivement le surcoût engendré par des personnes dont les dépenses individuelles dépasseraient 4500 Florins par an⁹⁶. Ce mécanisme permet une mutualisation de 90% du surcoût et s'opère dans la limite des budgets déterminés par l'Etat pour l'ensemble des caisses, il ne génère donc pas de déresponsabilisation collective comme le fait le contrat standard pour le marché privé (cf. section suivante).

Le tableau ci-dessous est une simulation dont l'objet n'est pas tant le réalisme que l'illustration du mécanisme mis en place en 1997 aux Pays-Bas.

Mutualisation des hauts risques pour les caisses publiques

	Caisse A	Caisse B	Total
Coûts totaux observés	100 000	50 000	150 000
Nombre de personnes générant un coût supérieur au seuil de 4 500 NLG	5	0	
Coût de chacune de ces personnes	5 000		
Montant mutualisé	5*(5 000-4 500)* 90% = 2 250		
Budget initial de la caisse	95 000	45 000	140 000
Taux de participation au financement du pool	2 250 / 140 000 = 1,61%		
Paiement de chaque fond au pool (1,61% de son budget initial)	- 1 527	- 723	2 250
"Subvention" au fond A	2 250		
Nouveau budget de la caisse	95 723	44 227	140 000

Le système de mutualisation des hauts risques a été mis en place pour l'année budgétaire 1997, dont la liquidation est à peine entamée. Il n'existe donc pas à l'heure actuelle de données disponibles susceptibles d'illustrer l'ampleur ou l'impact effectifs de ce mécanisme.

⁹⁵ Les dépenses passées sont comme on vient de le voir un bon estimateur des dépenses futures.

⁹⁶ Sur la base des données disponibles (pour 1992) dans l'article précédemment mentionné de van de Ven, on peut estimer que ce mécanisme concerne entre 7 et 8% des personnes couvertes.

■ **Mutualisation partielle des déficits et des profits**

Par ailleurs, la responsabilité financière individuelle des caisses publiques est tempérée par une réglementation qui opère un partage des déficits et des bénéfices éventuels entre caisses. Cette mutualisation s'effectue sur les catégories de soins financées par capitation. Ceci permet de maintenir entre elles de façon transitoire une solidarité et se justifie d'autant que l'ajustement au risque de la capitation est vraisemblablement imparfait.

Il ne concerne en 1997 et 1998 que 30% des déficits ou profits constatés sur les coûts variables (dépenses de ville et coûts variables hospitaliers), ce qui représente au niveau d'une caisse l'obligation de mutualiser 19% de la différence entre les coût réels totaux et le budget. Les taux étaient auparavant plus élevés (60% pour les deux catégories mentionnées en 1996, 90% les années précédentes), la décroissance des taux au cours du temps reflète la responsabilisation progressive des caisses ⁹⁷.

Le mécanisme est similaire à celui présenté ci-dessus.

Mutualisation d'un déficit entre les caisses publiques (simulation)

	Caisse A	Caisse B
Budget normatif de la catégorie de soin	100	200
Coûts observés	160	200
Déficit	-60	0
Part mutualisée (30%)	18	
Subvention / Paiement	+9	-9
Budget recalculé	109	191
Déficit recalculé	-51	-9

16.3.4. Responsabilité finale des caisses quant à leurs déficits

Une fois les déficits définitifs recalculés par catégorie de soins, le règlement final intervient. La responsabilité des caisses est là encore pour l'instant limitée pour deux raisons. On estime d'une part que la marge de manoeuvre des caisses pour peser sur les coûts n'est pas uniforme pour toutes les catégories de soins (puisque l'Etat réglemente encore largement l'offre de soins). Par ailleurs, il n'était pas envisageable de confronter directement ces organismes à leur responsabilité financière, alors qu'elles assumaient jusqu'à un passé récent le simple rôle de liquidateur de prestations.

Pourcentage du déficit refacturé au fond central

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dépenses de ville	95%	75%	75%	75%	75%	50%	25%	15%
Coûts variables hospitaliers	95%	75%	75%	75%	75%	50%	25%	25%
Coûts fixes hospitaliers	95%	75%	75%	75%	75%	95%	95%	95%
Total	95%	75%	75%	75%	75%	67%	51%	35%
Responsabilité financière de la caisse	5%	25%	25%	25%	25%	33%	49%	65%

⁹⁷ Information de cadrage plus ou moins confidentielle (à prendre avec précaution) : la redistribution aurait porté sur un montant égal à 5% des coûts variables en 1996 et devrait représenter 1% des coûts variables en 1997.

16.4. Bilan provisoire

■ *Conséquence sur la structure du marché*

Le nombre de caisses a diminué au cours des dernières années (elles étaient au nombre de 45 en 1991, 29 à l'heure actuelle dont environ 7 récemment créées). La réforme proposée par Dekker qui aurait mis les caisses et les assurances privées en concurrence pour l'ensemble de l'assurance de base a initialement stimulé la concentration des acteurs, même si finalement, les « marchés » de l'assurance obligatoire publique pour les bas revenus et facultative privée pour les autres sont restés séparés. Cette dernière remarque doit cependant être prise avec précaution dans un pays où les cartels financiers et assurantiels sont très développés. Parmi les autres conséquences de l'introduction d'une concurrence entre caisses publiques figure en effet une certaine complexification du marché liée à l'imbrication croissante entre institutions privées et publiques. Cinq ou six assurances privées ont créé des caisses afin de pouvoir investir ce marché et très récemment une grande entreprise a créé une caisse (elle ne peut cependant en réserver l'accès à ses propres employés). En conséquence, on trouve des caisses créées à l'initiative d'organismes privés qui offrent un contrat d'assurance publique au terme duquel est défini un ensemble de règles et d'obligations (notamment, l'interdiction de sélectionner les risques). Aujourd'hui, la notion d'assurance publique aux Pays-Bas répond plus à une « fonction » et à des obligations qu'au statut que peut avoir une caisse. Par ailleurs, la grande majorité des caisses a conclu des accords avec des assurances (accords simplement commerciaux ou partenariats plus formels).

Outre la possibilité de placer des produits d'assurance traditionnels, ces accords permettent aux groupements constitués d'offrir aux employeurs des services intégrés : assurance maladie des employés quel que soit leur niveau de revenu, mais aussi assurance pour la perte de revenu liée à la maladie et assurance incapacité. Cette assurance publique est largement déconnectée de l'assurance maladie et elle a été réformée récemment. Sans entrer dans le détail, les conditions d'octroi des prestations étaient très souples et donnaient lieu à des « abus » répétés : 10% environ de la population en bénéficiait à un instant donné. Un délai de carence d'un an a été instauré pour que les employeurs puissent bénéficier des prestations de l'assurance publique pour un nouvel employé. Ceci a créé une demande nouvelle pour l'assurance privée qui combine l'ensemble des services vendus à l'employeur. L'offre intégrée d'assurance aux employeurs se développe rapidement et le marché (qui concerne les personnes qui travaillent et le présentent donc pas de risque particulièrement élevés) est très compétitif.

■ *Bilan économique*

Les informations concernant les résultats des caisses sont évidemment confidentielles. On dispose cependant de quelques éléments d'information :

En 1996, sur 27 caisses, 5 seulement dégageaient un profit ; en 1997, ce nombre devrait passer à 16 (pour 29 caisses). Les caisses récemment fondées par les assurances qui ont des profils de risque nettement plus avantageux dégagent des profits, alors que les caisses historiquement implantées dans des régions urbanisées éprouvent plus de difficultés à faire face à leurs engagements (la caisse d'Amsterdam semble tomber dans cette catégorie).

■ *Conséquences sur la stratégie des caisses*

Si l'on constate une amélioration de la qualité du service rendu, par la mise en place (par exemple) de comités permettant d'enregistrer les doléances des usagers (complaints committees), on ne peut manquer de noter la pérennité des comportements d'écroulement, malgré la présence d'une capitation ajustée au risque. Alors même que la sélection explicite des individus est interdite, l'assureur peut mettre en œuvre des stratégies destinées à attirer les bas risques ou à dissuader les hauts risques de s'assurer auprès de lui.

- Il est libre de mettre en œuvre des stratégies commerciales différenciées (mailing dans des quartiers particuliers - déjà observé -, combinaison de l'offre d'assurance avec d'autres services qui peuvent intéresser des personnes ayant des niveaux de risque faible : assistance voyage, adhésion à un club sportif, ou offre intégrée à un employeur).
- Eviter d'offrir les services de spécialistes ou d'institutions réputées pour des pathologies lourdes (cancer, diabète, cardiologie, etc..), créant ainsi une désincitation pour les personnes qui sont conscientes de présenter un haut risque ou qui sont déjà malades, de s'assurer auprès de ces caisses. Ce genre de pratique n'est pour l'instant pas observée mais elle pourrait se développer et les personnes présentant des risques lourds peuvent voir à terme la qualité des soins qui leur sont offerts diminuer.

Autrement dit les pratiques d'écrémage ne sont pas totalement enrayerées par le financement au risque (sans qu'il soit possible de déterminer si elles sont réellement rentables à terme).

■ **Une marge de manoeuvre qui reste limitée dans la négociation avec les prestataires**

Le pan le plus important des bénéfices attendus de la concurrence entre caisses, à savoir leur capacité à négocier avec les offreurs et à peser sur les coûts demeure pour l'instant embryonnaire. Les caisses sont certes obligées de conclure des conventions avec les prestataires, qui portent sur les prix, les quantités et la qualité, mais la marge de manoeuvre demeure réduite du fait de l'existence de budgets globaux et de la structure même de l'offre de soins, fort peu concurrentielle (partie 1). L'évolution du droit de la concurrence (qui a pour origine la mise en conformité du droit néerlandais avec le droit européen) devrait permettre dans quelques temps aux caisses de renforcer leur pouvoir de négociation et de limiter la collusion entre prestataires.

Dans l'immédiat, le conventionnement des prestataires, leur permet toutefois de collecter de l'information qui constituera un bon moyen de procéder à une surveillance de la qualité et du contenu des services (utilisation review). De même, ces conventions, en rapprochant les caisses et les prestataires, devraient encourager la coopération et l'introduction (rendue particulièrement nécessaire dans un environnement de plus en plus compétitif pour les caisses) de techniques de managed care ou de disease management pour certaines catégories d'assurés.

■ **Et peu de réaction des assurés**

L'hypothèse centrale à la mise en œuvre de la concurrence est que les assurés effectuent des arbitrages rationnels entre caisses (en fonction de la prime), renforçant l'émulation entre les caisses sur le prix et la qualité des services offerts. La possibilité de changer de caisse d'assurance est ouverte chaque année et les caisses sont tenues d'assurer toute personne qui le souhaite, sans discrimination aucune. On constate aujourd'hui que l'arbitrage demeure timide, du fait du différentiel encore peu significatif entre primes (l'incitation financière que représente la prime nominale n'étant pas suffisante pour entamer des démarches afin de changer de caisse), mais de manière plus importante, de par l'inertie des comportements des assurés. Même si certaines associations de consommateurs commencent à publier des informations comparatives sur les prix et les services des caisses, la grande majorité des assurés ne met pas encore à profit cette possibilité de « voter avec les pieds ». Enfin, il semble que les individus hésitent à exercer leur droit par crainte de se voir imposer des conditions moins favorables que celles dont ils bénéficient dans leur caisse d'origine en ce qui concerne l'assurance « du troisième étage ». D'ailleurs, on constate que les assurés qui déménagent préfèrent souvent rester affiliés à leur ancienne caisse, alors que cela leur était auparavant impossible.

