



Ministère de l'Emploi,
de la cohésion sociale
et du logement

Ministère de la Santé
et des Solidarités



Études et Résultats

445 • novembre 2005

L'introduction de la concurrence est l'un des axes des réformes récentes des systèmes de santé intervenues en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas, pays dont le système de protection sociale est fondé sur les assurances sociales de type « bismarkien ». Des mécanismes de concurrence ont été introduits ou renforcés entre assureurs et sont envisagés, dans une seconde étape, entre les prestataires de soins, par le biais d'une contractualisation sélective. Cette introduction de la concurrence, plus ou moins ancienne et importante dans ces trois pays, implique des réorganisations structurelles et des changements dans le rôle des différents acteurs. Aucun de ces pays n'a à cet égard souhaité laisser jouer librement la concurrence entre assureurs. Les réformes instituent en effet des règles afin d'éviter la sélection des risques, garantir la solidarité du système et protéger les assurés. C'est ainsi que, aussi bien en Allemagne, qu'aux Pays-Bas et en Suisse, un panier de biens et de services obligatoirement couvert par les assurances a été défini au niveau national. Des systèmes plus ou moins sophistiqués de péréquation des risques entre assureurs, ont par ailleurs été mis en place. Si cette première étape a pour une large part été mise en oeuvre, la transformation des assureurs en « entrepreneurs de soins » sur la base de mécanismes de conventionnement sélectif apparaît en butte à un certain nombre de freins.

Sylvie COHU, Diane LEQUET-SLAMA
Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
Drees
Pierre VOLOVITCH
Institut de recherche économique et sociale

Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence

L'introduction des mécanismes concurrentiels au sein des systèmes de santé est l'une des orientations suivies par les réformes en Europe, depuis la mise en place de la réforme Thatcher en Grande Bretagne et le projet Dekker aux Pays-Bas à la fin des années 1980. Cette orientation s'inscrit dans une problématique différente dans les services nationaux de santé et dans les systèmes de type bismarckien, fondés sur des assurances sociales.

À l'exception de l'Autriche qui n'envisage pas d'introduire des logiques de marché au sein des systèmes de protection sociale, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne, sont trois pays à dominante bismarckienne¹ qui ont choisi d'axer leurs réformes récentes sur la notion de concurrence : concurrence entre les caisses d'assurance maladie ou concurrence entre les offreurs de soins, restée jusque là à l'état embryonnaire. C'est aux Pays-Bas que la théorie d'une concurrence régulée par le marché est le plus en débat.

1. En théorie, dans les systèmes dits bismarckiens, la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations. Dans l'option beveridgienne, l'accès aux soins est universel et les services financés par l'impôt. En réalité, les différences entre les deux modèles se sont largement estompées dans les années récentes.



Les objectifs de ces réformes se rejoignent : maîtrise des coûts, meilleure efficacité du système de santé dans le cadre d'un accès universel et d'une recherche de qualité. Dans les trois pays, l'introduction de la concurrence reste organisée, encadrée et contrôlée par une série de garde-fous. Elle reste surtout limitée dans son application en raison de divers obstacles : manque de médecins aux Pays-Bas, gestion administrative des hôpitaux dans les trois pays, rôle des collectivités dans le cadre d'une très forte décentralisation, en Suisse notamment.

Cette introduction de la concurrence s'inscrit dans des systèmes de santé aux caractéristiques assez différentes (tableau 1) et implique à terme des évolutions de leur fonctionnement, des réorganisations structurelles et des changements dans le rôle des divers acteurs.

Cet article porte plus particulièrement sur la concurrence en tant qu'orientation clé des dernières réformes engagées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse. Après une brève description des systèmes de santé de ces trois pays et de l'architecture des dernières réformes, sont analysées pour chacun des pays les modalités de concurrence mises en œuvre entre les assureurs maladie, et les tentatives de promotion d'une gestion concurrentielle des systèmes de soins.

Des systèmes de santé relativement segmentés

En Allemagne,

le système de protection maladie est exclusivement d'inspiration bismarckienne. Les assurés dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (46 800 € par an, en 2005), défini au niveau national, soit 90 % de la population, sont obligés de contracter une assurance maladie auprès d'une caisse publique. Les personnes disposant d'un revenu supérieur à ce seuil n'ont pas d'obligation d'assurance et peuvent choisir soit d'adhérer à une caisse maladie publique soit de contracter auprès d'une compagnie d'assurance privée, ce qui est une première forme d'introduction de la concurrence entre organismes assureurs. L'Allemagne consacre 10,9 % de son PIB aux dépenses de santé.

Les caisses maladie, au nombre de 290 environ au début de l'année 2005, ont une très large autonomie de gestion ; chaque caisse est responsable de son propre équilibre comptable et fixe les taux de cotisation en fonction de cet objectif. En décidant du nombre de médecins conventionnés par zone géographique et par spécialité, les caisses disposent, par ailleurs, d'un pouvoir de régulation sur l'installation des professionnels.

C'est au niveau régional que se déroulent les négociations entre acteurs : caisses maladie et unions

de médecins. Les médecins sont obligatoirement affiliés à l'Union des médecins, seule habilitée à négocier des enveloppes budgétaires avec les unions de caisses. Ces enveloppes diffèrent selon le Land et selon la catégorie de la caisse².

Depuis 1996, les patients sont libres de choisir leur caisse d'assurance. En principe, l'assuré doit choisir un médecin généraliste pour une durée de trois mois et le consulter avant toute visite à un spécialiste. Ce principe n'a toutefois jamais été réellement appliqué, et les patients restent libres de choisir leur médecin de ville, généraliste ou spécialiste. C'est le médecin de ville qui prend la décision d'hospitalisation, sachant qu'il n'existe pas de consultation ambulatoire à l'hôpital. Les soins hospitaliers et ambulatoires restent à cet égard relativement cloisonnés malgré plusieurs réformes visant à une plus grande coordination entre les deux secteurs.

Ce sont en effet les Länder qui sont responsables de la planification hospitalière et du financement des investissements concernant les hôpitaux et les structures d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.

Aux Pays-Bas,

le système de protection sociale maladie associe des éléments qui s'inspirent à la fois des conceptions bismarckienne et beveridgienne. L'assurance maladie

2

T • 01 quelques indicateurs des systèmes de santé

	Allemagne		Pays-Bas		Suisse	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002
Dépenses totales de santé - % PIB	8,5	10,9	8	9,3	8,3	11,1
Dépenses publiques de santé - % PIB	6,5	8,6	5,4	5,8	4,3	6,4
Médecins généralistes / 1000 hab	1,2***	1,1	0,4***	0,5	0,4***	0,4
Spécialistes / 1000 hab	1,8***	2,3	0,9***	0,8	1,6***	2,2
Infirmiers / 1000 hab		9,4*		13,4*		10,7*
Lits hospitaliers (soins aigus) / 1000	7,5***	6,6	4,6***	3,2	5,5***	3,9
Durée moyenne de séjour (soins aigus) - (2001)	16,7	9,4**	7	8,6**	13,4	9,2**
* année 2000 ; ** année 2001 ; *** année 1995						

2. Il subsiste plusieurs grands régimes de sécurité sociale : les AOK (caisses locales), les BKK (caisses d'entreprise), les IKK (indépendants), les EKK (caisses de substitution), les caisses agricoles et plusieurs petits régimes. Ils sont encore assez fortement différenciés selon les catégories professionnelles des personnes couvertes.

comprend actuellement trois compartiments : pour les traitements longs et onéreux, une assurance spéciale sur les « frais exceptionnels de maladie (AWBZ) » couvre de façon universelle tous les citoyens quel que soit leur niveau de revenu.

