

## Concurrence et efficacité productive en assurance santé

Agnès Couffinhal, CREDES, Paris

### Résumé :

Les mécanismes concurrentiels permettent-ils d'améliorer l'efficacité productive des systèmes d'assurance santé ? L'expérience de différents pays montre que, pour espérer atteindre cet objectif, il faut mettre en place un système réglementaire complexe qui tempère la sélection. Celui-ci permet de maintenir voire d'augmenter l'équité du système.

### 1. INTRODUCTION

Les années récentes ont vu s'intensifier le recours à des mécanismes de marché dans des pays qui cherchent à améliorer l'efficacité de leur système de santé. Un grand nombre de ces réformes a conduit à introduire ou à renforcer la concurrence dans l'assurance santé.

Or, l'assurance concurrentielle, qui permet à des personnes exposées à des risques d'opérer *ex ante* une redistribution de leur propre richesse entre différentes situations plus ou moins favorables, repose sur une tarification au risque jugée en santé inéquitable à deux titres. D'une part, les personnes dont l'état de santé général est mauvais doivent, pour se soigner ou pour s'assurer, payer plus que celles qui sont en meilleure santé. D'autre part, les personnes moins aisées, pour un niveau de risque donné, doivent consacrer une part plus grande de leurs ressources pour obtenir une couverture ou pour avoir accès à un traitement donné.

Est-ce à dire que les pays concernés ont choisi de privilégier l'efficacité et la maîtrise des dépenses aux dépens de la justice sociale ? La réponse est négative et certains pays (Israël ou la Suisse par exemple) ont à la fois renforcé la concurrence et imposé l'universalisation de la couverture maladie. Sans chercher à méconnaître le fait que le maintien ou l'extension de la couverture maladie obéit avant tout à une logique de justice sociale, ce travail montre que l'utilisation de mécanismes concurrentiels visant à améliorer l'efficacité des systèmes d'assurance maladie, non seulement ne conduit pas nécessairement à diminuer l'équité, mais encore peut contribuer à l'améliorer à la marge.

Pour cela, nous commençons par expliquer pourquoi la concurrence en assurance santé n'est pas nécessairement spontanément porteuse d'efficacité. Puis, nous décrivons rapidement les conditions théoriques et techniques de régulation de

la concurrence permettant de surmonter cette difficulté. Cette analyse de la littérature et de l'expérience de différents pays montre en quoi la réglementation en faveur de l'efficacité est compatible avec le maintien ou l'augmentation de l'équité.

## **2. LA CONCURRENCE NE CONDUIT PAS SPONTANÉMENT À L'EFFICACITÉ**

### **2.1. Quel rôle pour les assureurs dans l'augmentation de l'efficacité ?**

Avant de s'interroger sur la capacité de la concurrence à améliorer l'efficacité, il convient de préciser que l'assureur, dans le domaine de la santé, remplit potentiellement deux fonctions (BOCOGNANO *et al.* 1998).

La première fonction est naturellement la couverture des risques : moyennant le paiement d'une prime, l'assureur garantit à l'individu qui choisit d'acquiescer ce service que tout ou partie des frais qu'il engage pour se soigner seront remboursés. ROTHSCHILD et STIGLITZ (1976) ont montré que l'efficacité allocative d'un système d'assurance concurrentiel est potentiellement limitée par l'existence d'une asymétrie d'information : autrement dit, la concurrence sur la fonction d'assurance ne conduit pas toujours à une allocation optimale des risques. Toutefois, cette question n'est pas centrale à notre propos :

- d'une part, il n'existe pas d'analyse véritablement concluante sur le fait que l'antisélection menace le fonctionnement des marchés d'assurance maladie (COUFFINHAL, 2000) ;
- d'autre part, l'introduction de mécanismes concurrentiels semble plutôt viser l'amélioration de l'efficacité productive que l'augmentation de la liberté des individus et de l'efficacité allocative par le développement de la concurrence sur la fonction dite d'assurance.