La seule exception notable est celle où les employeurs souscrivent des contrats d'assurance intégrés pour leurs employés et les incitent probablement à changer de caisse pour bénéficier d'avantages spécifiques liés à ces contrats.

Au total, même si le Ministère (Mme. OKMA) reste résolument optimiste sur l'issue de la réforme, il semble qu'il faudra attendre plusieurs années avant de pouvoir mesurer les conséquences de l'introduction de la concurrence entre les caisses aux Pays-Bas. Il est de toutes façons généralement admis que la « mentalité » des caisses a été marquée et qu'il est inconcevable de revenir à la situation antérieure. Le véritable problème est que l'Etat répugne à abandonner un système où il contrôle largement l'offre et à déléguer plus largement cette responsabilité à des acteurs décentralisés.

17. L'ASSURANCE PRIVÉE DES SOINS COURANTS : RÉGLEMENTATION DE LA CONCURRENCE

17.1. Caractéristiques générales

Les employés qui ne sont pas assurés de façon obligatoire, (ceux dont le revenu excède les montants précédemment mentionnés), l'ensemble des travailleurs indépendants⁹⁸, les fonctionnaires du gouvernement central doivent chercher à s'assurer auprès des assurances privées. La souscription d'une assurance n'est pas obligatoire et on estime qu'entre 1 et 2% de la population choisit de ne pas s'assurer. Environ 32% de la population⁹⁹ relève donc du secteur privé pour l'assurance des risques maladie non exceptionnels.

L'assurance privée est un secteur concurrentiel : la sélection n'est pas interdite, les assureurs ont le droit d'exclure certaines pathologies de la couverture. Les primes sont calculées en fonction du risque sur une base individuelle. L'offre de contrats est très diversifiée en particulier en ce qui concerne les niveaux de franchises. Depuis 1997, l'Etat impose cependant que chaque contrat ait une franchise d'au moins 200 NLG par an (symétrie avec le système public).

17.2. Définition du domaine de l'assurance privée (par comparaison avec l'assurance publique)

La segmentation explicite en fonction des revenus prévaut pour les soins courants aux Pays-Bas. Elle a toutefois évolué vers un cloisonnement de plus en plus étanche au fil du temps.

Avant 1986, l'affiliation à une caisse publique était déjà obligatoire pour les salariés en deçà d'un seuil de revenu. Mais ces caisses géraient en outre deux régimes spécifiques à adhésion optionnelle. L'un était réservé aux personnes âgées à faible revenu, l'autre couvrait une population plus large. Au cours des années 1970, les assureurs privés adoptent tour à tour la différenciation des primes en fonction de l'âge et mettent progressivement en place des techniques destinées à améliorer le profil de risque des personnes qu'ils couvrent (sélection à l'entrée, exclusion de certaines pathologies du champ de l'assurance...). En conséquence :

- Les personnes présentant des niveaux de risque faible sont progressivement attirées par le privé, où elles bénéficient de primes plus attrayantes.
- Parallèlement, un nombre croissant de personnes remplissant les conditions d'adhésion aux régimes à souscription volontaire mais rencontrant des difficultés pour s'assurer auprès de compagnies privées se tournent en dernier ressort vers les caisses publiques qui ne peuvent pour leur part refuser de les couvrir.

⁹⁸ On envisage d'intégrer ceux d'entre eux qui ont des revenus faibles à l'assurance obligatoire.

⁹⁹ Le chiffre donné est parfois proche de 37, il inclut dans ce cas les 5% de fonctionnaires dont l'assurance obligatoire est effectivement gérée par des assurances privées.

Les conséquences de cet écrémage s'avèrent désastreuses pour l'équilibre financier des régimes à souscription volontaire gérés par ces caisses publiques. Pour couvrir des déficits structurels, ces dernières augmentent les taux de cotisation au fur et à mesure que le risque moyen des personnes couvertes s'aggrave. Les personnes âgées démunies sont en outre confrontées à un problème spécifique : les plafonds permettant l'adhésion n'ayant (pour des raisons fiscales) pas été réévalués, un nombre croissant d'entre elles n'a tout simplement plus accès à l'assurance sur le marché privé.

Le système est alors remis à plat en 1986 et le régime d'assurance obligatoire est uniformisé. Il absorbe les personnes âgées couvertes par le régime qui leur était spécifique ainsi que certaines catégories de personnes auparavant couvertes par l'assurance volontaire. Les autres assurés des régimes volontaires démantelés sont amenés à s'assurer sur le marché privé. Peu après l'absorption définitive des personnes âgées par l'assurance obligatoire, un prélèvement spécifique a été instauré pour tous les assurés du privé. La prime prélevée au titre du MOOZ s'élève environ à 350 francs par an et par contrat privé.

L'évolution progressive vers un cloisonnement strict avec péréquation entre régimes est riche d'enseignements. Le traitement différentiel selon le revenu, ancré dans le système depuis l'après-guerre, a été institutionnalisé pour pallier les effets pervers de l'écrémage des risques. Cette séparation a aussi abouti à la mise en œuvre d'une forme de solidarité entre niveaux de revenu qui corrige partiellement la différence de structure de risque entre les deux marchés. Pour autant, la question demeure de savoir si le marché privé peut se passer de toute réglementation.

17.3. La réglementation du secteur

La réglementation du marché privé intervient aux Pays-Bas dès 1986. L'Etat souhaite en effet garantir aux personnes préalablement inscrites volontairement auprès des caisses publiques qu'elles se verront bien offrir un contrat par les assureurs privés auprès desquelles elles ont obligation de se tourner. Pour ce faire l'Etat impose aux assureurs d'offrir à ces personnes un contrat appelé WTZ¹⁰⁰ dont le prix et le niveau de couverture (proche de celui du contrat de l'assurance obligatoire) sont imposés.

Cette mesure, destinée à être transitoire, non seulement perdure mais a vu son champ d'application élargi. Après la remise à plat du système en 1986, il apparaît progressivement au régulateur que le problème de l'antisélection se traduit pour de nouvelles catégories de personnes par l'impossibilité de souscrire un contrat d'assurance privé. Les conditions d'accès au WTZ sont donc élargies à l'ensemble des personnes âgées en 1986 et en 1991 « aux personnes dont la prime d'assurance maladie auprès d'une compagnie privée est supérieure au montant maximal prévu par le contrat standard pour leur catégorie d'âge ».

Ce contrat couvre à l'heure actuelle environ 15% de la population et génère 45% des dépenses de santé du privé. On peut donc estimer ex post qu'il répond à un « besoin » des hauts risques.

Toutefois, peu après son instauration, les assureurs privés, qui gèrent le WTZ, réalisent que la prime fixée par l'Etat ne permet pas de couvrir les dépenses des bénéficiaires. Les assureurs tentent d'élaborer un mécanisme privé de financement solidaire du déficit, mais les négociations échouent et des conflits apparaissent entre compagnies d'assurance (Okma, 1997).

Le financement du WTZ pose tant de problèmes aux assureurs privés que son existence même est menacée. L'Etat se voit alors contraint d'intervenir à nouveau pour transférer sur les assurés eux mêmes la responsabilité du financement du déficit. Il instaure une surprime payée par tous les assurés du privé qui ne bénéficient pas du contrat standard. La surprime est déterminée par une commission indépendante en fonction des dépenses engendrées par les assurés du WTZ. Elle

¹⁰⁰ WTZ : *Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen*

s'élève à environ mille francs par contrat privé pour 1997. L'équilibre financier est donc atteint au moyen d'une subvention des hauts risques par les bas risques qui impose la solidarité entre assurés au sein même du marché privé. La solution est comparable à celle adoptée lors de la séparation des régimes privés et publics : les prestations du contrat ont beau être ici administrées par les assureurs privés, le WTZ est un contrat d'essence publique, déficitaire mais financé explicitement par les bas risques.

L'Etat régulateur a cédé le pas à l'Etat assureur. La situation demeure cependant paradoxale à double titre :

- D'une part, les interventions de l'Etat qui semblaient à chaque étape nécessaire pour des raisons d'équité, ont abouti à ce que les assureurs intervenant sur le marché privé couvrent une population aisée et au sein de cette population aisée, les seules personnes qui ne présentent pas de haut risque. On peut donc légitimement se demander si la fonction d'assurance des soins courant est réellement privatisée sur ce marché.
- D'autre part les assureurs privés ne sont guère motivés à gérer de manière coût - efficace le risque des personnes couvertes. Tout d'abord, les populations qu'ils assurent effectivement présentent des risques assez faibles. Ensuite, si le niveau de risque d'un assuré évolue, ils sont déchargés de leur responsabilité puisque cette personne peut rapidement bénéficier d'une couverture dont le coût est socialisé (WTZ ou AWBZ). A titre individuel, les assureurs n'ont donc pas intérêt à entreprendre d'effort coûteux de prévention et ils tireraient un bénéfice limité de la coordination des soins. Comme enfin ils couvrent une faible proportion de la population, la possibilité qu'ils auraient d'exercer une pression sur les prestataires de soins est de toute façon limitée. Autrement dit, les acteurs du marché privé concurrentiel ne seront probablement pas les moteurs de la maîtrise des dépenses de santé.

ANNEXE 5 : MONOGRAPHIE DE L'AMÉRIQUE LATINE

Les réformes colombienne et chilienne

L'Amérique dite « Latine » est un laboratoire d'expériences organisationnelles en matière de système de santé, à partir de situations certes différentes, mais dans un cadre le plus souvent assez proche de la configuration européenne « bismarckienne » ou continentale. En effet, dans la plupart des pays d'Amérique Latine, la couverture maladie s'est développée essentiellement comme un moyen d'attirer la main d'œuvre vers le secteur formel sans augmenter les salaires et de construire ainsi une industrie d'exportation. Il en est résulté une couverture « segmentée » : une partie de la population (qui travaille dans le secteur industriel formel) est couverte par la sécurité sociale, une autre (les rentiers, les propriétaires, pour une part les cols blancs) accède à une médecine de luxe en payant de sa poche ou en s'assurant dans le privé, une troisième enfin (les ruraux, le secteur urbain informel, les chômeurs) n'a accès qu'à l'hôpital en cas d'urgence. Pour la zone entière, chacune de ces trois sous populations représente un tiers de la population totale, mais ce résultat moyen recouvre des disparités nationales fortes : 4% seulement de la population est couverte par la sécurité sociale en République Dominicaine, 55% au Mexique.

La proximité avec le modèle de développement bismarckien se double cependant d'une exacerbation des problèmes d'inégalité dans la distribution des revenus et d'une prégnance forte de la pauvreté (en 1990, après 17 ans de dictature, 44% des Chiliens vivaient sous le seuil de pauvreté) ; les défauts des systèmes organisationnels en terme d'équité et d'accès aux soins se voient d'autant mieux en Amérique « Latine ». C'est sans doute pourquoi, on peut dégager certaines leçons des réformes tentées depuis les années 80 dans cette région :

« The Latin American experience has demonstrated that privatization in the absence of modulating and articulating fonctions is no better than the maintenance of unified public systems » (Frenk, Gonzalez and Lozano, 1997).

Le tableau ci-dessous résume les principales données socio-économiques disponibles sur la région et permet de situer les deux expériences nationales présentées :

Classification des pays selon quelques indicateurs socio-économiques
(source : Frenk, Gonzalez and Lozano, 1997)

Groupes de pays	Espérance de vie	Fécondité	Mortalité infantile (‰)	PNB/tête (US \$)
CHI, ARG, URU	73.0	2.5	22	3407
MEX, BRE, VEN, PAN, CRICA	71.8	3.0	35	2706
EQU, ESALV, COL, PER, PAR	68.7	3.4	58	1358
NIC, HON, BOL, GUA	65.0	4.9	79	700

Deux expériences sont particulièrement intéressantes à analyser : celles du Chili et de la Colombie. En outre, l'Argentine tente aussi un réforme, sous l'égide de la Banque Mondiale, mais on en est aux tous débuts.

