



Concurrence et antisélection en assurance maladie : l'expérience des Pays-Bas

Agnès Couffinhall et Lise Roचाix



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1868>
ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 1998
ISBN : 2-8041-3042-8
ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Agnès Couffinhall et Lise Roचाix, « Concurrence et antisélection en assurance maladie : l'expérience des Pays-Bas », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 02 | 1998/2, mis en ligne le 13 février 2007, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1868>

public economics
économie publique

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 2 – 1998/2



© De Boeck & Larcier s.a. 1998
Département De Boeck Université
Paris - Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite.

Imprimé en Belgique

D 1999/0074/138

ISBN 2-8041-3042-8
ISSN 1373-8496

économiepublique sur internet : www.economie-publique.fr

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496



Concurrence et antisélection en assurance maladie : l'expérience des Pays-Bas

Agnès COUFFINHAL
CREDES, Paris

Lise ROCHAIX
Département d'économie et ICI : Université de Bretagne, Brest

1. Introduction

Les possibilités ouvertes par le plan Juppé de sortir des règles du droit commun pour expérimenter dans le domaine des réseaux de soins ont suscité beaucoup d'intérêt chez les acteurs du système de santé, qu'ils soient impliqués dans l'offre de soins ou associés au financement des dépenses de santé. En particulier, la compagnie d'assurance AXA a proposé d'organiser un réseau d'offre de soins et de prendre en charge l'intégralité des dépenses de santé d'une population d'assurés, en contrepartie d'un financement forfaitaire de l'État. L'objectif de cette expérimentation est de démontrer qu'il est possible d'augmenter l'efficacité de la production et de l'allocation des soins en agissant tant sur le comportement des professionnels de santé que sur le comportement des assurés. Ce projet, qui n'a pour l'instant pas abouti a suscité de nombreux débats car il remet explicitement en cause l'un des piliers du système d'assurance maladie en France : le monopole de la Sécurité sociale sur l'assurance au premier franc.

Introduire la concurrence sur le marché de l'assurance maladie signifie abandonner l'accès de l'ensemble de la population à une couverture uniforme. Les assureurs dans un système concurrentiel sont en effet confrontés au problème de l'antisélection¹, qu'ils résolvent par la différenciation de leur offre, au risque de limiter l'accès à

l'assurance de certaines catégories de la population. Par delà cette différenciation, l'hétérogénéité des risques dans la population peut conduire les assureurs à adopter des comportements stratégiques de sélection des bons risques, dommageables en termes d'accès aux soins.

À l'aube d'expérimentations sur le marché de l'assurance maladie en France, il importe de mesurer les bénéfices attendus de la mise en concurrence des assureurs en termes d'efficacité. Il convient surtout d'en apprécier les implications au regard de l'équité, ainsi que les marges de manoeuvre dont dispose effectivement l'État pour garantir l'accès de tous aux soins. Pour ce faire, peuvent être mobilisés dans un premier temps les résultats de la théorie de l'assurance appliqués au champ de la maladie. La confrontation des résultats théoriques au fonctionnement réel des marchés s'avère toutefois indispensable, dans un deuxième temps, pour une appréciation fine de l'ensemble des stratégies développées par les acteurs.

Le système d'assurance maladie des Pays-Bas forme un terrain privilégié d'observation à double titre : la concurrence entre assureurs sur le marché de la couverture maladie y est déjà ancienne et l'intervention de l'État y est aussi très marquée. L'architecture du système est en conséquence complexe et articulée à la fois autour de la nature du risque et du niveau de revenu des assurés. L'assurance peut être divisée en trois compartiments qui portent sur des soins différents :

- Les dépenses liées à des **risques exceptionnels** (31 % du total des dépenses en 1996) couvertes par une assurance obligatoire uniforme ;
- Les dépenses liées à des **risques courants** (y compris des affections aiguës), qui représentent environ 50 % des dépenses de santé. Selon la catégorie d'assuré concernée, l'assurance peut revêtir un caractère obligatoire ou facultatif :
 - les personnes dont le revenu est inférieur à un plafond défini par l'État sont couvertes de façon **obligatoire** par des caisses **publiques** d'assurance maladie. Cette assurance

1. Phénomène résultant de l'asymétrie d'information selon lequel l'assureur ne distingue pas les personnes qui présentent des niveaux de risque élevés de celles qui présentent des risques faibles. Il n'est donc pas capable d'élaborer des contrats adaptés à chacun.

concerne 63 % de la population et prend en charge, en 1996, 70 % des dépenses de soins courants (ou encore 35.5 % du total);

- les personnes dont le revenu est supérieur à ce plafond peuvent souscrire une **assurance privée facultative** (la quasi-totalité de la population concernée souscrit une telle assurance²);
- une assurance volontaire pour les dépenses liées à des biens et services non pris en charge par les deux premiers étages du système. Pour ces dépenses, l'État considère que la décision d'assurance relève de l'initiative purement individuelle, quel que soit le revenu des assurés.

L'État néerlandais intervient en tant qu'assureur pour la prise en charge des soins exceptionnels. En ce qui concerne les soins courants, son rôle diffère selon le marché concerné :

- Au cours des quinze dernières années, il a été amené à régler de façon croissante le marché privé afin de tempérer les effets pervers de la concurrence en termes d'accès. La difficulté d'une telle régulation est apparue : toute intervention au titre de l'équité tend à atténuer, voire annuler les incitations à l'efficacité générées par la concurrence.
- Sur le marché public, l'État tente d'insuffler la concurrence en s'inspirant de la réforme Dekker (cf. Encadré 1). La mise en concurrence des caisses, qui les rend progressivement responsables de leur équilibre financier, devrait les inciter à minimiser les coûts tant par la réduction des frais de gestion que par la pression sur l'offre de soins. Comme elles sont financées par l'État en fonction des risques qu'elles assument, elles ne devraient pas être tentées de recourir à l'écrémage.

2. Parmi les 37 % de la population qui ne bénéficie pas d'une couverture auprès des caisses publiques figurent les fonctionnaires des collectivités locales et les policiers qui bénéficient de régimes d'assurance obligatoire particuliers d'essence publique gérés par des assurances privées. L'envergure limitée de ces régimes (5 % de la population) conduit à les exclure de l'analyse ci-après.

Encadré 1 – La réforme DEKKER

Les principes

La réforme Dekker³ avait pour double objectif de mettre sur pied une assurance sociale universelle harmonisée et d'introduire des mécanismes de concurrence entre assureurs. Il s'agissait plus précisément d'une mise en concurrence des caisses publiques régionales et des assureurs privés, pour l'offre d'un contrat d'assurance maladie standardisé. La première tentative d'intégration des différents régimes d'assurance existant aux Pays-Bas remontait à 1974, mais elle avait échoué, faute de soutien politique. La gestion du système santé des Pays-Bas est en effet rendue très complexe par l'existence d'un grand nombre d'institutions intermédiaires, syndicats ou associations qui concentrent leurs efforts sur la représentation des intérêts de leur membres. La difficulté de réformer en profondeur le système s'explique en grande partie par l'absence d'un consensus « positif » suffisant pour faire évoluer le système dans une direction claire (Bjorkman et Okma, 1997).

La réforme visait l'introduction de deux types d'assurance :

1. Une assurance de **base**, dont les prestations auraient été définies par l'État. Cette couverture de base aurait couvert environ 85 % des dépenses de santé, correspondant à un « panier de biens fondamentaux » et excluant par exemple les dépenses de kinésithérapie, les médicaments et les soins dentaires.

