



Économie publique/Public economics

14 | 2004/1
Varia

Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères

The optimal mix between public and private insurance : the French experience in the light of a number of international experiences

Dominique Polton et Lise Rochaix



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/195>
ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 janvier 2005
ISBN : 36-26-44-X
ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Dominique Polton et Lise Rochaix, « Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 14 | 2004/1, mis en ligne le 05 janvier 2006, consulté le 02 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/195>

économie publique

études et recherches

Revue de l'Institut d'Économie Publique

Deux numéros par an

n° 14 - 2004/1



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.

Imprimé en France.

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

ISSN 1373-8496

Dépôt légal décembre 2004 – n° imprimeur 362644X

Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères

Dominique Polton *

Lise Rochaix **

En France, l'assurance maladie complémentaire couvre désormais plus de neuf personnes sur dix et a vocation à s'étendre encore. En effet, suite à la création en 2000 de la CMU (Couverture Maladie Universelle) qui inclut le volet complémentaire (CMUC), la réforme de l'assurance maladie (Loi du 13 Août 2004) comprend une mesure d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les revenus modestes mais dépassant le plafond CMU de moins de 15 %. Cette généralisation progressive ainsi que les initiatives de gestion du risque prises par certains des opérateurs, ont progressivement conduit à questionner sa place par rapport à l'assurance obligatoire et, de manière plus générale, son rôle dans le système de santé. Le rapport Chadelat (2003) s'est fait récemment l'écho de ces réflexions et propose des perspectives nouvelles sur l'articulation entre assurance publique et assurance privée.

Cette question se pose dans la plupart des pays industrialisés, malgré des configurations, au départ très variables. Elle rejoint celle, plus générale, des rôles respectifs du marché et de l'État, qui, dans les secteurs tels que l'éducation ou la santé, ont fait et continuent de faire l'objet d'un débat nourri. Le marché des soins de santé est en effet caractérisé par de nombreuses imperfections, identifiées dès 1963 par K. Arrow, et dont la correction constitue une première justification de l'intervention publique. La deuxième justification mise en avant est celle de la redistribution. Si l'intervention de l'État à ces deux titres est manifeste sur tous les marchés des soins de santé des pays industrialisés, elle n'en demeure pas moins diverse, tant dans le degré que dans ses modalités. Cette hétérogénéité ne manque

*. IRDES (Institut de Recherches et de Documentation en Économie de la Santé)

** . IDEP (Institut d'Économie Publique), GREQAM (Groupe de Recherches en Économie Quantitative d'Aix-Marseille) et IRDES.

Les auteurs remercient les quatre représentants de pays étrangers pour leur participation à la table ronde des journées Louis-André Gérard-Varet, Marseille, 10-11 juin 2004 et pour leur contribution à ce panorama de la revue. Que soient aussi remerciés les relecteurs de cet article, tout particulièrement Alain Trannoy et Carine Franc.

pas d'interpeller et renvoie à la question de l'existence d'un partage « optimal » entre décision publique et décision privée.

L'objet de cet article est de tirer quelques enseignements, pour la situation française, des expériences de quatre pays, présentées dans ce panorama respectivement par Tom Buchmueller pour les États-Unis, Peter Zweifel pour la Suisse, Ed. Westerhout pour les Pays-Bas et Brian Nolan pour l'Irlande, pays qui ont vu se modifier de manière structurelle l'équilibre initialement défini entre sphères publique et privée. À la lumière de cette comparaison apparaît une tendance commune : celle d'une plus grande intrication des deux sphères, avec des équilibres initiaux fragilisés et des conséquences discutables en termes d'efficacité aussi bien que d'équité.

1. Conditions théoriques et modalités d'un partage optimal

Les conditions d'un partage optimal entre État et marché en santé ont fait l'objet d'une abondante littérature, tant théorique qu'empirique (Henriet et Rochet (1998) et (2004), Dranove and Satterthwaite (2000), Cutler (2002)), et dont les principaux résultats tant sur le marché de l'assurance que sur le marché des soins de santé sont ici rappelés de manière succincte.

Le caractère imprévisible des dépenses médicales induit une demande d'assurance, et donc un marché de l'assurance dont les défaillances ont été soulignées dès 1963 par Arrow.

Une première conséquence logique, habituellement avancée, de l'asymétrie d'information entre l'assureur et l'assuré est l'anti-sélection, ou sélection adverse. Face à un assureur qui, faute d'information suffisante sur les risques de ses clients, pratique des tarifs uniformes, seuls les individus anticipant des dépenses élevées (hauts risques) auront intérêt à s'assurer : il en résulte une couverture incomplète des bas risques et à terme, une spirale déficitaire pour l'assureur. Dans la pratique, ce phénomène d'anti-sélection est compensé par les stratégies des assureurs visant, elles, à sélectionner les bas risques (ou « écrémage » des risques), tant et si bien qu'à l'inverse des prédictions théoriques sur l'anti-sélection, on observe plutôt, dans les systèmes où prévaut une concurrence réelle entre assureurs santé, une difficulté des hauts risques à s'assurer (Henriet et Rochet (1998), Couffinal (2000)). Cette incitation à la sélection des hauts risques est d'autant plus forte pour les assureurs qu'elle est plus immédiatement rentable, et nettement plus facile à mettre en oeuvre, que la gestion du risque¹. L'expérience du *Managed care* amé-

1. La gestion du risque peut être définie comme la mise en place, par l'assureur, d'incitations envers

ricain est de ce point de vue, et avec le recul dont on dispose aujourd'hui, assez éclairante (Polton (2004)).