18. LE CAS COLOMBIEN

Le système de santé Colombien était à l'origine fortement segmenté. En 1993, la sécurité sociale couvrait 18% de la population, le privé 17%, l'hôpital public « accueillait » 40% de pauvres reconnus, 25% restant totalement non couverts (chômeurs, informel).

Le premier pas de la réforme a été de déclarer la couverture par la sécurité sociale comme un droit constitutionnel ; il en est résulté dans un premier temps un renforcement du pouvoir de modulation de l'Etat.

Le financement est dual : les actifs occupés payent 12% de leur revenu et sont couverts ainsi que leur famille ; les gouvernements locaux identifient de leur côté les pauvres qui ne peuvent payer et cotisent pour eux au titre de la solidarité. Les paiements sont versés par les salariés à des Health Promotion Entities (HPE) de leur choix : il y a concurrence, mais pas sur les primes.

Les HPE sont ajustées au risque : elles conservent seulement la part de la cotisation qui correspond au risque, et versent le surplus éventuel à un fond qui a ensuite pour objectif de redonner des surprimes aux caisses ayant eu à faire face à des risques supplémentaires, donc ex post. Les HPE n'ont pas le droit de tenter de la tarification au risque individuel via des franchises ou des suppléments de prime : elles peuvent instaurer de tels suppléments, pour lutter contre le risque moral, mais elles doivent alors en verser le produit au fond commun, de même pour les franchises. Pour les pauvres, il semble que ce soit le gouvernement local qui décide de l'HPE d'affiliation.

La HPE joue le rôle d'articulation des soins. Les HPE contractent avec des Health Service Provider Institutions, producteurs privés, parfois organisés collectivement dans des structures verticales ; une telle structure peut du reste être la propriété d'une HPE (group ou staff model). Cette réforme est vue comme une réussite, puisqu'on a imposé la couverture universelle dans un pays pauvre, mais il faut quand même tenir compte du fait que, en 1992, les 10% les plus pauvres doivent dépenser 12% de leur revenu total en dépenses out of pocket de soins (cité par Londono et Frenk, 1997).

19. LE CAS CHILIEN

Le Chili présente un cas intéressant d'expérience précoce d'introduction de la concurrence dans l'assurance maladie, à partir d'une situation sanitaire assez proche de celle des pays développés et d'une régulation inspirée des normes bismarckiennes pour le financement et britannique pour la délivrance des soins (Miranda, Scarpaci et Irrazaval, 1995). Une brève description de la réforme de 1981 montrera comment une forte individualisation des risques a accompagnée une réforme pourtant menée dans le cadre d'un financement proportionnel au revenu. On présentera alors les tentatives récentes (1985, 1991, 1993) de retour à une forme plus régulée d'assurance maladie et les difficultés rencontrées pour accéder à une assurance universelle.

19.1. Un système de santé proche de la conception bismarckienne

19.1.1. *Etat sanitaire*

Comme l'indiquent, entre autres, les tableaux ci-dessous (mortalité infantile et espérance de vie ¹⁰¹), l'état sanitaire du Chili se situe entre celui des pays riches (France et USA), et celui des pays pauvres (le Pérou est pris ici comme exemple), et assez nettement plus près des pays riches.

¹⁰¹ Selon A. Sen (1997), la mortalité infantile et l'espérance de vie sont des indicateurs suffisamment pertinents pour comparer entre eux les systèmes de santé nationaux. Les comparaisons internationales montrent que ces indicateurs sont sensibles à la qualité de la délivrance des soins et à leur caractère plus ou moins répandu dans la population.

Mortalité infantile (en pour mille), au Chili, en France, aux USA et au Pérou, 1970-85

Année	Chili	France	USA	Pérou
1970	82.2	18.2		
1975	57.6	13.8		
1980	33.0	10.0		
1981	27.0	9.7		
1982	23.6	9.5		
1983	21.9	9.1		
1984	19.6	8.3		
1985	19.5	8.3	8.8	64.0

Sources : Chili, Teitelboim, 1987, France, Eco-Santé 1997, USA et Pérou, OMS, Health for All Database.

Espérance de vie à la naissance, Chili, France, USA, Pérou, 1960 et 1992

Pays	1960	1992
Chili	55	72
France Femmes	74	81
France Hommes	67	73
USA		76
Pérou		65

Sources Chili, Sri-Ram, Jamison, and Londono, 1995, France, Eco-Santé 1997, USA et Pérou, OMS, Health for All Database.

Les problèmes sanitaires du pays relèvent en fait de difficultés socio-économiques générales, comme les poches de pauvreté dans lesquelles se développe la tuberculose, ou encore le fait que les névroses soient la première cause de diagnostic. On retrouve ces difficultés dans la plupart des pays en voie de développement, et elles sont liés principalement à une forte inégalité des revenus et des conditions de vie.

19.1.2. Accès aux soins et inégalités de revenus

Comme de nombreux pays d'Amérique du sud, le Chili présente une distribution des revenus particulièrement inégalitaire :

« The poorest 30 percent of households received 8% of total national income »
(Arellano, 1985, page 27)

Cette inégalité se traduit d'abord par un fort pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, donc ne pouvant payer pour des services de soins de santé. En outre, cette proportion a eu plutôt tendance à augmenter au cours des dernières années. En 1969, moins de 10% de la population ne pouvait acquérir le panier alimentaire minimum tel que défini par la CEPAL (commission économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes), mais ce pourcentage est monté à 32% en 1983 (Rodriguez, 1985) et 44% en 1990 (Vergara, 1997).

Dans ce contexte, les prestations de santé en nature constituent le principal outil redistributif et de lutte contre la pauvreté à la disposition des gouvernants. Pendant la période dite de démocratisation, les gouvernements « sociaux » ont investi massivement dans le système de soins, notamment dans l'hôpital public, tentant de le rendre attractif pour les médecins les plus prestigieux (un peu à la manière dont a fonctionné la réforme Debré pour la France à la même période).

19.1.3. L'offre de soins

A la fin des années 1950, le Chili comptait 4000 médecins et 900 infirmières pour 7,7 millions d'habitants (en 1960), soit environ 0.52 médecins pour 1000 habitants, ou 1 médecin pour 1925 habitants. En 1955, on comptait 10 lits hospitaliers pour 1000 habitants dans la région de Santiago (la région la moins bien dotée étant à 4 lits).

En 1969, les dépenses publiques d'éducation, de santé, de logement et de sécurité sociale représentaient 20% du PNB, 95% des 6-14 ans étaient scolarisés et 81% des accouchements étaient assistés par des professionnels (Raczynski, 1991).

Le Chili disposait en 1975 d'un système de santé comparable à ceux des pays développés, avec environ 1 médecin pour 1433 habitants, un lit hospitalier pour 300 personnes et plus de 3% de la richesse nationale consacrée à la dépense publique de santé (un médecin pour 906 habitants en France à la même date, un lit hospitalier pour 72 habitants et 7% de la richesse consacrée à la santé). Chaque Chilien bénéficiait de 2,1 visites par an (le ministère évaluait qu'il en aurait fallu 4,2 pour satisfaire les besoins, en 1968) (CETRAL, 1980).

En 1990, la dépense de santé représentait 7.3% du produit intérieur brut d'après une estimation de la Banque Mondiale, dont 3.9% pour le privé (Sri-Ram, Jamison, and Londono, 1995).

19.1.4. La couverture maladie

Elaborée au début du 20^e siècle, la couverture collective des frais de consommation de soins était « segmentée » selon la position sociale et professionnelle, comme dans la plupart des pays d'Amérique dite « latine » : une cinquantaine de caisses professionnelles (juntas de beneficencia) et publiques (cajas de prevision) couvraient les frais d'affiliés « captifs ».

Le Chili a fixé le fonctionnement de son système de soins et de couverture maladie en 1952, en tentant de combiner cet héritage « segmenté » et des aspirations universelles inspirées de la réforme de Beveridge :

- Les ouvriers cotisaient, proportionnellement à leur revenu dans un fond alimentant un service national de santé. Celui-ci regroupait l'hôpital, caractérisé par un tarif dégressif avec le revenu, pouvant aller jusqu'à la gratuité pour les pauvres, mêmes des non contributeurs du système (étrangers par exemple). Le service national de santé faisait aussi fonctionner des polycliniques (consultorios perifericos), au sein desquelles les ouvriers recevaient leurs soins ambulatoires (en fait, historiquement, les caisses finançaient surtout l'ambulatoire).
- Les employés (cols blancs) avaient accès à l'hôpital public (financé aussi par l'Etat), et consultaient des praticiens indépendants (en libéral) pour leurs soins ambulatoires. La caisse des cols blancs, le SERMENA, créée en 1938, remboursait assez mal les soins ambulatoires.
- Les « élites » économiques (latifundistes, propriétaires industriels) consommaient uniquement dans le système privé, en paiement direct sans assurance, tant pour l'hôpital (cliniques privées) que pour l'ambulatoire. La pratique des lits privés dans l'hôpital public ne semble pas avoir été développée au Chili.
- L'Etat prenait en charge gratuitement la vaccination contre la variole, la typhoïde, la rage, la diphtérie, la coqueluche et la tuberculose (Silvert, 1957). En revanche, la médecine ambulatoire restait fermée aux non contributeurs (paysans, travailleurs du secteur informel urbain).

Au cours de la période de « démocratisation » (1960-73, avec les expériences successives de gouvernement démocrate-chrétien puis de l'Union Populaire) le Chili a tenté d'atteindre la couverture

universelle en étendant la couverture par la sécurité sociale obligatoire : en 1974, 79% de la population active était ainsi inclus dans un régime obligatoire de sécurité sociale pour son assurance maladie. Cette extension a cependant été conçue dans un cadre bismarckien (ou segmenté), par création ou amélioration de régimes supplémentaires. Par exemple, l'extension de la couverture obligatoire aux « cols blancs » (qui jusque là fonctionnaient surtout en OTC, voire ci-dessus), s'est réalisée, en 1968, par l'extension des remboursements du SERMENA, et non par son inclusion dans la sécurité sociale ouvrière. Dans le SERMENA réformé, les assurés choisissent un médecin référent payé partiellement par le patient et partiellement par le fond. Cette progression vers la couverture universelle était cependant fragile, et les « élites » chiliennes ont résisté à l'extension. Depuis la dictature, le taux de couverture a de nouveau régressé, à 63% en 1980 (Arellano, 1985).

19.2. La réforme de 1981

La réforme du système de santé ne faisait pas partie, contrairement à celle des fonds de pension, du plan de libéralisation de l'économie amorcée par la dictature en 1974, et le système public redistributif est resté inchangé jusqu'en 1981. Rappelons qu'il agissait comme le principal instrument d'atténuation des inégalités de conditions de vie et de lutte contre la pauvreté. Un tel instrument était d'autant plus nécessaire que les premières réformes d'ajustement structurel et d'ouverture des frontières au commerce international ont fortement aggravé les indicateurs d'inégalité (voir ci-dessus).

L'ouverture de l'assurance maladie aux compagnies privées résulte principalement d'un choix d'opportunité lié à la volonté de limiter les dépenses budgétaires. On peut y voir aussi l'aboutissement d'une réaction contre la période de démocratisation, réaction visant à subvertir un système somme toute redistributif et exigeant une contribution de la part des 10% les plus riches de la société chilienne.

