

Chapitre 2.

Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé

Peter C. Smith,
Professeur en politique de santé, Imperial College Business School, Londres

Ce chapitre examine le rôle que pourraient jouer la concurrence et les marchés dans le secteur de la santé, décrit les expériences conduites à ce jour, et s'efforce d'anticiper les problèmes importants pour l'action publique.

Introduction

Depuis qu'Adam Smith a élaboré le concept de la « main invisible », nombreux sont ceux qui supposent que la discipline de l'économie est synonyme d'étude de la concurrence et des marchés, et que les économistes défendent la notion de concurrence en tant que mécanisme fondamental à l'amélioration du bien-être social¹. Il est certain que le comportement des acheteurs et des vendeurs est pour eux un objet essentiel d'étude. Néanmoins, seuls quelques zélotes adhèrent aujourd'hui pleinement à l'idée selon laquelle la concurrence offre une solution parfaite aux problèmes les plus épineux de la société. Même le cours le plus élémentaire d'économie classique nous dit que les marchés n'apportent des avantages sans équivoque à la société que dans les circonstances les plus particulières – quand il existe de nombreux acheteurs et vendeurs, quand tous peuvent accéder librement à l'information, quand les coûts de transaction sont inexistants, quand le respect des droits de propriété est assuré, etc. Dès que l'on s'écarte de ce cas de figure, les vertus du marché sont beaucoup moins évidentes, et la société devra éventuellement appliquer des mesures (telle la réglementation des marchés) pour corriger les défaillances des marchés, voire, en dernier ressort, renoncer aux échanges commerciaux au profit d'une autre méthode d'allocation de ses ressources.

Dans aucun secteur de l'économie la déviation par rapport aux hypothèses de l'économie néoclassique sur lesquelles repose la concurrence de marché ne peut être plus prononcée que dans celui des services de santé (Smith, 2000). Pour ne citer que quelques-unes de ces entorses :

- Les consommateurs (les patients) sont assez mal informés des caractéristiques des soins proposés ;
- Il existe d'autres déficits d'information dans l'ensemble du système de santé, notamment en ce qui concerne les résultats cliniques obtenus ;
- Les prestataires (et en particulier les médecins) jouent un rôle essentiel en ce qu'ils exercent une influence sur le choix des patients en matière de soins ;
- Dans de nombreuses spécialités et en maints endroits, le choix des prestataires est concrètement limité ;

- Des contraintes pratiques et réglementaires restreignent considérablement l'entrée et la sortie des marchés des services de santé ;
- Il est rare que les patients supportent directement le coût total des soins qu'ils reçoivent ;
- De nombreuses composantes des services de santé, telles la recherche et le développement, et l'enseignement et la formation, présentent les caractéristiques d'un bien public que les marchés classiques ne peuvent assurer seuls ;
- La société a souvent des objectifs d'équité et de solidarité qui sont en contradiction avec les critères d'efficacité sur lesquels se fonde une approche purement commerciale.

Dans le même temps, le recours exclusif aux mécanismes non marchands – le secteur public par exemple – soulève également de graves problèmes. Les services de santé sont un secteur particulièrement complexe de l'économie, et l'écheveau de relations de responsabilité entre les patients, les prestataires, les pouvoirs publics, les contribuables et les institutions prestataires telles que les hôpitaux, risque de favoriser considérablement les comportements opportunistes et l'inefficacité. Encourager l'utilisation rationnelle des ressources dans les systèmes de santé est donc une entreprise ardue dans laquelle les pouvoirs publics échouent aussi.

En conséquence, et malgré les profonds obstacles à la mise en place d'un marché efficace dans le secteur des services de santé, bon nombre de pays développés s'efforcent d'instaurer des mécanismes de type marchand dans leurs systèmes de santé. On s'attache de plus en plus à déterminer les circonstances dans lesquelles les instruments de marché peuvent offrir les moyens d'améliorer l'innovation, la productivité et les résultats, et les autres instruments éventuellement nécessaires pour apporter des perfectionnements correspondant aux objectifs de la société.

Ce chapitre examine le rôle que pourraient jouer la concurrence et les marchés dans le secteur de la santé, décrit les expériences conduites à ce jour, et s'efforce d'anticiper les problèmes importants pour l'action publique. Il débute par l'examen des données tirées des études des pratiques de marché et de concurrence à ce jour. On analyse ensuite trois types de concurrence qui produisent des palettes très différentes d'incitations pour les prestataires : la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie, de l'achat collectif de services de santé, et des patients particuliers. La troisième

section porte sur la façon dont on pourrait améliorer les politiques en vigueur, tandis que la dernière section présente quelques conclusions.