Le financement de cette assurance devait être double :

- 75 % par une cotisation obligatoire sur le revenu, versée à un fond qui finance les assureurs en fonction des risques qu'ils assument. La péréquation aurait été effectuée sur une base actuarielle (ce qui suppose un système d'information fiable sur les risques assurés), ce, afin d'éviter que les assureurs ne soient tentés de sélectionner les bons risques.
- 25 % sous forme d'une prime versée directement à l'assurance par les individus. Le paiement de cette prime nominale aurait été obligatoire. Son montant devait être le même pour tous les assurés au sein d'une compagnie, mais aurait varié d'une compagnie à l'autre, selon la capacité de cette dernière à réaliser des bénéfices sur la gestion de l'assurance de base, et donc à diminuer la prime nominale de l'ensemble des assurés.

2. La **couverture complémentaire** couvrant potentiellement 15 % des dépenses de santé. L'étendue des services et la tarification auraient été librement déterminées par les compagnies.

Dans ce nouveau système, les assureurs privés et les caisses publiques auraient été en concurrence directe. Tous devaient en outre être dotés des moyens de faire pression sur les coûts : ils auraient pu négocier avec chaque profession médicale, chaque hôpital pour couvrir les besoins des populations qu'ils auraient assurées. Les assureurs revendiquaient au moment de la réforme le droit de gérer directement des hôpitaux et d'avoir sous contrat leurs propres médecins.

3. Publication du rapport « Volonté de Changement » en Mars 1987.

Dans la mesure où le financement aurait été ajusté de façon à enrayer l'écrémage des risques, les différences de primes nominales sur la couverture de base devaient donc refléter des différences d'efficacité tant dans la gestion interne que dans celle des relations avec les différentes professions médicales.

Remise en cause progressive de la réforme Dekker

Les principales critiques adressées à la réforme Dekker émanent dans un premier temps des organisations représentant les intérêts des patients ainsi que des syndicats et portent principalement sur deux points :

- la prime fixe, qui représente une proportion importante du financement de la couverture de base est jugée régressive, car identique quel que soit le niveau de revenu des assurés.
- les assureurs, en ajustant les conditions de couverture de l'assurance « complémentaire » (en n'offrant que des taux de couverture faible par exemple) peuvent parvenir à sélectionner les assurés en meilleure santé en dépit du financement pour partie actuariel, mais nécessairement imparfait, de la couverture de base.

Pour prendre en compte ces éléments, le secrétaire d'État à la santé Simons, membre de la nouvelle majorité centre gauche, amende en 1990 le projet initial : l'assurance de base devra couvrir 96 % des soins et l'assurance complémentaire portera sur une gamme réduite de services (avortement, stérilisation, fécondation in vitro, chambres de luxe à l'hôpital...). Par ailleurs, le montant de la contribution individuelle est diminué pour ne plus représenter que 15 % du financement de la couverture de base. Enfin, les échéances pour l'intégration des différents régimes sont repoussées dans le temps.

Mais la réforme continue de susciter l'opposition d'importants groupes de pression (Bjorkman et Okma, 1997, pp.102) :

- les associations d'employeurs et de cadres s'opposent au principe de l'extension de l'assurance obligatoire qui entraînera une augmentation du coût du travail ;
- les caisses publiques qui vont voir leur responsabilité financière augmenter et qui vont devoir se former à la gestion des relations contractuelles avec les professions médicales et les hôpitaux restent réticentes ;
- les assureurs privés s'opposent à la réforme qui entraînera une réduction considérable de leur marge de manœuvre.

Finalement, le gouvernement formé à la suite des élections générales de 1994 décide de mettre un coup de frein à l'intégration des différents régimes d'assurance et revient même sur certaines dispositions. Le système actuel est resté proche de ce qu'il était initialement, mais la menace de la réforme a abouti à la concentration sur ce marché puisque 13 entités (publiques et privées) couvrent plus de 80 % de la population en 1997.

La situation à laquelle on aboutit apparaît à plus d'un titre paradoxale. Elle se caractérise par un marché privé pour les hauts revenus sur lequel la concurrence est virtuellement enrayerée par la

régulation des pouvoirs publics et un marché public sur lequel, au contraire, se met en œuvre progressivement une concurrence accompagnée de mesures visant à contrer les stratégies d'écramage.

L'analyse des attendus théoriques concernant le fonctionnement d'un marché d'assurance concurrentiel dans le domaine de la santé (section 2) permet de comprendre la difficulté que rencontre l'État néerlandais à réglementer le marché privé de l'assurance maladie (section 3). L'expérience en cours dans les caisses publiques d'assurance maladie permettra-t-elle de résoudre le dilemme entre concurrence et sélection des risques (section 4) ?

2. Vices et vertus attendus de la concurrence entre assureurs sur la maladie

2.1 Les termes de l'arbitrage

Les travaux précurseurs d'Arrow (1963), puis Akerlof (1970) permettent de souligner les limites du fonctionnement de marchés concurrentiels en assurance maladie. Cette mise en cause est essentiellement fondée sur la présence de risques non assurables⁴ pour le premier et d'antisélection pour le second. L'existence d'une assurance maladie obligatoire dans la plupart des pays évite l'émergence de ces défaillances prévisibles du marché. Pour autant, la gestion centralisée qu'elle implique n'est pas exempte de dysfonctionnements. On considère en particulier que l'assurance publique est moins bien à même que l'assurance privée de se prémunir contre les conséquences du risque moral⁵. Privilégiant cette hypothèse, les grandes réformes des systèmes de santé dans les années quatre-vingt-dix ont tenté de mobiliser les incitatifs de la concurrence — soit entre producteurs comme en Grande Bretagne, soit entre assureurs comme aux Pays-Bas — tout en cherchant à éviter de tomber dans les travers précédemment mentionnés.

4. La présence de ces risques est l'une des conditions qui conduisent, selon Arrow, à l'émergence d'assurances de type obligatoire.

5. Le risque moral résulte de l'inobservabilité du comportement de certains acteurs, qui les conduit à modifier leurs comportements de manière stratégique.

De manière générale, l'introduction de la concurrence sur le marché de l'assurance est motivée par l'idée qu'une gestion concurrentielle est plus efficace qu'une gestion centralisée (concept d'efficacité productive) et que les assureurs privés sont plus à même d'appréhender les goûts des consommateurs et d'y adapter leur offre (concept d'efficacité allocative). La déclinaison concrète de ces avantages théoriques s'articule surtout autour de la diminution des coûts de gestion et d'une meilleure prise en charge des problèmes de santé, avec à ce titre une plus grande continuité des soins. La délégation aux assureurs du contrôle de l'activité et de la qualité des prestataires de soins, ainsi que la coordination de leurs interventions doivent permettre d'atteindre ces objectifs. L'hypothèse est ainsi faite que les assureurs privés seront plus à même de peser sur les coûts générés par les offreurs et d'enrayer les phénomènes de risque moral, tant dans la relation médecin-payeur que dans la relation patient-payeur. Conférer aux assureurs publics, non plus le simple rôle de tiers-payeur, mais celui de négociateur direct avec les offreurs de soins, responsable de son équilibre financier, devrait ainsi remettre en cause la collusion tacite qui semble caractériser la relation entre offreurs de soins et assurés (Rochaix, 1997).

Cependant, sur le marché de l'assurance, les effets bénéfiques attendus de la concurrence s'accompagnent inévitablement de phénomènes d'antisélection, contre lesquels les assureurs se prémunissent par l'adoption de stratégies d'écramage des risques (van de Ven et van Vliet, 1992, van de Ven, et al., 1995). Ces stratégies consistent pour les assureurs à tenter d'attirer les bons risques et à dissuader les mauvais de chercher à s'assurer auprès d'eux. À terme, des assureurs efficaces ne pratiquant pas l'écramage peuvent être obligés de se retirer du marché, alors que d'autres, utilisant cette stratégie peuvent y prospérer. Le coût social est finalement élevé puisque les assureurs qui écrament les risques transfèrent le coût de la prise en charge sur d'autres (et ne contribuent donc pas à réaliser une économie globale), voire augmentent les coûts nets, puisque le processus d'écramage est lui-même coûteux. Afin d'enrayer ces effets délétères, il convient de mettre en place les garde-fous garantissant l'accès de tous à l'assurance, et donc aux soins de santé.