Selon Raczynski, (1991), les méthodes d'ajustement structurel monétaristes (suppression des tarifs douaniers et des subventions aux produits alimentaires, contraction de la demande inflationniste par restriction de la création monétaire) ont rendu le Chili extrêmement vulnérable aux récessions internationales, ont réduit le revenu moyen (en 1985, il était toujours inférieur au niveau de 1970) et augmenté les inégalités ; dans un premier temps, le gouvernement a tenté de faire face aux problèmes sociaux par des politiques très ciblées de secours d'urgence (aux chômeurs, aux pauvres, aux mères et aux enfants). La santé des enfants n'a pas été trop affectée, notamment parce qu'elle était de longue date une priorité des ménages chiliens, même pauvres :

Raczynski, 1991, page 35 « The experience of Chilean mothers with primary health care, their relatively high level of schooling, and their belief in their entitlement to well-baby check-ups and supplementary feeding also contributed to the success of these programs. The fall in infant mortality and birth rates and the concentration of births in low-risk sociodemographic segments were further factors ».

Cependant, ces programmes ont commencé à coûter cher lors de la seconde phase récessionniste (1981-83), via un effet de ciseau classique : baisse des revenus fiscaux, augmentation des effectifs de bénéficiaires. Le gouvernement a alors engagé des réformes drastiques de privatisation des services sociaux, notamment du système de santé qu'on a ouvert à des assurances privées, en s'inspirant de l'expérience américaine des HMOs.

Schématiquement, on a assisté à deux mouvements parallèles : les riches ont pu quitter les programmes sociaux assurantiels (santé, vieillesse), et les programmes de solidarité (famille, pauvreté) ont été sérieusement réduits. En outre, la privatisation partielle des programmes assurantiels a contribué à la paupérisation des fonds publics, et a donc aggravé les difficultés de financement des programmes de solidarité, par écrémage :

Raczynski, 1991, page 44 : « Relief programs were also affected by institutional reforms aimed at increasing the participation of the private sector and broadening the role of the market. These reforms led to reduced government revenues and an increased public deficit. Reform of the social security system is a clear example of this phenomenon, which also took place in the health sector ».

Fischer, et Serra, 1996, décrivent ainsi la réforme survenue en 1981 : chaque salarié cotise 4% de son salaire imposable (pourcentage qui passera progressivement à 7% en 1986, y compris pour les retraités, ceci dans le but d'ouvrir le marché aux assurances privées), à un fond commun. L'assurance maladie reste donc en théorie une affaire de solidarité nationale et obligatoire, fondée de surcroît sur une contribution proportionnelle au revenu (aspect redistributif). Un plafond de cotisation de 130\$ (soit environ le salaire minimum) permet de limiter le caractère redistributif de la cotisation pour les plus gros revenus.

Le cotisant choisit alors son plan de santé, qui peut être le secteur public (rebaptisé FONASA en lieu et place du trop britannique « service national de santé ») ou une compagnie privée (ISAPRE, pour Instituto de Salud Previsional). Le marché privé regroupe 22 institutions « ouvertes » (inscription individuelle) et 12 de groupes (inscription d'une entreprise). La quasi totalité des affiliés du privé le sont à titre individuel (96%). Le point important est que l'ISAPRE a toute latitude pour fixer la cotisation qu'elle réclame à un assuré, ce qui fait que les compagnies privées tarifient au risque.

Malgré un maintien apparent du système obligatoire, la réforme de 1981 introduit de facto une concurrence entre assureurs. Les « pauvres », dont la cotisation de 7% a peu de chances de correspondre à une cotisation actuarielle (sauf s'ils sont en excellente santé), sont de fait exclus du système privé ; les plus riches en revanche ont tout intérêt à rentabiliser leur cotisation élevée sous forme d'une prime actuarielle auprès d'un assureur leur ouvrant l'accès au système de soins privés. Les clients du privé sont attirés principalement par les prestations non strictement curatives (meilleurs instruments de diagnostic, meilleur confort hôtelier), mais aussi par certaines possibilités techniques (opérations à cœur ouvert), encore pratiquement inaccessibles aux affiliés du système public d'assurance maladie (FONASA). Cette inégalité est évidemment liée aux règles d'assurance, le Chili ayant par ailleurs accompli sa « révolution épidémiologique » (Miranda, Scarpaci and Irarrazaval, 1995). L'attrait pour les ISAPRES est d'autant plus fort que, dans le système public, la couverture diminue quand le revenu croît (système de ticket modérateur croissant avec le revenu).

Pour les riches présentant un « bon » risque, qui intéressent les ISAPRES, le montant de la cotisation ne servira plus à couvrir les éventuelles dépenses de co-assurés moins bien lotis, mais devra être utilisé pour des services de confort en rapport de plus en plus éloigné avec les préoccupations sanitaires.

A la fin de 1983, on comptait 15 ISAPRES, regroupant 108.000 cotisants, soit 6% des assurés maladie du pays. **A la fin des années 80, les ISAPRES regroupaient 12% de la population assurée, 30% des dépenses de santé, et 50% des cotisations** (Vergara, 1997).

Ces trois chiffres illustrent les problèmes liés à la concurrence entre assureurs sur la base d'un prix plancher et dans un contexte de forte inégalité des revenus primaires : les plus riches optent pour le système privé et retirent le plus clair de ses ressources au système d'assurance sociale et redistributive, accroissant évidemment ses difficultés. En outre, ces plus riches consomment nettement plus que leurs équivalents d'autres pays (en France, l'appariement SPS-EPAS indique que les 10% les plus riches consomment 9% de la dépense reconnue par la sécurité sociale). Enfin, pour financer cette surconsommation, il faut un montant de cotisations nettement supérieur à la valeur actuarielle : les ISAPRES prélèvent 20% du financement de la dépense de santé. Certes, le calcul des risques individuels coûte cher en frais de gestion, mais les assureurs peuvent néanmoins réaliser des économies d'échelle car le secteur est concentré (les 3 premières ISAPRES groupent 54% des affiliés).

Compte tenu d'une telle marge, les assureurs n'ont que peu d'incitations à contrôler les coûts (les frais de gestion et de marketing représentent déjà 19% de leurs dépenses) et sont même encouragés à ne pas entreprendre quoi que ce soit qui puisse contrarier les assurés (comme l'instauration de médecins référents ou de panels de producteurs). Les ISAPRES offrent des plans à couverture totale, elles payent aussi les indemnités journalières (15% des dépenses) et pratiquent largement le paiement à l'acte. La demande induite conduirait à des prestations inutiles : 60% de césariennes dans le privé contre 25% dans le public. Pour attirer les assurés, les ISAPRES se targuent d'offrir la liberté de choix du praticien sans franchise ni copaiement. Dans le système public (FONASA), la réforme de 1981 a instauré trois niveaux de consommation, correspondant à trois niveaux de copaiement : on peut s'en tenir au prestataire public désigné, moyennant de longues listes d'attente, ou avoir accès à un niveau dit « libre choix » en acceptant le copaiement.

Les ISAPRES étaient d'autant moins incitées à tenir les coûts de production qu'elles avaient le droit d'écrémer assez librement les risques, notamment sur l'histoire personnelle du candidat à l'assurance (Guillou, 1997). Dans la formule d'origine, les plans privés étaient revus tous les ans par les assureurs, qui pouvaient réexaminer leurs sociétaires et modifier substantiellement la prime payée, ou la couverture offerte, voire exclure les trop hauts risques. Il en résultait une insécurité permanente pour les assurés du privé, et la menace de devoir retourner au système public.

Celui-ci a pour obligation de récupérer tous les risques rejetés (ou soumis à couverture trop faible) par le privé, et a, en outre, une obligation d'urgence qui fait qu'il récupère de facto les maladies catastrophiques. A propos de la prise en charge des personnes du troisième âge, le président exécutif de l'association des Isapres, Rafael Caviedes, explique sans détour :

« Si les personnes âgées arrivent à se maintenir à un niveau de vie raisonnable, elles pourront rester dans le système privé. Si elles s'appauvrissent, l'Etat devra les aider ou elles devront retourner au système public. » (Guillou, 1997).

On peut donc dire que le véritable agenda de la réforme de 1981 était d'épargner aux ménages les plus riches de la société chilienne le fardeau des dépenses de santé, tout en maintenant les apparences d'un financement social, obligatoire et redistributif. Dans de nombreux autres pays d'Amérique « latine », les ménages les plus riches considèrent leur cotisation d'assurance maladie comme une taxe et consomment leurs soins dans le système non conventionné, le plus souvent via le paiement direct. Le problème n'est pas seulement, on le voit, de retirer le plus possible d'utilité de son argent (« value for money »), mais d'accéder à un système de délivrance de soins restreint à l'élite (segmentation de la consommation).

19.3. Les effets de la réforme et les tentatives de régulation

La réforme de 1981 a eu deux effets néfastes clairs (outre la séparation des risques entre riches et pauvres) : une augmentation forte des dépenses de santé (plus forte que celle du PIB), une paupérisation croissante du système public.

En 1995, 28% des Chiliens sont affiliés à une ISAPRE, mais celles-ci représentent 45% des dépenses de santé du pays. L'extension vers le bas (qui se manifeste par une stabilité du revenu moyen de l'affilié ISAPRE alors que l'ensemble des salaires réels ont augmenté entre 1990 et 1995, d'après Fischer et Serra, 1996) du système d'assurance privée a fait passer le taux relatif de dépense par tête des assurés de ce système de 2,5 (30% des dépenses pour 12% d'assurés) à 1,6 (45% des dépenses pour 28% d'assurés).

19.3.1. *Augmentation des dépenses de santé*

Le secteur privé dépense en moyenne 230 dollars par personne et par an (source : Bolletin estadistico Fonasa, 1994-95, conseil de l'ordre des médecins), face au service public qui ne dépense que 130 dollars par personne et par an, alors qu'il récupère toute la population des hauts risques et les urgences hospitalières. Les dépenses de santé sont passées de 3% du PIB à 7% entre 1975 et 1990 (la France, pendant ce temps, est passée de 7% à 9%).

19.3.2. *Paupérisation du secteur public*

Selon Arellano, 1985, les réformes dans le secteur de la santé ont réduit les revenus de la santé publique de 11 à 13% (entre 1981 et 1985), ce qui représenterait, dans le cas de la sécurité sociale française, un manque à gagner de l'ordre de 60 milliards de francs annuels.

Selon une simulation issue de la même source, les pertes du système public en cotisations pourraient atteindre 25% si 15% des assurés le quittaient pour les ISAPRES :

% salariés quittant FNS	Revenu moyen des non ISAPRES	Revenu moyen des ISAPRES	Perte FNS (en %)
0	22787		0
3	20699	90282	6.7 à 8.0
5	19240	90169	11.1 à 12.7
10	16364	80588	17.6 à 22.4
15	14822	67636	18.3 à 25.4

Comme, depuis 1985, le taux d'assurés ISAPRES a augmenté d'environ 15 points, le financement du système public a été lourdement pénalisé ; aujourd'hui, le système public est financé à 40% par l'Etat, à 40% par les cotisations, à 16% par les patients (ticket modérateur et copaiements).

19.3.3. *Réformes visant à revenir sur l'échec de l'ouverture à la concurrence*

Le Chili est revenu à la démocratie en 1990, et les premiers gouvernements se sont attaqués prioritairement à la lutte contre la pauvreté. Le système de santé en nature étant un bon outil de lutte contre la pauvreté, les premiers efforts sont allés vers une régulation du système. Ces efforts ont porté leurs fruits, mais le système de santé chilien reste profondément injuste : le revenu moyen des affiliés du privé est trois fois celui des affiliés du public. Les deux tiers des affiliés du privé ont moins de 39 ans, et seulement 5% ont plus de 60 ans ; dans le public, on trouve 98% des retraités (« jubilados »).