Pour les soins courants, jusqu'à un certain seuil de revenus (33 000 € par an en 2005), environ 63 % des Néerlandais bénéficient d'un système de sécurité sociale ouvrant droit à un panier de biens et services (ZFW). Au-delà de ce seuil de revenus, seule l'adhésion à des assurances privées est possible, mais reste facultative. Toutefois, pour que les personnes à risque élevé trouvent à s'assurer, la loi oblige les assureurs privés à offrir une couverture type (WTZ) avec une cotisation relativement faible déterminée au niveau national, et en partie financée par une cotisation de solidarité payée par les assurés privés. Les fonctionnaires ont une assurance spécifique.

Enfin, les assurances complémentaires facultatives souscrites à titre volontaire forment un troisième volet du système (encadré 1).

Les Pays-Bas consacraient 9,3 % de leur PIB à la santé en 2002, ces dépenses étant prises en charge à plus des trois quarts par les assurances sociales obligatoires (AWBZ et ZFW).

L'idée d'une mise en concurrence des assureurs tant publics que privés

est relativement ancienne aux Pays-Bas. Elle avait été affirmée dès la fin des années 1980 dans le cadre du projet de réforme Dekker. Pour atteindre progressivement cet objectif, plusieurs mesures ont déjà été prises. Ainsi, les assurés dépendant de l'assurance obligatoire peuvent choisir librement leur assureur parmi les caisses publiques.

Les médecins généralistes exercent en ville, en pratique libérale. Ils sont payés à la capitation, directement par les caisses maladie, pour les patients assurés auprès de caisses publiques et à l'acte (avec avance de frais) pour les personnes disposant d'une assurance privée. Les médecins spécialistes exercent à l'hôpital ; ils sont actuellement salariés pour 40 % d'entre eux et rémunérés au forfait sur le budget de l'hôpital (60 %). L'offre de soins hospitalière est très majoritairement privée non lucrative.

Les assurés ne peuvent accéder aux soins de spécialistes ou hospitaliers qu'après consultation de leur médecin généraliste. Cette règle engendre des listes d'attente liées à la faible densité de généralistes et à la réduction du nombre de lits hospitaliers intervenue au cours de la dernière décennie. En mars 2000, environ 150 000 patients étaient inscrits sur des listes d'attente dans les hôpitaux généraux. En 2004, les temps d'attente ont toutefois sensi-

blement décrû grâce à une politique de financement supplémentaire.

Le système de santé suisse

est l'un des plus onéreux du monde. 11,1 % du PIB sont consacrés à la santé, niveau le plus élevé des pays industrialisés après les États-Unis. L'assurance maladie n'est obligatoire que depuis l'introduction de la loi LAMal, en 1996, pour un panier de biens et services standard assez large. Le système est libéral et décentralisé au niveau du canton. Les assurés sont libres de choisir leur médecin et leur assureur à l'intérieur de leur canton. Les médecins peuvent s'installer où ils le souhaitent.

Les cantons jouissent encore d'une grande indépendance dans l'organisation du système de santé. Les médecins sont regroupés en associations au niveau cantonal et négocient leurs rémunérations avec les associations cantonales d'assureurs santé. C'est également au niveau cantonal que les associations d'hôpitaux publics et d'hôpitaux subventionnés négocient leurs tarifs avec les compagnies d'assurances, dont la compétence est également cantonale.

Les assurances santé peuvent être publiques ou privées mais leurs activités sont sans but lucratif ou fonctionnent sur le principe de la mutualité en ce qui concerne l'assurance de base

E•1

Une assurance maladie à trois compartiments

<i>Assurances maladie supplémentaires Volontaires 2,9 milliards - 6,6 % des dépenses de santé</i>	
<i>Fonds d'assurance maladie (ZFW) Obligatoires pour les ménages dont les revenus sont inférieurs à un plafond 2/3 de la population Assurances sociales 15,9 milliards d'euros - 36 % des dépenses de santé</i>	<i>Assurances maladie privées Volontaires 1/3 de la population 6,6 milliards d'euros - 15 % des dépenses de santé</i>
<i>AWBZ Assurance nationale qui prend en charge les risques « exceptionnels » Obligatoire 18,7 milliards d'Euros - 42,4 % des dépenses de santé</i>	

Source : Begroting VW 2004 Ziektkostenverzekering

obligatoire. Les autorités fédérales et cantonales n'ont que peu de contrôle direct sur la planification des services ambulatoires, mais jouent en revanche, un rôle important de régulation concernant les hôpitaux et les structures d'hébergement pour personnes âgées. Les cantons participent en effet au moins pour moitié au financement du coût des hospitalisations, conjointement avec les assureurs.

Des réformes orientées de façon plus ou moins ancienne vers l'introduction de mécanismes de marché

En Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas, les réformes récentes ont introduit ou renforcé des mécanismes de concurrence d'abord entre les assureurs, puis entre les prestataires de soins par le biais de la contractualisation sélective.

Aux Pays-Bas,

la politique économique et sociale repose sur la recherche d'un consensus qui implique généralement des lenteurs dans la mise en application des réformes et une accumulation de lois, créatrice d'instabilité juridique.

Dès 1986, le rapport Dekker préconisait l'introduction de la concurrence entre les caisses maladie et l'abolition de la distinction entre assureurs publics et privés, le libre choix de l'assureur par le patient et la constitution de réseaux de soins gérés par les assureurs. Une assurance obligatoire, couvrant un panier de biens et services représentant environ 85 % de l'ensemble des dépenses de santé, devait être définie légalement. Les deux segments assurantiels, l'assurance pour les « frais exceptionnels de maladie » (AWBZ) et l'assurance soins courants (ZFW) devaient être refondues et réunies par l'extension progressive de l'AWBZ à l'ensemble des soins. Les propositions Dekker, modifiées par le plan Simons, prévoyaient plusieurs étapes de transition avant l'application complète de

la réforme. En 1992, la révision de la loi sur les tarifs de soins permettait aux assureurs de négocier avec les prestataires de soins des tarifs inférieurs aux tarifs officiels. L'abolition des différences entre caisses d'assurance publiques et assurances privées n'a cependant jamais été effective. Les assurés dont les revenus sont inférieurs au seuil (soit 63 % de l'ensemble environ) se sont en effet vu ouvrir la possibilité de choisir librement leur assureur, mais seulement au sein des caisses publiques agréées.

Pour certains experts³, l'échec de la réforme Dekker-Simons a été en partie dû au fait que les conditions préalables à une introduction de la concurrence n'étaient pas remplies : mise en place d'une méthode appropriée de péréquation du risque, évaluation des produits, tarification à la pathologie et mesure de la qualité des soins, information appropriée du patient.

Durant la période 1994 à 2000, la politique sévère de régulation des dépenses développée par la coalition « pourpre »⁴ a conduit à de fortes réductions des lits d'hospitalisation et du nombre de praticiens, et à l'accroissement des listes d'attente, générateur de mécontentement dans la population.