Plus précisément, la concurrence est censée stimuler la recherche d'un meilleur rapport "qualité-prix" par les assureurs. Ceci renvoie surtout à la seconde fonction qu'ils peuvent remplir : celle de gestion du risque (*Managed Care*). Les nombreuses imperfections qui entachent le fonctionnement du marché des soins (ROCHAIX, 1996) ouvrent aux différents agents économiques des possibilités d'adopter des comportements stratégiques nuisibles à l'efficacité globale du système. L'assureur, pour limiter ses coûts, ou pour améliorer la qualité du service proposé à l'assuré, peut choisir d'intervenir plus directement dans la gestion et la coordination du processus de production de soins, voire dans la gestion du capital de santé des usagers (achat de soins pour le compte de l'assuré, surveillance de la qualité, développement de la prévention...). En ce sens, il peut œuvrer à améliorer l'efficacité productive du système de santé.

On peut donc plus particulièrement associer à chaque fonction de l'assureur une acception du terme efficacité. Le recours à des mécanismes concurrentiels en santé vise surtout à inciter les acteurs à maîtriser les coûts et plus généralement à améliorer l'efficacité productive du système de santé. Les assureurs peuvent

atteindre cet objectif en gérant les risques. Mais la concurrence conduit-elle systématiquement à ce résultat ?

## 2.2 Sélection et efficacité productive

Les économistes qui étudient le fonctionnement des marchés de services liés à la santé se sont penchés ces dernières années sur l'hypothèse selon laquelle certains producteurs de services, dont les assureurs peuvent avoir, dans un univers concurrentiel, plus intérêt à mettre en œuvre la sélection que la gestion des risques (NEWHOUSE, 1996).

### 2.2.1 La sélection

La sélection est un ensemble d'actions mises en œuvre par les producteurs d'un certain type de service destinées à exploiter des hétérogénéités de risque mal tarifées. Elles consistent pour à refuser de rendre le service à certaines personnes, à les inciter à s'adresser à d'autres producteurs ou enfin à attirer de façon préférentielles certains types de bénéficiaires.

La sélection peut émerger lorsque plusieurs conditions sont réunies.

Tout d'abord, il faut d'une part, qu'un prix d'échange contractuel soit fixé avant que le service ne soit rendu (paiement dit prospectif) et d'autre part, que le coût de production du service varie en fonction des caractéristiques du bénéficiaire. Si le coût de production pour chaque bénéficiaire ou type de bénéficiaire est parfaitement anticipé et reflété dans le prix, le marché fonctionne normalement. Il en va de même si on rembourse les coûts de production observés pour chaque bénéficiaire après que le service a été rendu ou encore si le producteur n'est pas responsable d'un éventuel déficit. En revanche, si les caractéristiques du bénéficiaire qui expliquent les différences de coût de production ne sont pas toutes prises en compte dans le prix payé au producteur, il a rationnellement intérêt à sélectionner les risques. En effet, le paiement prospectif est uniforme sur une population (ou une sous-population) hétérogène et il reflète généralement le coût moyen de production pour ce groupe. Dans ce cas, si le producteur est en mesure d'anticiper le coût pour différents individus, il peut générer un profit en fournissant le service aux personnes pour lesquelles ce coût est inférieur au paiement moyen<sup>1</sup>.

Certaines des conditions nécessaires à l'émergence de la sélection sont réunies par construction sur un marché d'assurance concurrentiel (paiement prospectif sous forme de prime d'assurance et responsabilité financière de l'entreprise). En outre,

---

<sup>1</sup> Prenons l'exemple simplifié d'un hôpital rémunéré par une méthode de type Groupe Homogène de Malades. Imaginons un GHM pour lequel le "coût" moyen estimé et payé par l'Etat ou un assureur à l'hôpital est de 70000F. Si en réalité ce coût moyen cache une différence de type : pour les hommes, le coût est de 80000F et pour les femmes de 60000F, l'hôpital a intérêt à opérer relativement plus de femmes que d'hommes puisqu'en *moyenne* son "profit" par femme sera de 10000F et son déficit par homme du même montant.

la véritable tarification actuarielle du risque en santé n'est jamais mise en œuvre par les assureurs. Pour espérer estimer le risque santé d'un individu, il faut en effet utiliser une information très complète<sup>2</sup>. Le coût de collecte de cette information et de la gestion d'un système de primes véritablement ajustées au risque est très élevé. L'assureur réalise un arbitrage et préfère en général proposer des primes mal ajustées au risque<sup>3</sup>. Il a dès lors, par construction, intérêt à avoir recours à la sélection.

