

## La concurrence des systèmes sociaux

Georges Lane<sup>1</sup>

Le texte ci-dessous est paru dans le périodique intitulé *Liberté économique et progrès social*, n°103, janvier/février 2003, pp.2-16.

La concurrence des systèmes sociaux a été l'un des aspects marquants de la généralisation de la concurrence de par le monde, ces vingt-cinq dernières années.

Mais que faut-il entendre pas "systèmes sociaux" ? Les "systèmes sociaux" recouvrent des organisations qui sont très différentes selon les pays et selon les époques, mais qui ont comme point commun l'objectif de la prévoyance. Il serait prétentieux de parler de toutes en quelques lignes, il faut choisir. Le texte qui suit se limite au marché de l'assurance-maladie et au marché des retraites<sup>2</sup> tels qu'ils ont été réglementés petit à petit, essentiellement depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, par les législateurs ou les autorités nationales des pays. Les réglementations en sont arrivées parfois à donner aux marchés la forme extrême de monopoles communistes, i.e. de monopoles obligatoires étatiques ou para-étatiques comme en France.

Il faut souligner en passant que si de par le monde, il a existé au XX<sup>e</sup> siècle un domaine réglementé nationalement, et de façon autrement spécifique que celui de la monnaie ou de la finance, c'est bien celui des assurances. Ce fait, étrange, aurait du retenir l'attention ou le devrait pour la raison que l'émergence de l'assurance en général, l'émergence de ces deux marchés d'assurance en particulier, ne doivent rien à l'intervention du législateur ou des autorités nationales (ou pas à celle qu'on croit<sup>3</sup>). La cause de leur émergence a été l'action humaine (dont il ne faut pas exclure la pensée ou l'esprit) - le libre choix, le libre établissement, la libre prestation, la libre circulation - et l'interaction/association/coopération humaine, - le libre échange des services, des

---

<sup>1</sup> Texte préparé pour la 25<sup>ème</sup> Université d'Eté de la Nouvelle Economie, Aix en Provence, 01-04 septembre 2002 et publié dans *Liberté économique et progrès social*, n°103, janvier 2003, pp.2-16

<sup>2</sup> Le marché des retraites est lui-même un compartiment du marché de l'assurance-vieillesse, lui-même compartiment du marché de l'assurance-vie.

<sup>3</sup> Je pourrai montrer, si j'en avais la place, que l'assurance a justement émergé en réaction ... à la réglementation de la finance, à celle du taux de l'intérêt, avec le "prêt à bonne aventure" ou la "rente viagère".

droits de propriété sur les choses ou sur les produits -, c'est-à-dire tout simplement la concurrence ... - à l'échelle mondiale, si on ne craint pas le pléonasme -.

## **I. Réglementation = répression de la concurrence.**

En conséquence, il faut voir dans les réglementations nationales du marché des retraites ou de celui de l'assurance-maladie rien d'autre qu'une répression - à l'échelle nationale - de la concurrence qui leur avait permis de voir le jour et de se développer. Et on peut trouver dans le détail de ces réglementations tous les facteurs de la répression en question.

Les "systèmes sociaux" recouvrent ainsi autant le système de retraite obligatoire instauré en 1935 aux Etats-Unis, que le système d'assurance-santé obligatoire instaurée en 1948 au Royaume-Uni, que les deux systèmes de retraite et d'assurance-maladie obligatoires que les salariés de l'industrie et du commerce, en particulier, connaissent en France depuis 1945 ou encore que ces deux mêmes systèmes instaurés soixante ans plus tôt, dans la décennie 1880, en Allemagne, etc..<sup>4</sup>

Dans le but de leurs établissements, les réglementations nationales du marchés des retraites ou de celui de l'assurance-maladie ont reçu mainte justifications, le plus souvent saugrenues ou rhétoriques... Les mêmes justifications sont avancées aujourd'hui en France à longueur de temps par ceux qui veulent que rien ne change ou qu'il y ait un changement vers davantage de répression de la concurrence (à l'exemple récent de ce qu'on fait en France les gouvernements Juppé ou Jospin). Ne perdons pas de temps à les évoquer, disons simplement qu'elles tournent autour de la prétendue prévoyance et de la vraie spoliation (dénommée pour l'occasion "redistribution forcée").

Mais au moment où on les avait fait miroiter pour la première fois (i.e. au début du XIX<sup>e</sup> siècle), les réglementations nationales de l'assurance avaient donné lieu elles aussi à mainte critiques. L'une d'elles reste déterminante pour l'économiste : elle avait consisté à expliquer que la répression de la concurrence donnera lieu à des coûts croissants, a priori sans limite, à des dépenses qui devront être payées d'une façon ou d'une autre ... par des personnes qui seront obligées de le faire... et qui, de ce fait, seront spoliées de ressources qu'elles avaient en propriété.