La nouvelle réforme votée par la Chambre haute en juin 2005 devrait entrer en application en 2006. Elle supprime pour les soins courants la distinction entre caisses maladie publiques et privées. Un système complexe de « péréquation du risque » a été mis en place entre les caisses. La part de l'assuré dans le financement des soins courants devient forfaitaire, les primes d'assurance étant l'un des éléments de la concurrence entre caisses. L'AWBZ n'entre pas dans les mécanismes concurrentiels prévus par la loi, mais son contenu est réduit. Le mode de financement des hôpitaux doit également être modifié progressivement, passant d'un budget global à un système de rémunération à la pathologie.

En Allemagne,

l'introduction de la concurrence entre les caisses maladie, assortie d'un mécanisme de compensation, a été l'une des orientations majeures de la réforme Seehofer, mise en place à compter de 1996. Les autres points importants de cette réforme concernent l'instauration de forfaits par pathologie pour le financement des hôpitaux, et une régulation de la démographie médicale via des incitations pour les médecins s'installant dans les zones sous-médicalisées.

Le déficit récurrent des caisses maladie (3,4 milliards d'€ en 2002), les perspectives démographiques peu favorables et la question du coût du travail ont incité les responsables à proposer une nouvelle réforme, qui a été négociée en 2003 entre le gouvernement et l'opposition. La participation financière des assurés est sensiblement accrue. À partir de 2004, des tickets modérateurs nouveaux ont été introduits, dont un forfait de 10 € par trimestre, versé au praticien lors de la première visite. Pour inciter les patients à passer par un médecin généraliste avant toute visite à un spécialiste, le forfait n'est pas dû lorsque le patient consulte préalablement son médecin traitant. De même, les visites de prévention n'entrent pas dans le champ de cette nouvelle réglementation. L'objectif affiché de cette introduction d'un paiement partiel des consultations, est de responsabiliser l'assuré en diminuant le « nomadisme » médical et la surconsommation de soins. Les tickets modérateurs à la charge des patients sur les médicaments et le forfait hospitalier sont également augmentés. Par ailleurs, le taux de cotisation des retraités est désormais aligné sur celui des actifs.

La réforme exclut de l'assurance obligatoire, à compter de 2005, les prothèses dentaires et les lunettes qui devront être couvertes par une assurance séparée, qui pourra elle-même être publique ou privée. Il en est de même pour les indemnités journalières

3 Helderman JK, Schut FT, Van der Grinten TED, Van de Ven WPMM, « *Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands, Erasmus* », University, Rotterdam

4 Coalition rassemblant les partis politiques de gauche et de droite et excluant pour la première fois depuis 1917, les chrétiens démocrates.

maladie ou maternité. Cette couverture maladie obligatoire est donc recentrée sur un « noyau dur » de soins médicaux proprement dits.

La restructuration de l'organisation de la gestion de l'assurance maladie légale est également un des objectifs de la réforme. L'obligation d'équilibre comptable des caisses maladie est réaffirmée, ainsi que l'interdiction qui leur est faite de recourir à des emprunts. Une fusion des caisses d'assurance maladie et une modification des modes de péréquation du risque sont par ailleurs prévues. L'un des points essentiels de la réforme porte, en outre, sur la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de pratiquer, dans certaines limites, une contractualisation sélective avec les médecins par l'intermédiaire d'une convention individuelle, mais le recours à cette option est de fait resté limité (cf. infra). Les caisses maladie sont aussi encouragées à développer des programmes de *Disease Management* (programmes de gestion thérapeutique), pour la prise en charge des maladies chroniques.

L'amélioration de la qualité des soins est présentée comme l'un des objectifs importants de la réforme. Un Centre national pour la qualité des soins est créé, avec mission de définir des standards de soins et de proposer des recommandations de bonne pratique.

La question du financement futur de l'assurance maladie est actuellement objet de débats. Une commission d'experts, la commission Rürup, a proposé deux scénarios. Dans le premier, une assurance universelle, financée par un prélèvement proportionnel sur l'ensemble des revenus (« assurance citoyenne ») serait mise en place. Dans le second, le financement de l'assurance maladie serait fondé sur une contribution forfaitaire non liée au revenu, assortie de transferts fiscaux pour en compenser les effets anti-redistributifs. Avant les élections avancées à septembre 2005, la première option était défendue par le SPD et

les Verts et la seconde par la CDU et le parti Libéral. Les syndicats de salariés sont plutôt partisans de la mise en place d'une « assurance citoyenne », dans la mesure où elle ferait participer d'autres types de revenus que les salaires au financement de l'assurance maladie, tout en cherchant à conserver les bases d'un financement paritaire salarié/employeur.

Quel que soit le système qui sera adopté dans l'avenir, se profilent donc des modifications du mode de financement traditionnel de l'assurance maladie, qui, dans une logique bismarckienne, s'appuie sur une cotisation assise sur les salaires, acquittée à parité par les salariés et les employeurs.

En Suisse,

après l'échec d'un projet de révision de la loi LAMal en 2003, le Conseil fédéral vient de proposer plusieurs réformes qui seront négociées par étapes. Plusieurs mesures visent d'abord à proroger les dispositions actuelles en matière de péréquation des risques, et de participation financière des cantons en attendant l'adoption de nouvelles règles. Les tarifs cadres pour la rémunération des prestataires de soins sont gelés, ainsi que l'installation de nouveaux médecins, et ce jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation qui devra intervenir au plus tard fin 2006. L'un des points importants de la réforme envisagée porte sur l'introduction de la liberté pour les assureurs, de contracter avec des offreurs de soin du secteur ambulatoire, alors que cette contractualisation sélective ne peut aujourd'hui être pratiquée que dans le cadre des réseaux de soins. Par ailleurs, le projet de réforme prévoit la promotion des dispositifs d'assurance à réseaux de soins intégrés (*managed care*).

En Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse,

les éléments de concurrence introduits par les réformes ont donc eu pour objectif de mieux maîtriser le

coût des soins et d'en améliorer l'efficacité. Pour autant, aucun de ces pays n'a souhaité laisser jouer librement la concurrence entre assureurs. Au contraire, les réformes se sont en même temps attachées à renforcer les mécanismes collectifs de financement pour garantir la solidarité du système, à définir au niveau national un panier de biens et services obligatoirement couvert et à mettre en place des dispositifs pour éviter la sélection des risques par les assureurs.

Toutefois, une deuxième étape des réformes prévoit le développement d'une contractualisation sélective et la transformation des assureurs maladie en gestionnaires de réseaux de soins, ce qui serait bien sûr facteur de modifications structurelles importantes non encore perceptibles aujourd'hui⁵.

Une concurrence organisée entre assureurs, encadrée par un objectif de solidarité

Aux Pays-Bas,

la mise en place de la liberté de choix par l'usager de son assureur maladie a suivi plusieurs étapes.

Au sein du second compartiment des assurances sociales (ZFW), consacré aux soins courants, les assurés couverts par le système ont, depuis le début des années 1990, le choix de leur caisse maladie. Ils peuvent changer d'assureur chaque année. À partir de 1992, les caisses publiques maladie qui avaient, comme en Suisse, une compétence régionale, ont été autorisées à définir elles-mêmes leur propre périmètre géographique.