Toutefois, l'existence de comportements de sélection sur le marché de l'assurance est très difficile, voire impossible à quantifier. A défaut d'enquêtes auprès de personnes qui auraient été victimes d'une forme ou une autre de sélection, la plupart des travaux scientifiques ayant pour objectif de documenter ce phénomène en sont réduits à faire état d'anecdotes illustrant la grande diversité des stratégies qui s'offrent en la matière à l'assureur (VAN DE VEN et VAN VLIET, 1992, DOWD et FELDMAN, 1992).

### 2.2.2...et ses conséquences

Dès lors, on peut se demander pourquoi la sélection est un sujet aussi mobilisateur.

Tout d'abord, la généralisation de la sélection risque d'exclure de l'assurance les personnes qui présentent des niveaux de risque élevé. Mais, en admettant qu'il soit possible de garantir aux personnes vulnérables un accès à l'assurance, il n'en reste pas moins que la sélection est inefficace du point de vue social.

Sur un marché traditionnel, les producteurs en concurrence qui cherchent à maximiser leur profit sont incités à augmenter leur efficacité productive. Plus généralement, pour que le prestataire d'un service fournisse l'effort maximal de diminution de coûts, il faut qu'il reçoive un paiement prospectif, au sens où nous l'entendons plus haut. En effet, le corollaire du paiement prospectif est l'appropriation par le producteur du résultat financier de son activité :

– s'il parvient à fournir le service en n'utilisant pas toutes les ressources qui lui sont allouées en début de période, il réalise un profit qui lui appartient ;

– à l'inverse, comme il est engagé contractuellement à fournir le service en contrepartie du paiement, il est responsable d'un éventuel déficit.

La rémunération prospective et forfaitaire incite donc le producteur à minimiser les coûts de production et à optimiser son effort de gestion. Or, dans le même

---

<sup>2</sup> Pour donner un ordre d'idée, l'ensemble des variables socio-démographiques explique moins du quart des variations de risque qui devrait être prises en compte dans une prime actuarielle.

<sup>3</sup> Newhouse confirme indirectement que l'arbitrage penche en faveur de cette solution lorsqu'il remarque que "*les assureurs distinguent entre couverture individuelle ou familiale, et mais ne distinguent pas l'âge, le sexe ou même le nombre d'enfants*" (1996, pp.1258). Or, le marché américain qu'il étudie, réputé très concurrentiel, porte sur la couverture de l'ensemble du risque (il ne s'agit pas de complémentaire et l'enjeu est donc plus important).

temps, nous avons vu qu'un tel mode de rémunération, si les paiements prospectifs sont imparfaitement ajustés au risque, peut inciter à la sélection.

La possibilité d'opter pour cette stratégie biaise donc la concurrence qui ne porte pas sur les critères socialement bénéfiques (NEWHOUSE, 1996). Plus précisément, dans un contexte où la sélection est possible, les différences entre les primes proposées par différents assureurs risquent de refléter plus leur capacité à constituer des bons groupes de risques que leur efficacité productive (CUTLER, 1994). Ce phénomène a peu de chances d'être sanctionné par les assurés qui ne sont pas capables de déterminer, ni réellement intéressés de savoir, dans quelle mesure le fait qu'un assureur leur propose une prime basse est bien la conséquence d'une production moins coûteuse du service et non d'une stratégie de sélection. Enfin, la sélection elle-même, dont le bénéfice d'un point de vue social est nul, a un coût qui constitue un gaspillage net de ressources.

Au terme de cette première partie il convient de souligner la difficulté face à laquelle se trouve un régulateur qui souhaite utiliser des mécanismes concurrentiels pour améliorer l'efficacité productive du système qui relève de sa responsabilité. Des entités responsabilisées financièrement, qui sont censées se faire concurrence en améliorant leur efficacité productive peuvent être tentées d'avoir recours à la sélection des risques pour proposer des primes avantageuses ou augmenter leur profit. La responsabilisation financière est donc un outil à double tranchant.