---

<sup>4</sup> Point de vocabulaire important car il est source de confusions ou de dialogues de sourds qui ravissent tant certains diaboliques : ce qui est dénommé "*sécurité sociale*" dans certains pays, comme les USA, c'est le système de retraite obligatoire, un point c'est tout. En France, et malgré ce qui y existe, les gens ont tendance, au contraire, à entendre par "sécurité sociale", la seule assurance-maladie obligatoire (qu'on dénomme d'ailleurs souvent de nos jours à l'étranger "assurance-santé" - "health insurance" en anglais -), c'est une erreur.

L'un des premiers, sinon le premier, à avoir développé, en termes précis, la critique est Frédéric Bastiat (1850, chap.14 de *Harmonies économiques*). Il a "deviné" - au sens étymologique du mot - que, s'il y avait réglementation des "sociétés de secours mutuels", les assurances-maladie et - chômage de son époque, un jour, inévitablement, l'Etat prendrait en charge ou en tutelle, après fusion et centralisation, toutes celles-ci pour tenter de limiter les coûts croissants que supporteraient nécessairement les assurés obligés, i.e. les spoliés. Et il a montré que cela n'améliorera pas le sort de qui que ce soit, étant donné les comportements et les coûts qui en résulteront. Et ce qui s'est produit en France au XX<sup>e</sup> siècle est une illustration de la pertinence de son analyse.

Mais, cinquante années plus tard, Vilfredo Pareto (1896/97, *Cours d'économie politique*) a complété, indirectement, le propos de Bastiat. Il a en effet expliqué qu'étant donné la croissance des coûts, il arrivera un jour où les gens réagiront et où ce ne seront pas tant les spoliés qui réagiront à la spoliation toujours plus grande dont ils seront victimes, que les auteurs de la spoliation, les réglementeurs que Bastiat dénommait les "enrayeurs", bref les spoliateurs. Je cite Pareto :

"Ce qui limite la spoliation, c'est rarement la résistance des spoliés ; c'est plutôt les pertes qu'elle inflige à tout le pays et qui retombent sur les spoliateurs. Ceux-ci peuvent, de la sorte, finir par perdre plus qu'ils ne gagnent à l'opération. Alors ils s'en abstiennent s'ils sont assez intelligents pour se rendre compte des conséquences qu'elle aurait. Mais si ce bon sens leur manque, le pays marche de plus en plus à sa ruine, comme cela s'est observé pour certaines républiques de l'Amérique du Sud, le Portugal, la Grèce moderne, etc." (Pareto, 1896-7, §1049).

Appliqués aux systèmes sociaux de retraite ou d'assurance-maladie, l'explication de Pareto et, plus généralement, les enseignements de la théorie plus récente du "public choice" amènent à penser que la situation où l'Etat aura pris en charge ou en tutelle tous les systèmes sociaux ne sera pas la situation inéluctable finale, mais une étape possible dans l'évolution de l'assurance. Après cette étape ou dans la crainte de la croissance des coûts qui y conduiront, il y aura une autre étape pendant laquelle les spoliateurs, les réglementeurs, qui seront eux-mêmes en concurrence sur le marché politique, amenderont ou abrogeront des réglementations en vigueur, mettront en œuvre des réformes, bref, réduiront ainsi la répression de la concurrence qu'ils avaient instaurée.

Cette étape n'est pas un rêve, ni une utopie, mais la réalité que le monde a atteinte il y a près de vingt-cinq ans, quand des gouvernements ont pris conscience des coûts croissants à quoi les exposaient les systèmes sociaux de retraite ou d'assurance-maladie : et ce fut le lancement de la réforme à l'échelle mondiale. Mais est-ce que cela a été pour autant le signal de la réduction de la

répression - à l'échelle nationale - de la concurrence, bref la généralisation de la concurrence aux systèmes sociaux ?

Pour le savoir, voyons les faits concernant les systèmes sociaux de retraite, puis ceux concernant les systèmes d'assurance-maladie, sans trop entrer dans tous leurs détails.

## **II. Réforme des systèmes sociaux de retraite.**

Les faits concernant la réforme des systèmes sociaux de retraite sont assez simples à décrire. Le vent de réforme est parti de l'Amérique Latine, de cette Amérique dont parlait justement Pareto un siècle plus tôt : cette fois, les spoliateurs ont eu du bon sens. Très exactement, il est parti du Chili (1981), pour aller au Mexique (1991), au Pérou ( 1993), à l'Argentine (1994) et à la Colombie (1994). Des pays membres de l'O.C.D.E. y ont été sensibles (par exemple la Suisse en 1985, l'Australie en 1992). Et des pays d'Asie et de l'Europe de l'Est s'y sont ouverts (par exemple, Hong-Kong, la Lettonie, la Pologne).

Où en sommes nous aujourd'hui ? Selon Schwarz and Demircuc-Kunt (1999), quelques 82 pays se sont réformés, parmi eux, 21 ont mis en œuvre, chacun de son côté, une réforme structurelle profonde.

D'une façon générale, on peut dire que, si les réformes conçues et réalisées diffèrent fortement, leur grande majorité a deux points communs.