Cette mise en concurrence des caisses ne s'applique toutefois qu'aux soins courants. Le problème de prise en charge des risques lourds a été résolu par l'exclusion de l'AWBZ du champ de la concurrence. Le champ de l'AWBZ sera toutefois restreint en 2006 aux risques les plus lourds, considérés par les pouvoirs publics comme « inassurables », à savoir les pathologies graves et chroniques. La prise en charge des soins

5. Duriez Marc, « Le rôle de la concurrence dans la conduite des systèmes de santé en Europe », Drees, *Solidarité santé*, n°1, 1998.

psychiatriques de courte durée sera transférée au second compartiment universel (ZWW). Enfin, l'État devrait transférer aux municipalités le coût des maisons de retraite ainsi que les aides à domicile destinées aux personnes âgées et handicapées (projet de loi WMO).

La réforme adoptée en 2005 met donc en place un second compartiment universel concernant les soins courants dans lequel régimes d'assurance sociale et assurances privées à but lucratif entrent en concurrence. Les assureurs n'ont, dans ce cadre, pas le droit de refuser un assuré, quel que soit son profil de risque. Chaque assureur fixera librement le montant de la prime demandée, mais celle-ci doit être identique pour tous les assurés quels que soient leur âge et leur état de santé. Afin de sensibiliser les usagers aux coûts réels des soins, la nouvelle loi laisse toutefois les assurés choisir librement le montant des sommes restant à leur charge et abandonne le principe d'une cotisation uniquement liée au revenu. L'assuré aura ainsi dans le cadre d'une assurance maladie couvrant un panier de soins « de base », le choix entre différents niveaux de franchise qui vont moduler le montant de sa prime. Toutefois, la loi fixe un niveau maximal de franchise pour protéger les assurés.

Si la part de l'employeur dans le financement de l'assurance maladie reste calculée en fonction du revenu du salarié⁶, la part de l'assuré devient forfaitaire. L'objectif affiché est que ce financement soit assuré, globalement, à parité par l'employeur et l'assuré.

Pour la majorité des Néerlandais, cette réforme devrait se traduire par une augmentation sensible de leur contribution. Selon le Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, la prime nominale sera en moyenne de 1 100 € par an par adulte contre, actuellement, 390 € par an en moyenne pour les assurés des caisses publiques (ZFW). En revanche, les

primes versées par les assurés privés devraient se trouver réduites (leur prime est de 2 000 € en moyenne en 2005).

Des dispositions fiscales sont en outre prévues pour réduire l'effet anti-redistributif de l'introduction d'une prime non liée au revenu. Les ménages à revenus modestes (moins de 30 000 € bruts par an) bénéficieront ainsi d'une compensation fiscale versée sous forme de crédit d'impôt. Celle-ci s'élèvera à 420 € maximum pour les personnes vivant seules et à 1 200 € maximum pour les couples. Toutes les catégories d'assurés devraient toutefois connaître une perte financière, à l'exception des parents d'enfants âgés de moins de 18 ans (qui ne paient plus de prime pour leurs enfants mineurs⁷).

Pour sensibiliser les usagers à la maîtrise des dépenses de santé, une « ristourne » (qui pourrait se monter à environ 255 €) devrait en outre être accordée aux personnes qui n'ont pas eu recours au système de soins au cours de l'année. Les adversaires de cette mesure font cependant valoir qu'elle comporte un risque de report de soins de la part des usagers, d'inégalité d'accès aux soins, et peut être génératrice de dépenses supplémentaires. Une solution de compromis a cependant été trouvée, le recours au médecin traitant laissant ouvert le bénéfice de la « ristourne ».

Les associations de consommateurs, particulièrement puissantes aux Pays-Bas, ont globalement soutenu la réforme dans la mesure où celle-ci ouvre des possibilités accrues de choix aux assurés. Elles se sont engagées à mettre en place des programmes d'information permettant, en fonction des caractéristiques de la personne (sexe, âge, antécédents médicaux), de déterminer l'offre d'assurance la plus adéquate. Les syndicats s'étaient pour leur part montrés très réservés sur la réduction éventuelle de la couverture des soins lourds et

coûteux (AWBZ) – domaine où les enjeux d'emploi (aide aux personnes) sont très importants – et sur le transfert de certains soins sociaux et ménagers aux municipalités. Une de leurs principales préoccupations porte également sur les mesures fiscales prises pour réduire les effets anti-redistributifs des primes nominales. Les médecins de ville ont quant à eux manifesté à plusieurs reprises leur opposition aux éléments de réorganisation des soins que comporte cette réforme.

En Allemagne,

la multiplicité des caisses d'assurance maladie, née du croisement de critères professionnels et géographiques, posait un problème d'efficacité. La possibilité donnée aux assurés allemands (1992) de choisir librement leur caisse d'assurance maladie visait tout d'abord à diminuer fortement le nombre de caisses. La concurrence à laquelle se sont livrés les caisses maladie a dans un premier temps entraîné un certain nomadisme des assurés. Ceci a conduit le gouvernement social-démocrate à intervenir en 2000, pour en réduire les effets : les possibilités de diminution des taux de cotisation ont été limitées, et une durée minimale d'affiliation de 18 mois a été prévue pour fidéliser les assurés à leurs caisses. Ce nomadisme a surtout profité aux caisses d'entreprise (BKK) dont la structure de risque était la plus favorable et dont le nombre d'affiliés a doublé depuis l'introduction des mécanismes de concurrence.

Le nombre de caisses reste cependant relativement élevé atteignant encore 290 en 2005. Les responsables politiques espèrent que la réforme de 2004, qui rend possible la fusion entre caisses de régimes différents, accélérera le processus de réduction du nombre de caisses.

En Suisse,

6. Les fonds issus du paiement de cette cotisation sont versés à un fonds central qui les répartit entre assureurs maladie au prorata du nombre de personnes couvertes tout en tenant compte des règles de péréquation du risque.

7. La couverture maladie des enfants mineurs ne donne donc lieu à aucun paiement, contrairement au système antérieur pour les assurés privés dont la prime dépendait du nombre de personnes couvertes, enfants y compris. Le coût de cette couverture sera supporté par l'État.

l'assurance maladie obligatoire peut être souscrite librement auprès de n'importe quel assureur enregistré auprès de l'Office fédéral de l'Assurance sociale. Toutefois, l'assuré ne peut choisir son assureur qu'au sein du canton où il réside et ne peut changer d'assureur plus de deux fois par an. Les assureurs ne peuvent refuser d'assurer une personne, et doivent proposer des primes égales à tous ses assurés pour un même type de contrat. Chaque caisse peut cependant distinguer trois zones tarifaires au sein d'un même canton (zone urbaine, semi-urbaine et rurale). Un mécanisme de compensation et de péréquation des risques a par ailleurs été mis en place, en accompagnement de l'obligation d'assurance.

Les primes sont payées *per capita* sur la base de trois groupes d'âge : enfants de 0 à 18 ans, jeunes adultes de 19 à 25 ans et adultes (26 ans et plus). Ce calcul *per capita* pose des difficultés aux familles à bas ou moyen revenu avec des enfants, malgré l'aide possible apportée par les cantons. Le montant de ces aides varie en effet fortement selon les cantons, qui peuvent fixer librement le plafond de revenu ouvrant droit à l'aide ainsi que son montant⁸.

Les écarts entre les primes proposées par les assureurs sont très élevés. Celles-ci varient du simple au double selon les cantons, les différences étant également sensibles à l'intérieur d'un même canton selon les compagnies d'assurance. Les augmentations de primes ont, en outre, été globalement très importantes au cours de ces dernières années (plus de 10 % entre 2001 et 2002). Malgré l'importance de ces écarts et l'action des organisations de consommateurs, qui diffusent largement les tarifs demandés par les différentes compagnies, environ 85 % de la population

n'a selon l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) jamais changé d'assureur depuis l'introduction de la LAMal, et seule un peu moins de 4 % de la population en change chaque année. Il semble que le frein principal à ces mobilités soit l'assurance complémentaire qui est généralement souscrite chez le même assureur que l'assurance obligatoire⁹.

