

1998 questions d'économie de la santé

analyses

Repères

Ce travail, réalisé à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, s'est appuyé 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'étude dans trois pays (Etats-Unis, Allemagne, Pays-Bas).

L'objectif de cette étude n'est pas de formuler des propositions quant à l'opportunité de l'introduction d'une forme ou d'une autre de concurrence dans l'assurance maladie, mais d'apporter des éléments factuels sur les conséquences de la concurrence au sein de l'assurance maladie telles qu'elles apparaissent dans les pays s'étant engagés sur cette voie.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Secrétaire de rédaction :
Nathalie Meunier

Secrétaires :
Céline Arnoux et Corinne Mortier

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 15 numéros par an

Prix : 30 F

Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé

Théorie et bilan des expériences étrangères

A. Bocognano, A. Couffinal, M. Grignon, R. Mahieu (Insee), D. Polton

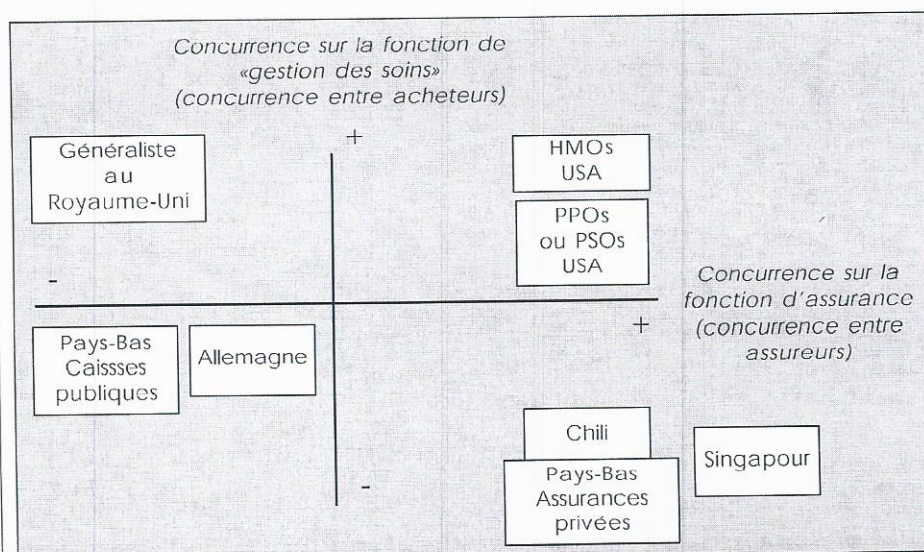
La " privatisation de la sécurité sociale " fait l'objet en France de débats passionnés, que le projet AXA de mise en concurrence de l'assurance maladie a ravivés il y a un an.

D'autres pays européens envisagent ou expérimentent des réformes qui accroissent la concurrence entre caisses ou assureurs. On cite souvent en exemple les réformes menées aux Pays-Bas et en Allemagne.

Qu'attend-on de telles réformes ? Une plus grande efficacité dans la gestion ? A quel prix en termes d'équité et de solidarité ?

Dans ce débat sur les conséquences de la mise en concurrence dans l'assurance maladie, les arguments échangés font en général peu de place aux données objectives. Qu'en est-il dans les faits ? Quels enseignements peut-on tirer des expériences étrangères ? L'efficacité attendue est-elle au rendez-vous ? La sélection des risques peut-elle être évitée ?

Ce sont ces questions que le travail réalisé ici cherche à documenter, à partir de la description et de l'analyse de quelques expériences réelles de fonctionnement, au moins partiellement concurrentiel, de l'assurance maladie.



La concurrence dans l'assurance maladie : deux notions à distinguer

Pour analyser les expériences étrangères, il faut tout d'abord clarifier l'objet de la concurrence, qui varie d'un pays à l'autre :

a) La concurrence peut porter sur l'assurance elle-même : c'est-à-dire que chacun s'assure sur un marché privé et paye des primes pour se couvrir sur le risque maladie.

Les Etats-Unis sont une illustration, largement documentée en France, de ce modèle de concurrence. Des expériences radicales ont été également tentées en Amérique latine. Une version extrême est représentée par Singapour, où il n'y a pas de mutualisation des risques et où chacun épargne individuellement pour financer ses frais médicaux.

b) La deuxième version de la concurrence consiste à placer les assureurs en tant qu'opérateurs intermédiaires entre le système de financement public d'une part, et les usagers et professionnels de soins d'autre part. L'assureur se fait en quelque sorte "acheteur de soins" pour le compte de l'assuré, ou l'on pourrait dire encore "entrepreneur de soins" : c'est-à-dire qu'il organise un réseau de médecins, paramédicaux, établissement de soins, etc. pour prendre en charge un patient "abonné" chez lui, et pour qui il reçoit une rémunération forfaitaire du financeur public.