Premier point, selon Estelle James (1998) de la B.I.R.D., la plupart des réformes reposent sur trois grands piliers. Le premier est constitué par une épargne retraite obligatoire, gérée par des fonds privés, qui permettra que les prestations futures que recevra le retraité soient étroitement liées aux cotisations qu'il aura versées. Le deuxième pilier tient dans l'épargne privée. Et le troisième pilier consiste en système géré par le gouvernement et financé par l'impôt de façon à ce que les faibles salaires aient un filet de sécurité. A coup sûr, les conditions de départ et les situations socio-politiques ont influencé les voies de réformes choisies et contribué à leur diversité. C'est ainsi que la taille de la dette non provisionnée inhérente aux retraites a été un facteur déterminant : selon Disney (1999), la raison pour laquelle la Lettonie, la Pologne et la Suède ont choisi de mettre en place un système notionnel (cf. ci-dessous) s'est trouvée dans la taille énorme de leur dette de ce type. Un autre facteur important a été le coût imaginé de la transition d'un système à l'autre.

Second point commun de la majorité des réformes, elles vont dans le même sens : moins d'Etat, plus de marché; moins de public, plus de privé ; moins d'administration et de réglementation et plus de libre choix et de concurrence. En effet, les réglementations portaient plus ou moins sur la chose

qu'on dénomme "retraite", sur son offre (sur l'organisation publique-privée de l'industrie des assurances, sur la libre entrée-sortie, etc.), sur sa demande (sur la liberté de choix, la responsabilité des gens), et sur son prix (sur la cotisation ou la prestation). Les gouvernements des pays avaient donc en principe toute latitude d'action pour modifier l'une ou l'autre. Remarquons en passant qu'eu égard à la privatisation du système public de retraite (aspect de l'action sur l'offre), il faut reconnaître que le rôle du Chili a été déterminant car c'est la privatisation qu'il a entreprise en 1981 qui a conduit l'Argentine, le Pérou, la Colombie à privatiser leur système de retraite au début de la décennie 1990, puis le Mexique à le faire en 1997 ; Hong-Kong a copié le Chili récemment et l'Australie a institué sa propre forme de privatisation.

Mais les moyens d'actions possibles étaient indépendants les uns des autres et pouvaient être combinés de différentes façons. Le fait est qu'en pratique, si on scrute ce qui s'est produit depuis le début de la décennie 1980, on constate que, parmi les pays les plus importants des vingt et un procédant à une réforme structurelle, dix se sont engagés dans un système fondé sur la technique de la capitalisation (dénommé ci-dessous le système des pays d'Amérique Latine), trois pays de l'O.C.D.E. ont adopté un système dérivé directement de ce système, et trois pays (Lettonie, Pologne, et Suède) fonctionnent désormais avec un système bâtard : on parle, au prix d'un anglicisme, d'un système notionnel à contributions définies (cf. ci-dessous). Plusieurs pays en voie de développement sont, au contraire, passés du système à contributions définies individuelles qu'ils avaient à un système à prestations définies faisant intervenir le principe de la répartition obligatoire.

### ***II.A. Le système des pays d'Amérique Latine.***

Les pays d'Amérique Latine se sont donc dirigés vers un système où les travailleurs, futurs retraités, ont chacun un compte individuel dans quoi ils capitalisent les cotisations qu'ils y mettent et qui sont gérées par un gestionnaire digne de ce nom - très exactement, celui d'un fond de retraite - et de leur choix.

En raison de la mise en œuvre de ce nouveau système (qui rompt avec le principe de la répartition), les pays ont eu des coûts de transition à supporter mais leur importance ne doit pas être exagérée.

### ***II.B. Le système de certains pays de l'O.C.D.E..***

Le système de certains pays de l'O.C.D.E. (comme l'Australie, la Suisse, le Danemark, et le Royaume-Uni) consiste aujourd'hui dans un système qu'on a dit dériver directement du précédent. Au lieu que le travailleur choisisse le gestionnaire de fonds qui lui plaît, un "choix de groupe" lui est proposé par son employeur. Ce "choix" peut se réduire à un seul fond de retraite, mais il peut

aussi comporter un éventail de fonds entre lesquels l'employé peut choisir. Il reste qu'au Royaume-Uni, et dans une moindre mesure en Australie, le choix de groupe n'est pas obligatoire et l'employé a d'abord le choix entre se débrouiller tout seul ou le choix de groupe.

### ***II.C. Le système "notionnel".***

Le système notionnel tient dans un système dérivé très indirectement du précédent puisqu'il ne rompt pas avec la principe de la répartition obligatoire.

Mais comme lui, il fait intervenir des comptes individuels. Seulement, ceux-ci sont théoriques (d'où l'anglicisme "notionnel") pour ne pas dire virtuels : le compte en question reçoit de son titulaire des cotisations en monnaie, cela en théorie mais pas en pratique car elles sont immédiatement dépensées pour fournir les prestations aux retraités (en raison du système par répartition obligatoire) ! Le futur retraité connaît donc les sommes qu'il a versées sur son compte et les intérêts qu'il a perçus du fait de leur actualisation. Le "système" lui reconnaît l'ensemble et lui versera, l'âge de la retraite venu, une retraite en relation avec l'ensemble. Mais il n'y aura jamais de monnaie dans son compte comme c'est le cas dans les deux types de système précédents.