L'analyse théorique du fonctionnement des marchés concurrentiels en situation d'information imparfaite permet de mieux apprécier les enjeux de cette mise en concurrence des assureurs.

2.2 L'antisélection dans les modèles théoriques

La version la plus simple des modèles de comportement en incertain montre, dans le cas où l'information est parfaite, que chacun demande et obtient une assurance complète de façon à être intégralement remboursé en cas de dommage. La prime de chaque individu est fonction de son niveau de risque. Cette situation est tout à la fois un équilibre et un optimum de Pareto. La remise en cause de l'hypothèse d'information parfaite sur un marché d'assurance repose sur l'idée que l'assuré dispose d'informations sur son propre risque auxquelles l'assureur n'a pas accès. Si ce dernier offre une prime correspondant au prix que devraient payer les bons risques, le contrat attire les mauvais risques et génère une perte. L'assureur est conduit dans un deuxième temps à augmenter la prime, entraînant alors une sortie des bons risques. À terme, c'est la pérennité même du marché de l'assurance privée qui est remise en cause.

La plupart des modèles cherchant à formaliser les conditions d'équilibre sur un marché concurrentiel en information imparfaite reposent sur l'hypothèse que chaque contrat offert réalise des profits nuls (Rothschild et Stiglitz, 1976)⁶. La résolution du dilemme de l'assureur passe alors par l'élaboration de contrats différenciés selon le risque, avec une assurance complète pour les mauvais risques et incomplète pour les bons risques⁷. Cette différenciation permet de s'assurer que les mauvais risques, qui préfèrent une assurance complète, choisiront bien le contrat qui leur est destiné avec, en contrepartie, une prime nécessairement plus élevée puisque calculée sur une base actuarielle. Pour autant, les bons risques sont pénalisés dans la mesure où, pour obtenir un contrat dont la prime est fonction de leur seul risque, ils sont amenés à faire des concessions sur le niveau de couverture (assurance incomplète).

Dans la plupart des cas, le mécanisme séparateur conduit donc à traiter différemment les bons et les mauvais risques, ce qui peut sembler s'opposer au respect d'un principe de traitement égal des

6. Mais aussi Wilson (1977) et Grossman (1979), qui admettent l'existence d'équilibre dits «pooling». Le modèle de Miyasaki (1977) selon lequel les contrats offerts par les assureurs peuvent générer des profits ou des pertes sous condition de profit global nul n'est pas pris en compte dans cette analyse.

7. On fait abstraction ici de l'existence possible des équilibres «pooling», qui ne sont pas optimaux de second rang et dont la présentation compliquerait inutilement l'analyse (Couffignal, 1998, pour une présentation prenant en compte ces contrats).

membres d'une société. Sachant de plus qu'il existe une corrélation entre le niveau de risque et la richesse (l'existence d'un gradient de mortalité et de morbidité entre classes socio-économiques est en effet documentée dans la plupart des pays), les plus pauvres se voient en moyenne obligés de souscrire les contrats les plus chers. Le véritable problème est bien celui de l'accès à l'assurance et, à terme, aux soins.

Enfin, si la proportion de mauvais risques dans la population est faible, l'équilibre séparateur n'est pas un optimum de second rang⁸ (Crocker et Snow, 1985). L'intuition sous-jacente est que, moins il y a de mauvais risques dans la population, plus le coût du mécanisme séparateur apparaît élevé aux bons risques par rapport au bénéfice qu'ils en retirent. La situation de tous pourrait être améliorée si les bons risques (tout en continuant à obtenir un contrat incomplet) subventionnaient le contrat complet des mauvais risques.

2.3 Antisélection et intervention de l'État

L'optimalité de second rang n'étant pas acquise, il semble légitime de s'interroger sur la capacité du régulateur à la rétablir. Deux grandes modalités d'intervention sont envisageables : la réglementation de l'activité des assureurs privés ou l'intervention directe de l'État comme assureur.

Une recherche systématique sur ce sujet est présentée par Neudeck et Podczeck (1996). Les auteurs modélisent des interventions de l'État dans le cadre du modèle de Rothschild et Stiglitz et s'interrogent sur la capacité de chacune à rétablir l'optimum de second rang. La conclusion générale de leur travail est double :

- La réglementation de l'activité des assureurs privés ne permet pas de rétablir l'optimum de second rang. En effet, une condition nécessaire à cette optimalité est que les mauvais risques paient un prix inférieur à leur prix actuariel. Si (par exemple) l'État impose à tous les assureurs privés d'offrir le contrat que les mauvais risques devraient détenir à l'optimum, cela revient dans les faits à obliger les assureurs à

8. L'optimum de premier rang caractérise une situation dans laquelle on ne peut améliorer la situation d'un individu sans détériorer celle d'un autre. L'optimum de second rang auquel on aboutit en information imparfaite ajoute des contraintes supplémentaires, dites de révélation. Elles prennent en compte la nécessaire séparation des bons et des mauvais risques.

offrir un contrat déficitaire. On montre alors que les assureurs privés adoptent des comportements stratégiques qui déstabilisent l'équilibre ;

- En revanche, les différentes formes de prise en charge de la fonction d'assurance par l'État sont Pareto améliorantes. En particulier, un équilibre optimal de second rang peut émerger si l'État-assureur offre le contrat complet que les mauvais risques devraient obtenir à l'optimum. Ce contrat public, dont le prix n'est pas actuariel, attire tous les mauvais risques qui ne peuvent trouver auprès d'assurances privées des conditions aussi avantageuses. Le contrat public génère donc par construction un déficit, que l'État couvre en prélevant une taxe sur les bons risques. Le marché privé propose ensuite à ces derniers un contrat actuariellement juste. La solution optimale de second rang émerge et constitue un équilibre stable.

Plus généralement, l'État-assureur, y compris dans les cas où il laisse le marché privé compléter son offre, est mieux à même d'améliorer la situation de tous que l'État-régulateur. Cette prédiction, qui reprend et prolonge l'intuition fondamentale d'Arrow est-elle vérifiée ? Les Pays-Bas offrent un terrain privilégié d'investigation dans la mesure où différentes modalités d'intervention de l'État y ont été déclinées. Leur étude permet de vérifier la concordance entre les résultats de l'analyse théorique et la pratique des interventions destinées à éviter la sélection des risques sur le marché privé de l'assurance maladie.

3. Concurrence et antisélection sur un marché privé : l'exemple des Pays-Bas

Le système d'assurance maladie qui prévaut aujourd'hui aux Pays-Bas se caractérise par une stricte séparation des populations couvertes par l'assurance privée et publique, mais aussi par un certain nombre de règles de fonctionnement qui peuvent être analysées comme résultant d'interventions successives du régulateur. Elles visent dans la plupart des cas à pallier l'utilisation de plus en plus

poussée par les assureurs de techniques de sélection des bons risques. Il apparaît donc intéressant d'en relater les principales étapes.

3.1 La segmentation explicite des risques en fonction de leur caractère assurable : un préalable...

Le préalable à l'établissement d'un système concurrentiel d'assurance maladie aux Pays-Bas a consisté en la séparation des risques assurables de ceux que l'on qualifie d'exceptionnels.