### **3. UNE CONCURRENCE RÉGULÉE POUR L'EFFICACITÉ PRODUCTIVE**

Face à ce dilemme, et étant donnée la priorité accordée à la maîtrise des dépenses de santé, une réflexion s'est développée dans de nombreux pays pour chercher à organiser une forme de concurrence qui inciterait à l'efficacité productive mais qui éviterait l'écueil de la sélection.

#### **3.1 Les grandes lignes de l'organisation de la concurrence**

Il est important de rappeler que cette problématique a émergé dans des pays très différents. Aux Etats-Unis, les employeurs qui proposent les contrats de plusieurs assureurs à leurs salariés se sont progressivement rendu compte que la concurrence se faisait plus par la sélection que par la gestion des risques. Dans un contexte très différent, un certain nombre de pays, cherchant à augmenter l'efficacité de leur système de santé en introduisant (Pays-Bas) ou en réorganisant (Belgique) la concurrence entre caisses d'assurance maladie se sont d'emblée demandés comment éviter de créer une incitation à la sélection.

Une analyse détaillée des réformes et des réglementations mises en place dans les différents pays (COUFFINHAL, 1999) conduit à distinguer deux modèles, selon que le fondement du système est plutôt libéral ou social.

Quels sont les principes généraux qui caractérisent la réglementation de la concurrence dans ces deux types de système ?

1. Lorsque le système est plutôt concurrentiel, les entités qui couvrent les risques prélèvent directement, auprès des assurés, des primes ajustées en fonction d'un petit nombre de critères choisis par l'organisme régulateur. Dans un second temps, le régulateur estime de manière plus fine le niveau de risque des personnes qui sont effectivement couvertes par chaque assureur. Il met alors en place un mécanisme de refinancement croisé entre les assureurs qui couvrent des personnes présentant des risques relativement élevés et les autres. Cette péréquation porte sur les critères qui n'étaient pas initialement pris en compte dans la prime<sup>4</sup>. Que la structure de risque de l'assureur résulte du hasard ou de stratégies plus ou moins efficaces de sélection, il peut bénéficier de transferts compensatoires ou être au contraire obligé de financer les malchanceux. Les primes qu'il propose, dès lors, prennent en compte cet ajustement ; elles ont le même niveau que s'il couvrait la population moyenne en terme de risque et elles reflètent son efficacité productive relative. Des systèmes de ce type ont été mis en place en Suisse, par quelques gros employeurs aux Etats-Unis et en Irlande pour la couverture complémentaire.

2. Dans le second groupe de pays, on part d'une situation dans laquelle il n'y a pas de concurrence et/ou pas de véritable responsabilité financière des organismes gérant le risque maladie. Ceux-ci sont financés au prorata de leurs dépenses. Les ressources destinées à financer le système sont prélevées auprès des ménages bénéficiaires et les contributions sont généralement liées au revenu. Afin d'inciter les organismes à être plus efficaces, l'Etat met progressivement en œuvre un financement prospectif normatif, tout en maintenant la solidarité du financement. Il collecte les fonds auprès des ménages et alloue des capitations ajustées au risque aux entités assurant la gestion de la couverture. Les Pays-Bas, Israël, la Belgique, l'Allemagne et le système Medicare aux Etats-Unis fonctionnent selon un modèle de ce type.