### ***II.D. La couverture des coûts de transition.***

Contrairement à ce que certains prétendaient, les coûts de transition imaginés pour passer de l'ancien système par répartition obligatoire au nouveau, par capitalisation, n'ont pas été un obstacle à la réforme des retraites. Si on suit ce qu'ont fait les pays d'Amérique Latine, la Hongrie ou la Pologne, on peut dire qu'il y a même eu quatre grandes méthodes pour couvrir ces coûts : le "downsizing"<sup>5</sup>, le recours à des sources de revenus<sup>6</sup>, le recours partiel au principe de répartition<sup>7</sup>, le financement de la dette<sup>8</sup>.

### ***II.E. Quid des faits en France ?***

Jusqu'à présent, en France, les gouvernements successifs n'ont rien entrepris de déterminant (sinon de demander des rapports écrits à des "experts"), a fortiori ils n'ont rien fait dans le sens d'une réduction de la répression de la concurrence en matière de retraite, et cela malgré les

---

<sup>5</sup> Il s'agit de réduire la taille de l'ancien système, trop généreux : baisse des retraites, hausse des cotisations, recul de l'âge de la retraite, variation de la méthode d'indexation, et élimination des abus d'impotence.

<sup>6</sup> Pour aider les retraités actuels, on peut utiliser un surplus du budget de l'Etat ou du système de retraites. Des pays ont privatisé des entreprises publiques et ont utilisé les fonds à cette fin. Le Kazakhstan, par exemple, a utilisé ses revenus pétroliers..

<sup>7</sup> On conserve un peu de répartition obligatoire dans le nouveau système. Aucun pays n'est passé d'un système à l'autre sans conserver une partie de répartition obligatoire, même le Chili. Cela signifie que des recettes soient canalisées vers le nouveau système..

<sup>8</sup> Les méthodes précédentes donnent lieu à un déficit qu'il faut combler et donc financer d'une façon ou d'une autre. Il existe aujourd'hui mainte méthodes possibles.

directives de l'Union Européenne sur la liberté de choix, la liberté d'établissement, la liberté de prestations et la libre circulation dans le domaine ...

### III. Les faits relatifs à la réforme des systèmes sociaux d'assurance-maladie.

Les faits concernant la réforme des systèmes sociaux d'assurance maladie sont plus compliqués à décrire que les faits concernant la réforme des systèmes sociaux de "retraite". Il y a une bonne raison à cela :

- dans le cas des systèmes sociaux dits de "retraite", les réglementations avaient trait au seul marché des retraites ; elles ne portaient pas sur les marchés des services ou des produits que pouvaient acheter les "retraités" grâce à la retraite, i.e. à la couverture vieillesse, qui leur permettait de vivre au quotidien, en particulier de conserver une bonne santé ; et les réformes ont porté sur ce seul marché ...
- dans le cas des systèmes sociaux dits d'"assurance maladie", les réglementations avaient trait non seulement au marché de l'assurance-maladie proprement dite, mais aussi et peut-être d'abord au "colloque singulier" entre le médecin et le patient et à ce qui en découle, à savoir les marchés des soins médicaux et des produits de recouvrement de la santé - dénommés en abrégé le "marché de la santé" -.

En vérité, ce choix des règlementeurs peut s'expliquer de deux façons complémentaires :

- première façon : si, d'un côté, en retraite, le règlementeur admettait que le retraité pouvait dépenser sa couverture d'assurance vieillesse, i.e. sa "retraite", comme il le voulait, de l'autre, en assurance-maladie, il refusait catégoriquement d'admettre le plus souvent que le malade pût dépenser sa couverture d'assurance-maladie comme il le voulait pour la raison que le "marché de la santé" ne serait pas un marché comme les autres, qu'il ne serait pas en particulier concurrentiel<sup>9</sup> ...

<sup>9</sup> Encore aujourd'hui, cette spécificité est soulignée. Ainsi, selon une étude récente chapeautée par l'O.C.D.E. [janvier 2002], on peut lire :

"Notably, education and health care sectors used to be regarded as quite different from typical markets in various aspects (see, amongst others, Hoxby (2001) for education. For health care, see Gaynor and Hass-Wilson (1999), Gaynor and Vogt (1999), and Gaynor *et al.* (2000)).

First, those sectors are characterised by the strong presence of *non-profit suppliers*. If those suppliers are not pursuing profit-maximisation like ordinary firms, arguably, consideration of *market power* should be also modified.

Second, *price competition* is nearly absent in markets for education or health care, under the conventional institutional setting including public funding, medical insurance, tax incentives, and price regulation.

Third, both education and health care sectors are characterised by the combination of *differentiated products* and *heterogeneous preferences*.