Expérience acquise à ce jour

Le marché a de tous temps été le mécanisme dominant de prestation de services de santé, et le demeure dans une grande partie des pays en développement. C'est seulement au cours du siècle dernier, et surtout des 50 dernières années, que le régime social d'assurance maladie s'est généralisé dans les pays développés, et que d'autres structures réglementaires et de gouvernance sont venues gouverner le marché traditionnel. Ce rapport s'intéresse aux « mécanismes de type marchand », et non aux marchés en soi. De nombreux aspects de la structure des systèmes de santé peuvent fournir les éléments d'une concurrence de type marchand sans nécessairement recourir aux marchés dans le sens classique du terme. De fait, l'analyse portera essentiellement sur la concurrence en tant que moteur le plus fondamental de l'amélioration du système de santé, et pas uniquement sur les marchés. La présente section examine les expériences conduites à ce jour. Elle s'appuie principalement sur les études publiées, et présente donc un choix très sélectif d'exemples. Ceux-ci permettent néanmoins de commenter, dans la mesure du possible, l'efficacité des politiques.

Globalement, on peut distinguer trois formes de concurrence dans le domaine de la santé : concurrence en matière d'assurance, concurrence pour l'achat collectif de services de santé, et concurrence pour les soins individuels. Ces trois formes de concurrence sont souvent interdépendantes. A titre d'exemple, certains régimes sociaux d'assurance maladie voient dans l'intensification de la concurrence sur le marché de l'assurance un moyen de renforcer l'efficacité des prestataires.

Concurrence dans le domaine de l'assurance maladie

La concurrence dans le domaine de l'assurance est depuis longtemps une caractéristique du système de santé américain, et gagne en importance dans certains régimes sociaux d'assurance maladie (Colombo et Tapay, 2004). Fondamentalement, la concurrence en matière d'assurance s'exerce pour offrir à chaque citoyen des services de santé spécifiques pendant une période donnée (un an par exemple). Les services concernés peuvent être spécifiés de manière générale (tous les soins nécessaires à l'intérieur d'un panier de services) ou très précise (services de soins primaires), et s'appliquer soit à l'ensemble des citoyens, soit aux patients atteints d'une affection établie (insuffisance rénale chronique, par exemple). Pour que la

concurrence opère correctement, il faut donner aux assurés la possibilité d'évaluer régulièrement leur prestataire d'assurance (généralement, une fois par an) et de décider de reconduire ou non leur souscription.

Le mécanisme de paiement adopté est l'élément central du marché de l'assurance. Quel que soit le type de marché, il convient d'évaluer précisément les frais de santé prévus pour chaque assuré éventuel. Sur un marché volontaire non réglementé de l'assurance, où c'est le citoyen qui paie, les assureurs évaluent les risques de dépenses associés à la situation de ce dernier et lui proposent une prime et des prestations en conséquence. L'essentiel des expériences dans ce domaine nous vient des États-Unis, où de nombreuses personnes âgées de moins de 65 ans (ou leurs employeurs) recherchent auprès de différents concurrents des prestations correspondant à leurs priorités (Projet OCDE sur la santé, 2004). Dans la pratique, le choix de nombreux Américains est considérablement limité, soit parce qu'ils sont tenus de souscrire à un régime particulier dans le cadre de leur emploi, soit parce qu'ils n'ont pas les moyens financiers de s'assurer, ou parce que les assureurs ont la possibilité de refuser ceux qu'ils jugent présenter trop de risques (Smith *et al.*, 2005).