Des systèmes de péréquation des risques entre assureurs

L'un des principaux risques de la concurrence dans les systèmes d'assurance santé est d'inciter à une « sélection des risques », qui peut apparaître plus facile à mettre en œuvre qu'une réelle différenciation de la qualité ou du coût des soins proposés (encadré 3)¹⁰.

Face à ce risque de sélection des assurés en fonction de leur état de santé, la mise en concurrence des caisses maladie s'est accompagnée, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse, de règles visant à protéger les assurés. Les trois pays ont ainsi mis en place des systèmes de péréquation des risques plus ou moins sophistiqués. Ces compensations n'ont pas pour but d'égaliser les situations financières des caisses, mais de compenser les écarts entre les risques qu'elles supportent.

Aux Pays-Bas,

les réflexions sur les facteurs à prendre en compte dans la péréquation ont été très approfondies. Dès l'introduction de la concurrence entre caisses maladie, un système de péréquation du risque à plusieurs niveaux a été introduit : entre caisses sociales publiques, entre celles-ci et assurances privées et enfin de façon interne entre assureurs privés. Une péréquation concerne la couverture standard imposée par l'État (WTZ) pour les personnes ne relevant

pas de l'assurance obligatoire et présentant des risques lourds pouvant les empêcher de trouver à s'assurer (encadré 2). La nouvelle loi unifie et perfectionne ces mécanismes de compensation des risques qui feront l'objet d'évaluations permanentes.

En Allemagne,

le libre choix de leur caisse maladie par les assurés sociaux pose, comme dans les deux autres pays, la question des disparités entre les populations couvertes. Ainsi, les AOK, caisses locales, ont gardé une clientèle plus âgée et à revenus plus modestes que les caisses des autres régimes. Ces écarts entre les âges, et les origines sociales ou géographiques des populations prises en charge engendrent des variations de 1 à 3 des taux de cotisations. Pour prendre en compte ces écarts dans les risques couverts, un système de transferts financiers entre les caisses a été mis en place, en fonction des caractéristiques socio-démographiques des populations couvertes. La question des risques difficiles à assurer est prise en compte dans le cadre de cette péréquation. En 2007, une compensation des risques liée à l'état de santé des assurés sera introduite et s'accompagnera d'une réflexion sur l'évolution du pool de hauts risques mis en place depuis 2002 (encadré 2).

En Suisse,

le mécanisme de péréquation est moins élaboré : la compensation des risques n'est liée qu'à l'âge et au sexe. L'objectif des versements compensatoires est ainsi d'égaliser, à l'intérieur d'un canton, l'impact financier des risques liés à l'âge et au sexe des assurés. L'imperfection de ce système de compensation entraîne toutefois selon les experts l'existence d'une sélection des risques par les assureurs.

8. Ainsi, pour une personne seule le revenu maximum pour avoir droit à une subvention cantonale variait en 2001 de 22 000 francs suisses dans le canton du Tessin à 40 000 francs suisses dans le canton de Neuchâtel.

9. Selon l'OCDE, les usagers qui changent d'assureurs sont concentrés dans le groupe d'âge 26-40 ans, se déclarent en bonne ou très bonne santé et appartiennent plus fréquemment à un canton parlant français ; Colombo Francesca, « *Towards More Choice in Social Protection ? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland* », Occasional Papers, n° 53, septembre 2001, OCDE.

10. Van de Ven Wynand, « *La sélection des risques dans le marché de l'assurance maladie* », in *Enlèvement de la réforme de la compensation des risques ?*, Risk Adjustment Network (RAN), Ed. K.Beck, 2004.

11. Holly A., Gardiol L., Egli Y., Yalcin T, Ribeiro T, « *Health-based risk adjustment in Switzerland* », RAN, 2004.

Les systèmes de péréquation du risque en Allemagne et aux Pays-Bas

La « péréquation du risque » dans le système d'assurance maladie néerlandais.

Pour pallier les inégalités de risque des différentes populations couvertes au titre du second compartiment (cf. tableau 1) les autorités néerlandaises ont progressivement mis en place des procédures complexes de transferts financiers entre caisses.

Entre assurances privées : le coût de la prise en charge des personnes assurées au titre du WTZ (personnes relevant des assurances privées mais présentant un risque important) est couvert pour moitié par une prime forfaitaire acquittée par les autres personnes couvertes par les assurances privées.

Entre assurances privées et fonds d'assurance maladie ZFW. Les caisses d'assurance obligatoire couvrant une population en moyenne plus âgée, les personnes couvertes par les sociétés d'assurance privées payent une seconde prime, forfaitaire, qui compense la différence de risque.

Entre les fonds d'assurance maladie ZFW. Un « Fond central » perçoit la totalité des cotisations et en assure la péréquation du risque en redistribuant les sommes perçues aux différentes caisses d'assurance maladie en fonction des caractéristiques des populations qu'elles couvrent. Différents critères ont été introduits au cours du temps : âge et sexe (1993), mode d'assurance (sont distingués ici les personnes assurées comme actifs, accidentés du travail, bénéficiaires de l'aide sociale, chômeurs, personnes âgées) (1995/1999), degré d'urbanisation et variations régionales d'état de santé (1995/2002), groupes de « coûts pharmaceutiques » (mise en place depuis 2002). En utilisant l'ensemble de ces critères une première valeur de la subvention d'ajustement du risque est calculée. Cette opération de péréquation du risque n'est pas réalisée de façon uniforme pour tous les types de soins. Des groupes de coûts sont distingués en fonction de la capacité plus ou moins grande des caisses à agir : soins ambulatoires, coûts variables d'hospitalisation, soins de spécialistes, coûts fixes d'hospitalisation.

Le dispositif est évolutif. Il dépend tout à la fois de la disponibilité des données et des choix politiques en matière de répartition du risque.

La « péréquation du risque » dans le système d'assurance maladie allemand.

Dans le système d'assurance allemand certaines caisses maladie (les caisses professionnelles) couvrent des personnes actives tandis que d'autres caisses (les caisses locales) prennent également en charge des retraités. À l'intérieur même des caisses professionnelles les différences de structures d'âge, de caractéristiques des emplois et des risques qui y sont liés, produisent des niveaux de risques couverts évidemment différemment. Le système de péréquation du risque entre les caisses d'assurance maladie allemandes était donc nécessaire, et a été mis en place, avant même que les assurés aient la possibilité de choisir librement leur caisse d'assurance maladie.

La compensation des risques mise en place en 1994 s'appuyait sur le sexe, l'âge, la perception ou non d'une rente d'invalidité, et également sur le revenu des personnes assurées.

Il est apparu au cours du temps que la place des maladies chroniques dans la structure de risque était insuffisamment prise en compte. Dans les faits les migrations d'assurés, rendues possibles par le libre choix de la caisse, ne se sont pas accompagnées d'une homogénéisation des caractéristiques des assurés des différentes caisses. L'idée que la compensation de la structure des risques ne serait nécessaire qu'à titre transitoire, la libre circulation des assurés devant faire disparaître les disparités « historiques », s'est révélée fautive.