Enrayer de telles incitations à la sélection des risques par l'assureur suppose la réglementation de la tarification et l'existence de dispositifs de péréquation entre assureurs pour ajuster leurs rémunérations en fonction de leurs structures de risques respectifs. Des enseignements importants ont été tirés de l'expérience de certains pays² en matière de réglementation et de péréquation. Mais ces mécanismes sont, en tout état de cause coûteux à mettre en œuvre et minorent d'autant les gains en efficacité attendus de l'introduction de la concurrence.

Le deuxième comportement stratégique potentiellement généré par la présence d'une assurance en santé est l'aléa moral. On considère aujourd'hui que l'aléa moral *ex ante* (à savoir après signature du contrat mais avant réalisation de l'aléa « maladie ») qui se traduit par une moindre incitation à des comportements de prévention (du fait que l'assurance couvre les coûts de la maladie lorsqu'elle survient) n'est pas avéré en pratique, notamment parce que l'assurance n'est pas complète – elle couvre certes le coût de soins, mais pas celui de la souffrance, de l'incapacité, voire de la mort, attaché à la maladie (Geoffard (2000a)).

La perte de bien-être due au risque moral *ex post* (après réalisation de l'aléa « maladie »), qui se traduit par une surconsommation non observable de soins (liée à la baisse du prix opérée par l'assurance), apparaît en revanche plus significative. Cette thèse, développée initialement par Pauly (1968), a donné lieu à nombre de travaux empiriques visant à mesurer les élasticités-prix des fonctions de demande de soins, parmi lesquels l'emblématique expérimentation sociale de la RAND (Newhouse (1993)). Ces travaux tendent à montrer que la consommation augmente, de fait, avec le niveau d'assurance (Cutler et Zeckhauser (2000), Bardey *et al.* (2003)). Mais l'interprétation de cette corrélation en terme de risque moral a été contestée, une thèse alternative étant que la demande d'assurance est surtout motivée par la réduction de l'incertitude et la possibilité, en cas de maladie, d'accéder à des soins autrement inabordables (Nyman (1999)). Les analyses théoriques récentes intègrent ces deux dimensions du risque moral et de l'accès aux soins, la question étant alors celle du niveau optimal d'assurance pour que les gains liés à la réduction d'incertitude soient supérieurs à la perte d'efficacité due à l'aléa moral (Blomqvist (2001)).

Parmi les imperfections de marché qui caractérisent cette fois le marché des soins figure au premier plan l'asymétrie d'information entre le patient et le producteur de soins. Le patient n'ayant pas l'information ou la connaissance suffisante pour exercer pleinement sa capacité d'arbitrage entre les producteurs ou

les producteurs de soins et les assurés à la recherche d'une plus grande efficacité productive.

2. Il s'agit en particulier des Pays-Bas et des États-Unis (Van de Ven and Ellis (2004)).

effectuer seul son choix de traitement, le risque existe d'une manipulation de la demande par le médecin. Des travaux empiriques mettent en évidence, dans divers contextes nationaux, l'existence d'un tel pouvoir discrétionnaire du médecin. Le caractère significatif de ce phénomène et son ampleur font cependant débat parmi les économistes³ – de même que les propositions normatives qui en découlent (action à privilégier sur la demande ou sur l'offre de soins). La définition de modes de rémunération des producteurs qui prendraient en compte de manière implicite l'existence d'une telle marge de manœuvre a fait l'objet de nombreux travaux⁴.

Outre la réduction des imperfections de marché, l'intervention publique dans le domaine de la santé a pour justification la redistribution⁵.

Le principe d'équité verticale, selon lequel les contributions au système de santé d'individus d'inégale richesse devraient être différentes, peut certes être assuré par des instruments fiscaux en amont du marché de l'assurance – marché sur lequel l'État n'aurait alors plus de raisons d'intervenir au titre de la redistribution et sur lequel la concurrence pourrait jouer pleinement. Mais cette redistribution fiscale ne saurait suffire pour deux raisons. D'une part, la distribution de la morbidité dans la population n'est pas aléatoire mais corrélée au revenu ; d'autre part, une part importante du risque à assurer relève de la notion de risque avéré⁶ ou encore à une forme d'assurance de long terme. (Geoffard (2000b)).

2. Articulations entre assurance publique et privée : des équilibres instables ?

En pratique, la plupart des systèmes de santé combinent des éléments d'intervention publique et de marché, et notamment font cohabiter des systèmes d'assurance publique obligatoire et des assureurs privés. La ligne de partage entre les deux est variable d'un pays à l'autre. Elle peut tout d'abord s'opérer sur des populations et/ou des types de risques différents (première configuration). Elle peut aussi porter sur la couverture de biens et services différents ou l'accès à des producteurs distincts (deuxième configuration). Une troisième configuration peut amener les deux types d'assurance à couvrir conjointement les mêmes services pour la même population, l'assurance privée achetant une meilleure qualité de

3. Cf. Rochaix et Jacobzone (1997), pour une revue de cette littérature sur l'estimation de la demande induite par l'offre ; Cf. Delattre et Dormont (2002) pour une estimation récente sur données françaises.