Plus intéressantes, du point de vue de l'action publique, sont les politiques expérimentales qui introduisent la concurrence dans les régimes sociaux d'assurance maladie menées dans des pays tels que l'Allemagne, la Belgique, Israël, les Pays-Bas et la Suisse (van de Ven *et al.*, 2003, 2007). Si les composantes particulières de ces régimes varient, l'assurance est obligatoire et les assureurs en concurrence doivent accepter tous les demandeurs sur la base d'une prime universelle pour un ensemble réglementaire de soins que tous les assureurs sont tenus d'offrir. Ils doivent également autoriser une reconduction périodique de la souscription qui permet aux citoyens de changer d'assureur. Divers critères peuvent déterminer le choix des citoyens : l'ensemble de services couverts, la qualité perçue des soins, le montant des primes supplémentaires (pour couvrir d'autres risques non compris dans l'enveloppe réglementaire) et toute prestation secondaire offerte par l'assureur. Ce dispositif a pour objectif d'inciter les assureurs à rehausser leur efficacité administrative, à fournir des services de meilleure qualité à leurs clients et, ultérieurement, à faire appel à des prestataires plus efficaces et de plus grande qualité et à rechercher des innovations technologiques d'un bon rapport coût-efficacité. Néanmoins, l'influence de cette pression concurrentielle sur les marchés des prestataires varie considérablement d'un pays à l'autre, en raison de la diversité des cadres réglementaires².

Le financement des régimes sociaux d'assurance maladie est généralement fondé sur des primes universelles obligatoires, s'appuyant par exemple sur les revenus du travail, et ce, indépendamment du recours

attendu aux services de santé par l'assuré. Cela permet de créer un réservoir de fonds, à partir duquel les assureurs reçoivent ensuite pour chaque assuré une somme par capitation, établie à partir de caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'état d'invalidité et les antécédents médicaux de la personne. Ces systèmes appellent ainsi une estimation précise des coûts annuels prévus en matière de soins pour les personnes. Cette estimation sert de base à un remboursement équitable des assureurs en fonction du profil de risque des populations qu'ils assurent. En principe, ce dispositif devrait garantir que tous les assureurs seront en mesure d'offrir l'enveloppe réglementaire de prestations de base, assurant ainsi l'équité entre les assurés et instaurant des conditions de concurrence équitables sur le marché de l'assurance. Dans la pratique, les régimes sociaux d'assurance fondés sur la concurrence ont éprouvé des difficultés à mettre au point des mécanismes d'ajustement en fonction des risques précis pour leurs mécanismes de paiement. Cela a conduit à la mise en place de divers dispositifs de protection financière qui diminuent le risque des assureurs à subir les pleines conséquences d'un ajustement approximatif, mais affaiblissent également les incitations commerciales.

Dans leurs phases initiales, de nombreux programmes ajustaient les paiements en fonction de l'âge et du sexe de l'assuré tout au plus, méthode manifestement inadéquate pour prévoir les dépenses de santé. Des programmes plus récents ont cherché à instaurer un mécanisme d'ajustement plus subtil, tenant compte par exemple de caractéristiques associées à l'état d'invalidité, au recours antérieur aux services de santé et au statut professionnel. Il va de soi que l'introduction de telles variables peut produire une estimation plus précise des dépenses escomptées. Cela dit, les assureurs sont presque toujours en mesure d'évaluer plus exactement les besoins de dépenses des assurés par d'autres moyens qu'une formule d'ajustement en fonction des risques. Par exemple, il est rarement possible d'incorporer le statut de fumeur ou de non fumeur de l'assuré dans une formule d'ajustement formelle car il n'est pas toujours enregistré (Newhouse, 1994). Outre qu'il compromet le fonctionnement efficace et équitable du marché, ce manque de précision incite les assureurs à « écrémer », autrement dit à rechercher les assurés dont ils estiment les dépenses à venir inférieures à celles qu'indique la formule de calcul de la prime, et de décourager la souscription de ceux dont les dépenses risquent d'être élevées. Selon des données européennes, ce type de « sélection des risques » progresse dans tous les régimes d'assurance maladie fondés sur la concurrence, malgré l'obligation officielle d'accepter tous les demandeurs et d'apporter régulièrement des améliorations aux procédures d'ajustement en fonction des risques (van de Ven *et al.*, 2007).

Un autre problème que présentent tous les marchés d'assurance fondés sur la concurrence est celui de l'antisélection - la tendance des assurés à rechercher une couverture plus généreuse (Cutler et Zeckhauser, 2000). Ce phénomène se produit même dans le cadre d'une concurrence obligatoire, parce que les assureurs qui offrent des services de qualité particulièrement élevée pour certaines affections (le diabète par exemple) risquent d'attirer un nombre disproportionné de patients à haut risque (dans ce cas, les diabétiques). A moins que les mécanismes par capitation ne prennent correctement en compte cette tendance, les assureurs sont pernicieusement incités à offrir des soins de faible qualité (ou qui le sont en apparence) aux patients à haut risque. D'aucuns craignent que l'antisélection n'ait provoqué dans le régime de santé américain une « course vers le moins-disant » pour les services destinés aux affections chroniques telles que les maladies mentales, de manière à éviter la souscription de patients à haut risque (Wang *et al.*, 2002).