La reconnaissance explicite de l'hétérogénéité des risques en santé selon ce qui peut être considéré comme un critère d'assurabilité permet de rétablir l'une des conditions de développement d'un marché privé (Arrow, 1963). Le système d'assurance maladie doit prendre en compte l'existence de risques qui se traduisent par des dommages dont l'étendue est très élevée, non seulement à cause de l'ampleur des dépenses qu'ils impliquent, mais aussi à cause de leur durée. L'assurance au sens strict du terme est un mécanisme qui permet de diminuer la variance d'un phénomène en s'acquittant d'un paiement égal à la moyenne. Une personne atteinte d'une affection chronique lourde a, en moyenne, des dépenses très élevées. On peut alors considérer que le risque est avéré, et que la couverture de ces personnes ne relève plus de l'application de techniques assurantielles de couverture d'un aléa (Blanchet, 1996). Il convient à cet égard de noter que ce cas n'est pas envisagé dans les modèles de type Rothschild et Stiglitz évoqués précédemment : ils postulent que la différence entre bons et mauvais risques se modélise par une simple différence de probabilité de survenue d'un dommage dont le montant est unique. Si la couverture des personnes dont les dommages ne sont pas assurables au sens où nous l'entendons ici est prise en charge par un mécanisme spécifique, le marché peut alors prendre en charge la couverture des bons et des mauvais risques au sens traditionnel des modèles d'assurance.

Depuis 1967, tous les résidents des Pays-Bas bénéficient d'un financement socialisé des risques médicaux graves en vertu de la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, ci-après *AWBZ*). L'*AWBZ* couvre l'ensemble de la population et se limite théoriquement à une assurance des

risques exceptionnels⁹, « qui ne peuvent pas être assurés par le secteur privé à des taux acceptables » (selon les termes de la loi).

Le principe de financement qui prévaut est celui d'une solidarité entre des individus qui ont un risque avéré et/ou très élevé et l'ensemble de la population. L'AWBZ couvre les soins pour les pathologies chroniques lourdes, les handicapés, les malades mentaux (soins de jours et en institution) et les soins de long terme pour les personnes âgées : soins médicaux et aide à domicile ou en institution. Les cotisations obligatoires sont proportionnelles à l'ensemble des revenus¹⁰, les prestations uniformes sont définies par l'État¹¹ et octroyées par des assurances privées ou des caisses, en général celles qui assurent la couverture du ménage pour les soins courants. Par construction, toute concurrence sur les primes ou les prestations est exclue.

3.2 La segmentation explicite en fonction des revenus : une condition nécessaire ?

La segmentation explicite en fonction des revenus prévaut pour les soins courants aux Pays-Bas. Elle a toutefois évolué vers un cloisonnement de plus en plus étanche au fil du temps.

Avant 1986, l'affiliation à une caisse publique était déjà obligatoire pour les salariés en deçà d'un seuil de revenu. Mais les caisses publiques géraient en outre des régimes à adhésion optionnelle. Au cours des années 1970, les assureurs privés adoptent tour à tour la

9. Les risques couverts par l'AWBZ qualifiés d'exceptionnels sont essentiellement caractérisés par le fait qu'ils sont longs. Ils diffèrent en cela des risques catastrophiques au sens de Zeckhauser (1995), qui sont des événements de faible probabilité et de grande envergure. Si la couverture des risques catastrophiques peut relever d'un mécanisme d'assurance, celle des risques appelés ici exceptionnels pose problème une fois qu'ils sont avérés.

10. À concurrence de 8,85 % des revenus, assorties d'un plafond depuis 1996. Auparavant, les cotisations étaient payées par les employeurs et les individus devaient verser une contribution fixe annuelle.

11. L'AWBZ devait être progressivement étendue pour constituer l'assurance de base « universelle » prévue par le plan Dekker (encadré 1). En conséquence, au début des années quatre vingt dix, de nouvelles catégories de soins (médicaments et soins de kinésithérapie,...) furent progressivement incluses dans le champ de l'AWBZ. Après l'abandon de la réforme, en 1996, ces soins sont à nouveau exclus et l'AWBZ couvre désormais les risques exceptionnels. L'appartenance de certaines catégories de soins à ce régime, comme les soins à domicile, ne fait pas aujourd'hui l'unanimité.

différenciation des primes en fonction de l'âge et mettent progressivement en place des techniques destinées à améliorer le profil de risque des personnes qu'ils couvrent (sélection à l'entrée, exclusion de certaines pathologies du champ de l'assurance...). En conséquence :

- les personnes présentant des bons niveaux de risque sont progressivement attirées par le privé, où elles bénéficient de primes plus attrayantes que dans les régimes publics volontaires ;
- à l'inverse, un nombre croissant de personnes rencontrant des difficultés pour s'assurer auprès de compagnies privées parce que leur niveau de risque est élevé et remplissant les conditions d'adhésion aux régimes publics volontaires, se tournent en dernier ressort vers ces régimes gérés par les caisses publiques qui ne peuvent légalement refuser de les couvrir.

Les conséquences de cet écrémage s'avèrent désastreuses pour l'équilibre financier des régimes à souscription volontaire gérés par les caisses publiques. Pour couvrir des déficits structurels, ces dernières augmentent les taux de cotisation au fur et à mesure que le risque moyen des personnes couvertes s'aggrave.

Le système est alors remis à plat en 1986 et le régime d'assurance obligatoire uniformisé. Il absorbe certaines catégories de personnes auparavant couvertes par l'assurance volontaire et considérées comme particulièrement vulnérables (les personnes âgées bénéficiant de revenus faibles). Les autres assurés des régimes volontaires démantelés sont obligés de s'assurer sur le marché privé.

L'expérience des Pays-Bas sur le marché des soins courants tendrait donc à invalider les résultats théoriques de Neudeck et Podczeck, selon lequel la cohabitation de contrats privés et d'une assurance publique à adhésion volontaire non discriminatoire peut rétablir l'optimum de second rang. Cette forme d'intervention de l'État comme assureur semble en effet avoir été mise en échec par les pratiques d'écrémage des assureurs privés. Elle s'est soldée, de fait, par un cloisonnement rendu étanche entre les hauts et les bas revenus à partir de 1996. Il faut cependant rappeler que, d'après les prédictions du modèle, l'optimum n'est rétabli que si les bons risques sont explicitement taxés au profit des mauvais risques. Or, rien de tel n'était mis en place avant 1986 aux Pays-Bas, les déséquilibres structurels des régimes volontaires étant épongés par des augmentations

de cotisations. On peut alors se demander si la mise en place d'une taxe sur les bas risques (les assurés du privé) aurait pu assurer le succès de cette cohabitation. Il n'est pas possible de répondre directement à la question mais il est intéressant de constater que la réglementation a finalement évolué en ce sens : peu après la séparation des deux populations, un prélèvement spécifique a été instauré pour tous les assurés du privé¹². Il se présente comme une compensation démographique, ce qui n'est pas incompatible avec l'esprit de la taxe sur les bas risques évoquée dans le modèle théorique (risque et âge sont en effet fortement corrélés).

L'expérience des Pays-Bas pour la couverture assurantielle des soins courants suscite plusieurs interrogations :

- La segmentation autoritaire de l'assurance entre catégories de revenus était-elle réellement nécessaire ? Dans le modèle théorique, à partir du moment où la taxe sur les bons risques est instaurée et finance le déficit du contrat à adhésion volontaire, les décisions rationnelles des mauvais et des bons risques, qui conduisent les premiers à s'assurer volontairement et les seconds à se couvrir sur le marché privé, permettent de rétablir l'optimum sans que la séparation soit imposée par le régulateur.
- Une segmentation de l'assurance entre catégories de revenus est-elle véritablement inéquitable ? Si elle apparaît de prime abord discutable sur un plan de justice sociale (traitement inégal des personnes), la segmentation présente l'avantage de prendre en compte explicitement le gradient de morbidité (en d'autres termes, la corrélation entre le niveau de richesse et l'état de santé), phénomène pour sa part ignoré par les modèles de type Rothschild et Stiglitz. On peut en effet estimer que les personnes aisées, quand bien même elles présenteraient des risques élevés, peuvent faire face aux conséquences du fonctionnement efficient du marché concurrentiel et acquérir une couverture complète des soins courants au prix actuariel. L'expérience des Pays-Bas nous invite donc à reconsidérer de manière plus positive la segmentation en fonction du revenu.