- seconde façon d'expliquer pourquoi les règlementeurs ont fait le choix : en "assurance-maladie", le malade n'a pas de couverture d'un montant défini en relation avec les cotisations versées (personnellement ou non ...) et il en est ainsi car le système social d'assurance-maladie est fondé sur le "principe de la répartition obligatoire" et car ce principe, tel qu'il est appliqué, fait miroiter au malade une couverture a priori illimitée ... ; il en est différemment en retraite car, bien que le système soit fondé lui aussi sur le principe de la répartition obligatoire, le système fait miroiter au futur retraité la couverture qu'il recevra, à savoir une retraite dont le montant est limité et se situe entre un "plancher" et un "plafond" (indépendants en grande partie des cotisations versées antérieurement).

En d'autres termes, qui aurait songé à réglementer nationalement les marchés des services ou des produits pour des raisons relatives à la retraite ? Personne, mis à part peut-être les communistes ou les grands planificateurs devant l'Eternel. C'est pourtant ce qui s'est passé à des degrés divers selon les pays - des pays ni communistes, ni planificateurs - dans le cas du "marché de la santé" : ce "marché de la santé" a été réglementé pour des raisons relatives à la couverture d'assurance-maladie! Il faut se rendre compte de la mystification. A l'extrême, les réglementations ont consisté à lier le marché de la santé au marché de l'assurance-maladie, i.e., en d'autres termes, à donner au marché de l'assurance-maladie transformé en monopole d'assurance-maladie, la tutelle du marché de la santé, par exemple en créant une organisation chargée de fournir non seulement les soins médicaux mais encore les couvertures d'assurance-maladie.

Dans ces conditions, pour réformer leur système social d'assurance-maladie, les gouvernements avaient à leur disposition trois lignes de conduite :

- la modification des réglementations du marché de la santé, i.e. des marchés de soins médicaux ou de produits de recouvrement de la santé,
- la modification des réglementations du marché de l'assurance-maladie proprement dite, ou
- la modification des règles de l'intégration du marché de la santé au marché de l'assurance-maladie proprement dite ou, si vous préférez, celle des règles de la tutelle du monopole d'assurance maladie sur le marché de la santé ;

Et rien n'interdisait aux gouvernements de les combiner, le cas échéant, et ils n'hésitèrent pas à le faire.

---

All in all, the markets for education and health care appear to be considerably distant from the *ideal type of perfect competition*. Not surprisingly, therefore, it is particularly difficult  
 - to evaluate costs and benefits of *enhancing competition* in these sectors and  
 - to reach a consensus on *how to reform these sectors*."



En pratique, pour cette raison, il n'est pas possible d'isoler quelques lignes moyennes de réforme suivie par les pays dans le monde depuis 25 ans. Contrairement à la réforme des systèmes sociaux de retraite, il n'est pas possible d'identifier des types originaux de réforme des systèmes sociaux d'assurance-maladie, il faut rester dans les lignes de conduite données.

### ***III.A. La modification des réglementations du marché de la santé.***

Il faut se rendre compte que ce dont on parle le plus est la modification des réglementations du marché de la santé. Les réglementations nationales de ce marché portaient plus ou moins sur :

- \* les soins médicaux ou les produits de recouvrement de la santé eux-mêmes,
- \* leur offre (médecins, personnels médicaux ou paramédicaux, hopitaux privés ou publics, produits pharmaceutiques, libre entrée-sortie, etc.),
- \* leur demande (liberté de choix ou non du médecin par le patient ), ou
- \* leur prix (honoraires libres ou non des médecins, prix du marché des produits pharmaceutiques).

En pratique, pour réformer, les gouvernements ont fait varier l'une ou l'autre de ces réglementations et, dans la décennie 1980, il est possible d'isoler une réforme-type : ils se sont faits forts de "gérer la concurrence" sur le marché de la santé, ce "marché pas comme les autres" selon eux.

Il est aussi possible de discerner l'erreur qui leur est commune. J'en veux pour preuve une étude de l'O.C.D.E. (1994) qui fait état des réformes mises en œuvre jusqu'à cette date par les pays membres de l'O.C.D.E. depuis 1960 et de leurs variétés. Cette étude conclut en termes choisis à l'"insuffisance" de la "concurrence dirigée".

Elle explique aussi pourquoi l'esprit de la réforme est en train de changer alors de direction, pour s'orienter plus nettement vers la concurrence - sans qualificatif cette fois -, pour s'avancer dans la bonne direction:

"Des législateurs, des autorités nationales essaient explicitement aujourd'hui d'y restaurer de la concurrence, reconnaissant que la "*concurrence dirigée*" qu'ils avaient établie dans le passé a conduit à une baisse de la qualité des services ( ... par baisse des coûts), à des systèmes de gestion rigides et inefficaces et à une inégalité d'accès aux soins des patients".