Si les problématiques dans ces deux types de systèmes convergent, on constate aussi que les voies empruntées pour obtenir le résultat souhaité, mis à part le mode de prélèvement auprès des ménages, sont comparables : dans les deux cas, l'objectif est d'obtenir que les entités qui assurent la gestion des risques reçoivent finalement un paiement normatif ajusté au risque. Dans le premier cas, le régulateur met en place un ajustement des risques une fois que les assureurs ont prélevé les primes ; dans le second, il verse aux assureurs une capitation directement ajustée au risque des personnes couvertes. Parallèlement, dans les deux cas, on maintient (ou on introduit) la possibilité pour les assurés de choisir un

---

<sup>4</sup> Si le régulateur impose que la prime prélevée par chaque assureur soit uniforme pour tous les assurés, la péréquation devra porter (théoriquement) sur l'ensemble des variables qui permettent de calculer une prime actuarielle. Si la prime prend en compte l'âge et le sexe, l'ajustement n'aura plus besoin de porter sur ces deux variables.

opérateur parmi ceux qui lui sont proposés. Ceci renforce théoriquement les incitations des opérateurs à rendre un service coût-efficace et à améliorer la qualité du service rendu.

En détaillant le contenu technique des réformes, il apparaît que les difficultés identifiées et les solutions choisies par les différents pays convergent en de nombreux points. Il nous semble donc intéressant de tirer quelques leçons sur les outils de la régulation afin notamment d'en souligner la complexité. Notons au préalable que les entités qui prennent part à cette concurrence fortement encadrée dans les différents pays peuvent être des assureurs privés, des caisses publiques, voire des groupes de prestataires de soins. Comme les solutions proposées ne diffèrent pas en fonction du type d'organisme concerné, nous les qualifions de façon générique d'Organismes Gestionnaires du Risque (OGR), terminologie qui témoigne du fait que l'efficacité productive est au cœur du questionnement.

### **3.2 Le mécanisme de financement**

La solution naturelle pour réduire la sélection, du point de vue économique, consiste pour le régulateur à mettre en place un mécanisme de financement normatif tel que l'OGR ne puisse réaliser, à efficacité productive constante, un profit plus élevé s'il couvre une catégorie de risque plutôt qu'une autre. Cette condition est remplie si le financement obtenu par l'OGR pour chaque personne couverte est actuariellement juste. Nous avons vu qu'à cause du coût et de la complexité de la tâche, les assureurs ne prélèvent pas spontanément ces primes ajustées au risque. Le régulateur lui doit surmonter ces difficultés et organiser une rémunération actuarielle des OGR.

En premier lieu, il faut choisir les facteurs d'ajustement de cette rémunération. Depuis une dizaine d'année, de nombreux travaux empiriques ont été entrepris, particulièrement aux Pays-Bas et aux Etats-Unis, pour déterminer les meilleures combinaisons possibles et techniquement faisables de facteurs de risque. Les contraintes dans le choix de ces critères, outre leur caractère explicatif, sont nombreuses. Il faut, entre autres, que l'information utilisée ne soit pas trop coûteuse à extraire, qu'elle ne soit pas manipulable et que son utilisation ne crée pas d'incitation inverse par rapport à l'objectif recherché. Ainsi, une variable d'offre, comme le prix des consultations dans une zone géographique, peut expliquer des différences de coûts mais elle ne doit pas être prise en compte dans un ajustement au risque si on souhaite que l'assureur soit incité à faire baisser les prix. Sans détailler ces travaux, les méthodes les plus complexes d'ajustement au risque utilisées à l'heure actuelle restent imparfaites et laissent théoriquement une marge de manoeuvre aux OGR pour sélectionner les risques. Toutefois, il est permis d'espérer qu'à terme, une meilleure connaissance des déterminants de l'état de santé et de la consommation médicale, permettront une tarification des risques plus fine. En outre, si les techniques d'ajustement au risque ne sont pas parfaites, celles de la sélection ne le sont probablement pas non plus et le profit de la sélection n'est pas nécessairement élevé et certain.

Enfin, même s'il n'est pas possible de mettre en place un ajustement au risque parfait, on peut élaborer des modes de financement mixtes qui tempèrent les effets de la sélection. Dans le début de cette analyse, nous avons implicitement opposé deux modes de financement extrêmes : le remboursement intégral des dépenses engendrées par l'OGR, qui ne comporte aucune incitation à la sélection des risques ou l'efficacité et le paiement entièrement prospectif, qui a l'effet inverse.