Une loi votée par le Bundestag à la fin de l'année 2001 met en place une réforme graduelle de la compensation des risques qui s'articule autour de trois mesures :

- Instauration, à partir de 2002, d'un « pool de risques » destiné à contribuer au financement solidaire des cas de prestations onéreux (« cas aux coûts élevés »). Pour les assurés dont les dépenses sanitaires excèdent le seuil de 20 500 € par an, le pool de risques compense partiellement (60 %) les dépenses excédant ce montant. Le niveau du seuil choisi est un sujet de débat car il influe sur l'impact de ce « pool de risques ».
- Introduction, à partir de 2003, des programmes de gestion thérapeutique pour certaines maladies chroniques dans le système de compensation. Les assurés inscrits dans un « programme de gestion thérapeutique », sur la base du volontariat, constituent des groupes de risques séparés, différenciés selon le sexe, l'âge et le degré d'invalidité; les dépenses moyennes de ces groupes sont prises en compte dans le calcul de la péréquation. Cette modalité de péréquation du risque est source de débats dans la mesure où certains experts considèrent que les caisses maladie ont intérêt en fait à inscrire le plus d'assurés possible dans ces programmes.
- Instauration d'un système de compensation lié à la morbidité à partir de 2007 sur la base d'une expertise réalisée en 2004.

Dans une publication récente¹¹, le *Risk Adjustment Network* (RAN) montre « qu'il n'existe aucun pays à part la Suisse qui présente en même temps une concurrence si marquée sur le plan des primes et qui a une forme aussi rudimentaire de compensation des risques. » Cette dernière est, en outre, calculée de façon rétrospective et non prospective. Il s'agit donc plutôt d'une compensation des coûts a posteriori. Ce système s'applique en outre exclusivement au niveau des cantons¹².

Dans les trois pays, un panier de biens et de services obligatoirement couverts par les assureurs est défini au niveau national

Dans chacun des trois pays, les textes tentent par ailleurs de définir un panier de biens et services obligatoirement couverts par les assurances santé, sachant que la décision finale relève souvent d'un compromis après l'intervention de débats publics.

Aux Pays-Bas,

l'existence de plusieurs compartiments d'assurance distincts a rendu très tôt nécessaire la réflexion sur le contenu d'un panier de soins pris en charge par chacun d'entre eux. La délimitation des biens et services couverts par les différents compartiments est votée par le Parlement sur proposition du ministre de la santé. La proposition du ministre s'appuie sur des avis d'experts.

Le panier de biens et services est défini chaque année sur la base de quatre critères mis au point en 1991 par le Comité sur les choix de santé, couramment appelé Comité Dunning, du nom de son président : la nécessité des soins, leur efficacité, leur efficacité, et le caractère collectif de la responsabilité dont ils relèvent. Pour déterminer les services nécessaires, trois groupes de services sont distingués : les services utiles à tous les membres de la communauté et qui garantissent un fonctionnement normal de la société, les services utiles à tous les membres de la société

pour les maintenir capables de participer à l'activité sociale et enfin les services dont la nécessité est déterminée par la sévérité de la pathologie et par le nombre de patients souffrant de cette affection. Sont considérés comme relevant de la responsabilité individuelle et ne faisant donc pas partie des prestations couvertes collectivement, les soins dont le coût est élevé et dont les chances de réussite sont faibles.

En Allemagne,

si la définition générale du panier de soins est prévue par la loi, le contenu précis de ce panier est discuté au sein d'un Comité fédéral composé de représentants des caisses, des hôpitaux et des unions de médecins. Au sein de ce comité, le gouvernement n'a qu'une voix consultative. Les caisses maladie sont tenues d'offrir à leurs assurés les prestations comprises dans le panier dont le contenu est arrêté au niveau national. La dernière réforme en a exclu la prise en charge des prothèses dentaires, des lunettes et les indemnités maternité, qui peuvent être incluses dans une assurance complémentaire offerte par les caisses maladie.

En Suisse,

la loi LAMal indique que les prestations couvertes par l'assurance maladie doivent être « efficaces, appropriées et économiques ». Le contenu du panier de biens et services est défini par la loi. Il est très large, la principale exclusion se rapportant aux soins dentaires. Le catalogue des prestations couvertes obligatoirement par les assureurs a été élargi en 1999, date à laquelle certains services (médecine alternative) relevant de l'assurance complémentaire y ont été intégrés.

Des assureurs qui ne sont pas encore de réels « entrepreneurs » de soins

L'introduction de la concurrence entre assureurs maladie intègre dans sa logique économique l'idée de faire évoluer ceux-ci vers des fonctions « d'entrepreneurs de soins », susceptibles de proposer une offre différen-

ciée en termes de coûts et de qualité. Dans les systèmes bismarckiens, l'instrument principal de cette intégration entre fonctions d'assurance et d'offre de soins est la « contractualisation sélective » dont l'extension reste toutefois à ce jour assez limitée.

Si en Suisse, certains assureurs contractent avec des réseaux de soins HMO (*Health Maintenance Organizations*, organismes qui gèrent et organisent les soins de leurs affiliés) ou des réseaux de médecins généralistes, cette pratique reste très peu répandue aux Pays Bas, tandis qu'en Allemagne, des expériences sont en cours de réflexion mais n'ont pas encore abouti.

Ainsi aux Pays-Bas,

si en théorie les assureurs ont le droit de signer des conventions sélectives avec des médecins généralistes, et de négocier avec eux des tarifs différents de ceux approuvés officiellement (*Health Care Prices Act*, 1992), la pratique apparaît différente. En 1995, le Conseil des caisses maladie avait ainsi montré que cette option n'avait jamais été mise en œuvre. Depuis, la situation a peu évolué, la principale raison en étant que les Pays-Bas sont en déficit de médecins généralistes.

De plus, les autorités néerlandaises se sont heurté, durant la période de transition, à la difficulté de passer d'un système de compensation des risques fondé sur un remboursement rétrospectif aux caisses maladie à un système prospectif fondé sur un paiement ajusté en fonction des caractéristiques de l'assuré (encadré 2). Le gouvernement souhaite que les caisses maladie puissent désormais, grâce à une péréquation des risques plus sophistiquée prenant en compte les pathologies des patients et leurs consommations passées de médicaments, arriver à faire jouer la concurrence entre praticiens par des contrats sélectifs. Les pouvoirs publics espèrent, par ailleurs, surmonter la pénurie de médecins grâce à un apport de médecins étrangers et à une révision de la répartition des compétences entre médecins et infirmiers.

12. « Vers des systèmes de santé plus performants », OCDE, 2004.

La concurrence entre assureurs maladie dans les systèmes « bismarckiens » de protection sociale : quels enjeux économiques ?

La distinction traditionnelle entre systèmes « bismarckiens » et « beveridgiens » de protection sociale renvoie généralement à une opposition institutionnelle entre, d'une part des régimes fondés sur l'assurance sociale, dans lesquels les droits de chaque assuré à la couverture des grands risques sociaux – retraite, chômage, accidents du travail, maladie, etc. – sont conditionnés au versement de contributions personnelles au financement de ces risques, et d'autre part des régimes assurant une couverture universelle de la population, sans préalable contributif, et financés par l'impôt général.