A des degrés divers, depuis lors, pour les pays membres de l'O.C.D.E., les réformes vont dans le même sens : celui du moins d'Etat, plus de marché ; moins de public, plus de privé ; moins d'administration et de réglementation et plus de libre choix et de concurrence. Par exemple, la Nouvelle Zélande a procédé à une réforme du secteur public l'orientant vers le marché, la plupart

des pays d'Amérique Latine ont privatisé partiellement l'offre sur la marché de la santé, le Chili a donné à ses citoyens des incitations fiscales pour qu'ils quittent le système de santé national.

Peut-on y voir des tentatives de réduction de la répression de la concurrence ? A coup sûr oui dans certains pays ! Il n'en reste pas moins que beaucoup se rendent compte aujourd'hui que la gestion digne de ce nom des hopitaux n'est encore que dans son enfance et ils en veulent pour preuve l'information inadéquate disponible pour la prise de décisions.

### ***III.B. La modification des réglementations du marché de l'assurance-maladie proprement dite.***

Autant on parle beaucoup de la modification des réglementations du marché de la santé, autant on parle peu de celle des réglementations du marché de l'assurance-maladie proprement dite. De fait, elle est pourtant comparable à la modification des réglementations du marché des retraites.

Elle passe principalement par :

- une action sur l'offre : la libération de l'entrée des assureurs sur le marché de l'assurance-maladie : par exemple, il y a la concurrence gérée entre assureurs ou "fonds" (Royaume Uni, Pays-Bas) ; en 1987, les réformes mises en place aux Pays-Bas ont introduit une concurrence entre les assureurs dans le cadre d'un système d'assurances sociales universel.
- une action sur la demande : par exemple, en 1987, les Pays-Bas ont introduit un système de "ticket" qui permet au consommateur de choisir entre assureur public et assureur privé, l'assureur offrant un panier de couvertures santé fondamentales, mais fixant des primes en fonction de la qualité des soins et des bénéfices additionnels désirés ... ; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996, en Allemagne, chaque Allemand peut choisir sa firme d'assurance-maladie (113 ans plus tôt..., Bismarck décrétait le contraire) ; c'est le dernier exemple notoire de réduction de la répression de la concurrence en date après la réforme de l'ancienne RDA du jour au lendemain et le gouvernement de Nouvelle Zélande a donné aux gens des incitations fiscales pour qu'ils achètent une assurance-maladie privée.

Peut-on voir dans ces actions des tentatives de réduction de la répression de la concurrence ? A coup sûr oui, dans certains pays !

### ***III.C. La modification des règles de l'intégration du marché de la santé au marché de l'assurance-maladie proprement dite.***

La modification des règles de l'intégration du marché de la santé au marché de l'assurance-maladie proprement dite est une question en général mal distinguée des deux précédentes pour ne pas dire évitée. On parle de la modification sans en parler.

La question est pourtant essentielle surtout si les règles en vigueur revêtent la forme d'un monopole d'assurance-maladie en tutelle ou en charge du marché de la santé. Elle est d'ailleurs la conséquence de plusieurs questions préalables qu'on n'évoque pas et qu'on peut exprimer de la façon suivante :

- Pourquoi vouloir "harmoniser" - ce qui ne peut être fait que de façon dirigiste - les relations entre le malade potentiel, l'assureur et les praticiens de la médecine (i.e. les offreurs du marché de la santé) ? Voire en faisant intervenir une tierce personne, comme par exemple, l'employeur !
- Pourquoi refuser de laisser faire chacun ?

Etant donné les réponses affirmatives implicites données à ces questions dissimulées, se pose alors la question du comment faire ?

L'O.C.D.E. par exemple y répond en disant qu'il y a plusieurs formules d'intégration du marché de la santé au marché de l'assurance-maladie proprement dite :

- la formule publique et obligatoire (comme dans le cas du "National Health System" du Royaume-Uni) et
- la formule privée et facultative (comme dans le cas des réseaux de soins coordonnés privés - "Health Maintenance Organisation", H.M.O. - aux Etats-Unis quand les médecins sont des employés salariés du réseau - "H.M.O. staff model" -).

A ces deux formules, réputées réglementaires, l'O.C.D.E. oppose la formule contractuelle qui tient dans un système où l'assureur ou une tierce partie paie directement aux professionnels de santé les soins fournis, le plus souvent gratuitement, au patient. Les professionnels de santé sont alors des indépendants et les paiements qu'ils reçoivent sont à la capitation ou à l'acte, tout cela étant choisi librement ou non par le malade potentiel.

Cela étant, on peut dire qu'il y a réduction de la répression de la concurrence dès lors que l'intégration réglementaire publique et obligatoire est abandonnée au profit de l'intégration réglementaire privée et facultative ou de l'intégration contractuelle. Et cela a été décidé parfois dans le passé.