En réalité, beaucoup plus que la concurrence sur la fonction d'assurance, c'est cette version restreinte (que nous avons appelée "concurrence entre acheteurs" ou "concurrence entre entrepreneurs") qui est objet de débat et d'expérimentations dans le contexte européen. La réforme Dekker aux Pays-Bas illustre - du moins en théorie, car la pratique reste très modeste - ce modèle de concurrence entre caisses sur la gestion des soins.

Ces deux formes de concurrence, qui peuvent être réunies dans un même système, c'est le cas par exemple avec les

réseaux de soins (HMO) aux Etats-Unis, sont analysées successivement.

La concurrence entre assureurs

La forme la plus radicale de concurrence dans l'assurance maladie consiste à laisser l'assuré choisir son niveau de couverture sur un marché privé. La prime que paye chaque individu doit alors être fonction du risque qu'il représente et du niveau auquel il souhaite se couvrir. Selon la théorie économique orthodoxe, l'idée sur laquelle repose cette concurrence entre assureurs est que le jeu des préférences des individus conduira au niveau souhaitable de dépenses de santé, et que les sanctions des consommateurs à l'encontre des producteurs inefficaces ou de mauvaise qualité sont le meilleur moyen d'améliorer la production de soins.

A l'évidence, cette idée est totalement antinomique des conceptions européennes, puisqu'elle est la négation de deux principes fondateurs de nos systèmes de protection sociale que sont la solidarité entre bien portants et malades, et la solidarité entre riches et pauvres.

C'est bien en effet, en premier lieu, la question fondamentale de l'équité que pose un système concurrentiel de ce type.

Ce qui est moins évident en revanche, et mérite d'être souligné, c'est que la contrepartie attendue en termes d'efficacité (domaine dans lequel on crédite *a priori* les systèmes concurrentiels de meilleures performances) est, lorsque l'on analyse les expériences étrangères, souvent déçue.

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

Par construction, dans un système totalement concurrentiel :

► Un malade chronique devra payer, par exemple, cent fois la prime d'assu-

rance d'une personne en bonne santé au même âge ; la logique même de la concurrence conduit à utiliser ce genre d'informations pour discriminer les tarifs des assurés. Si un assureur ne le fait pas, le prix payé par les bons risques sera trop élevé et ils seront rapidement attirés par un assureur discriminant mieux les 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 l'exclusion 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, ou appartenant à des groupes à risque que les assureurs refusent de couvrir. On peut rappeler que les USA comptent 40 millions de non assurés, et que cet effectif est en augmentation rapide.

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

a) En premier lieu, le risque "maladie", pour être assurable, doit être individuel et aléatoire. Or d'une part le risque n'est pas toujours individuel (cas des épidémies), d'autre part il peut devenir certitude, lorsqu'une pathologie lourde et chronique génère pour un individu une dépense quasi-prévisible. Le marché privé ne peut assurer ce type de risque : et l'on observe que dans tous les pays où tout ou partie de l'assurance santé est privatisée, le champ de cette dernière est limitée, et les risques les plus lourds - qui représentent d'ailleurs une part importante des dépenses totales - restent pris en charge, de manière universelle et obligatoire, par des programmes publics (Medicare

aux Etats-Unis, assurance pour les risques catastrophiques aux Pays-Bas, Medishield à Singapour (système de conception très libérale).

b) Ensuite, la tarification au risque, qui est une condition du fonctionnement d'un marché efficace de l'assurance, est particulièrement difficile pour le risque maladie. Les analyses approfondies menées aux Pays-Bas ou aux Etats-Unis montrent que les caractéristiques individuelles facilement disponibles expliquent une très faible part de la dispersion des dépenses (moins de 3%). Dès lors, la stratégie logique d'un assureur sera, au sein d'une classe de tarif, d'éliminer les mauvais risques par des stratégies d'écrémage indirectes (ciblage de la publicité vers des populations particulières, combinaison de l'offre d'assurance avec une offre pouvant intéresser des personnes ayant des niveaux de risque faible, jeu sur les garanties et les services offerts, etc.).