12. La prime prélevée au titre du MOOZ s'élève environ à 350 francs par an et par contrat privé.

L'évolution progressive vers un cloisonnement strict avec péréquation entre régimes est riche d'enseignements. Le traitement différentiel selon le revenu, ancré dans le système depuis l'après-guerre, a été institutionnalisé pour pallier les effets pervers de l'écrémage des risques. Cette séparation a aussi abouti à la mise en œuvre d'une forme de solidarité entre niveaux de revenu qui corrige partiellement la différence de structure de risque entre les deux marchés. Ce double mécanisme peut donc être analysé comme une condition nécessaire à la définition du champ d'un marché privé. Pour autant, la question demeure de savoir si le marché privé peut se passer de toute réglementation.

3.3 ... mais pas suffisante

Une fois isolés les risques exceptionnels et segmentés les hauts et les bas revenus, on peut alors espérer vérifier sur le marché privé de l'assurance des soins courants le résultat de Rothschild et Stiglitz selon lequel les hauts risques obtiennent une assurance complète sur un marché concurrentiel.

Dans les faits, la réglementation du marché privé intervient aux Pays-Bas dès 1986. L'État souhaite en effet à cette époque garantir aux personnes préalablement inscrites volontairement auprès des caisses publiques qu'elles se verront bien offrir un contrat par les assureurs privés auprès desquelles elles ont obligation de se tourner. Pour ce faire l'État impose aux assureurs d'offrir à ces personnes un contrat appelé WTZ¹³ dont le prix et le niveau de couverture (proche de celui du contrat public d'assurance obligatoire) sont imposés.

Cette mesure, destinée à être transitoire, non seulement perdure mais a vu son champ d'application élargi. Après la remise à plat du système en 1986, il apparaît progressivement au régulateur que le problème de l'antisélection se traduit pour de nouvelles catégories de personnes par l'impossibilité de souscrire un contrat d'assurance privé. Les conditions d'accès au WTZ sont donc élargies à l'ensemble des personnes âgées en 1986 et en 1991 « aux personnes dont la prime d'assurance maladie auprès d'une compagnie privée est supérieure au montant maximal prévu par le contrat standard pour leur catégorie d'âge ».

13. WTZ: Wet op de Toegang tot Ziektelkostenverzekeringen.

Ce contrat couvre à l'heure actuelle environ 15 % de la population qui s'assure auprès d'une compagnie privée et génère 45 % des dépenses de santé du privé. On peut donc estimer ex post qu'il répond à un besoin des mauvais risques.

Toutefois, peu après l'instauration du WTZ, les assureurs privés qui le gèrent réalisent que la prime fixée par l'État ne permet pas de couvrir les dépenses des bénéficiaires. Les assureurs tentent d'élaborer un mécanisme privé de financement solidaire du déficit, mais les négociations échouent et des conflits apparaissent entre compagnies d'assurance (Okma, 1997). Le parallèle avec le résultat de Neudeck et Podczeck — qui montrent que l'obligation faite aux assureurs privés d'offrir un contrat standard ne permet pas de rétablir l'optimum et déstabilise le marché — est là encore intéressant.

Le financement du WTZ pose tant de problèmes aux assureurs privés que son existence même est menacée. L'État se voit alors contraint d'intervenir à nouveau pour transférer sur les assurés eux-mêmes la responsabilité du financement du déficit. Il instaure une surprime payée par tous les assurés du privé qui ne bénéficient pas du contrat standard. La surprime est déterminée par une commission indépendante en fonction des dépenses engendrées par les assurés du WTZ. Elle s'élève à environ mille francs par contrat privé pour 1997. L'équilibre financier est donc atteint au moyen d'une subvention des mauvais risques par les bons risques qui impose la solidarité entre assurés au sein même du marché privé. La solution est comparable à celle adoptée lors de la séparation des régimes privés et publics : les prestations du contrat ont beau être ici administrées par les assureurs privés, le WTZ est un contrat d'essence publique, déficitaire, mais que les bons risques sont explicitement obligés de financer.

L'État régulateur a cédé le pas à l'État assureur. La situation demeure cependant paradoxale à double titre :

- D'une part, les interventions de l'État, qui semblaient à chaque étape nécessaires pour des raisons d'équité, ont abouti à ce que les assureurs intervenant sur le marché privé couvrent une population aisée et, au sein de cette population aisée, les seules personnes qui ne présentent pas de niveau de risque élevé. On peut donc légitimement se demander si la fonction d'assurance des soins courants est réellement privatisée sur ce marché.

- D'autre part, les assureurs privés ne sont guère motivés à gérer de manière coût — efficace le risque des personnes couvertes. Tout d'abord, les populations qu'ils assurent effectivement présentent des risques assez faibles. Ensuite, si le niveau de risque d'un assuré évolue, ils sont déchargés de leur responsabilité puisque cette personne peut rapidement bénéficier d'une couverture dont le coût est socialisé (WTZ ou AWBZ). À titre individuel, les assureurs n'ont donc pas intérêt à entreprendre d'effort coûteux de prévention et ils tireraient un bénéfice limité de la coordination des soins. Comme, enfin, ils couvrent une faible proportion de la population, la possibilité qu'ils auraient d'exercer une pression sur les prestataires de soins est de toute façon limitée. Autrement dit, les acteurs du marché privé concurrentiel ne seront probablement pas les moteurs de la maîtrise des dépenses de santé.

4. Vers une concurrence sans antisélection : un défi pour les caisses publiques aux Pays-Bas

À la lumière de ce qui précède, on constate à la fois la persistance des problèmes d'antisélection et la difficulté que rencontre le régulateur à trouver des parades réglementaires au comportement stratégique des assureurs. Faut-il pour autant tirer la conclusion que la concurrence n'est pas un élément essentiel de la maîtrise des dépenses de santé ?

4.1 La mise en concurrence des caisses publiques : les principes

La mise en concurrence des caisses publiques aux Pays-Bas s'inspire d'une stratégie originale : plutôt que de tenter d'empêcher les assureurs de faire de l'écroulement, il s'agit de mettre en place une situation concurrentielle où l'écroulement ne leur permet plus de réaliser de profit aux dépens de la collectivité.

L'État définit le seul contrat d'assurance qui peut et doit être servi par tous les assureurs (en l'occurrence les caisses publiques).

La recherche de l'équilibre financier ne peut donc plus passer par une différenciation des contrats en fonction du risque (équilibres séparateurs de type Rothschild et Stiglitz).

L'État prélève sur la population couverte obligatoirement par ce contrat une cotisation proportionnelle au revenu (répondant à un critère d'équité) et reverse les fonds collectés aux assureurs en fonction des risques qu'ils assument. Le coût de l'assurance pour un individu est donc complètement dissocié du risque qu'il présente. En revanche, les assureurs reçoivent un financement actuariel sous forme de capitation différenciée par catégorie de risque. Ils peuvent donc en moyenne couvrir les dépenses qu'ils supportent effectivement, quel que soit leur profil de risque. La tentation de la sélection est largement enrayée, mais comme la responsabilité financière ne disparaît pas, l'assureur reste en principe incité à minimiser les coûts de gestion et à gérer efficacement les prestations des assurés.