Les difficultés particulières associées à la concurrence dans le domaine de l'assurance pour les personnes atteintes de maladies chroniques ont donné lieu à une expérience intéressante en Allemagne, où les caisses d'assurance sont autorisées à mettre en place des « programmes de gestion des maladies » pour les patients inscrits dans des groupes de maladies spécifiques (les premiers concernaient le diabète, le cancer du sein, l'asthme et les maladies coronariennes) (Busse, 2004). Il s'agit de définir des normes minimales de soins pour chacun de ces groupes, que les assureurs doivent assurer en contrepartie d'une hausse du forfait à la capitation. Cette expérience soulève de nombreux problèmes qui doivent être examinés et évalués avec rigueur, par exemple le contenu des programmes, la définition des patients admis à en bénéficier, et le montant du paiement forfaitaire.

Pour dégager les plus grands avantages de la concurrence dans le domaine de l'assurance, il est essentiel que les assureurs puissent choisir les prestataires avec lesquels ils passeront contrat, ce qui pourra leur permettre d'obtenir des gains d'efficacité et une amélioration de la qualité de ce marché. L'expérience de la « gestion des soins » conduite aux États-Unis indique que les contrats sélectifs peuvent générer des gains d'efficacité (Glied, 2000). Or, seuls quelques régimes d'assurance sociale (comme le régime néerlandais) les autorisent. Quand le choix du prestataire est laissé au patient (comme en Suisse), l'assureur risque de n'être guère plus qu'un payeur passif, ce qui limite la marge de manœuvre pour stimuler l'efficacité des prestataires. C'est alors principalement par la sélection des risques que les assureurs peuvent générer des gains, ce qui a été particulièrement le cas en Allemagne et en Suisse (van de Ven *et al.*, 2007).

Enfin, il convient de noter qu'une forme légèrement différente de concurrence dans le secteur de l'assurance a trait à la prestation de soins

intégrés à une population définie. On citera pour exemple les organismes de soins coordonnés tels que Kaiser Permanente qui se sont développés aux États-Unis. Ils affichent bon nombre des caractéristiques d'une fonction d'assurance verticalement intégrée, dans lequel l'assurance et la prestation de services sont réunis. Dans la pratique, ils sont assimilables à des systèmes de santé nationaux miniatures, quoique intégrés à un environnement concurrentiel. Ainsi, les incitations et problèmes stratégiques qu'ils suscitent en matière de concurrence sont similaires à ceux qui surgissent dans le cadre de la concurrence en assurance examinés ci-dessus. Ils s'en distinguent principalement par le fait que la fonction de prestataire est pour l'essentiel intégrée à la même organisation. Ce système peut présenter des avantages, sous la forme d'une meilleure coordination des soins et d'une plus grande attention aux soins préventifs et à d'autres problèmes de santé publique. Il peut en revanche perdre les avantages de la contestabilité des prestations.

Concurrence pour l'achat collectif de services de santé

Il y a concurrence dans le domaine des services de santé collectifs lorsqu'un acheteur collectif cherche à établir des contrats-cadres pour des services de santé précis, tels que les soins hospitaliers, pour un groupe particulier de la population. Si la présente section traite principalement des soins hospitaliers, bon nombre des questions soulevées se posent également pour d'autres services. L'acheteur collectif de ces services peut revêtir différentes formes, notamment celle d'assureurs en concurrence (comme dans le cas des régimes sociaux d'assurance maladie examinés plus haut), de pouvoirs locaux (comme dans une grande partie des pays scandinaves), d'organismes nationaux ou régionaux de services de santé (comme en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni), ou de gros employeurs (comme aux États-Unis). De fait, de nombreux régimes de santé financés par l'impôt qui étaient auparavant verticalement intégrés ont connu une évolution essentielle en ce qu'ils ont délibérément séparé les acheteurs stratégiques (telles les autorités sanitaires locales) des prestataires de soins, dans le but de créer des marchés et d'instaurer la concurrence entre les prestataires.