Les réformes introduites au Royaume-Uni, exemple type de la liaison rigide, i.e. du système intégré verticalement, ont consisté à s'éloigner de ce système pour se rapprocher d'une version du système public du contrat. En 1987, les réformes mises en place aux Pays-Bas ont consisté aussi à renforcer le système du contrat. La réforme la plus soudaine et la plus spectaculaire a été le passage en 1991 de tout le système public de santé de la R.D.A. à un système d'assurances sociales fondé

sur le contrat, du type de celui qui existait sur tout le territoire allemand avant la guerre de 1939-45. Il associe une concurrence entre prestataires animée par les consommateurs et un monopole bilatéral impliquant la fixation de budgets globaux pour les prestataires par les caisses d'assurance-maladie. Les budgets globaux sont négociés au niveau régional entre les associations de caisses d'assurance-maladie et les associations de médecins ou les hôpitaux

Aux Etats-Unis, si les assureurs ont mis au point des réseaux de soins privés, les H.M.O., il y a des contestations croissantes sur les méthodes employées par certaines compagnies pour freiner la demande de soins. Et il y a eu l'instauration des système de "managed care". A l'expérience, on se rend compte que le système du managed care non seulement met en colère praticiens et patients, mais encore n'atteint pas son objectif de limiter les dépenses de santé.

### ***III.D. Quid des faits en France ?***

Dans le cas de la France, il y a eu ces dernières années - et pour ne pas remonter au-delà - le plan Juppé (1995-97) et les plans Jospin, postérieurs (1997-2002). Ils sont allés dans le sens de l'intégration réglementaire publique et obligatoire du marché de la santé au marché de l'assurance-maladie obligatoire, de la tutelle accrue du monopole d'assurance-maladie qu'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sur le marché de la santé.

S'agissant du marché de la santé, la voie suivie est à l'opposé de la réduction de la répression de la concurrence : le marché a été davantage réglementé.

Quant au marché de l'assurance-maladie proprement dite, il y a eu certes la privatisation des firmes publiques d'assurance, regroupées en 1967/68 sous les dénominations UAP, GAN, AGF et MGF. Mais, en dépit de cela, les réformes Juppé ou Jospin ne sont pas allées dans le sens de la réduction de la répression de la concurrence sur ce marché.

Avec l'instauration en 1999 de la couverture maladie universelle (réservée aux "pauvres"), les personnes en question ont reçu un semblant de choix entre des organismes de sécurité sociale maladie ou les mutuelles d'assurance-maladie complémentaire. Il y a eu en octobre 2001 les treize pistes de Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité (avec des pistes du genre conventions médecins-assurance-maladie, maîtrise contractuelle des dépenses médicales, aide à l'installation de praticiens en zone rurale !)

Bref, dans ces conditions, on ne peut pas dire que la France se soit dirigée dans le sens de la réduction de la répression de la concurrence.

## **IV. Le retard français.**

Au vu des faits précédents qui se sont produits ces vingt-cinq dernières années, on peut conclure que la restauration de la concurrence des systèmes sociaux de retraite et d'assurance-maladie est en cours de par le monde même si elle l'est beaucoup plus en retraite qu'en assurance-maladie et même si elle n'est guère commencée en France.

On peut interpréter toutes les modifications des réglementations nationales de la même façon : il y a eu une réduction des répressions, à l'échelle nationale, de la concurrence. Et nous en avons donné la raison : les réglementeurs, les spoliateurs, ont en définitive refusé de supporter les coûts de la crise des systèmes sociaux qu'ils concevaient s'élever à l'horizon.

On peut aussi considérer que la concurrence l'a emporté sur sa répression car était intacte la concurrence sur le marché politique (une concurrence qu'en France les gouvernements essaient de réprimer depuis maintenant plusieurs années : financement public des partis politiques, modification des modes de scrutin, etc.).

Mais la répression, à l'échelle nationale, de la concurrence des systèmes sociaux ne saurait être véritablement réduite tant qu'existera l'obligation réglementaire d'assurance de vous et moi, malades ou retraités potentiels, qui leur est commune.<sup>10</sup> Un mot sur ce point de l'obligation réglementaire d'assurance pour conclure.

Frédéric Bastiat, encore lui, avait bien compris que l'assurance avait un effet possible dommageable sur les personnes : celui qu'elles se moquassent des conséquences de leurs actes, une fois assurées, bref qu'elles abusassent de l'assurance... car l'assurance avait finalement déplacé leur responsabilité vers l'assureur. Cent dix ans après Bastiat, et sans faire référence au droit de la responsabilité, Kenneth Arrow dénommera "hasard moral" cet effet et l'expression fera florès en théorie économique surtout ces dernières années.

Et l'assurance était critiquable à cause de cet effet possible de l'assurance sur l'assuré. Mais Bastiat avait aussi avancé que les conséquences du déplacement de la responsabilité n'était pas *ordinaire*, mais *extraordinaire*, et que peu d'assurés avait finalement le comportement que pouvait craindre l'assureur. Les conséquences ne devaient donc pas être montées en épingle d'autant que, de toutes les façons, la liberté d'action de l'assureur pouvait leur porter remède, bien sûr si le règlementeur la laissait jouer.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> En passant, il faut savoir qu'en France, en 1992, en dehors de ces domaines sociaux, on supportait déjà 90 obligations d'assurances (15 fin de la décennie 1950) alors qu'il y en avait 24 en Belgique, 18 en Allemagne, 9 au Royaume-Uni et 3 au Japon (selon Foussat, B. (1992), "Une réforme nécessaire", *Risques*, n°12, octobre-décembre, pp.19-28). Et depuis 1992, de nouvelles obligations ont été édictées en France !