On sait que cette distinction institutionnelle peine à rendre compte de la diversité des systèmes de protection sociale opérant effectivement aujourd'hui dans les pays européens. En revanche, elle peut avoir une pertinence pour l'analyse économique des systèmes de santé et d'assurance maladie, dans la mesure où dans les organisations « bismarckienne » de la protection sociale, l'assurance maladie et l'organisation des soins sont deux dispositifs distincts, alors que dans les organisations « beverdigienne » ils sont intégrés au sein des « systèmes nationaux de santé ». La relation à cet égard est directe entre le système national de santé et les offreurs de soins, les assurés n'ayant généralement pas à faire l'avance des frais ni à percevoir de remboursements.

Dans les systèmes « bismarckiens » sont juxtaposés deux systèmes distincts : l'assurance maladie qui perçoit les contributions des assurés et leur rembourse les coûts de leurs soins ; dans le même temps, l'avance de ces frais sert de ressources aux offreurs de soins et leur permet d'organiser leur activité. Il existe donc une relation circulaire entre les patients, l'assurance maladie et les structures de soins, même si celle-ci peut être allégée comme dans le cas de l'hospitalisation pour laquelle il est fréquent que l'assurance maladie finance directement les hôpitaux sans que les patients aient à avancer des frais qui peuvent atteindre des montants élevés.

L'analyse économique a montré qu'il pourrait être souhaitable que l'assurance maladie joue le rôle d'acheteur avisé de soins pour le compte des assurés qui n'ont pas pour leur part la possibilité de juger de façon parfaitement informée de l'adéquation des soins offerts aux pathologies à traiter sous contrainte d'utilisation proportionnée des ressources disponibles pour la santé. Mais dans une telle structure de relations, un ensemble de problèmes sont à résoudre en raison du fait que les trois partenaires ne soient pas placés en situation informationnelle égale : par exemple, les assureurs ne savent pas exactement si les dépenses présentées au remboursement par les patients correspondent réellement aux soins requis, ou si les professionnels de santé ont prescrit les biens et services médicaux réellement adaptés aux pathologies qu'ils traitent.

La question de la transition d'un régime de monopole d'assurance maladie publique à la mise en concurrence régulée d'assureurs privés chargés de dispenser les remboursements légaux des soins implique en premier lieu de vérifier que cette concurrence ne s'inscrit pas dans un système où les assureurs ont la possibilité de moduler leurs tarifs selon les risques individuels, ce qui conduirait à une perte d'efficacité économique et sociale et à la remise en cause de la solidarité du système. Dans ce cadre elle doit également s'apprécier à l'aune de sa capacité à obtenir des soins tant le bilan « coût bénéfice » est le meilleur possible, à savoir des soins de qualité aux meilleurs coûts. Si cette mise en concurrence se traduit par la possibilité donnée aux assureurs de contractualiser de façon sélective avec les professionnels de santé, de décider si tel ou tel d'entre eux appartient au réseau

au sein duquel les assurés peuvent bénéficier du remboursement des soins, elle peut conduire à inciter chaque offreur de soins à réaliser le couple coût / qualité des soins promu par l'assureur pour ne pas perdre son agrément. La question est alors celle des incitations qu'ont assureurs et offreurs de soin à proposer à l'ensemble des assurés des soins dont la qualité n'est pas remise en cause.

Si une amélioration de la qualité des soins ou une diminution des coûts peuvent à cet égard être espérées par une mise en concurrence des assureurs habilités à dispenser les remboursements légaux d'assurance maladie. Elle peut aussi entraîner des effets pervers, dont outre les problèmes de qualité des soins, le principal est le risque de sélection des patients. En effet, dans la mesure où les contributions individuelles à l'assurance maladie sont indépendantes des risques individuels, chaque assureur doit pour maîtriser ses coûts veiller à attirer à lui des assurés dont la distribution des risques morbides reflète la distribution moyenne de ces risques de l'ensemble de la population. Or il existe on le sait une forte hétérogénéité des risques individuels, qui peut aboutir à ce qu'un assureur ait un portefeuille d'assurés particulièrement favorable ou défavorable. Une part de cette hétérogénéité est observable, liée au sexe, à l'âge, au milieu social, etc. : dans ce cas, il est possible de neutraliser les risques pour les assureurs liés à la composition des assurés au regard de ces variables observables, en réalisant une péréquation financière entre assureurs pour tenir des différences entre les portefeuilles d'assurés des différents opérateurs. Mais une autre part de l'hétérogénéité des risques individuels est inobservable ou imparfaitement observable, en particulier celle liée à des événements antérieurs vécus par les assurés, à certaines pratiques de consommation, etc. : l'assureur est alors tenté de mettre en place des mécanismes de sélection des meilleurs risques, par exemple en adjoignant aux contrats d'assurance maladie des mécanismes de signalement permettant d'attirer ces meilleurs risques (l'exemple suisse des abonnements à des clubs sportifs offerts en cas de souscription des contrats). Il existe donc une possibilité que la concurrence entraîne des mécanismes « d'écrémage » qui excluent des meilleurs contrats les personnes à haut risque maladie, ou en situation économique précaire, etc. Aussi il y a un risque d'insuffisance de la mutualisation des risques, qui est inhérente à la difficulté des mécanismes des marchés d'assurance à prendre en compte les problèmes d'asymétrie d'information entre assurés et assureurs, et qui tranche avec le fait que les régimes publics d'assurance maladie à adhésion obligatoire affilient tous les assurés quels que soient leurs risques individuels.

Par ailleurs, dans la mesure où choisir un assureur maladie implique pour le patient l'accès uniquement aux professionnels de santé faisant partie du « réseau » de l'opérateur, on peut s'interroger sur les moyens dont il disposera pour faire un choix éclairé.

Un autre problème fréquemment évoqué est enfin celui des coûts de gestion induits par la mise en concurrence des assureurs. Alors que les régimes publics d'assurance maladie en position de monopole supportent des frais de gestion s'élevant généralement à une fraction de l'ordre de 5 % des prestations versés aux patients, les coûts de gestion supportés par les assureurs maladie privés sont souvent sensiblement plus élevés, car ils doivent engager des frais commerciaux importants justement pour chercher à attirer à eux les meilleurs risques. Ici encore les gains potentiels liés à l'introduction de la concurrence dans l'offre d'assurance maladie risquent donc d'être remis en cause par la montée des coûts de gestion.

Les organisations de médecins se sont montrées, dans un premier temps, peu inquiètes de la réforme en cours. La situation a cependant évolué. Les généralistes néerlandais ont en effet mené, au cours de l'année 2005, des grèves suivies qui leur ont permis d'obtenir en juillet des améliorations notables du niveau de rémunération prévu, et surtout des garanties quant aux futures négociations entre médecins et assureurs sur les tarifs. En effet, contrairement au projet initial qui impliquait des négociations sélectives entre chaque assureur et chaque médecin, les compagnies d'assurance ont accepté le principe de négociations collectives entre l'organisation représentative des médecins et une représentation unifiée des assureurs.

En ce qui concerne les soins spécialisés, la volonté des pouvoirs publics d'évoluer vers une concurrence des prestataires de soins s'appuie sur la réforme du mode de rémunération des médecins spécialistes sur la base du DBCs (*Diagnosics and Treatments Combinations*). Depuis 2003, les assureurs et les hôpitaux peuvent négocier les tarifs sur la base de 100 pathologies déjà définies sur 600 en projet. Ces 100 DBC concernent les interventions où les listes d'attente sont les plus élevées.