3 On peut même 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.

Au passage, le résultat sur la faible part de variance expliquée par des critères simples est important à sou-

Singapour

Une réforme de 1984 a mis en place les Medical Savings Accounts, compte d'épargne santé. Chacun paye une cotisation obligatoire d'assurance maladie, qui sert à acheter une couverture avec une franchise élevée ; on doit verser le reste de sa cotisation sur un compte bancaire, sur lequel on peut tirer pour se soigner. L'assurance a donc disparu pour les dépenses en deçà de la franchise. La médecine d'urgence gratuite est maintenue, des fonds spéciaux (obligatoires) couvrent les pauvres et les risques catastrophiques.

ligner car il relativise l'idée, répandue en France, qu'un forfait calculé en fonction de l'âge et du sexe suffirait à éliminer toute tentation de sélection des risques.

La concurrence ne conduit pas forcément à 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.

Il est en outre illusoire de penser qu'on peut corriger les effets pervers en termes d'équité

A la question " peut-on apporter des solutions aux problèmes d'équité et d'exclusion tout en maintenant un marché de l'assurance, dont on escompterait des bénéfices, même s'il faut les relativiser, en termes d'efficacité ? ", la réponse est clairement négative. Les aménagements de la concurrence que l'on peut voir à l'œuvre dans les différents pays semblent peu adaptés :

- ils peuvent conduire à renforcer les pratiques d'écrémage s'ils imposent des tarifs trop uniformes,
- quand ils imposent la solidarité de manière coercitive, ils vident la concurrence entre assureurs de ses incitations positives à l'efficacité.

Un exemple particulièrement illustratif est celui de l'assurance privée (pour les personnes dont le revenu est supérieur au plafond) aux Pays-Bas. L'Etat a été amené à régler de façon croissante ce marché 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 et la loi impose aux

Chili

En 1980, la réforme du système de santé prévoit que chacun continue à verser une cotisation obligatoire, fonction du revenu, mais peut ensuite choisir librement son opérateur ; les assureurs ont le droit d'appliquer des tarifs actuariels. Les pauvres et les malades restent dans le système public, les riches et les bien portants optent pour l'assurance privée, qui traite 12% des Chiliens et recueille 50% des cotisations.

autres assurés du privé une contribution supplémentaire destinée à financer le déficit sur ce contrat. Celui-ci couvre à l'heure actuelle environ 15% de la population qui s'assure auprès d'une compagnie privée, et génère 45% de leurs dépenses de santé. Dans les faits donc, près de la moitié du marché échappe à l'assurance privée tarifiée 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. Ils ne sont donc guère motivés à gérer de manière coût - efficace le risque des personnes couvertes puisque, si le niveau de risque d'un assuré évolue, ils sont déchargés de leur responsabilité.

Des problèmes d'équité et d'exclusion insolubles, pour une efficacité non garantie compte tenu de la nature particulière du bien santé : la privatisation de la fonction d'assurance santé apparaît une piste peu prometteuse.

En France, en tout état de cause, on relève une large convergence autour de l'idée que ce type de concurrence serait néfaste. Les débats se concentrent en réalité sur la seconde forme de concurrence évoquée, dans laquelle le rôle de l'assureur est restreint à une fonction « d'acheteur » ou « d'entrepreneur de soins ».

La concurrence entre « acheteurs/entrepreneurs de soins »

Dans cette version de la concurrence entre assureurs, le paiement de la prime et le choix de l'assureur sont déconnectés. Le système continue à être financé par des contributions collectées par la puissance publique, fondées sur les revenus (et non pas liées au risque de l'individu), afin de garantir l'équité du système. L'assureur est un opérateur intermédiaire, qui organise la prise en charge des patients abonnés chez lui au sein d'un réseau de médecins, d'établissements de soins, ... Pour assurer cette prise en charge, il reçoit une rémunération forfaitaire du financeur public, reflétant le mieux possible le coût actuariel de l'individu.

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.

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 fonction d'entrepreneur de soins

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 cloisonne-

ments 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 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, "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 (voir encadré).

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.

Bilan des expériences étrangères

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 quelques enseignements.

Des résultats en termes de réduction des coûts

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, 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 ralentir la croissance des dépenses sur le long terme.

La qualité : des résultats contrastés

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'assurance traditionnels, 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).

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

- 5 ► 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 cartélinisée 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.

Une logique de concentration

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.

Une régulation complexe

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.