4. Cf. Rochaix (2004) et Grignon et al. (2002) pour de récentes synthèses.

5. Cf. le débat récent sur l'importance respective de ces deux justifications (Cremer et Pestiau (2004) et Henriot, (2004)).

6. Au sens de « Realized risks » de Hirshleifer (1963).

services et/ou prenant à sa charge d'éventuels co-paiements au moment de la consommation de soins. Ces architectures ne sont pas mutuellement exclusives et les quatre pays retenus pour ce panorama, de même que la France, combinent souvent plusieurs critères de partage. Partout en revanche, les équilibres initiaux, quels qu'ils soient, sont bousculés par les dynamiques récentes, et la tendance est à une plus grande intrication des deux secteurs.

2.1. Première configuration : segmentation selon les populations et/ou les risques couverts.

C'est la configuration historique des États-Unis, comme le rappelle Tom Buchmueller : des assureurs privés en concurrence pour les adultes actifs, des assureurs publics (le gouvernement fédéral ou les États) pour les retraités d'une part (Medicare) et les plus démunis d'autre part (Medicaid). Un tel partage permet en partie de répondre à des préoccupations d'équité horizontale et verticale. La première est traitée en retirant du marché les hauts risques (personnes âgées, personnes handicapées), pour lesquels le coût de l'assurance sur un marché en concurrence serait inabordable, voire qui ne trouveraient pas à s'assurer, dès lors que leur risque est avéré, puisque l'assurance ne peut couvrir que des risques aléatoires. Pour la seconde, la redistribution est assurée par la fourniture directe d'une assurance publique pour les plus démunis.

La même segmentation historique se retrouve aux Pays-Bas, mais cette fois les « trois piliers » décrits par Ed. Westerhout mettent en jeu un couplage revenu / risque. Le premier pilier, l'AWBZ, couvre les risques catastrophiques (soins de long terme) pour l'ensemble de la population. Pour les soins aigus, un partage est opéré entre assurance publique et assurance privée sur la base du revenu : le deuxième pilier (qui regroupe les deux tiers de la population) offre une couverture publique uniforme en termes de garanties et financée par des prélèvements proportionnels au revenu, le troisième pilier (regroupant le tiers le plus riche de la population) choisissant son niveau d'assurance librement sur un marché privé concurrentiel avec des primes calculées en fonction du risque.

Cette segmentation en fonction des revenus, qui exclut les plus riches des dispositifs généraux d'assurance publique, est présente dans d'autres pays, comme l'Irlande (15 % de la population) ou l'Allemagne⁷ (10 %). La segmentation en fonction du revenu conduit à des proportions très différentes de populations couvertes par les segments public et privé en Europe et aux États-Unis (ce, d'autant

7. Selon les cas, les deux compartiments sont plus ou moins étanches : en Allemagne, par exemple, la fraction la plus riche de la population a le choix entre l'assurance publique et l'assurance privée, ce qui n'est pas le cas aux Pays-Bas sauf pour certaines catégories de population.

plus, si une segmentation sur le risque catastrophique est opérée initialement, comme aux Pays-Bas), mais le principe est comparable. L'expérience des États-Unis, de l'Irlande et des Pays-Bas, telle qu'elle est analysée dans les articles de Tom Buchmueller, Brian Nolan et Ed Westerhout, montre que cette segmentation des populations peut générer des incitations perverses pour les assureurs comme pour les producteurs.

Les effets pervers mettent en jeu à la fois des questions d'efficacité et d'équité :

- d'une part, si les producteurs de soins sont les mêmes pour les assurés, ce qui est souvent le cas, la coexistence de deux types d'assureurs finançant les mêmes hôpitaux et médecins peut conduire chacun d'entre eux à tenter de reporter les coûts sur l'autre (*cost-shifting*), comme l'illustre le cas nord-américain entre Medicare et les assurances à but lucratif. Le cas de l'Irlande est extrême, dans la mesure où une telle pratique était historiquement inscrite dans le système (les hôpitaux publics ne facturant, pour les patients assurés de manière privée, que les frais supplémentaires liés à la mise à disposition d'une chambre individuelle) ;
- d'autre part, ces producteurs de soins communs peuvent également avoir des incitations très différentes à soigner des patients publics et privés : le cas de l'Irlande l'illustre bien, là encore, avec des rémunérations forfaitaires associées à la prise en charge des patients publics (budgets globaux, salaires) et des rémunérations additionnelles, à l'acte, pour les patients assurés à titre privé, ce qui incite les directeurs d'établissements comme les médecins à privilégier cette dernière clientèle.

Alors que la partition initiale rendait les compartiments bien distincts, la tendance est à un recouvrement croissant des deux secteurs assurantiels. Tom Buchmueller montre ainsi qu'aux États-Unis, le relèvement des niveaux d'éligibilité conduit à ce qu'une fraction croissante de la population soit couverte à la fois par les programmes destinés initialement aux populations les plus démunies (Medicaid et SCHIP⁸), et par une assurance privée fournie par l'employeur. Pour une fraction croissante de la population, les assurances publiques et privées sont cumulées là où précédemment elles avaient vocation à se compléter, avec, à la clé, un arbitrage coût / qualité (l'assurance publique étant moins chère mais les patients publics étant moins bien considérés par les médecins que les patients privés).