Le gouvernement a tenté en 1991 d'implanter un système public (visant à la solidarité, à la couverture universelle, et à l'équité), décentralisé, avec concurrence des prestataires (un peu à la mode britannique) (Oyarzo y Galleguillos , 1995), mais n'a réussi qu'à réguler un peu plus strictement les comportements des ISAPRES en matière d'écroulement. Il semble difficile de revenir sur l'ouverture de l'assurance maladie à la concurrence, surtout si elle a permis d'affranchir les riches de la solidarité avec les pauvres pour les dépenses de santé et la délivrance des soins.

Depuis cette réforme de 1991, les ISAPRES n'ont plus le droit de réviser les contrats : au moment de la révision annuelle, l'assureur doit offrir les mêmes conditions qu'aux entrants ayant le même profil actuariel que celui de l'assuré au moment de son entrée dans le plan. Elles n'ont plus non plus le droit d'exclure les mauvais risques en cours de contrat. Le problème est que les assurés ont toujours la possibilité de partir après un an, ce qui fait rendre les ISAPRES instables : une ISAPRE avec beaucoup de mauvais risques en stock doit augmenter ses primes (ou réduire sa couverture moyenne) et perd ses bons risques.

Réforme de 1995 : les ISAPRES n'ont plus le droit d'exclure certaines affections liées aux comportements (consommation d'alcool, de stupéfiants etc.), mais elles contournent la loi en offrant des prestations très faibles. Elles n'ont plus le droit de sous couvrir les maladies déjà repérées au moment de l'entrée dans le plan ; du coup, elles refusent d'affilier les individus déjà affectés. Enfin, les gains exceptionnels des salariés (qui donnent lieu à augmentation du montant cotisé sans changement de couverture) sont capitalisés dans un fond obligatoire (alors qu'avant les ISAPRES les gardaient) (Fischer y Serra, 1996).

Acronymes

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS ET TERMES ÉTRANGERS

AAPCC	Adjusted Average Per Capita Cost
ACOSS	Agence chargée du recouvrement des cotisations sociales en France
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse : désigne les caisses locales d'assurance-maladie en Allemagne
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten : Assurance des risques catastrophiques aux Pays-Bas
BKK	Betriebskrankenkasse : désigne les caisses d'entreprises d'assurance maladie en Allemagne
CR	Community Rating : pratique consistant à tarifier au risque moyen sur une population donnée
DRG	Diagnosis Related Group : équivalent américain des GHM français
EKK	Ersatzkrankenkasse : désigne les caisses de substitution pour les salariés refusant les BKK* ou les IKK* statutaires en Allemagne
ER	Experience Rating : pratique consistant à tarifier en fonction des coûts historiques constatés, en vigueur aux USA
FFS	Fee For Service : désigne la rémunération à l'acte des médecins
GPFH	General Practitioner Fundholder : désigne les médecins britanniques ayant choisi de gérer eux-mêmes des budgets de soins pour leurs patients
HCFA	Health Care Financing Administration : administration américaine gérant MEDICARE
HMO	Health Maintenance Organization
IDS	Integrated Delivery Service : filière de soins aux USA
IKK	Innungskrankenkasse : désigne les caisses de branches d'assurance maladie en Allemagne
IPA	Independent Practice Association, cf MANAGED CARE
ISAPRE	Assurance maladie privée au Chili
MANAGED CARE	terme générique désignant les nouvelles formes d'organisation des soins aux Etats-Unis et qui s'opposent aux pratiques traditionnelles de paiement à l'acte (FFS). Le managed care correspond à une grande variété d'organisations : on distingue les HMO (avec leurs variantes : group model, staff model...) des PPO, moins contraignantes, ou encore des IPA, des POS et PSO.
MCO	Managed Care Organization, cf MANAGED CARE
MEDICAID	Système public d'assurance-maladie aux Etats-Unis, destiné aux populations pauvres
MEDICARE	Système public d'assurance-maladie aux Etats-Unis, destiné aux personnes âgées et invalides
MEDIFUND	Système public d'assurance-maladie à Singapour
MEDISHIELD	Système public d'assurance-maladie à Singapour
MEDISAVE	Expérience de Compte épargne Santé menée à Singapour (cf MSA)
MG	Medical Group: cabinet de groupe ou groupe de médecins pratiquant ensemble.
MSA	Medical Savings Account : Compte individuel d'épargne santé, existant aux Etats-

	Unis et à Singapour
NEHIS	National Employers' Health Insurance Survey : enquête américaine sur l'assurance maladie menée auprès des employeurs
NHS	National Health Service : désigne le système de santé britannique, et plus généralement tout système public intégré verticalement
NMCES	National Medical Care Expenditure Survey: enquête américaine sur les dépenses de soins, menée auprès des ménages
POS	Point Of Service, cf MANAGED CARE
PSO	Provider Sponsored Organization
PPO	Preferred Provider Organization, cf MANAGED CARE
RAV	Risk Assessment Value : reflète la structure de risque d'une population d'assurés
UR	Utilization Review : contrôle ex post des procédures médicales
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziekttekostenverzekeringen : Contrat standard proposé aux hauts risques dans l'assurance privée néerlandais
ZFR	ZiekenfondsRaad : Administration de l'assurance maladie obligatoire aux Pays-Bas
ZFW	Ziekenfondswet : Assurance des risques courants aux Pays-Bas

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie, outre les références à des documents cités explicitement dans le rapport, contient les références d'ouvrages ou articles qui ont été consultés durant cette recherche.

- **Abt Associates Inc. and The Division of Health Services Research and Policy, University of Minnesota**, April 1998, *Medicare Competitive Pricing Demonstration : The Denver Model*, Draft prepared for the HCFA and the Competitive Pricing Advisory Committee.
- **Adeo C.**, 1996, « Enfermedades catastroficos », *Estudios publicos*, 63.
- **Aedo C., Larranaga O.**, 1993, « politicas sociales : el caso chileno », *Revista de analisis economico*, 8(2).
- **Allard M., Cresta J. P., Rochet J. C.**, 1997, 12 septembre, « Pooling and separating equilibria in insurance markets with adverse selection and distribution costs », *draft*.
- **Annandale E., Hunt K.**, 1998, « Accounts of disagreements with doctors », *Social Science and Medicine*, 46(1), 119-130.
- **Arellano J. P.**, 1985, *Políticas sociales y desarrollo, Chile, 1924-1984*, CIEPLAN.
- **Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens**, 1997, Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen Verband, Siegburg.
- **Baines D., Whynes D.**, 1996, « Selection Bias in GP fundholding », *Health Economics*, 5, 129-140.
- **Baker L. C.**, 1997, « The effect of HMOs on fee-for-service health care expenditures : Evidence from Medicare », *Journal of Health Economics*, 16(4), 453-482.
- **Baker L.C.**, 1994, « Does competition from HMOs affect fee-fo-service physicians? », *NBER working paper #4920*, novembre.
- **Baker L.C., Brown M.L.**, 1997, « The effects of *managed care* on health care providers », *NBER working paper 5987*, avril.
- **Baker L.C., Corts K.S.**, 1995, « The effects of HMOs on conventional insurance premiums : theory and evidence », *NBER working paper 5356*, novembre.
- **Barnett J. R., Barnett P., Kearns R. A.**, 1998, « Declining professional dominance ? Trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand », *Social Science and Medicine*, 46(2), 193-208.
- **Barro J.R., Cutler D.M.**, 1997, « Consolidation in the medical care marketplace : case study from Massachusetts », *NBER working paper #5957*, mars.
- **Beck K., Zweifel P.**, 1995, « Cream-skimming in Deregulated Social Health Insurance : Evidence from Switzerland », Paper presented at the 3rd European Conference on Health Economics, Stockholm, August 20-22.
- **Béraud, C.**, 1992 : *La sécu c'est bien, en abuser ça craint*, CNAMTS.
- **Berenson R.A.**, 1986, « Capitation and conflict of interest », *Health Affairs*, 5(1), 141-146.

- **Berk Marc L., Schur Claudia L.**, 1998, « Access to Care : How Much Difference does Medicaid Make ? », *Health Affairs*, 17(3), 169-180.
- **Bjorkman J. W., Okma K. G. H.**, 1997, « Restructuring Health Care Systems in the Netherlands: The Institutional Heritage of Dutch Health Policy Reforms ». In Christa Altenstetter et James Warner Bjorkman (eds), *Health Policy Reform, National Variation and Globalization*. Macmillan Press Ltd., London.
- **Blanchet D.**, 1996, « La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites », *Economie et Statistique*.
- **Blomqvist A.**, 1997, « Optimal non-linear health insurance », *Journal of Health Economics*, 16(3), 303-322.
- **Blumenthal D.**, 1996, « Effects of Market Reforms on Doctors and Their Patients », *Health Affairs*, Summer, 170-184.
- **Bodenheimer T., Sullivan K.**, 1997, « The Logic of Tax-Based Financing for Health Care », *International Journal of Health Services*, 27(3), 409-426.
- **Bradford W. D.**, 1996, « Efficiency in Employment-Based Health Insurance : the Potential for Supra-Marginal Cost Pricing », *Economic Inquiry*, April, 34, 341-356.
- **Breyer Friedrich, Muhlenkamp Holger, Adam Hans**, Spring 1986, « Determinants of the Utilization of Physician Services in the System of Statutory Health Insurance in Germany », in von der Schulenburg, J. Matthias Graf, ed. *Essays in social security economics: Selected papers of a conference of the International Institute of Management*, Wissenschaftszentrum, Berlin. Microeconomics Studies series, New York, Berlin, London and Tokyo, pages 196-216.
- **Brocas A-M.**, 1995, « Pour une régulation du système de santé », *Droit Social*, juin.
- **Brocas A-M., Hadolph P.**, 1995, « Monopole ou concurrence en matière de protection sociale », *Droit Social*, septembre-octobre.
- **Brooks R.**, 1986, Rapport VII : Mesures de compression des coûts prises par les régimes de soins de santé, AISS, Montréal.
- **Browne M. J.**, 1992, « Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market », *Journal of Risk and Insurance* 59, 13-33.
- **Buchmueller T. C., Feldstein P. J.**, 1997, « The effect of price on switching among health plans », *Journal of Health Economics*, 16(2), 231-247.
- **Buchmueller T.**, 1997, « California's Small-Group Insurance Market », *Health Affairs*, 16(2), 218-228.
- **Butler R. J., Hartwig R. P., Gardner H.**, 1997, « HMOs, moral hazard and cost shifting in workers' compensation », *Journal of Health Economics*, 16(2), 191-206.
- **Calnan M., Williams S.**, 1995, « Challenges to professional autonomy in the United Kingdom ? The perception of general practitioners », *International Journal of Health Services*, vol 25 n° 2, 219-241.
- **Cawley J., Philipson T.**, 1996, « An Empirical Examination of Information Barriers to Trade in Insurance », miméo, University of Chicago, Department of Economics, April.
- **Centro de estudios publicos**, 1993, *Estudio social y de opinion publica*, 20, julio.