On peut envisager dans la réalité de mettre en place un mode de paiement en partie prospectif et en partie rétrospectif. Parmi les pistes de recherches envisagées :

- NEWHOUSE (1994, pp. 142) propose d'augmenter la part du financement rétrospectif (remboursement) quand les dépenses sont très élevées afin de protéger les personnes plus vulnérables à la sélection ;
- BOWEN (1995) suggère d'exclure certaines pathologies du paiement prospectif ;
- LUFT (1995, pp.30) propose de rembourser les OGR pour la part des dépenses qui dépasse un certain plafond ou de constituer un pool de hauts risques vers lequel les OGR transféreraient ceux qu'ils estiment être des hauts risques et qui serait financé par l'Etat.

Ce type de solution a pour inconvénient majeur de déresponsabiliser assez largement les OGR sur la maîtrise des dépenses lorsque celles-ci sont élevées. VAN BARNEVELD et al. (1996) proposent un mécanisme qui évite cet écueil : on autorise chaque assureur à transférer une fraction du coût de la prise en charge des personnes pour lesquelles il estime que le forfait n'est pas assez élevé. Cependant, le surcoût engendré par ces personnes est partagé entre les assureurs, chacun reste donc responsabilisé directement sur une partie des dépenses de la personne et indirectement sur le reste de la dépense.

### **3.3 Les autres conditions**

Pour que le financement ajusté au risque permette d'éliminer les incitations à la sélection, il doit s'inscrire dans un contexte réglementaire précis.

#### *3.3.1 Standardisation des contrats*

En premier lieu, la définition d'un contrat standard de couverture pour tous les OGR apparaît comme une nécessité. Notons tout d'abord qu'imposer une standardisation des garanties constitue en soi un moyen réglementaire pour limiter la sélection des risques (NEWHOUSE, 1994). En effet, selon le type de soins qu'il couvre, l'OGR peut attirer différents types d'assurés. La standardisation des garanties limite cette sélection volontaire ou involontaire. Mais la standardisation est aussi considérée, pour des raisons techniques, comme une condition nécessaire au fonctionnement de l'ajustement au risque (SWARTZ, 1995). Si les contrats proposés par les OGR diffèrent par les copaiements ou les niveaux de franchise, il



faut que les capitations ajustées au risque prennent en compte l'impact que ces différences auront sur les frais de gestion, les comportements des assurés (risque moral)... La standardisation des contrats rend le calcul de l'ajustement relativement plus simple et donc plus juste.

Les nombreux auteurs qui étudient ce mode d'organisation de la concurrence s'accordent à dire qu'il doit s'accompagner d'une standardisation de la couverture proposée. Ils mettent en avant l'argument selon lequel cette standardisation représente un avantage pour le consommateur qui voit la transparence du marché augmenter. En revanche, ils passent sous silence le fait que, par rapport au modèle idéal de concurrence, elle constitue une contrainte forte sur les choix des individus et se traduit, du point de vue théorique, par une restriction de l'efficacité allocative.

### 3.3.2 *Détermination du périmètre de la réglementation*

La seconde série de conditions nécessaires au fonctionnement de la concurrence concerne la définition du périmètre de l'ajustement au risque. Pour qu'il ait un sens, il faut en effet plus ou moins imposer à un groupe de personnes et aux entités qui les couvrent d'y participer.

Tout d'abord, dans la mesure où les services de plusieurs OGR sont offerts aux assurés, il faut évidemment que tous les OGR participent au mécanisme d'ajustement au risque et que tous soient soumis aux mêmes exigences vis-à-vis de cet ajustement.