Il en va de même pour l'Irlande. Si la frontière entre assurance publique et assurance privée était assez claire au départ (les 15 % les plus riches n'ayant pas d'accès gratuit à l'hôpital public et devant le financer en souscrivant une assurance privée), cette frontière s'est brouillée sous l'effet d'une double dynamique :

8. SCHIP : State Children's Health Insurance Program, mis en place en 1997 pour assurer une meilleure couverture d'enfants de familles modestes.

la demande d'assurance privée a largement débordé la cible initiale, puisque la moitié des Irlandais en dispose aujourd'hui, et ceci alors même que l'accès à l'hôpital public a été étendu à toute la population. Cette évolution paradoxale s'explique par le fait que l'assurance privée permet un accès plus rapide aux services sanitaires. La question de l'équité d'un tel système qui est, au sens propre, à deux vitesses, est devenue une préoccupation de tout premier plan, comme l'indique Brian Nolan.

Ces deux exemples montrent qu'une répartition efficace et stable du marché entre assurance publique et privée sur la base d'une segmentation socio-économique des populations n'est pas nécessairement durable.

2.2. Deuxième configuration : segmentation selon les producteurs et/ou les produits

Le cas des producteurs distincts renvoie aux modèles des services nationaux de santé, universels, mais en marge desquels a toujours existé un secteur totalement privé, accessible uniquement aux détenteurs d'une assurance privée supplémentaire (comme le NHS britannique). Là encore, initialement, les deux secteurs étaient parfaitement étanches et l'assurance privée marginale. La distorsion croissante entre une demande de patients plus exigeants et une offre limitée dans un système public très contraint financièrement a conduit à une extension progressive du secteur privé. Les récents développements au Royaume-Uni accentuent aussi l'intrication entre les deux secteurs, en utilisant la capacité d'hospitalisation privée pour « éponger » les listes d'attente des hôpitaux publics (avec les mêmes incitations discutables pour les médecins des hôpitaux publics encouragés à traiter en priorité des patients privés).

La segmentation peut tout aussi bien porter sur la nature des biens et services. L'assurance privée peut ainsi couvrir des services qui ne relèvent pas directement du soin, et dont on peut considérer que la collectivité n'a pas à en supporter le coût : par exemple, un certain niveau de confort hôtelier (chambre particulière, télévision...) en cas d'hospitalisation. La segmentation peut aussi porter sur les services médicaux eux-mêmes. Un cas répandu est celui du médicament, souvent exclu initialement de la couverture publique. Ainsi, aux États-Unis, les personnes âgées couvertes par Medicare devaient, jusqu'à une réforme récente, acheter une police de couverture complémentaire pour couvrir ces dépenses et 50 % en disposait. En Irlande, les soins dentaires pour adultes ne sont pas remboursés. En France, les assureurs complémentaires dont le rôle principal est de couvrir des paiements directs (troisième configuration), remboursent également de manière occasionnelle certains actes médicaux quand ceux-ci ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (chirurgie de la réfraction, lentilles de contact...).

L'une des conséquences potentielles de cette segmentation entre assurances publique et privée est analysée par Tom Buchmueller dans le contexte de la mise en place d'une assurance complémentaire pour les dépenses pharmaceutiques des assurés de Medicare. Il s'agit essentiellement d'un effet d'aléa moral *ex post* ; la consommation supplémentaire de soins induite par la présence d'une assurance privée augmente les coûts de l'assureur public.

Par ailleurs, la segmentation sur les produits ou les services renvoie inévitablement à la définition explicite du « panier de soins », c'est-à-dire du contenu des garanties de l'assurance publique, et des critères qui devraient fonder le partage entre couverture socialisée et responsabilité individuelle. Elle nécessite une actualisation permanente des contours de la responsabilité collective, étant donné les évolutions de la médecine. Enfin, cette frontière est évolutive : on peut en effet penser que les difficultés de financement auxquelles sont confrontés tous les systèmes de santé les conduiront à restreindre le champ de la couverture publique au profit de celui de l'assurance privée.

2.3. Troisième configuration : l'assurance privée comme complément à l'assurance publique (de qualité ou de financement)

Dans ce cadre, l'assurance publique et l'assurance privée interviennent conjointement pour les mêmes populations, sur les mêmes prestations médicales, réalisées par les mêmes professionnels de soins. L'assurance privée rachète un complément par rapport à l'assurance publique. Il est intéressant de noter à ce titre que la nature de ce complément varie d'un système à l'autre et reflète les choix en matière de régulation dans les différents pays.

Ainsi, dans les systèmes nationaux universels, gratuits mais rationnés, comme en Irlande, l'assurance privée achète un meilleur accès aux soins – une diminution du temps d'attente pour les traitements hospitaliers notamment. C'est la raison pour laquelle l'assurance privée s'est étendue, au-delà des 15 % les plus aisés, à des populations qui sont déjà couvertes par l'assurance publique et n'ont pas de barrières financières à l'accès aux soins, jusqu'à couvrir aujourd'hui 50 % de la population⁹.