L'analogie avec le modèle théorique de comportement des individus en incertain peut être poursuivie : si l'information est parfaite, chaque assuré se couvre complètement et chaque assureur reçoit un financement actuariel. Ici, le contrat défini par l'État couvre une très large partie des soins courants (il s'apparente à un contrat complet) et les assureurs reçoivent pour chaque individu une capitation qui reflète le niveau de risque. La différence fondamentale vient du mode de financement. Mais la véritable rupture avec le modèle précédent provient du fait qu'un tel système suppose que l'État est capable d'estimer le risque des personnes couvertes et de déterminer un financement actuariel. Nous verrons que la réalisation de cet objectif est très difficile.

La stratégie mise en œuvre par l'État néerlandais pour mettre en concurrence les caisses publiques d'assurance maladie relève de cette logique qui était sous-jacente aux propositions de Dekker.

4.2 La mise en concurrence des caisses publiques : l'application progressive

L'assurance obligatoire des soins courants est gérée par une trentaine de caisses d'assurance maladie¹⁴, qui sont des organismes à but non lucratif. Elles couvrent les salariés dont le revenu n'excède pas un certain seuil et offrent toutes les mêmes prestations, définies par l'État.

Avant la réforme, les caisses bénéficiaient de monopoles régionaux pour la couverture des personnes relevant de l'assurance maladie obligatoire. Les cotisations proportionnelles au revenu, prélevées par l'État auprès des assurés relevant de ce régime, étaient reversées aux caisses qui recevaient un remboursement intégral des dépenses que leurs affiliés engendraient. En cas de déficit global, les taux de cotisation étaient augmentés ou l'État complétait le financement. Les caisses publiques étaient avant tout des organismes de liquidation.

La réforme a consisté à autoriser les bénéficiaires du régime d'assurance publique à choisir leur caisse d'affiliation (mise en concurrence sur une base nationale), tout en maintenant l'obligation faite aux caisses de prendre en charge toute personne en faisant la demande. Parallèlement, leur mode de financement a été fondamentalement bouleversé : les caisses sont désormais financées de façon prospective en fonction du profil de risque de leurs assurés (et non plus remboursées systématiquement de manière rétrospective).

Le mécanisme de financement des caisses publiques devait répondre à un double objectif :

- responsabiliser de manière progressive sur d'éventuels déficits ces entités qui fonctionnaient jusque-là à guichet ouvert ;
- enrayer toute velléité d'écramage que des caisses publiques pourraient être tentées de mettre en œuvre en leur versant une capitation adéquatement ajustée au risque.

14. Le nombre de caisses a diminué au cours des dernières années (elles étaient au nombre de 45 en 1991). La réforme proposée par Dekker, qui aurait mis les caisses et les assurances privées en concurrence pour l'ensemble de l'assurance de base, a initialement stimulé la concentration des acteurs, même si, finalement, les caisses publiques et les assurances privées ne sont pas mises en concurrence entre elles.

Plus précisément, le financement des caisses est assuré par deux sources :

- une **cotisation** proportionnelle au revenu payée pour partie par l'employeur et pour partie par l'assuré relevant du régime public. Les fonds collectés par le ZiekenfondsRaad¹⁵ (ZFR) sont centralisés puis reversés aux caisses en fonction des risques qu'elles assument ;
- une **prime** est en outre versée directement par chaque assuré à la caisse publique auprès de laquelle il choisit de s'inscrire. La contribution des primes collectées directement par les caisses au financement global de leurs dépenses n'est pas très élevée (moins de 6 %¹⁶). Le montant de la prime est obligatoirement identique pour tous les assurés d'une même caisse mais il est librement déterminé par celle-ci. Elle peut la diminuer si elle réalise un bénéfice et elle doit l'augmenter dans le cas contraire. Cette prime reflète donc les différences d'efficacité productive d'une caisse à l'autre. Les assurés sont supposés se fonder sur ce critère pour arbitrer entre les caisses publiques et comme il s'agit d'un financement marginal, c'est avant tout le niveau relatif des primes entre différentes caisses qui doit ici jouer un rôle incitatif. En 1997, l'écart constaté entre la plus haute et la plus basse des primes est de 300 francs. Il semble augmenter au cours du temps : il était de 30 francs en 1995 et de 90 francs en 1996.

L'essentiel du financement des caisses publiques provient cependant de la capitation ajustée au risque, dont les règles de calcul sont détaillées dans l'encadré 2. Elles tentent de prendre en compte en amont des différences de risque importantes dans les populations couvertes. Il est progressivement apparu que, malgré sa complexité, l'ajustement au risque étant imparfait, toute tentation d'écœurement n'avait pas disparu.

15. Organisme qui veille à l'application des lois d'assurance maladie (AWBZ et loi d'assurance maladie obligatoire pour les personnes de faible revenu Ziekenfondswet ZFW), qui calcule la capitation ajustée au risque et distribue les fonds publics collectés (AWBZ et ZFW pour les caisses publiques, AWBZ seulement pour les assurances privées).

16. Ce qui représente en moyenne, en 1997, 600 francs par an et par individu.

Encadré 2 – Modalités de financement des caisses publiques : la capitation ajustée au risque

Principe général

En l'année $n-1$, le gouvernement retient un niveau global de dépenses des caisses (hors primes nominales) pour l'année à venir ainsi que sa répartition entre grandes catégories de soins. Le ZiekenfondsRaad (ZFR) calcule un budget par caisse sur la base des informations transmises par celles-ci sur les effectifs prévus par catégorie de risque. Ce budget est composé des capitations individuelles modulées en fonction de la classe de risque. En fin d'année, les caisses transmettent les données concernant les risques effectifs et les dépenses engagées. Le budget est recalculé pour tenir compte des effectifs réels et des ajustements sont effectués pour déterminer la part du décalage entre ce budget et les engagements financiers de la caisse qui demeurera sous sa responsabilité.

Calcul de la capitation ajustée au risque

Pour le calcul de la capitation pondérée au risque, le ZFR dispose des coûts moyens par catégorie de risque calculés sur l'ensemble des caisses pour les années précédentes. Connaissant la représentation dans la population globale des facteurs de risque, il alloue des poids relatifs à chaque « catégorie de risque ». Ces poids prennent en compte la différence de coût observée entre les catégories de risques et leur représentation dans la population¹⁷. Ils sont ensuite appliqués au budget de la catégorie de soins, en fonction des caractéristiques de la population effectivement couverte par chaque caisse, afin de déterminer la part qu'elle recevra.

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

17. Ex : les personnes vivant en milieu rural ont pour cette catégorie de soins une consommation qui coûte x % moins cher que celle des personnes vivant dans des zones plus urbanisées et les personnes vivant en milieu rural représentent y % de la population couverte par l'ensemble des fonds. Pour chaque personne effectivement assurée par une caisse et vivant en milieu rural, la caisse recevra donc z % de moins du budget normatif.

à contrôler les coûts. En effet, dans l'hypothèse (non réaliste) où l'ajustement au risque permettrait d'éliminer toute la variance observée à l'intérieur d'une catégorie, l'incitation à gérer efficacement pourrait s'estomper (chaque caisse recevant alors quasiment ex ante le montant des dépenses qui seraient constatées ex post).

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

Un mécanisme complémentaire de financement a été élaboré, dont le principe suppose la reconnaissance du fait que les caisses peuvent être mieux informées que l'État sur les risques que présentent leurs bénéficiaires, mais qui les incite à exploiter cette information sans avoir recours à la sélection : il s'agit de la mutualisation obligatoire des hauts risques (van Barneveld et al., 1996).

Le principe est le suivant : l'assureur choisit en début d'année un groupe d'individus dont les dépenses vont être prises en charge collectivement et solidairement par l'ensemble des assureurs. La proportion de personnes dont les coûts seront mutualisés est fixée par l'État pour chaque assureur. Chacun d'entre eux est libre de déterminer ses critères de sélection et peut en particulier exploiter les informations dont il dispose sur ses propres assurés¹⁸.