La sélection des risques : une conséquence inévitable

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'écramage.

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. Par exemple, à âge et sexe identique, les patients Medicare qui choisissent les HMOs sont nettement en meilleure santé que ceux qui restent dans le système traditionnel. Qu'il s'agisse d'ailleurs de pratiques volontaires d'écramage 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, qui peuvent, en plus de la couverture obligatoire standardisée, proposer des couvertures complémentaires, et sur ce second volet avoir des stratégies de sélection qui de fait vaudront pour l'ensemble¹.

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 satisfaisante².

6 D'autres « entrepreneurs de soins » possibles ?

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 ? »

1 Ce problème risque de s'accroître si la part couverte par le régime obligatoire diminue, ce qui est une tendance de long terme dans tous les pays.

2 Les expériences étrangères étudiées ne permettent de documenter que certaines formes de concurrence. Il pourrait exister d'autres formes, sur lesquelles on ne dispose pas d'illustrations concrètes : par exemple une concurrence "simulée" entre des caisses d'assurance maladie au niveau régional ou local, dans laquelle les monopoles locaux seraient maintenus mais incités à une meilleure efficacité par une plus grande responsabilisation financière.

L'expérience britannique fournit, dans le contexte concurrentiel même, une alternative 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 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 le 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).

Managed care, gestion du risque : quelques précisions sur les définitions

L'expression "managed care" est devenue si usitée qu'elle n'est souvent même plus traduite. Elle désigne aux Etats-Unis le développement d'une concurrence entre réseaux de soins organisés, qui mettent effectivement en œuvre des techniques de "gestion des soins", pour reprendre la traduction littérale.

Nous lui avons préféré le terme "gestion du risque", car il est utilisé en France, mais il convient de lever une certaine ambiguïté.

En effet ce terme recouvre aujourd'hui en France l'ensemble des instruments et des actions mises par les caisses d'assurance maladie pour optimiser les dépenses remboursées, qu'il s'agisse d'instruments anciens (contrôles individuels des professionnels et d'assurés) ou plus récents (référentiels de pratique, actions plus systémiques de sensibilisation...), au niveau local ou national (conventions avec les professionnels).

Dans l'esprit de ce rapport, nous donnons au vocable de gestion du risque un sens plus large, qui englobe tous les leviers d'action imaginables, qu'ils soient ou non actuellement du ressort des caisses d'assurance maladie françaises : sélection des professionnels, négociation des tarifs, des modes de rémunération, référentiels de pratique et protocolisation des soins, éducation sanitaire, organisation de filières de soins, contrôle du bien-fondé des hospitalisations, objectifs de durées de séjour, innovations organisationnelles portant sur les processus de soins et de prévention, etc.

► 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.

Des réseaux de médecins

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 médecins 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 (GPFH), 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 à un paiement forfaitaire à des réseaux, donc un niveau intermédiaire.

Etats-Unis

Le système américain est connu dans ses grandes lignes. L'assurance maladie y est facultative et privée. Les salariés sont dans leur grande majorité couverts par l'intermédiaire de leur entreprise, avec des contrats très variables. Des programmes publics d'assurance ont été instaurés pour les plus de 65 ans (Medicare, programme fédéral, dont le niveau de couverture est limité, par exemple les médicaments ne sont pas couverts), et pour les indigents (Medicaid, programme géré au niveau des Etats, avec une générosité variable). 40 millions de personnes ne sont pas assurées et ce nombre est en augmentation rapide ces dernières années.

Depuis une dizaine d'années, la concurrence dans le marché de l'assurance s'est intensifiée. On relèvera ici quelques éléments marquants de cette dynamique :