- **CETRAL**, 1980, Informe sobre salud.
- **Chakraborty G., Ettenson R., Gaeth G.**, 1994, « How Consumers Choose Health Insurance », *Journal of Health Care Marketing*, 14(1), 21-33.
- **Che Yeon-Koo, Gale Ian**, Spring 1997, « Buyer Alliances and Managed Competition », *Journal-of-Economics-and-Management-Strategy* ; 6(1), pages 175-200.
- **Chernew M., Frick K., Mc Laughlin C. G.**, 1997, « The Demand for Health Insurance Coverage by Low-Income Workers : Can Reduced Premiums Achieve Full Coverage ? », *Health Services Research*, 32(4) , October, 453-470.
- **Chernichovsky D.**, 1995, « Health System Reforms in Industrialized Democracies : An Emerging Paradigm », *The Milbank Quarterly*, 73(3), 339-372.
- **Chinitz D.**, 1994, « Reforming the Israeli health care market », *Social Science and Medicine*, 39(10), 1147-1458.
- **CIEPLAN**, 1996, « Modelos alternativos de organizacion de la salud ; hacia un esquema solidario », 44.
- **Cimini Michael H., Behrmann Susan L., Johnson Eric M.**, 1993, « Labor-Management Bargaining in 1992 », US Department of Labor/Bureau of Labor Statistics ; US Department of Labor/Bureau of Labor Statistics; US Department of Labor/Bureau of Labor Statistics, *Monthly-Labor-Review*; 116(1) January, 19-34.
- **Cohen M.A., Kumar N.**, 1997 « The Changing face of long-term care insurance in 1994 : profiles and innovation in a dynamic market », *Inquiry*, 34 (1), 50-61.
- **Cooper P. F., Steinberg Schone B.**, 1997, « More Offers, Fewer Takers For Employment-Based Health Insurance : 1987 And 1996 », *Health Affairs*, 16(6), 142-149.
- **Cooper R., Hayes B.**, 1987, « Multi-period insurance contracts », *International Journal of Industrial Organization*, 5, 211-231.
- **Couffinhal Agnès**, 1998, « Equilibre et optimum des marchés d'assurance en présence d'asymétrie d'information : Revue critique de la littérature », Document de Travail.
- **Coulter A.**, 1995, « Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom », *European Journal of Public Health*, 5, 233-239.
- **Crocker K. J., Snow A.**, 1985, « The efficiency of competitive equilibria in insurance markets with asymmetric information », *Journal of Public Economics*, 26, 207-219.
- **Crocker K. J., Snow A.**, 1986, « The Efficiency Effects of Categorical Discrimination in the Insurance Industry », *Journal of Political Economy*, 94(2), 321-344.
- **Curtis S., Petukhova N., Sezonova G., Netsenko N.**, 1997 « Caught in the "Traps of Managed Competition" ? Examples of Russian Health Care Reforms from St Petersburg and the Leningrad Region », *International Journal of Health Services*, 27(4), 661-686.
- **Cutler D. M., Reber S.**, 1996, « Paying for Health Insurance : the Tradeoff between Competition and Adverse Selection », *NBER working paper 5796*.
- **Cutler D.M.**, 1994, « Market failure in a small group health insurance », *NBER working paper 4879*, octobre.

- **Cutler D.M., McClellan M., Newhouse J.P., Remler D.**, 1996, « Are medical prices declining ? », NBER working paper 5750, septembre.
- **Cutler D.M., Sheiner L.**, 1997, Managed care and the growth of medical expenditures, NBER working paper 6140, Août.
- **Davis K. et al.**, 1995, « Choice Matters :Enrollees' View of Their Health Plans», *Health Affairs*, Summer, 99-112.
- **Delcheva E., Balabanova D., McKee M.**, 1997, « Under-the-counter payments for health care : Evidence from Bulgaria », *Health Policy*, 42, 89-100.
- **Dial, T.H. et Al.**, 1995, « Clinical ; Staffing in Staff- and Group-Model HMOs », *Health Affairs*, summer, 168-180.
- **Diamond P.**, 1995, [publication originale, 1992] « Organiser le marché de l'assurance maladie », *Risques*, 21, 17-41.
- *Die Gesetzliche Krankenversicherung*, 1997, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, novembre.
- **Dionne G., Doherty N. A.**, 1994, « Adverse Selection, Commitment, and Renegotiation : Extension to and Evidence from Insurance Markets », *Journal of Political Economy*, 102(2), 394-422.
- **Dossier spécial** : 1988, « santé et raison d'Etat », *Agora éthique médecine santé*, fascicule 10-11.
- **Dowd Bryan, Feldman Roger**, 1992, « Insurer Competition and Protection from Risk Redefinition in the Individual and Small Group Health Insurance Market », *Inquiry* ; 29(2), Summer, 148-57.
- **Drake David-F**, 1994, *Reforming the health care market : An interpretive economic history*, Washington, D.C. : Georgetown University Press,.
- **Dunlop David-W., Martins Jo.-M., eds.**, 1995, *An international assessment of health care financing : Lessons for developing countries*, Economic Development Institute Seminar Series. Washington, D.C. : World Bank, 1995, pages vii, 198.
- **Durand de Bousingen D.**, 1997, 28 octobre, « Accès direct au spécialiste : les médecins allemands se déchirent », *Le Quotidien du Médecin*.
- **Duru G., Paelinck J.-H.-P., eds.**, 1991, *Econometrics of health care*, Advanced Studies in Theoretical and Applied Econometrics, vol. 20, Norwell, Mass. and Dordrecht: Kluwer Academic.
- **Eggers P.**, 1980, « Risk Differential Between Medicare Beneficiaries Enrolled and Not Enrolled in an HMO », *Health Care Financing Review*, (winter) 91-99.
- **Ellis R. P., Mc Guire T. G.**, 1993, « Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care », *Journal of Economic Perspectives*, 7, 135-151.
- **Ellis Randall-P. (Reviewer)**, 1995, « Review of: Free for all ? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment », *Journal of Economic Literature*; 33(3) September, 1364-1365.
- **Encinosa William-E. III, Sappington David-E.-M.**, 1997, « Competition among Health Maintenance Organizations », *Journal of Economics and Management Strategy* ; 6(1), 129-50.

- **Enthoven A. C.**, 1988, « Managed Competition ; An Agenda for Action », *Health Affairs*, Summer, 25-47.
- **Enthoven A. C.**, 1993 « The History and Principles of Managed Competition », *Health Affairs*, (12) Supplement, 24-48.
- **Enthoven A. C.**, 1993, « Why managed care has failed to contain health costs », *Health Affairs*, Fall 27-43.
- **Enthoven A. C.**, 1997, « A vision of quality in health care delivery », *Health Affairs*, 16(3), 44-57.
- **Enthoven A. C., Singer S. J.**, 1995, *Health Affairs*, special issue, « Health reform : past and future », 14(1) : «Market-Based Reform : What to Regulate and by Whom », 105-119.
- **Enthoven A. C., Singer S. J.**, 1996, « Managed Competition and California's Health Care Economy », *Health Affairs*, 15(1), 39-57.
- **Enthoven A.**, 1994, « On the ideal market structure for third-party purchasing of health care », *Social Science and Medicine*, 39(10), 1413-1432.
- **Epple K., Schäfer R.**, 1995, « The transition from Monopoly to Competition : The Case of Housing Insurance in Baden-Württemberg », paper presented at the European Economic Association 10th Annual Congress, Prague, September.
- **Espace social européen**, 1998, « Les 50 ans du NHS en Grande-Bretagne », n° 429.
- **Espace social européen**, 1998, « Réforme de la santé en Suisse », n° 421.
- **Espace social européen**, 1997, « Le panorama des Etats-Unis », n° 387.
- **Espace social européen**, 1997, « Privatisation des systèmes de santé européens », n° 383.
- **Espace social européen**, 1996, « L'assurance maladie en Allemagne », n° 357.
- **Espace social européen**, 1995, « Santé aux Pays-Bas », n° 289.
- **Espace social européen**, 1994, « Israël : réforme de la santé », n° 265.
- **Espace social européen**, 1996, « Spécial Allemagne », n° 349.
- **Etheredge L., Jones S. B., Lewin L.**, 1996, « Marketwatch : What Is Driving Health System Change ? », *Health Affairs*, 15(4), 93-104.
- **Ettner S. L.**, 1997, « Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly », *Journal of Health Economics*, 16(5), 543-562.
- **Evans Robert G.**, 1997, « Coarse Correction-And Way Off Target : A Response », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, offprint by Duke University.
- **Evans Robert G.**, 1997, « Going for the Gold : The Redistributive Agenda behind Market-based Health Care Reform », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, offprint by Duke University.
- **Felder S.**, 1995, « Fire Insurance in Germany : A Comparison of Price-Performance between State Monopolies and Competitive Regions », paper presented at the European Economic Association 10th Annual Congress, Prague, September.

- **Feldman Roger, Dowd Bryan**, 1993, « The Effectiveness of Managed Competition in Reducing the Costs of Health Insurance, in Helms », -Robert-B., ed. *Health policy reform : Competition and controls.* Washington, D.C. : AEI Press, 176-217.
- **Fierbeck K.**, 1996, « Policy and ideology : the politics of post-reform health policy in the United Kingdom », *International Journal of Health Services*, vol 26 n°3, 529–546.
- **Files Ashley, Murray A.**, 1995, « German Risk Structure Compensation : Enhancing Equity and Effectiveness », *Inquiry*, 32, 300-309.
- **Fischer Ronald-D, Serra Pablo**, 1996, « Analisis economico del sistema de seguros de salud en Chile », (With English summary.) *Revista de Analisis Economico* 11(2) November, pages 187-217.
- **Foreman S. E., Wilson J. A., Schleffer R. M.**, 1996, « Monopoly, Monopsony and Contestability in Health Insurance : A Study of Blue Cross Plans », *Economic Inquiry*, 34, Octobre, 662-677.
- **Frech H.E., III.**, 1991, *Health Insurance : Designing Products to Reduce Costs*, University of California at Santa Barbara Department of Economics Working Paper : 2-91, page 42.
- **Frenk J., Gonzalez Block M. A., Lozano R.**, 1997, « The Latin Progression », *Odyssey* 3(3), 14-20.
- **Frieh C.**, 1997, Analyse de l'expérience américaine du *managed care*, *Mémoire de DEA, Université Claude Bernard - Lyon 1*.
- **Fuchs V. R.**, 1996, « Economics, Values, and Health Care Reform », *American Economic Review*, 86(1), 2-24.
- **Fuchs Victor-R.**, 1993, *The future of health policy* Cambridge and London : Harvard University Press.
- **Gaudin A-M.**, 1997, « Le SML demande aux médecins de boycotter l'informatisation et l'option conventionnelle », *Le Quotidien du Médecin*, 22 octobre.
- **Gazmararian Julie A., Koplan Jeffrey P.**, 1996, « Length-of-stay after delivery : managed care versus fee-for-service », *Health Affairs*, 15(4), 74-80.
- **Glaser W. A.**, 1991, *Health Insurance in Practice*, Jossey-Bass Publishers, San Fransisco, Oxford.
- **Glennerster H., Le Grand J.**, 1995, « The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom », *International Journal of Health Services*, vol 25 n°2, 203–218.
- **Goddard M., Mannion R.**, 1998, « From competition to cooperation : new economic relationships in the national health service », *Health Economics*, 7, 105–109.
- **Goldberg L. G., Greenberg W.**, 1995, « The response of the dominant firm to competition : The Ocean State Case », *Health Care Management Review*, 20(1), 65-74.
- **Goldman Dana, Leibowitz A., Buchanan, J.L, Keesey J.**, 1997, « Redistributinal Consequences of Community Rating », *Health Services Research*, 32(1), 71-86.
- **Gosden T., Torgerson D.**, 1997, « The effet of fundholding on prescribing and referral costs : a review of the evidence », *Health Policy*, 40, 103–114.
- **Guigon Christian, Zakopec Pierette**, 1996, Compte-rendu de l'enquête sur le coût de la main-d'oeuvre et la structure des salaires en 1992, INSEE, Paris.