En fin d'année, les assureurs partagent les dépenses du groupe constitué. Les dépenses pour les personnes dont l'assureur se doute au départ qu'elles vont entraîner des frais supérieurs à la capitation imparfaitement ajustée au risque sont donc mutualisées. Même si une personne génère ex post un déficit que l'assureur ne pouvait pas rationnellement anticiper, le risque d'écrémage disparaît puisque l'assureur n'était pas capable ex ante de détecter ce « mauvais risque ». La fonction d'assurance est maintenue mais la tentation de recours par l'assureur à l'écrémage est limitée.

Le système de mutualisation des hauts risques mis en œuvre aux Pays-Bas en 1997 pour les caisses publiques s'inspire de ce modèle théorique si ce n'est qu'il opère une mutualisation non plus des

18. Les dépenses passées sont notamment un bon estimateur des dépenses futures.

risques ex ante mais des coûts constatés. Il oblige l'ensemble des caisses à supporter collectivement le surcoût engendré par des personnes dont les dépenses individuelles dépasseraient 4500 Florins par an. Ce mécanisme permet une mutualisation de 90 % du surcoût et s'opère dans la limite des budgets déterminés par l'État pour l'ensemble des caisses. Il ne génère donc pas de déresponsabilisation collective comme le fait le contrat standard pour le marché privé. Il n'existe pas à l'heure actuelle de données susceptibles d'illustrer l'ampleur ou l'impact effectif de ce mécanisme (cf. encadré 3 pour une simulation de son fonctionnement). Sur la base des données disponibles (pour 1992) dans l'article précédemment mentionné de van de Ven, on peut a priori estimer qu'il concernera entre 7 et 8 % des personnes couvertes.

Encadré 3 - Mutualisation des hauts risques pour les caisses publiques

Le tableau ci-dessous est une simulation dont l'objet n'est pas tant le réalisme que l'illustration du mécanisme mis en place en 1997 aux Pays-Bas.

	Caisse A	Caisse B	Total
Coûts totaux observés	100 000	50 000	150 000
Nombre de personnes générant un coût supérieur au seuil de 4 500 NLG	5	0	
Coût de chacune de ces personnes	5 000		
Montant mutualisé	5*(5 000-4 500)* 90 % = 2 250		
Budget initial de la caisse	95 000	45 000	140 000
Taux de participation au financement du pool	2 250/140 000 = 1,61 %		
Paiement de chaque fond au pool (1,61 % de son budget initial)	- 1 527	- 723	2 250
« Subvention » au fond A	2 250		
Nouveau budget de la caisse	95 723	44 227	140 000

Par ailleurs, la responsabilité financière individuelle des caisses publiques est tempérée par une réglementation qui opère un partage des déficits éventuels entre caisses. Ceci permet de maintenir entre elles de façon transitoire une solidarité et se justifie d'autant que l'ajustement au risque de la capitation est vraisemblablement imparfait. Ainsi, en 1997 et 1998, 20 % des déficits individuels ont été partagés entre les caisses publiques.

Enfin, les déficits effectivement attribués aux caisses font l'objet d'allègements supplémentaires pour tenir compte du fait que leur marge de manoeuvre pour peser sur les coûts n'est pas encore suffisante, l'État réglementant encore largement l'offre de soins. Cette reprise de déficit par le ZFR se justifie aussi par la volonté de ne pas confronter brutalement ces organismes à leur responsabilité financière, alors qu'ils assumaient jusqu'à un passé récent le simple rôle de liquidateur de prestations. On constate toutefois sur le tableau 1 l'augmentation rapide de la part du déficit final assumée par les caisses. La prise en charge du déficit par la caisse se traduit par l'augmentation des primes nominales supportées par ses assurés pour l'année suivante.

Tableau 1 : **Pourcentage du déficit financé par la caisse**

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
5 %	25%	25%	25%	25%	33%	49%	65%

4.3 Bilan provisoire des effets de la mise en concurrence des caisses publiques

Quand bien même le recul manque pour juger de l'efficacité d'ensemble de la mise en concurrence des caisses publiques, apparaissent déjà quelques difficultés.

Si l'on constate une amélioration de la qualité du service rendu, par la mise en place (par exemple) de comités permettant d'enregistrer les doléances des usagers (*complaints committees*), on ne peut manquer de noter la pérennité des comportements d'écémage, malgré la présence d'une capitation ajustée au risque. Alors même que la sélection explicite des individus est interdite, les caisses peuvent mettre en œuvre des stratégies destinées à attirer les bons risques ou à dissuader les mauvais risques de s'assurer auprès d'elles.

- Elles demeurent libres de mettre en œuvre des stratégies commerciales différenciées (mailing dans des quartiers particuliers, combinaison de l'offre d'assurance avec d'autres services qui peuvent intéresser des personnes ayant des bons niveaux de risque : assistance voyage, adhésion à un club sportif,...) ;
- Elle peuvent éviter d'offrir les services de spécialistes ou d'institutions réputées pour des pathologies lourdes (cancer, diabète, cardiologie, etc.), créant ainsi une désincitation pour les personnes qui sont conscientes de présenter un mauvais risque ou qui sont déjà malades, de s'assurer auprès de ces caisses. Si cette pratique se généralise, les personnes présentant des risques lourds peuvent voir à terme la qualité des soins qui leur sont offerts diminuer.

Le pan le plus important des bénéfices attendus de la concurrence entre caisses, à savoir leur capacité à négocier avec les offreurs, demeure pour l'instant embryonnaire. Les caisses sont certes obligées de conclure des conventions avec les prestataires, qui portent sur les prix, les quantités et la qualité, mais la marge de manoeuvre demeure réduite du fait de l'existence de budgets globaux et de la structure fort peu concurrentielle de l'offre de soins. L'évolution du droit de la concurrence (qui a pour origine la mise en conformité du droit néerlandais avec le droit européen) devrait permettre dans quelque temps aux caisses de renforcer leur pouvoir de négociation et de limiter la collusion entre prestataires.

Dans l'immédiat, le conventionnement des prestataires leur permet cependant de collecter de l'information qui constituera un bon moyen de procéder à une surveillance de la qualité et du contenu des services (*utilisation review*). De même, ces conventions, en rapprochant les caisses et les prestataires, devraient encourager la coopération et l'introduction (rendue particulièrement nécessaire dans un environnement de plus en plus compétitif pour les caisses) de techniques de *managed care* ou de *disease management* pour certaines catégories d'assurés. On peut aussi s'attendre à ce que les caisses soient amenées à mettre en place des mesures de réduction du risque moral côté usagers.

L'hypothèse centrale à la mise en œuvre de la concurrence est que les assurés effectuent des arbitrages rationnels entre caisses (en fonction de la prime), renforçant l'émulation entre les caisses sur le

prix et la qualité des services offerts. La possibilité de changer de caisse d'assurance est ouverte chaque année et les caisses sont tenues d'assurer toute personne qui le souhaite, sans discrimination aucune. On constate aujourd'hui que l'arbitrage demeure timide, du fait du différentiel encore trop peu significatif entre primes¹⁹, mais de manière plus importante, de par l'inertie du comportement des assurés. Même si certaines associations de consommateurs commencent à publier des informations comparatives sur les prix et les services des caisses, la grande majorité des assurés ne met pas encore à profit cette possibilité de « voter avec les pieds ». Enfin, il semble que les individus hésitent à exercer leur droit par crainte de se voir imposer des conditions moins favorables que celles dont ils bénéficient dans leur caisse d'origine en ce qui concerne l'assurance dite « du troisième étage » qui couvre les soins non pris en charge par le contrat public.