De nombreux acheteurs stratégiques disposent d'une certaine latitude dans le choix des prestataires avec lesquels ils passeront contrat pour la prestation collective de services de santé, ce qui introduit une part de concurrence entre les prestataires. Comme dans le cas de la concurrence entre assureurs, il importe de noter que ce type de concurrence n'intervient que si l'acheteur collectif a droit de regard sur le choix du lieu où les patients reçoivent leur traitement. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le choix est exercé par le patient ou par un conseiller clinique, la concurrence entre prestataires bénéficie au patient, comme l'explique la section suivante.

Pour comprendre le marché des services faisant l'objet d'achats collectifs, il faut donc bien appréhender les objectifs et les contraintes des acheteurs. Dans le domaine des services de santé, la fonction d'achat a toujours été déficiente (Figueras *et al.*, 2005). Les acheteurs remboursaient passivement les prestataires, ou basaient les contrats sur les précédents historiques, sans guère tenter d'instaurer la contestabilité sur le marché de la prestation. Il est cependant de plus en plus admis que cette approche stratégique des achats doit gagner en dynamisme, et qu'il peut être utile de stimuler une forme de concurrence sur le marché de la prestation pour obtenir des services de meilleure qualité et d'un meilleur rapport coût-efficacité.

De nombreuses questions se posent lorsque l'on examine le fonctionnement du marché des prestataires, dont les plus importantes sont les suivantes :

- La nature du marché
- La procédure de passation de marché
- La définition des services sur lesquels doit porter le contrat
- La durée du contrat
- Les conditions concernant la nature et le coût des services
- La population à couvrir
- Le nombre de prestataires avec qui conclure un marché
- Le mode de remboursement
- Le mode de fixation des prix
- Les procédures de suivi des contrats.

Bien que souvent caractérisée par le régime de propriété des concurrents (public, privé, à but non lucratif), la nature du marché devrait être plus fondamentalement définie par les incitations qui agissent sur les participants. Un système de concurrence pure implique l'entrée et la sortie libre du marché, et la possibilité de conserver la totalité des excédents financiers. A l'inverse, les divers quasi-marchés testés par les régimes nationaux de santé laissent aux prestataires du secteur public la liberté de rivaliser pour les contrats, mais les risques pour leur existence sont moins directs. Ces différences sembleront mineures, mais elles peuvent exercer une influence profonde sur le comportement des acteurs du marché. Elles peuvent expliquer les raisons pour lesquelles un examen exhaustif du bilan de six

années de quasi-marchés en Grande-Bretagne a constaté « à quel point l'évolution générale mesurable associée aux structures et mécanismes centraux du marché interne semble faible » (Le Grand, 1998). En bref, le quasi-marché n'a jamais généré les pressions concurrentielles implicites présentes sur un véritable marché.

La procédure de passation de marché est un autre élément critique de tout processus de type marchand. Le marché peut être conclu au travers d'une procédure d'adjudication en vertu de laquelle différents organismes soumissionnent pour offrir les services demandés. Plusieurs difficultés se posent alors. Premièrement, il est rare que l'acheteur soit en mesure d'introduire une véritable menace concurrentielle dans le secteur hospitalier, où il existe de vastes économies d'échelle et de gamme et donc peu de prestataires locaux³. Deuxièmement, les acheteurs ne recourent que rarement de manière formelle à ce type d'appel d'offres. Ils optent plus fréquemment pour des tractations avec les prestataires locaux existants dans l'objectif de réduire les coûts ou d'améliorer les services dans le cadre d'un processus de négociation. Troisièmement, les indicateurs comparables permettant d'établir les coûts ou les résultats des services ne sont pas très développés. Les données comparatives sont de plus en plus souvent utilisées pour stimuler ce qui a été dénommé la « concurrence par comparaison » (Shleifer, 1985). Malgré les difficultés méthodologiques, dans de nombreux systèmes de santé, ces données comparatives offrent le moyen le plus réaliste d'instaurer un certain degré de concurrence (même indirecte) sur le marché des prestataires de soins. La Finlande a déployé des efforts particuliers pour encourager la mise en comparaison des hôpitaux (Noro *et al.*, 2001).

L'une des décisions les plus importantes pour l'acheteur consiste à définir la gamme de services qui seront délivrés sous contrat. D'un côté, l'acheteur pourrait développer plusieurs marchés portant sur des services distincts de manière à obtenir des conditions plus avantageuses et à dégager des économies d'échelle en passant contrat avec des prestataires spécialisés dans chaque secteur. Cette approche entraîne toutefois des coûts de transaction élevés liés à l'élaboration et à la gestion de processus contractuels multiples. Qui plus est, elle risque de déstabiliser et de fragmenter les services de santé locaux, et d'aller à l'encontre de la prestation intégrée de soins.