Du côté des assurés, la question est plus délicate. Tout d'abord, les assurés qui présentent de faibles niveaux de risque ont intérêt à obtenir la tarification la plus actuarielle possible. De leur point de vue, il est préférable que l'OGR qui les couvre sélectionne les risques. Or, si l'on admet la nécessité de juguler la sélection des risques afin de promouvoir l'efficacité productive, il faut élaborer un mécanisme de financement dans lequel les signaux prix (s'il y en a) rendent compte de différentiels d'efficacité productive et non de la capacité des OGR à sélectionner. Les modalités exactes de financement détermineront toutefois l'impact final sur les bas risques d'une telle mesure et la nécessité ou non de les contraindre à s'assurer. Si on part d'une situation où les OGR ne différencient pas spontanément les primes en fonction de critères de risque fins, et si on continue à imposer que les primes ne soient pas très différenciées, l'impact pour les bas risques n'est pas nécessairement élevé et peut être compensé à terme par une amélioration de la concurrence qui porte sur la gestion des processus de soins, la prévention... La plupart des systèmes qui émergent aux Etats-Unis s'organisent ainsi, sur une base largement volontaire, à l'initiative des employeurs. Les avantages que présentent ces formes d'assurance semblent l'emporter sur les inconvénients pour les bas risques auxquels on impose une forme de solidarité. Toutefois, si le coût net devient trop élevé pour certaines catégories de personnes, par rapport à ce qu'elles pourraient espérer payer dans un autre système que celui qui leur impose une forme de péréquation, et si elles ont la possibilité d'échapper au système, ou de ne pas s'assurer, le mécanisme d'ajustement ne peut fonctionner.

On peut alors imposer une obligation d'assurance. Ceci est particulièrement vrai si le régulateur veut mettre en œuvre ou maintenir une participation des individus qui est fonction du revenu.

Au total, comme le note BOWEN (1995, pp.34), l'ajustement du risque doit s'inscrire dans un marché défini. Ce marché peut couvrir tous les individus et tous les OGR (Pays-Bas, Suisse), ou il peut être défini de façon beaucoup plus limitative (tous les employés d'une entreprise et tous les OGR qui leur proposent des contrats, Etats-Unis). En tout état de cause, l'entrée et la sortie du marché doivent être réglementés. Cette contrainte se fonde aussi sur des raisons d'ordre technique : pour que le mécanisme d'ajustement fonctionne, il faut que la durée de tous les contrats soit standardisée et que tous soient souscrits à la même période. Si ces conditions ne sont pas réunies, l'ajustement au risque est compliqué par le fait que la structure de risque de chaque OGR peut varier à tout moment et qu'il doit porter sur une période différente pour chaque OGR. La durée des contrats est donc en général fixée à un an. Pour ce qui est du renouvellement, on permet en général aux assurés de manifester leur choix pendant une période d'un mois, au terme de laquelle les anciens contrats arrivent à échéance et les nouveaux prennent effet.

Enfin, pour que l'ajustement au risque prenne tout son sens, les OGR doivent respecter quelques obligations supplémentaires :

- couvrir toute personne qui en fait la demande ;
- renouveler les contrats des personnes qui le souhaitent ;
- ne pas exclure de la garantie des maladies avérées au moment où la personne entre dans le contrat.

Ces contraintes réglementaires sont, comme la standardisation de la couverture, couramment utilisées pour limiter la sélection par les assureurs, y compris lorsqu'il n'y a pas d'ajustement au risque (KRONICK et al., 1995, NEWHOUSE, 1994). Toutefois, elles ne permettent pas à elles seules d'enrayer la sélection et elles restent nécessaires au fonctionnement de l'ajustement au risque.

Cette énumération des principales obligations auxquels se soumettent les différents intervenants du marché est pour l'essentiel issue d'une série d'articles ou de rapports techniques dont l'objectif est de tirer les leçons d'une expérience précise dans un pays donné. Il est donc particulièrement intéressant de constater que l'on observe une convergence forte dans les conditions énoncées.

#### 4. CONCLUSION

S'il n'est pas possible de dresser ici un bilan des différentes réformes évoquées<sup>5</sup>, la complexité du modèle de régulation de la concurrence proposé apparaît clairement. Cette complexité a un coût qu'il faudra, dans le cadre d'une évaluation, mettre en regard avec les gains observés en terme d'efficacité productive.

En conclusion, il nous semble surtout important de revenir sur les choix qu'implique la mise en place de ce modèle de régulation.

Tout d'abord, la régulation de la sélection sur le marché de l'assurance santé passe par une forte limitation de la liberté des assureurs comme des assurés. Les contrats sont standardisés, les assurés sont plus ou moins obligés de se couvrir, les assureurs de les accepter comme clients. Il semble donc que, pour promouvoir l'efficacité productive, l'organisation de la concurrence nécessite de réaliser un arbitrage au détriment de l'efficacité allocative.