En France, où l'arbitrage a privilégié historiquement la diminution du taux de couverture plutôt que le rationnement de l'offre, l'assurance privée complémentaire achète un complément d'accessibilité financière, en prenant en charge les

9. On peut noter que du point de vue de ce qu'elle achète, on pourrait aussi classer dans cette catégorie l'assurance privée du NHS britannique, qui a été placée sous la configuration précédente. La différence est le degré d'intrication : initialement, les systèmes public et privé étaient strictement séparés au Royaume-Uni, y compris du point de vue des fournisseurs de soins, alors que l'assurance privée irlandaise ajoute un élément de qualité au sein même du système hospitalier public.

copaiements. Cette combinaison particulière où l'assurance complémentaire prend le relais de l'assurance publique pour couvrir d'éventuels restes à charge est assez peu fréquente¹⁰. Mais elle pourrait être amenée à s'étendre, comte tenu de la tendance générale à l'augmentation des copaiements dans la plupart des pays. Elle a cependant des conséquences discutables tant en terme d'équité que d'efficience.

Une telle configuration réintroduit en effet l'iniquité de financement que l'assurance obligatoire avait cherché à supprimer : iniquité à la fois verticale, dès lors qu'en règle générale les primes d'assurance complémentaire sont indépendantes du revenu et donc régressives, et horizontale, car elles varient fréquemment en fonction du risque¹¹. La possession d'une couverture complémentaire, et plus encore, le niveau de garanties qu'elle offre, sont au demeurant inégalement distribués dans la population (Couffinhal et Perronnin (2004)).

Ce constat du frein à l'accès aux soins que représente, pour les personnes à faibles revenus, l'absence de couverture complémentaire a d'ailleurs conduit à mettre en place la couverture maladie universelle (CMU), et depuis peu une aide à l'achat d'un contrat d'assurance complémentaire pour les personnes au-dessus du seuil de revenu ouvrant droit à la CMU. Ces deux dispositifs – et notamment le second – posent néanmoins la question du taux de recours¹².

En terme d'efficacité, la présence d'une couverture complémentaire couvrant les restes à charge affaiblit toute tentative de l'assurance maladie publique pour introduire des incitations financières à une utilisation judicieuse des soins. Un exemple récent en est la visite à domicile sans nécessité médicale, pour laquelle un supplément de tarif à la charge de l'assuré a été introduit par rapport à la consultation en cabinet. L'incitation disparaît dès lors que ce supplément est remboursé par l'assurance complémentaire.

Une solution à ce problème, longtemps débattue et introduite dans la récente réforme de l'assurance maladie en France, consiste à décourager la réassurance des restes à charge : c'est ainsi que les assureurs complémentaires sont fortement dissuadés de rembourser le nouveau forfait d'un euro par consultation¹³. Outre les difficultés pratiques de recouvrement, une telle mesure ne résout pas le dilemme selon lequel la participation financière des assurés, pour être dissuasive, doit atteindre un certain niveau qui risque en même temps d'être pénalisant pour les seuls revenus modestes, en décourageant tout autant les soins nécessaires que superflus. Faut-il le rappeler, c'était précisément ce diagnostic qui avait conduit à

10. Un autre exemple est celui des hôpitaux publics, en Suisse, dont les frais de fonctionnement sont financés à la fois par les cantons et par les assureurs.

11. Du moins sur le marché de la couverture individuelle.

12. Ce terme désigne le fait que des bénéficiaires potentiels font (ou ne font pas) valoir leurs droits.

13. Les organismes qui rembourseraient ce forfait ne pourraient plus bénéficier des exonérations fiscales et sociales.

l'instauration de la CMU en 2000.

Dans les trois configurations historiques analysées ci-dessus, l'évolution récente modifie les partages public / privé. Dans le cas de l'Irlande comme de la France ou du Royaume-Uni, les politiques de maîtrise des dépenses publiques (rationnement du système ou déremboursement) ont eu pour contrecoup l'extension du rôle de l'assurance privée. A l'inverse, aux États-Unis, l'assurance publique s'est étendue récemment, tant en termes de population que de services couverts. Cependant, en parallèle, le rôle de l'assurance privée comme gestionnaire de ces programmes publics a été réaffirmé : il s'agit là d'une nouvelle conception du partage des fonctions entre État et marché, qui a inspiré les réformes récentes dans plusieurs pays européens.

3. La séparation des fonctions d'assurance et d'achat de soins : une nouvelle voie ?

Les trois modes d'articulation entre assurance publique et privée évoqués ci-dessus ont fait partie du compromis social historique qui a fondé l'État providence dans les différents pays. Un schéma apparu plus récemment consiste à accroître le rôle de l'assurance privée et du marché dans la gestion du risque maladie.

On peut en effet distinguer deux fonctions sur lesquelles peut porter la concurrence, qui renvoient aux relations évoquées en première partie entre assurés, assureurs et producteurs de soins (Bocognano et al. (1998), Light et al. (2003)) :

- la concurrence sur la fonction d'assurance (tarification des primes ou contributions et définition des risques couverts : panier de biens et services assurés, niveau de remboursement) ;
- la concurrence sur la fonction de gestion du risque, ou encore d'achat de soins, qui concerne notamment la relation entre assureurs et producteurs de soins.