- **Guillou B.**, 1997, mars, « Le Chili malade de la santé », *Le Monde Diplomatique*, page 18.
- **Haberfeld Yitchak**, 1995, « Why Do Workers Join Unions ? The Case of Israel » , *Industrial and Labor Relations Review*, 48(4), 656-70.
- **Hacker A.**, 1997, « The medicine in our future », *The New York Review*, 12 juin.
- **Hadley Jack, Mitchell Jean M.**, 1997, « Effects of HMO, market penetration on physician's work effort and satisfaction », *Health Affairs*, 16(6), 99-111.
- **Hall M. A.**, 1994, « Is Community Rating Essential to Managed Competition ? » *American Enterprise Institute Press*, Washington.
- **Ham C.**, 1996, « Managed markets in health care : the UK experiment », *Health Policy*, 35, 279-292.
- **Hart, Gary L., Wagner Edward, Pirzada Sarmad, Nelson A. F., Rosenblatt R. A.** , 1997, « Physician Staffing Ratios in Staff-Model HMOs : A Cautionary Tale », *Health Affairs*, 16(1), 55-70.
- **Hellander Ida, Moloo J., Himmelstein D. U., Woolhandler S., Wolfe S.**, 1995, « The growing Epidemic of Uninsurance : New Data on the Health Insurance Coverage of Americans », *International Journal of Health Services*, 25(3), 377-392.
- **Hellinger Fred J.** 1995, « Selection Bias in HMOs and PPOs : A Review of the Evidence », *Inquiry*, 32, 135-142.
- **Hellwig M.**, 1986, « A note on the specification of inter-firm communication in insurance markets with adverse selection », mimeo, Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- **Hellwig M.**, 1987, « Some recent developments in the theory of competition in markets with adverse selection », *European Economic Review*, 31, 319-325.
- **Henriet D., Rochet J-C.**, 1987, « Some reflections on insurance pricing », *European Economic Review*, 31, 863-885.
- **Hershey John-C. et al.**, Winter 1984, « Health Insurance under Competition : Would People Choose What Is Expected ? », *Inquiry* ; 21(4), pages 349-60.
- **Hibbard Judith H., Jewett Jacquelyn J., Legnini Mark W., Tusler Martin**, 1997, « Choosing a health plan : do large employers use the data ? », *Health Affairs*, 16(6), 172-180
- **Hill S. C., Wolfe B. L.**, 1997, « Testing the HMO competitive strategy : An analysis of its impact on medical care resources », *Journal of Health Economics*, 16(3), 261-286.
- **Holahan John, Zuckerman Stephen, Evans Alison, Rangarajan Suresh**, 1998, « Medicaid managed care in thirteen states », *Health Affairs*, 17(3), 43-63
- **Holtz-Eakin Douglas**, June 1993, *Health Insurance Provision and Labor Market Efficiency in the United States and Germany*, National Bureau of Economic Research Working Paper: 4388, pages 41.
- **Hsiao W.**, 1995, « Medical Savings Accounts : Lessons from Singapore », *Health Affairs* 14(2) 260-266.
- **Hutchens Robert-M. (Reviewer)**, 1995, « Review of : Social protection versus economic flexibility : Is there a trade-off ? » *Journal-of-Economic-Literature*; March 33(1), pages 242-244.
- **Iglehart John K.**, 1997, « State regulation of managed care : NAIC president Josephine Musser », *Health Affairs*, 16(6), 36-43.

- **Jacobs Philip**, 1991, *The economics of health and medical care* Third edition, Gaithersburg, Md. : Aspen, pages xi, 377.
- **Jacobzone S. (ed.)**, 1997 *Economie de la santé. Trajectoires du futur*, INSEE méthodes 64-65 1997/03.
- **Janssen Richard, Van-Doorslaer Eddy, Wagstaff Adam**, 1994, « Health Insurance Reform in The Netherlands Assessing the Progressivity Consequences », *Economic and Social Review* ; 25(4), pages 303-20.
- **Jimenez et alii**, 1996, « La reforma del sector salud en Chile », *Estudios sociales*, 88, 29-45.
- **Johanet, G.**, 1995, « Dépenser sans compter, des pensées sans conter », *Santé de France*.
- **Johanet, G.**, 1998, « Sécurité sociale : l'échec et le défi », *Editions du Seuil*.
- **Journal d'économie médicale**, 1986, dossier spécial sur les réseaux de soins coordonnés, 3-4(4).
- **Krueger A.B., Levy H.**, 1997, « Accounting for the slowdown in employer health care costs », *NBER working paper 5891*, janvier.
- **Lacronique J. F., Le Rigoleur A.**, 1997, « la réforme de l'aide sociale aux Etats Unis : l'obsession du sevrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, 4, 10-12.
- **Lawrence, D. M., P. H. Mattingly and J. M. Ludden**, 1997, « Trusting in the future : the distinct advantage of nonprofit HMOs », *The Milbank Quarterly*, 75(1), 5-10.
- **Le Grand J., Bartlett W.**, 1993, *Quasi Markets and Social Policy*, McMillan.
- **Les entretiens de l'assurance**, 1995, « La sélection et la tarification des risques sont-elles compatibles avec l'égalité des citoyens ? », table ronde, 11-12 décembre.
- **Les entretiens de l'assurance**, 1997, « Assurance maladie : quelle articulation public/privé ? », table ronde, 19 septembre.
- **Liaropoulos L. L.**, 1995, « Health services financing in Greece : a role for private health insurance », *Health Policy*, 34, 53-62.
- **Light D. W.**, 1998, *Effective Commissioning - Lessons from purchasing in American managed care*, Office of Health Economics, Londres.
- **Ljudmila, Isakova E., Zelckovich R. M., Frid E. M.**, 1995, « Health Insurance in Russia - the Kuzbass experience », *Health Policy*, 31, 157-169.
- **Londono J-L., Frenk J.**, 1997, « Structured pluralism : towards an innovative model for health system reform in Latin America », *Health Policy*, 41, 1-36.
- **Lubitz J., Gornick M., McMillan A.**, 1993, « A longitudinal perspective on patterns of medicare payments », *Health Affairs*, 12(2), 140-150.
- **Luft H. S.**, 1996, « Modifying Managed Competition to Adress Cost and Quality », *Health Affairs*, 15(1), 23-38.
- **Lurie N.**, 1997, « Studying Access to Care in Managed Care Environments », *Health Services Research*, 32(5) December, 691-701.

- **Maarse H., Paulus A.**, 1998, « Health-Insurance Reforms in the Netherlands, Belgium and Germany: A Comparative Analysis ». In R. Leidl (eds), *Health Care and its Financing in the Single European Market*. IOS Press, Amsterdam.
- **Martin J.**, 1997, « Le système de santé suisse : une période de mutation », *Actualité et dossier en santé publique*.
- **Martin S., Rice N., Smith P.**, 1997, « Risk and the GP budget holder ». Discussion paper 153, The University of York, Centre for Health Economics
- **Massaro T. A, Wong Y-N.**, 1995, « Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore », *Health Affairs* 14(2), 267-272.
- **Masson A.**, 1995, « Assurance sociale et assurance privée face à la crise de l'Etat providence », *Risques*, n°24, octobre-décembre.
- **Matsaganis M., Glennester H.**, 1994, « The threat of 'cream skimming' in the post-reform NHS », *Journal of Health Economics*, 13(1), 31-60.
- **Mawxell M., Heaney D., Howie J. G. R., Noble S.**, 1993, « General Practice fundholding : observations on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method », *British Medical Journal*, 307, 1190-1194.
- **Maynard A.**, 1994, « Can competition enhance efficiency in health care ? Lessons from the reform of the UK National Health Service », *Social Science and Medicine*, Vol 39 n° 10, 1433-1445.
- **Maynard Roberta**, 1995, « The Power of Pooling », *Nation's Business*, March, 16-22.
- **McGuire Thomas-G., Scheffler Richard-M.**, 1987, *Advances in health economics and health services research*. Volume 8. The economics of mental health services A Research Annual, Greenwich, Conn. and London : JAI Press.
- **McHorney Colleen A., Ware John E. Jr, Raczek Anastasia E.**, 1993, « The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF -36) : II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring. Physical and Mental Health Constructs », *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- **Miller R. H.**, 1996, « Competition », *Health Affairs*, 15(2), 107-120.
- **Miller R.H., Luft H.S.**, 1994, « Managed Care Plan Performance since 1980 : A Litterature Analysis », *Journal of the American Medical Association*, 271(19), 1512-1519.
- **Miller R.H., Luft H.S.**, 1997, « Does managed care lead to better or worse quality of care ? A survey of recent studies mixed results on managed care plan performance », *Health Affairs*, 16(5), 7-25.
- **Miranda E., Scarpaci J. L., Irazzaval I.**, 1995, « A decade of HMOs in Chile : market behavior, consumer choice and the state », *Health and Place*, 1(1), 51-59.
- **MIRE/MSH**, 1997, *Evolution de la protection sociale dans les pays de l'est*, Séminaire Ange Guépin, Paris, 13-14 mars.
- **Miyazaki H.**, 1977, « The rat race and internal labor markets », *The Bell Journal of Economics*, 8, 394-418.
- **Moatti J. P., Le Corroller A. G.**, 1996, « Réflexions économistes sur l'éthique médicale », *Journal d'économie médicale*, 14(2), 67-78.

- **Morgan R. et alii**, 1997, « The Medicare-HMO Revolving Door - The Healthy Go In and the Sick Go Out », *The New England Journal of Medicine*, 337(3), 169-175.
- **Morgan R. O., Virnig B. A., DeVito C. A, Persily N. A.**, 1997, « The MEDICARE-HMO revolving door - the healthy go in and the sick go out », *The New England Journal of Medicine*, 337(3), 169-175.
- **Muldoon Jacqueline-M., Stoddart Greg-L.**, 1989, « Publicly Financed Competition in Health Care Delivery: A Canadian Simulation Model », *Journal of Health Economics*; 8(3), pages 313-38.
- **Neudeck W., Podzeck K.**, 1996, « Adverse selection and regulation in health insurance markets », *Journal of Health Economics*, 15, 387-408.
- **Newhouse J. P. (Chairman)**, 1998, « Restructuring Medicare Choices », *Final Report of the Study Panel on Capitation and Choice*, National Academy of Social insurance, Avril.
- **Newhouse J. P.**, 1996, « Reimbursing Health Plans and Health Providers : Efficiency in Production Versus Selection », *Journal of Economic Literature*, 34, 1236-1263.
- **Newhouse Joseph-P.**, 1993, *The Insurance Experiment Group. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment.* Cambridge and London: Harvard University Press.
- **Nonneman W., Van Doorslaer E.**, 1994, « The role of sickness funds in the Belgian health care market », *Social Science and Medicine*, 39(10), 1483-1495.
- **OCDE**, 1994, *La réforme des systèmes de santé : étude de 17 pays de l'OCDE*, *Etudes de politique de santé*.
- **Okma G. H.**, 1997, *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law.* Ph.D.
- **Olsen R.N.**, 1993, « The impact of HMOs on health and health care costs », *Applied Economics*, vol.25, n°11.
- **Orsi, F. F. Eisinger, J. P. Moatti**, 1996, « Information génétique et système privé d'assurance maladie », *Journal d'économie médicale*, 14(7-8), 401-412.
- **Ouvrard C.**, 1997, « Argentina, le pays aux trois systèmes de santé », *Le Généraliste*.
- **Oyarzo M. Cesar, Galleguillos B. Sylvia**, 1995, « Reforma del sistema de salud chileno : Marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud » (With English summary), *Cuadernos de Economia*, 32(95), 29-46.
- **Paillard J.**, 1997, « Réseaux et filières : ce qui pourrait voir le jour », *Panorama du médecin*, 30 octobre.
- **Pauly M.V.**, 1988, « Market power, monopsony and health insurance markets », *Journal of Health Economics*, 7, 111-128.
- **Pauly Mark V.**, 1997, « Who Was That Straw Man Anyway ? A Comment on Evans and Rice ». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, offprint by Duke University.
- **Pauly Mark-V.**, 1984, « Is cream-skimming a problem for the competitive medical market ? », *Journal of Health Economics*, 3, 87-95.
- **Pauly Mark-V.**, 1988, « Competition in Health Insurance Markets », *Law and Contemporary Problems*, 51 (2), 237-171.