Les contrats portant sur un éventail plus large de services présentent plusieurs avantages, surtout dans le secteur hospitalier, où les économies de gamme sont considérables. La prestation de services d'urgence, par exemple, fait forcément appel à de nombreux services auxiliaires qui sont également nécessaires pour les soins ambulatoires et les actes chirurgicaux non vitaux. Par ailleurs, l'établissement d'un contrat recouvrant un vaste ensemble de

services avec un prestataire permet de concentrer sa capacité de passation de marchés limitée sur un petit nombre de prestataires. Cette démarche peut également se révéler avantageuse pour les patients, qui n'auront plus à s'orienter dans un dédale complexe de prestataires. Elle aboutit toutefois nécessairement à la mise sous contrat d'un nombre restreint de prestataires, ce qui risque d'accroître l'évolution vers un pouvoir monopolistique local et de faire obstacle à l'apparition d'un marché contestable. Ce risque est particulièrement concret dans les zones rurales, où il n'existe souvent que peu d'hôpitaux.

De nombreux arguments viennent donc appuyer une approche contractuelle « mixte », faisant peut-être appel à un prestataire principal pour la majeure partie des services, mais encourageant la contestabilité pour d'autres services hospitaliers, ou pour une part des services sous contrat. C'est ce qui a été réalisé (bien que fortuitement) dans le cadre du dispositif de médecins gestionnaires mis en place au Royaume-Uni pour les médecins généralistes, où l'acheteur principal (les autorités sanitaires locales) avait très peu de choix quant aux prestataires avec qui passer le contrat principal, mais où les médecins sous contrat étaient libres de déléguer une partie des activités que leur avaient confiées les autorités sanitaires à d'autres prestataires si eux-mêmes ou leurs patients le souhaitaient (Audit Commission, 1996). Cette approche déterminée par la demande s'est soldée par une diminution sensible des délais pour les patients et pour les médecins gestionnaires (Dusheiko *et al.*, 2004, 2006).

Une autre méthode, fondée sur des mesures déterminées par l'offre, a été adoptée dernièrement en Angleterre. Il s'agissait d'encourager un secteur indépendant étroit à concurrencer le National Health Service « à la marge » pour certaines procédures chirurgicales courantes, sous la forme de centres de soins du secteur indépendant. Un examen parlementaire a conclu que « le risque de concurrence des centres de soins du secteur indépendant a peut-être eu des retombées notables sur le NHS, mais les données disponibles sont en grande partie empiriques » (Comité de la santé de la Chambre des Communes, 2006). L'examen signalait en outre que les centres créaient divers problèmes, notamment l'absence d'harmonisation avec les autres services de santé. Une enquête ultérieure de l'Inspection britannique de la qualité n'a pas pu démontrer que ces centres prodiguaient des soins de piètre qualité (Healthcare Commission, 2007). Le risque que les centres sélectionnent les patients en meilleure santé et laissent au NHS le soin de « ramasser les morceaux » quand des complications surgissent continue toutefois de susciter des craintes (Wallace, 2006).

L'intérêt des acheteurs collectifs porte généralement à la fois sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité, qu'ils sont en mesure de favoriser au travers du suivi contractuel. Ils peuvent exiger par avance l'adhésion à des

directives sur les pratiques applicables dans le cadre du contrat. Quand les directives sont largement acceptées et que leur lien avec la qualité des résultats est connu, cette démarche peut s'avérer fructueuse. En insistant sur le respect des directives, on risque cependant de museler la recherche de mécanismes de prestation innovants. Qui plus est, quand un prestataire est sous contrat avec plusieurs acheteurs, l'obligation pour lui d'adhérer à de multiples directives risque d'augmenter ses coûts de gestion et de créer la confusion. Les acheteurs font donc de plus en plus souvent appel à des indicateurs de résultats universellement acceptés pour demander des comptes aux prestataires.