De manière quelque peu synthétique, les attendus théoriques de ces deux formes de concurrence sont les suivants. Pour la fonction d'assurance, il s'agit d'une plus grande efficacité allocative, à savoir une meilleure prise en compte des préférences des usagers concernant leur couverture, son niveau et son contenu. Pour la fonction d'achat de soins, il s'agit de l'amélioration de l'efficacité productive, notamment par l'incitation qu'elle crée, pour les acheteurs, à encourager les producteurs de soins à rechercher des gains de productivité.

La concurrence peut porter simultanément sur les deux fonctions, comme aux États-Unis, dans le secteur de l'assurance d'entreprise, ou en Suisse. Dans ce second cas, la concurrence sur la fonction d'assurance est plus encadrée : le panier

de biens et services couverts est uniforme et défini au niveau fédéral. Les assurés ont cependant le choix entre des polices d'assurance comportant différents niveaux de franchises, ou peuvent opter pour des réseaux de soins (Health Maintenance Organizations – HMOs). Peter Zweifel évalue positivement l'impact de cette concurrence sur la fonction d'assurance pour le cas suisse, estimant que ces choix d'options offerts par de multiples assureurs vont dans le sens d'un meilleur respect des préférences individuelles – même si ceci est contrebalancé par l'imposition d'un panier de biens et services uniforme. Les phénomènes d'anti-sélection mis en évidence dans le choix des assurés (Geoffard (2003)) montrent cependant que la contrepartie de cette liberté est une plus grande iniquité horizontale.

La concurrence peut être également limitée à la fonction d'achat : c'est ce modèle que les réformes des années 90 ont cherché à promouvoir en Europe. Les Pays-Bas ont été pionniers dans ce domaine par l'instauration progressive d'une concurrence dans le secteur de l'assurance publique couvrant les soins aigus. Dans le cadre de cette concurrence restreinte, le financement demeure socialisé. L'assureur public fixe les modalités de financement, qui peuvent être différentes en fonction des objectifs de redistribution : les contributions peuvent être proportionnelles aux revenus, comme aux Pays-Bas, ou les primes d'assurance assorties d'une aide financière pour les revenus les plus bas, comme en Suisse. De même, les soins couverts, le niveau de remboursement et les règles de prise en charge des frais médicaux font toujours l'objet d'une définition légale au niveau national. Mais chacun choisit librement son opérateur – assureur, caisse – et ces derniers se font alors concurrence sur leur capacité à rendre le meilleur service au moindre coût. Enfin, ce schéma de concurrence sur la fonction d'achat peut être porté tant par les assureurs (cas hollandais) que par les producteurs de soins eux-mêmes (cas britannique), comme le notent Light et al. (2003).

Ce schéma de délégation de gestion à des opérateurs privés a été mis en œuvre aux États-Unis dans le cadre des programmes Medicare et Medicaid. Le gouvernement fédéral et les États ont passé contrat avec des assureurs privés pour qu'ils incluent des bénéficiaires de ces programmes publics dans leurs réseaux de soins (HMOs) moyennant une prime forfaitaire. Après une période de rapide croissance, le mouvement général de repli du *Managed care* a conduit les assureurs à abandonner ces segments de marché peu profitables et la part des bénéficiaires adhérents a régressé. Néanmoins, c'est bien dans ce cadre que doit s'opérer l'extension au médicament de la couverture fournie par Medicare, ces nouvelles garanties devant être gérées par des assureurs privés.

Dans cette séparation des fonctions d'assureur et d'acheteur, l'acheteur peut d'ailleurs être de statut privé, comme les compagnies d'assurance nord-américaines, mais aussi de statut non lucratif, comme les caisses d'assurance maladie aux Pays-Bas, ou les assureurs en Suisse (pour la partie assurance obligatoire de base). La question centrale est celle de l'existence d'un véritable marché d'acheteurs, en

concurrence entre eux vis-à-vis des assurés, et à même de gérer le risque en agissant sur les patients et sur les producteurs de soins.

Le bilan de cette concurrence des acheteurs, tel qu'on peut l'observer dans les systèmes où elle a été mise en œuvre, apparaît assez limité (Demande et Geoffard (2004)). Pour le moment en effet, les réformes n'ont pas apporté une amélioration sensible de l'efficacité productive ni de changements profonds dans les relations entre assureurs et producteurs de soins, comme le notent Ed Westerhout et Peter Zweifel. A cela, plusieurs facteurs explicatifs sont possibles : certains peuvent évoluer avec le temps, d'autres apparaissent plus structurels.

D'une part, pour pouvoir exercer leur capacité d'acheteurs, les assureurs doivent disposer du droit de sélectionner les producteurs de soins. C'est aujourd'hui le cas aux Pays-Bas pour les professionnels en ambulatoire mais cela reste à venir pour les établissements. En Suisse, les assureurs sont encore tenus de contracter avec tous les médecins, sauf s'ils constituent des HMOs. Une telle pratique se heurte en effet aux régulations étatiques en place, ou aux traditions de négociation collective, très ancrées dans certains pays, qui constituent également un frein puissant au développement de contrats sélectifs. Plus globalement, l'adoption d'une régulation par la concurrence suppose le renoncement des pouvoirs publics à tous les dispositifs que des décennies de régulation ont instauré et renforcé : le contrôle des prix, le contrôle des capacités d'offre, la définition des standards de pratique. . . Les États ont, à l'évidence, du mal à accepter toutes les conséquences de cette évolution et à abandonner leurs prérogatives au profit d'opérateurs indépendants.