<sup>11</sup> Entre parenthèses, Arrow et Bastiat sont en complet désaccord sur les moyens de surmonter l'obstacle à l'assurance qu'est le "déplacement de la responsabilité-hasard moral", je n'y insiste pas.

Le fait est que l'obligation réglementaire d'assurance sur quoi reposent les systèmes sociaux de retraite ou d'assurance-maladie a plusieurs conséquences autrement pernicieuses qui ne devraient pas être confondues avec celles du déplacement de la responsabilité occasionné par l'assurance libre, fût-il dénommé "hasard moral".

En faisant abstraction de la responsabilité individuelle, en la réduisant à néant, bref en instaurant le hasard moral, comme elle le fait par principe, l'assurance obligatoire a,

*primo*, la double conséquence de rendre ordinaires les effets craints du hasard moral et d'augmenter ses destructions. Une preuve s'il en est besoin tirée de la situation de la France en maladie: il n'est plus de jour où les régulateurs ne déclarent que les personnes consomment trop de soins médicaux ou de produits de recouvrement de la santé ("malheur aux médicaments"), que les médecins prescrivent trop de médicaments et qu'il faut renforcer la *maîtrise* des dépenses de santé .

*Secundo*, l'assurance obligatoire a une conséquence ignorée, c'est celle de faire perdre la tête aux régulateurs, de les rendre immoraux. Une preuve là encore tirée de la situation de la France, mais en retraite cette fois : il devient courant d'entendre les régulateurs déclarer que la retraite est trop précoce, qu'il faudrait reculer l'âge de la retraite, voire ils sous-entendent que les retraités pourraient vivre plus que de raison, trop longtemps (et c'est la porte à l'euthanasie... qui s'entrebaille progressivement).

Je vois dans ces jugements à l'emporte-pièce des conséquences du déplacement de la responsabilité, du hasard moral qu'occasionne l'obligation réglementaire d'assurance sur les régulateurs et tous ceux qui la soutiennent bec et ongles. Ils entrent dans l'immoralité à leur corps défendant en s'exprimant de la sorte. En tenant de tels propos par exemple en matière de retraite, sans peut-être s'en rendre compte, ils montrent en fait que l'obligation d'assurance qu'ils justifient les amène à se moquer des personnes retraitées dont ils avaient déclaré vouloir protéger les vieux jours par le système, bref ils sont amenés à abuser, à s'abuser ... Et à ces propos, je pourrai ajouter certains de leurs actes comme celui qui a consisté depuis toujours à ne pas provisionner les montants des retraites qu'ils font miroiter. Eux qui, en général, condamnent la spéculation, ont-ils conscience qu'ils spéculent - au plus mauvais sens du terme - en agissant de la sorte ! Tout cela fait apparaître que l'obligation réglementaire d'assurance qu'ils vénèrent leur tourne la tête, déplace leur responsabilité ... et les amène à exposer les assurés-maladie et les retraités au hasard moral !

Au total, il apparaît donc que l'obligation d'assurance pervertit spoliés et spoliateurs : pour cette raison, elle est doublement immorale. De même qu'on ne peut pas faire boire un âne qui n'a pas soif, de même, on ne peut pas rendre morale une immoralité. En tant qu'élément de la réglementation d'assurance, l'obligation n'a rien de moral, elle est une immoralité. Ceux qui la

jugent minimum et incontestable en raison du caractère moral qu'ils lui donnent se trompent lourdement. En vérité, elle est un exemple de contradiction pratique procédant d'une atteinte à la propriété naturelle de la personne, elle est tout simplement une véritable agression permanente contre celle-ci.

En conséquence, l'obligation réglementaire d'assurance ne peut que nuire à la réduction de la répression de la concurrence en matière d'assurance, elle est un gros obstacle à la restauration de la concurrence. Pour cette raison, et contrairement à ce qu'a écrit Gary Becker<sup>12</sup>, j'ai tendance à penser que la réduction de la répression de la concurrence en matière de retraite ou d'assurance-maladie sera véritablement engagée le jour où sera abrogée l'obligation réglementaire d'assurance. Ce sera alors l'abolition de l'esclavage de type "socialo-communiste" qui prend les personnes pour de la matière malléable que doivent façonner leurs maîtres auto-proclamés, leurs prétendus dirigeants sortis des urnes du suffrage prétendument universel, et qui leur refuse tout simplement leur dignité d'être pensant, libre et responsable.

Georges Lane

26 septembre 2002

---

<sup>12</sup> Par exemple, en novembre 1994 dans *Le Figaro* : à propos des systèmes sociaux de retraite - selon G. Becker, l'important est d'abandonner le principe de la répartition et de passer à la technique par capitalisation et non pas d'abroger l'obligation d'assurance.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.