Le financement des hôpitaux reposera désormais sur leur activité ce qui est de nature à favoriser une concurrence, au moins par comparaison, entre établissements. Les caisses d'assurance maladie pourront progressivement contracter avec les hôpitaux, très majoritairement privés non lucratifs pour une partie de leur activité, ainsi qu'avec les cliniques privées. Ces dernières, en très petit nombre, ne sont autorisées à s'installer que dans les secteurs où on observe des listes d'attente

La logique de ces réformes devrait conduire à ce que le choix par l'utilisateur de son organisme assureur induise dans le même temps, le choix d'un « réseau de soins » particulier, celui des professionnels qui auront passé des accords avec l'opérateur. Afin que le patient dispose de l'information nécessaire pour opérer un tel

choix, les associations de consommateurs mettent en place actuellement des programmes d'information en ce sens. Les premiers prototypes de ces programmes se sont heurtés à des protestations des assureurs concernant notamment les critères utilisés par ces associations.

En Allemagne,

le cloisonnement qui existe au sein du système de santé, essentiellement entre le secteur ambulatoire et l'hôpital, est un problème central. Plusieurs réformes ont cherché à y remédier. Pour les promoteurs de la réforme de 2004, la mise en concurrence pourrait avoir des effets dans ce sens sur l'organisation du système de santé. Mais cette réorganisation reste délicate à mettre en application dans la mesure où elle remet en cause les rapports entre les acteurs intervenant dans le champ de la santé.

Le financement de l'activité hospitalière va désormais s'appuyer sur la tarification à l'activité, dont la mise en œuvre a débuté en 2002 dans certains établissements. Tous les acteurs s'accordent à considérer que l'Allemagne est suréquipée en lits de soins aigus et que les durées d'hospitalisation pourraient être réduites. Mais, les Länder disposant de compétences importantes en matière d'investissements hospitaliers, apparaissent souvent réticents à abandonner à d'autres acteurs (caisses maladie, hôpitaux) les décisions en matière d'offre hospitalière et de restructurations, en raison des enjeux d'emploi et des risques d'aggravation du chômage entraînés par une politique de réduction des lits hospitaliers.

S'agissant de la médecine de ville, les caisses d'assurance maladie, gérées de façon paritaire par les partenaires sociaux, négocient au niveau fédéral et au niveau de chaque Land, avec une Union de médecins qui se trouve, de fait, dans une situation de monopole. La première version de la réforme de 2004, qui avait reçu l'agrément des syndicats de salariés, envisageait de remettre en cause ce monopole, en accordant la possibilité aux caisses maladie de négocier des contrats particuliers avec des méde-

cins ou des groupes de professionnels. Toutefois, l'idée de supprimer le monopole des Unions de médecins a été abandonnée lors de la négociation politique menée entre le gouvernement et l'opposition, majoritaire dans la seconde chambre fédérale. La possibilité de passer des contrats sélectifs n'a été introduite que dans un cadre limité et pour seulement 1 % des dépenses dans le cadre des programmes de gestion thérapeutique ou *Disease management*. Les caisses maladie peuvent aussi signer, mais de façon là encore très encadrée, des conventions particulières avec certains médecins spécialistes exerçant à l'hôpital pour des consultations en ambulatoire et des contrats d'honoraires peuvent être conclus avec des centres de soins. Peu de caisses maladie semblent toutefois dans les faits souhaiter s'engager dans une voie potentiellement conflictuelle avec les associations de médecins.

L'Union nationale des médecins de caisse affirme, en effet, n'être pas hostile, *a priori*, à l'idée de contrats « sélectifs » entre certains professionnels et les caisses, mais a émis un certain nombre de réserves. Elle souhaite en particulier obtenir un droit de regard sur ces contrats au motif qu'ils sont financés sur la même enveloppe que le contrat global.

On peut ainsi constater que la transformation du rôle des caisses maladie en opérateurs de soins est loin d'être réalisée en Allemagne et se heurte à d'importants obstacles de mise en œuvre.

En Suisse,

le conventionnement sélectif n'est autorisé que dans le cadre de la législation relative aux réseaux de soins. La possibilité pour les assureurs de proposer à leurs adhérents l'accès à un réseau, et donc à un choix plus limité de fournisseurs de prestations, au lieu de l'assurance classique, avait été introduite entre 1990 et 1995 à titre expérimental et confirmé par la loi LAMal. Les modèles de *managed care* introduits en Suisse accordent une place centrale au médecin de famille qui guide le patient vers les soins spécialisés et hospitaliers. Deux

formules principales coexistent : les réseaux de médecins de famille et les HMO (*Health Maintenance Organizations*), réseau de soins global. Les réseaux des médecins de famille sont surtout répandus dans des cantons alémaniques (Thurgovie, Argovie et Schaffhouse). Toutefois, sur les 71 réseaux de ce type existant au début des années 2000, et qui prennent en charge un peu moins de 380 000 assurés, deux tiers d'entre eux regroupaient l'ensemble des médecins établis dans la région. Les réseaux HMO sont une formule encore moins répandue puisque début 2000, on ne comptait, en Suisse, que 28 HMO couvrant un peu plus de 100 000 assurés. A cet égard, après l'engouement du début, les usagers préfèrent souvent choisir une forme plus classique d'adhésion à une assurance maladie, bien que les primes demandées soient dans ce cas plus élevées. Si les assurés des réseaux de médecins de famille ne se différencient pas de l'ensemble des assurés des autres caisses maladie, selon une évaluation réalisée en 2000¹³, la clientèle des réseaux de soins HMO, en revanche, est surtout constituée d'adultes de 19 à 40 ans, présentant plutôt des

risques peu élevés. Les études réalisées montrent que le faible écho rencontré par ce type d'assurance est essentiellement lié au souhait des assurés de ne pas voir restreindre leur possibilité de choix de leur médecin.

En ce qui concerne les hôpitaux, les assureurs n'ont pas la possibilité de procéder à un conventionnement sélectif et doivent obligatoirement financer tous les hôpitaux agréés par le canton.

Beaucoup d'experts réclament aujourd'hui, la possibilité pour les assureurs de conclure des contrats sélectifs avec les fournisseurs de leur choix, mais le Conseil fédéral s'est opposé à une telle mesure lors de la 2^e révision de la loi sur l'assurance maladie obligatoire, loi LAMal. À cette occasion a été souligné le fait que les assureurs, pour sélectionner les médecins, n'ont pour seul critère que leur coût par patient, faute de disposer d'informations sur la qualité des soins.

Force est donc de constater que dans les trois pays étudiés, la distance est aujourd'hui importante entre la volonté de principe des pouvoirs publics de faire jouer des mécanismes de concurrence et son application sur

le terrain. Celle-ci est confrontée au fonctionnement habituel des structures en place et aux réticences des différents acteurs du système, qui ne souhaitent pas abandonner certaines de leurs prérogatives ou craignent le nouveau rôle qu'il est envisagé de leur faire jouer. En Allemagne, la mise en place de caisses maladie gestionnaires de réseaux de soins apparaît en effet susceptible de mettre en cause le rôle des Länder dans la politique hospitalière et le mode de régulation traditionnel à l'œuvre entre les caisses d'assurance maladie et les médecins. En Suisse, les cantons ne souhaitent pas non plus être absents des décisions relatives à l'hôpital. ●

13. Baur R., Braun U., « Bestandessaufnahme Besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (BSV) », Bern, 2000.