Parmi les autres effets de l'introduction d'une concurrence entre caisses publiques figure une certaine complexification du marché liée à l'imbrication croissante entre institutions privées et publiques. Aujourd'hui, la notion d'assurance publique aux Pays-Bas répond plus à une fonction qu'au statut que peut avoir une caisse. En conséquence, on trouve des caisses créées à l'initiative d'assurances privées qui offrent un contrat d'assurance publique au terme duquel est défini un ensemble de règles et d'obligations (notamment, l'interdiction de sélectionner les risques). La grande majorité des caisses a conclu des accords avec des assurances (accords simplement commerciaux ou partenariats plus formels). Outre la possibilité de placer des produits d'assurance traditionnels, ces accords permettent aux groupements constitués d'offrir aux employeurs des services intégrés : assurance maladie des employés, quel que soit leur niveau de revenu, mais aussi assurance pour la perte de revenu liée à la maladie et assurance incapacité. L'offre intégrée d'assurance aux employeurs se développe rapidement et le marché (qui concerne les personnes qui travaillent et qui ne présentent donc pas de risque particulièrement élevé) est très compétitif.

19. L'incitation financière que représente la prime nominale n'est semble-t-il pas suffisante pour entamer des démarches afin de changer de caisse. Pour autant, augmenter la part que la prime représente dans le financement des caisses risquerait de compromettre l'équité du système et serait politiquement difficile à imposer.

Conclusion

L'analyse des interventions de l'État comme régulateur et/ou comme assureur, tant théorique qu'appliquée aux Pays-Bas, incite à la prudence quant à l'introduction de mécanismes de concurrence sur le marché de l'assurance santé. Pourtant, la voie ouverte par Dekker d'un système basé sur la capitation ajustée au risque semble à même d'enrayer les stratégies d'écramage.

Le bilan de l'expérience des caisses publiques aux Pays-Bas est pour l'instant mitigé : les assurés ne réalisent pas les arbitrages qui devraient inciter les caisses à peser sur les coûts des soins et les caisses elles-mêmes n'ont pas réellement les moyens de le faire. Ces limites sont cependant en grande partie conjoncturelles et il est permis de rester optimiste sur l'évolution à terme du comportement des différents acteurs. Si l'expérience s'avère satisfaisante, elle pourrait permettre au législateur d'étendre le système à l'ensemble du marché des soins courants, afin de résoudre le problème du dysfonctionnement constaté du marché privé de l'assurance et la désresponsabilisation des assureurs privés que l'intervention de l'État au titre de l'équité a progressivement engendrée.

L'adaptation du financement des assurances aux risques qu'elles assument devrait a priori éviter la segmentation du marché qui semble inéluctable si un système d'assurance publique et des contrats privés cohabitent. L'élaboration de ce financement est cependant très complexe : il doit être suffisamment fin pour appréhender le risque couvert sans retomber dans un système où l'assureur reçoit ex ante un financement qui couvre l'intégralité de ses dépenses. La combinaison d'une capitation un peu sommaire et d'une mutualisation obligatoire des hauts risques devrait théoriquement permettre d'enrayer toute tentation d'écramage.

En proposant de recevoir de la part de la Sécurité sociale un financement basé sur l'âge et le sexe, la compagnie AXA fait indéniablement un pas dans le bon sens, mais il serait probablement nécessaire d'approfondir les leçons de l'expérience des Pays-Bas avant d'adopter un tel système.

Remerciements

Les auteurs remercient vivement Dominique Polton et Michel Grignon du CREDES de leur soutien, deux référés anonymes, ainsi que les participants au 4^e colloque d'économie publique appliquée de Brest, 12 et 13 Juin 1998 pour leurs commentaires.

Bibliographie

- AKERLOF, G. A., Market for Lemons: Quality Uncertainty and Market Mechanism, *Quarterly Journal of Economics*, 1970, 84, 3, 488-500.
- ARROW, K. J., Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, 1963, LIII, 5, 941-973.
- BJORKMAN, J. W., OKMA, K. G. H., Restructuring Health Care Systems in the Netherlands: The Institutional Heritage of Dutch Health Policy Reforms, In ALTENSTETTER, C, BJORKMAN, J. W., (eds), *Health Policy Reform, National Variation and Globalization*, London, Macmillan Press Ltd., 1997.
- BLANCHET, D., La référence assurantielle en matière de protection sociale: apports et limites, *Économie et Statistique*, 1996, 291-292, 1, 33-45.
- COUFFINHAL, A., Équilibre, optimum et intervention de l'État en présence d'antisélection: le cas de l'assurance maladie, *document de travail*, 1998.
- CROCKER, K. J., SNOW, A., The Efficiency of Competitive Equilibria in Insurance Markets with Asymmetric Information, *Journal of Public Economics*, 1985, 26, 207-219.
- GROSSMAN, H. I., Adverse selection, dissembling, and competitive equilibrium, *The Bell Journal of Economics*, 1979, 10, 336-343.
- MIYAZAKI, H., The rat race and international labor markets, *The Bell Journal of Economics*, 1977, 8, 394-418.
- NEUDECK, W., PODCZECK, K., Adverse selection and regulation in health insurance markets, *Journal of Health Economics*, 1996, 15, 387-408.
- OKMA, G. H., *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law.*, Ph.D. thesis, 1997.
- ROCHAIX, L., Asymétries d'information et incertitude en santé: les apports de la théorie des contrats, *Économie et Prévision, numéro spécial économie de la santé*, 1997, 129-130, Juil.-Sept., 11-24.
- ROTHSCHILD, M., STIGLITZ, J., Equilibrium in competitive Insurance Markets: an essay on the economics of imperfect information, *Quarterly Journal of Economics*, 1976, 90, 4, 639-649.

VAN BARNEVELD, E. M., VAN DE VEN, W. P. M. M., VAN VLIET, R. C. J. A., Mandatory High Risk Pooling: An Approach to reducing Incentives for Cream Skimming, *Inquiry*, 1996, 33, Summer, 133-143.

VAN DE VEN, W. P. M. M., VAN VLIET, R. C. J. A., How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? In FRECH, H.E. III, ZWEIFEL, P., (eds), *Health Economics Worldwide*, Amsterdam, Kluwer Academic Publishers, 1992.

VAN DE VEN, W. P. M. M., VAN VLIET, R. C. J. A., VAN BARNEVELD, E. M., LAMERS, L. M., Risk Adjusted Capitation Payments: The Achillesheel of Market-oriented Health Care Reforms, *Séminaire international. Économie de la santé*, 1995, Ministère de l'Économie et des Finances, Paris.

WILSON, C., A Model of Insurance Market with Incomplete Information, *Journal of Economic Theory*, 1977, 16, 2, 167-207.

ZECKHAUSER, R., Insurance and Catastrophes, *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 1995, 20, 157-175.

Résumé

Quels sont les bénéfices mais aussi les écueils attendus du renforcement de la concurrence sur le marché de l'assurance maladie? L'intervention de l'État sur ce marché demeure-t-elle justifiée? Quelles sont les modalités optimales d'une telle intervention? Autant d'interrogations auxquelles le présent article tente d'apporter des éclairages à partir de la confrontation des résultats de la théorie microéconomique de l'assurance à l'expérience pratique du système de santé des Pays-Bas dans ce domaine.

Abstract

Which are the benefits but also the pitfalls to be expected from strengthening competition in the health insurance markets? Is State intervention still legitimate? Which are the optimal forms it should take? These are some of the questions addressed in this paper which confronts the theoretical predictions from insurance economics with the practical experience of the Dutch health care system.

Mots-clés

Économie de la santé ; Économie de l'assurance ; Assurance maladie complémentaire ; sélection adverse ; écrémage des risques.

Keywords

Health Economics, Insurance Economics, Private Health Insurance, Adverse Selection, Cream Skimming.

JEL

D61, D63, D82, G22, G28, I18, I19