- Dans les années 70, les employeurs prenaient en charge généreusement les primes d'assurance et celles-ci variaient peu au sein de l'entreprise. Aujourd'hui, la tarification au risque (par âge au moins) se développe au sein même des entreprises, et les employeurs ont tendance à contribuer forfaitairement, à hauteur du plan le moins cher.
- La concurrence s'est intensifiée en prenant la forme d'une compétition entre réseaux de soins proposés par les assureurs, connue sous le nom de " managed care ". Aux réseaux fermés (HMOs, Health Maintenance Organisations) dans lesquels l'assuré n'a accès qu'aux médecins du réseau, sont venus s'ajouter des formules plus souples, intermédiaires entre les HMOs et l'assurance traditionnelle fonctionnant à guichet ouvert : PPOs (Preferred provider Organizations), POS (Point of Service), modèles mixtes....La croissance du managed care s'est faite essentiellement au profit de ces modèles les plus ouverts ou hybrides.
- Dans les zones où la concurrence est la plus vive, la période récente a été caractérisée par un fort mouvement de concentration tant au sein des employeurs, avec la constitution de centrales d'achat d'assurance, qu'au sein des assureurs et des groupes de professionnels avec lesquels ils contractent.
- Une autre tendance est au transfert du risque financier vers les groupes de médecins sous contrat, c'est-à-dire que l'assureur verse au groupe une fraction de la prime qu'il reçoit pour un assuré. Il devient donc un pur intermédiaire, et les outils de " gestion de risque " sont mis en place par les groupes de médecins eux-mêmes. Aboutissement de cette tendance, on voit aujourd'hui se constituer des PSOs, Provider Sponsored Organizations, qui sont des réseaux de médecins contractant directement avec les employeurs.
- La politique fédérale est de favoriser le développement des HMOs également dans le système Medicare. Il s'agit bien dans ce cas d'une concurrence entre acheteurs. Pour le moment, le principal enseignement que l'on peut tirer de cette expérience est qu'elle confirme les craintes sur l'auto-sélection spontanée des assurés : toutes les études montrent que ceux qui choisissent d'adhérer à un HMO sont en meilleure santé que les autres, et que la rémunération sur la base du coût moyen par classe d'âge est très rentable pour les HMOs.

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 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).

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

- 8 ► 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.

Allemagne

9% de la population (les plus riches) sont couverts par le système privé, les autres relèvent de caisses publiques en concurrence. Le système de soins reste géré au niveau du Land, par les négociations entre unions de caisses et unions de médecins. Les caisses publiques agissent très peu en entrepreneurs de soins, pour peser sur les tarifs ou organiser les soins. Les assurés sont peu mobiles d'une caisse à l'autre. L'élément essentiel de la réforme jusqu'à présent, en termes d'assurance, a été de mettre en place un mécanisme de compensation des risques, abondamment critiqué, mais qui a permis de réduire notablement les écarts de primes.

Pays-Bas

Un système d'assurance universel et obligatoire couvre un ensemble de risque dits « catastrophiques » : psychiatrie, handicap, dépendance des personnes âgées. Pour tous les autres soins, deux systèmes compartimentés d'assurance maladie coexistent : l'assurance privée facultative au-dessus d'un seuil de revenu, les caisses publiques en dessous de ce seuil, avec des cotisations proportionnelles au revenu.

C'est sur ce champ de l'assurance obligatoire qu'un modèle de « concurrence d'acheteurs » a été imaginé, entre caisses publiques, par la réforme Dekker-Simons. Mais la logique de cette réforme n'est pas aboutie aujourd'hui. Si l'assuré a la liberté de choisir sa caisse d'affiliation, si le financement de ces caisses par un forfait ajusté selon le risque a bien été mis en place, il n'y a pas eu de passage à l'instauration d'un véritable comportement d'acheteur de soins de la part des caisses. En effet l'offre est peu dense, très puissamment organisée, et les pouvoirs publics n'ont pas renoncé à la maîtrise des outils de contrôle (tarifs notamment). En revanche, les Pays Bas ont mis en place un des systèmes sophistiqués, et d'ailleurs complexes à gérer, pour contrer les tentatives d'écrémage du risque de la part des caisses.

Royaume-Uni

En général lorsque l'on esquisse une typologie des approches concurrentielles, on oppose " concurrence entre assureurs " et " concurrence entre producteurs ". On rattache à la première famille les HMO ou le plan Dekker aux Pays-Bas, ou encore la concurrence entre caisses allemandes, et à la seconde la réforme du NHS (National Health Service) visant à instaurer un quasi-marché.

Dans cette réforme, l'élément le plus innovant 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, 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.

Le GPFH assume donc bien lui aussi, dans un contexte radicalement différent du modèle concurrentiel américain, cette fonction intermédiaire " d'entrepreneur de soins ", au sens organise l'ensemble du processus de soins pour le compte du patient. Il nous a donc paru intéressant d'inclure cette expérience dans l'analyse, bien que ceci n'est pas été prévu au départ.

Pour en savoir plus

A. Bocognano, A. Couffignal, M. Grignon, R. Mahieu (Insee), D. Polton : " Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé - Théorie et bilan des expériences étrangères ", Rapport CREDES n° 1243, novembre 1998.