En ce qui concerne l'équité, l'analyse doit être déclinée selon le type de système que l'on étudie. Le cas le plus simple est celui des pays qui partent d'un système non concurrentiel et qui introduisent cette forme particulière de concurrence : une telle réforme n'impose pas de modifier le mode de prélèvement des ressources auprès des ménages et donc l'équité du système. Si on étudie les pays dans lesquels les assureurs prélèvent directement des primes auprès des assurés, il semble que la réglementation a des chances d'augmenter l'équité. Nous avons vu que le régulateur doit choisir les critères sur la base desquels tous les assureurs élaborent leurs primes. Il impose donc, de fait, aux individus couverts une péréquation sur tous les facteurs de risques qui ne sont pas pris en compte dans les primes<sup>6</sup>. Contrairement à un système dans lequel les assureurs tarifent librement les risques ou les sélectionnent, l'équité entre personnes qui présentent des niveaux de risque différents est plus grande. Ceci s'ajoute au fait que le risque d'être exclu de l'assurance à cause de la sélection est limité.

Il nous a semblé intéressant de montrer que l'utilisation de mécanismes concurrentiels ne signifie pas nécessairement diminution brutale de l'équité. Toutefois, le niveau de cette équité varie avec la taille du panier de biens et services sur lesquels porte la concurrence et du mode de prélèvement auprès des ménages.

*Agnès Couffinhal*

---

<sup>5</sup> Couffinhal (1999) esquisse un tel bilan, sachant qu'il est trop tôt pour évaluer l'impact de ces réformes, pour la plupart récentes.

<sup>6</sup> En reprenant l'exemple de la note 4, si la prime est uniforme on impose une péréquation entre individus sur l'ensemble des facteurs de risques, si elle varie en fonction de l'âge et du sexe, on impose une péréquation entre toutes les personnes de même âge et de même sexe.

---

**BIBLIOGRAPHIE**

---

- BOWEN B. (1995), "The Practice of Risk Adjustment". *Inquiry* 32 (Spring).
- BOCCOGNANO 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, n°1243.
- COUFFINHAL, A. (2000), "Sélection et antisélection en santé" *Economie et Prévision* (à paraître).
- COUFFINHAL, A. (1999), *Concurrence en assurance santé : entre efficacité et sélection*, Thèse, Paris-IX Dauphine.
- CUTLER D. M. (1994), *Public Policy for Health Care*, NBER Working paper 5591.
- DOWD B., FELDMAN R. (1992), "Insurer Competition and Protection from Risk Redefinition in the Individual and Small Group Health Insurance Market", *Inquiry* 29 (2).
- KRONICK R., ZHOU Z., DREYFUS T. (1995), "Making Risk Adjustment Work for Everyone", *Inquiry* 32 (Spring).
- LUFT H. S. (1995), "Potential Methods to Reduce Risk Selection and Its Effects". *Inquiry* 32 (Spring).
- NEWHOUSE J. P. (1996), "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection", *Journal of Economic Literature* XXXIV (September).
- ROTHSCHILD M., STIGLITZ J. (1976), "Equilibrium in competitive Insurance Markets: an essay on the economics of imperfect information", *Quarterly Journal of Economics* 90 (4).
- ROCHAIX L. (1996), "L'analyse du marché des soins médicaux : quelle place pour l'économie de la santé", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 44.
- SWARTZ K. (1995) "Reducing Risk Selection Requires more than Risk Adjustments", *Inquiry* 32 (Spring).
- VAN DE VEN W. P. M. M., VAN VLIET R. C. J. A. (1992) "How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market ?" In H.E. Frech, III and P. Zweifel (eds), *Health Economics Worldwide*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam.
- VAN BARNEVELD E. M., VAN DE VEN W. P. M. M., VAN VLIET R. C. J. A. (1996) "Mandatory High Risk Pooling: An Approach to reducing Incentives for Cream Skimming", *Inquiry* 33 (Summer).