- **Pham K.S.**, 1996, « La réforme du système de santé américain : entre assurance et solidarité », *Economie et Statistique* n°291-292.
- **Polton D.**, 1997, « Régulation contractuelle et partage des responsabilités : modèles français et modèles étrangers », *Droit social*, 9/10, 839–844.
- **Propper C., Söderlund N.**, 1998, « Competition in the NHS internal market : an overview of its effects on hospital prices and costs », *Health Economics*, 7, 187–197.
- **Raczynski D.**, 1991, « Social Policy and economic change in Chile, 1974-85 : the case of children », *International Journal of Health Services*, 21-1, 17-47.
- **Rajan Shruti**, 1998, « Publicly subsidized health insurance : a typology of state approaches », *Health Affairs*, 17(3), 101-117.
- **Réquillart H., Alexandre L., Allagui S.**, 1997, 7 novembre, « Réseaux-filières, mode d'emploi », *Impact Médecin*.
- **Rice T., Brown E. R., Wyn R.**, 1993, « Holes in the Jackson Hole Approach to Health Care Reform », *Journal of the American Medical Association*, 270, 1357-1362.
- **Rice Thomas**, 1997, « Can Markets Give Us the Health System We Want ? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, offprint by Duke University.
- **Riley G., Lubitz J., Rabey E.**, 1991, « Enrollee Health Status under Medicare Risk Contracts : An Analysis of Mortality Rates », *Health Services Research*, 26(2), 137-163.
- **Riley G., Lubitz J., Rabey E.**, 1991, « Enrollee Health Status under Medicare Risk Contracts : An Analysis of Mortality Rates », *Health Services Research*, 26(2), 137-163.
- **Riley G., Tudor C., Chiang Y.-P., Ingber M.**, 1996, « Health Status of Medicare Enrollees in HMOs and Fee-for-Service in 1994 », *Health Care Financing Review*, 17(4), 65-76.
- **Robinson James C.**, 1991, « HMO Market Penetration and Hospital Cost Inflation in California », *Journal of the American Medical Association*, 266, 2719-2732.
- **Robinson James C.**, 1993, « Payment Mechanisms, Nonprice Incentives, and Organizational Innovation in Health Care », *Inquiry*, 30(3), 328-333.
- **Robinson James C.**, 1996, « Dynamics and Limits of Corporate Growth in Health Care ? », *Health Affairs*, 15(2), 155-169.
- **Rodriguez, J.**, 1985, *La distribución del ingreso y el gasto social en Chile*, 1983, ILADES Editorial Salesiana, Santiago.
- **Rothschild M., Stiglitz J.**, 1976, « Equilibrium in competitive insurance markets : an essay on the economics of imperfect information », *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629-649.
- **Rouby E.**, 1997, « Assureurs privés et mutuelles avancent leurs pions sur l'échiquier santé », *Pharmaceutiques*, 49, septembre.
- **Rubinstein A., Yaari M. E.**, 1983, « Repeated Insurance Contracts and Moral Hazard », *Journal of Economic Theory*, 30, 74-97.
- **Russell S., Gilson L.**, 1997, « User Fee Policies to Promote Health Service Access for the Poor : A Wolf in Sheep's Clothing ? », *International Journal of Health Services*, 27(2), 359-380.

- **Saltman R. B.**, 1997, « The context for health reform in the UK, Sweden, Germany, and the US », *Health Policy*, 41(suppl.), S9-S26.
- **Schulenburg J. Matthias Graf, ed**, 1986, *Essays in social security economics: Selected papers of a conference of the International Institute of Management, Wissenschaftszentrum*, Berlin, Microeconomics Studies series, New York, Berlin, London and Tokyo, pages ix, 222.
- **Schut F. T.**, 1995, « Adverse selection and premium spirals in the Dutch private health insurance market », *Paper presented at the 3rd European Conference on Health Economics*, August 20-22, Stockholm.
- **Shewry S. , Hunt S., Ramey J., Bertko J.**, 1996, « Risk Adjustment : The Missing Piece of Market Competition », *Health Affairs*, 15(1), 171-181.
- **Short P. F., Taylor A. K.**, 1989, « Premiums, benefits, and employee choice of health insurance options », *Journal of Health Economics*, 8(3), 293-311.
- **Silvert K. H.**, 1957, « Medical personnel and facilities in Chile », *American Universities Field Staff*.
- **Simon Carol J., White William D., Gamliel Sandy, Kletke Phillip R.**, 1997, « The provision of primary care : does managed care make a difference ? », *Health Affairs*, 16(6), 89-98.
- **Social Security Administration**, 1997, *Report of the 1994-1996 Advisory Council on Social Security : vol I : Findings and Recommendations*, Washington, USA, SSA (réf AISS, 97S197).
- **Soubie, R., J.-L. Portos, C. Prieur**, 1994, *Livre blanc sur l'assurance maladie en France*, rapport au premier ministre, Commissariat Général au Plan et Documentation Française
- **Sri-Ram Aiyer, Dean T. Jamison, Juan Luis Londono**, 1995, « Health Policy in Latin America : Progress, problems and policy options » *Cuadernos de economia*, 32(95) « La salud en Chile », 11-28.
- **Standing G.**, 1998, « Societal impoverishment : the challenge for Russian social policy », *Journal of European Social Policy*, 8(1).
- **Starfield B.**, 1997, « The Future of Primary Care in a Managed Care Era », *International Journal of Health Services*, 27(4), 687-696.
- **Taylor D.** , 1996, « Quality and professionalism in health care : a review of current initiatives in the NHS », *British Medical Journal*, 312, 626-628.
- **Teitelboim G.**, 1987, *Indicadores economicos y sociales, series anuales 1960-1986, Serie de indicadores economico sociales*, Academia de humanismo cristiano.
- **The Division of Health Services Research and Policy, University of Minnesota and Abt Associates Inc.**, 1998, *Issues in the Design of a Competitive Pricing System for Medicare*, prepared of HCFA and The Competitive Pricing Advisory Committee, Draft, April.
- **The Health Care Study Group**, 1994, « Understanding the Choices in Health Care Reform », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19(3), 499-541.
- **Torres C.**, 1997, « La transformacion del sistema de prevision social de la Republica Argentina », *Revista de trabajo y de la seguridad social*, 3(9), 11-15.
- **Trauner, J. B., Chesnutt, J. S.**, 1996 , « Medical Groups in California : Managing Care Under Capitation », *Health Affairs*, 15(1), 159-170.

- **Tudor Cynthia G., Riley Gerald, Ingber Melvin**, 1998, « Satisfaction with care : do medicare HMOs make a difference ? », *Health Affairs*, 17(2), 165-176.
- **U.S. Department of Health and Human Services**, The Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), *Research Findings #2, Septembre 1997*
- **Ubokudom S. E.**, 1998, « The association between the organization of medical practice and primary care physician attitudes and practice orientations », *Social Science and Medicine*, 46(1), 59-72.
- **Ustun T. B., Sartorius N.**, 1995, *Mental illness in General Health Care : an international study*, OMS.
- **van Barneveld E. M., van de Ven W. P. M. M., van Vliet R. C. J. A.**, 1996, « Mandatory High Risk Pooling: An Approach to reducing Incentives for Cream Skimming », *Inquiry* 33 : 133-143.
- **van de Ven W. P. M. M. G. L., van Vliet R. C. J. A.**, 1992, « How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market ? », in H.E. Frech, III and P. Zweifel (eds), *Health Economics Worldwide*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam.
- **van de Ven W. P. M. M., van Vliet R. C. J. A., van Barneveld E. M., Lamers L. M.**, 1995, « Risk Adjusted Capitation Payments : The Achillesheel of Market-oriented Health Care Reforms », *séminaire international, Economie de la santé*, Ministère de l'Economie et des Finances, Paris.
- **van de Ven W. P. M. M., Schut, F. T., Rutten, F.**, 1994, « Forming and Reforming the Market for Third-Party Purchasing of Health Care », *Social Science and Medicine*, 39(10), 1405-1412.
- **van de Ven Wynand P. M. M., van Praag Bernard M.-S.**, 1981, « The Demand for Deductibles in Private Health Insurance: A Probit Model with Sample Selection », *Journal of Econometrics* ; 17(2), 229-52.
- **Vergara P.**, 1997, In Pursuit of « Growth with Equity » : The Limits of Chile's Free-Market Social Reforms, *International Journal of Health Services*, 27(2), 207-216.
- **Villeneuve Bertrand**, 1998, « The Insurers As The Informed Party : A Solution to Three Insurance Puzzles », Document de Travail IDEI, 76.
- **Voirin M.**, 1994, *La restructuration de la Sécurité Sociale en Europe centrale et orientale : panorama des développements récents*, AISS, Genève.
- **Voirin M.**, 1993, « La sécurité sociale dans les pays d'Europe centrale et orientale : réformes et continuité », *Revue internationale de sécurité sociale*, 46(1), 29-70.
- **von Ungern Sternberg Th.**, 1995, « The Limits of Competition : Housing Insurance in Switzerland », paper presented at the European Economic Association 10th Annual Congress, Prague, September.
- **Watson P.**, 1998, « Health Difference in Eastern Europe : preliminary findings from the Nowa Huta study », *Social Science and Medicine*, 46(4-5), 549-558.
- **Weil T. P., Jorgensen N. E.**, 1995, « Why market-driven forces in our health industry might eventually stumble : What could happen then ? », *Journal of Health Care Finance*, 22(2), 1-12.
- **Wholey Douglas R., Christianson Jon B., Engberg John, Bryce Cindy**, 1997, « HMO market structure and performance : 1985-1995 », *Health Affairs*, 16(6), 75-84.

- **Whynes D., Heron T., Avery A.** , 1997, « Prescribing cost-savings by GP fundholders : long term or short term ? », *Health Economics*, 6, 209–211.
- **Wickizer T. M., Feldstein, P.J.**, 1995, « The Impact of HMO Competition on Private Health Insurance Premiums, 1985-1992», *Inquiry*, Fall, 241-251.
- **Wilson C.**, 1977, « A Model of Insurance Markets with Incomplete Information », *Journal of Economic Theory*, 16, 167-207.
- **Wolfe J., R., Goddeeris J., H.**, 1991, « Adverse selection, moral hazard, and wealth effects in the Medigap insurance market », *Journal of Health Economics*, 10(4), 433-459.
- **Zwanziger J., Melnick G.**, 1996, « Can Managed Care Plans Control Health Care Costs ? », *Health Affairs*, 15(2), 185-199.
- **Zweifel Peter**, 1987, « Bonus systems in health insurance : a microeconomic analysis », *Health Policy*, 7, 273-288.
- **Zweifel Peter**, 1988, Premium Rebates for No Claims : The West German Experience, in Frech, -H.-E., III,-ed. *Health care in America: The political economy of hospitals and health insurance*. Foreword by Richard Zeckhauser, San Francisco : Pacific Research Institute for Public Policy, 323-52.
- **Zweifel Peter**, 1992, *Bonus options in health insurance*, Translation. With the assistance of Otto Waser. *Developments in Health Economics and Public Policy*, vol. 2. Norwell, Mass. and Dordrecht : Kluwer Academic.