Par ailleurs, la liberté de contracter avec différents offreurs ne peut s'exercer que s'ils sont en nombre suffisant : or bien souvent, dans les systèmes de santé européens, l'offre a été largement planifiée et encadrée pour limiter la pression sur les dépenses publiques de santé. C'est le cas aux Pays-Bas, avec une offre quantitativement faible et très cartellisée. Dès lors, la mise en concurrence des producteurs de soins ne peut jouer à l'avantage des assureurs – voire même, elle peut se retourner contre eux, en les contraignant, pour attirer des médecins, à mettre en œuvre des incitations. L'expérience des États-Unis, sur laquelle le recul est aujourd'hui important, apporte un enseignement complémentaire : le *managed care*, en éliminant les excès d'offre, a contribué lui-même à créer les conditions d'un renversement du pouvoir de négociation en faveur des producteurs de soins. Cette tendance a été renforcée par la vague de concentrations et de consolidations d'hôpitaux aboutissant à des situations de monopole local. On retrouve donc *in fine* des phénomènes de cartellisation, que le Gouvernement s'est révélé impuissant à contrer de manière efficace (Nichols et al. (2004)).

Au demeurant, il faut non seulement que les assureurs puissent gérer les soins, mais également qu'ils sachent le faire. Gérer l'organisation des soins est une activité complexe, qui suppose la mobilisation d'expertises et de compétences poin-

tues pour élaborer des référentiels médicaux, des protocoles de soins, mettre en œuvre des incitations et des contrôles pour les professionnels, etc... On peut de manière légitime s'interroger sur la capacité des assureurs à exercer correctement cette activité qui ne ressort pas fondamentalement de leur métier de base, à savoir l'évaluation des risques et leur tarification. Là encore, l'expérience américaine montre que la tendance spontanée des assureurs a été de transférer progressivement cette responsabilité de gestion des soins aux groupes de médecins avec lesquels ils contractaient.

Au total, dans la configuration actuelle des systèmes de santé européens, les expériences de mise en concurrence des assureurs n'ont guère démontré leur capacité à exercer en retour une pression concurrentielle stimulante sur l'offre de soins et à en tirer les bénéfices en termes d'efficacité collective. Aux États-Unis, dans le contexte d'une concurrence plus globale, le *managed care* a indéniablement permis des gains de productivité, tout du moins à court terme ; mais le reflux spectaculaire qui s'est opéré récemment amène à questionner la pérennité d'une telle organisation. Là encore, l'articulation opérée entre intervention étatique et marché s'est avérée instable.

Enfin, les exemples européens aussi bien que nord-américain montrent qu'il est difficile d'éviter la sélection des risques, plus rentable pour les assureurs que la gestion des soins. Les mécanismes de péréquation financière (*ex ante* ou *ex post*) mis en place pour corriger les écarts de structures de risques entre assureurs restent en effet toujours imparfaits, comme le rappelle Ed Westerhout, ne rendant compte que d'une partie de la dispersion des dépenses liées aux caractéristiques exogènes des assurés. L'incitation à sélectionner les bons risques, et à rogner sur la qualité des services offerts aux mauvais risques, demeure donc forte.

4. La France : entre concurrence et co-gestion

La redéfinition des frontières et des rôles de l'assurance publique et de l'assurance privée émerge comme un dénominateur commun des différents pays analysés. Dans la plupart des cas, il en résulte une plus grande imbrication des deux sphères : recouvrement des mêmes populations antérieurement exclusives, intervention conjointe pour solvabiliser l'accès à des soins de qualité.

En France, les débats récents questionnent l'articulation entre assurance obligatoire et assurance complémentaire. Faisant le point des réflexions sur cette question, le rapport Chadelat (2003) a proposé de reconnaître la complexité des relations entre les deux types d'assureurs et d'officialiser leur implication conjointe dans la constitution d'une « couverture maladie généralisée », composée de deux

étages, l'assurance publique et une assurance maladie complémentaire de base, dont l'achat serait subventionné pour les bas revenus. En corollaire de ce financement joint, est évoquée la nécessité d'une interaction plus explicite entre assurance maladie obligatoire et complémentaire. Les modalités envisagées varient cependant selon les acteurs : les assureurs privés privilégient un scénario de séparation des risques avec une véritable délégation de gestion sur des secteurs sur lesquels ils ont déjà acquis un poids financier important (dentaire, optique), avec à la clef une vraie concurrence entre assureurs complémentaires sur ces segments. La Mutualité française porte pour sa part un projet de co-gestion entre assurance obligatoire et assurance complémentaire. Elle souligne l'importance d'une implication plus globale de l'assurance complémentaire dans la régulation pouvant servir tout aussi bien des objectifs d'efficacité que d'équité (mise en cohérence des incitations et promotion d'une tarification communautaire ¹⁴).

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie pose les bases d'une évolution dans cette deuxième direction. La loi officialise le principe d'une aide à l'achat d'une complémentaire, pour des contrats dits « responsables », c'est-à-dire s'inscrivant en conformité avec les politiques incitatives de l'assurance maladie obligatoire. Une union des organismes de protection sociale complémentaire a été créée pour être l'interlocuteur de l'union des caisses d'assurance maladie. C'est donc bien l'idée d'une co-gestion de la régulation du système par les assureurs obligatoires publics et les assureurs complémentaires privés (même si le terme de co-gestion est sans doute un peu prématuré à ce stade) qui a prévalu. Ce pari d'une approche collective apparaît quelque peu antinomique des logiques de marché qui ont sous-tendu les principales réformes de la dernière décennie. Aussi séduisante soit-elle, une voie médiane, entre État et marché, sera-t-elle pour autant plus stable que les configurations alternatives ?

14. « Community rating », ou encore, tarification sur la base du risque moyen d'une sous-population.

Références

Arrow K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, Vol. 53, pp. 941-973.

Bardey D., Couffinhal A., Grignon M. 2003. « Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie », *Revue française d'économie*, vol. XVIII, n° 2, 2003/10, pp. 165-197.

Blomqvist A. 2001. "Does the Economics of Moral Hazard need to be revisited?" A Comment on the Paper by John Nyman, *Journal of Health Economics*, 20 (2), p283-288.

Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. 1998. « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : théorie et bilan des expériences étrangères. » CREDES-INSEE, n° 1243, 1998/11, 194 pages.

Chadelat J. F. 2003. *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*. Groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, août 2003.

Cremer H., Pestiau P. 2004. « Assurance privée et protection sociale », *Revue d'Economie Politique*, 114 (5) septembre-octobre, pp. 577-594.

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

Couffinhal A., Perronnin M. 2004. *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement*. Enquête ESPS 2000-2002. CREDES n° 1521. Avril 2004. 110 pages.

Cutler, D.M. 2002. "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals : the Dynamics of International Medical-Care Reform", *Journal of Economic Literature* 60, 881-906.

Cutler, D.M. and R.J. Zeckhauser. 2000. "The Anatomy of Health Insurance" (chapter 11), in *Handbook of Health Economics*, Vol A., ed. A.J. Culyer and J.P. Newhouse, North Holland, Elsevier Science B.V. 1A, pp. 562-643.

Delattre E., Dormont B. 2002. « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Un test micro économétrique sur données de panel ». *Économie et Prévision*, 2000/03, N° 142.

Demange G., Geoffard P-Y. 2004. « À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? », *Revue d'Economie Politique*, 114 (5) septembre-octobre, pp. 595-611.

Dranove, D., Satterthwaite M.A. 2000. "The Industrial Organization of Health Care Markets", in A.J. Culyer and J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, pp. 1093-1139.

Geoffard P-Y. 2000a. « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Economie et Prévision*, 142, p123-135.

Geoffard P-Y. 2000b. « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue d'Economie Politique* ; 110(4) : 457-482.

Geoffard P-Y. 2003. Le rôle des incitations monétaires dans la demande de soins : une évaluation empirique, rapport final, programme national de recherche (PNR) 45 « Problèmes de l'état social suisse ».

Grignon M., Paris V., Polton D. 2004. « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins ». In P-G. Forest (ed.) *Les forces de changement dans le système de santé canadien. Les études de la commission Romanow*, Volume 2, University of Ottawa Press, Ottawa, pp. 226-260.

Henriet D. 2004. « Intervention publique et rôle de la concurrence : un commentaire sur "assurance privée et protection sociale" », de H. Cremer et P. Pestiau, *Revue d'économie politique*, 114 (5), septembre-octobre, pp. 612-619..

Henriet D., Rochet J.C. 2004. *Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution ?*, Journées Louis-André Gérard-Varet, Marseille, 10-11 juin 2004.

Henriet D., Rochet J.C. 1998. « Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé », in *Economie des systèmes de santé*. Economie publique. Etudes et recherches. N°2. Revue semestrielle de l'IDEP. Paris - Bruxelles : De Boeck & Larcier, pp. 15-33.

Light D., A. Preker, Richard S., P. Smith. 2004. "The Role of Markets and Competition in Purchasing", Chapter VI, in *Purchasing to Improve Health System Performance*, J. Figueras, R. Robinson and E. Jakubowski, Buckingham, Open University Press, Forthcoming.

Newhouse J.P. et al. 1993. *Free for All ? Lessons from the RAND Health Insurance*. Harvard University Press.

Nichols L.M., Ginsburg M.E., Berenson R.A., Christianson J.B., Hurley R.E. 2004. "Are Market Forces Strong Enough to Deliver Efficient Health Care Systems? Confidence is Waning", *Health Aff. (Millwood.)*, vol 23, n° 2, pp. 8-21.

Nyman J. A. 1999. The Economics of Moral Hazard Revisited, *Journal of Health Economics*, 18, pp. 811-824.

Pauly M.V. 1968. "The Economics of Moral Hazard : Comment", *American Economic Review*, 58, p. 531-537.

Polton D. 2004. « La concurrence par le financement fonctionne-t-elle ? L'expérience des HMO aux USA », *Revue d'Economie Financière*, à paraître, sept.

Rochaix L. 2004. « Le mode de rémunération des médecins », *Revue d'Economie Financière*, à paraître, sept.

Rochaix L., Jacobzone S. 1997. « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et Prévision*, Vol. 129-130, pp. 25-36.

Van de Ven, W.P.M.M. and Ellis, R.P. 2000. "Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets". *Handbook of Health Economics*. A.J. Culyer and J.P. Newhouse, Elsevier Science B.V. 1A : 755 - 845.