Alors que les indicateurs de résultats classiques, tels que les taux de mortalité postopératoires, les taux de réadmission et les délais, peuvent fournir des informations appréciables quant à la qualité et à la réactivité cliniques, ils ne sont utiles que pour un faible pourcentage des services de santé. Les acheteurs ont donc tout intérêt à rechercher des indicateurs de résultats qui s'appliquent à un éventail plus large de services. On citera par exemple les instruments de mesure des résultats déclarés par les patients tels que l'EQ-5D que le NHS britannique expérimente actuellement (Office of Health Economics, 2008).

Les indicateurs d'efficacité sont utilisés depuis plus longtemps par les acheteurs, et forment l'ossature de nombreuses procédures de passation de marchés. On se souviendra utilement que les dispositifs de groupes homogènes de diagnostic, que de nombreux systèmes de santé utilisent aujourd'hui comme mécanismes de paiement, étaient à l'origine un système permettant de tenir compte de la gravité des cas traités dans les hôpitaux de manière à pouvoir procéder à des comparaisons pertinentes des coûts (Fetter *et al.*, 1980 ; Fetter, 1991). Il existe de nombreux autres indicateurs d'efficacité, tels que les coûts unitaires (souvent fondés sur les groupes homogènes de diagnostic), la durée du séjour, et le taux de chirurgie ambulatoire. Ils revêtent une importance particulière quand les possibilités d'une concurrence réelle entre prestataires sont limitées, et que l'acheteur doit s'en remettre à une concurrence par comparaison indirecte pour guider la procédure de négociation avec les prestataires locaux.

De nombreuses données indiquent que la concurrence pour les marchés des acheteurs collectifs de services de santé a entraîné une baisse des coûts. Dans les années 90, alors que les prestataires américains se livraient concurrence pour les contrats des organismes de gestion des soins, les coûts unitaires ont sensiblement diminué (Kessler et McClellan, 2000 ; Gowrisankaran et Town, 2003). Des résultats analogues ont été enregistrés après l'expérience des quasi-marchés dans le domaine des soins hospitaliers conduite par le NHS britannique (Propper *et al.*, 2008).

En principe, la concurrence pourrait également conduire à l'amélioration d'autres aspects évalués de la performance qui intéressent les acheteurs, peut-être aux dépens d'éléments non évalués de la qualité clinique. Les données à cet égard sont plus ambiguës. Conformément aux prévisions, Propper *et al.*, (2008) observent que la concurrence en Grande-Bretagne a été associée à une diminution des délais d'attente (un indicateur de résultat évalué, de grande importance pour les acheteurs britanniques) et à une augmentation des taux de mortalité due à l'infarctus aigu du myocarde (un indicateur de performance en grande part inaccessible aux acheteurs). Martin et Siciliani (2007) confirment le lien entre concurrence et amélioration des délais d'attente, tandis que Propper *et al.* (2004) observent aussi une corrélation négative entre les indicateurs de concurrence et la survie à l'IAM. A l'inverse, Kessler et McClellan ont constaté que la concurrence est associée à une amélioration du taux de mortalité due à l'IAM chez les patients de Medicare. Cela tient peut-être à ce que, contrairement à leurs homologues britanniques au moment où ces études ont été réalisées, les prestataires aux États-Unis devaient également attirer des patients particuliers, parfois en offrant une infrastructure de grande qualité (voir plus loin).

Enfin, il convient de noter l'importance capitale de certaines incitations structurelles, telles que le mécanisme de paiement, pour les prestataires. Il existe deux formes principales de paiement d'utilisation courante chez les acheteurs : les budgets globaux (fixes) et les mécanismes de paiement par pathologie (tel le dispositif de groupe homogène de diagnostic). Elles constituent des incitations appréciables pour les prestataires. Dans la pratique, nombreux sont ceux qui sont financés par une combinaison de budget fixe (pour la fourniture de services d'urgence par exemple) et de paiement par pathologie (pour les actes de chirurgie courants). Même dans le cas où un hôpital est apparemment entièrement financé par un budget fixe, les activités qu'il exerce aujourd'hui peuvent influencer sur son budget futur, de sorte qu'il existe tout de même un lien, quoiqu'indirect, entre les activités actuelles et les remboursements ultérieurs.

De manière générale, les budgets globaux ont pour effet immédiat d'inciter les prestataires à diminuer leur activité et d'orienter les patients vers d'autres prestataires ou vers les soins à domicile. Néanmoins, ils encouragent aussi la réduction des coûts et assurent à l'acheteur la maîtrise des dépenses globales. A l'inverse, les paiements par pathologie stimulent l'augmentation de l'activité (tout au moins pour les patients non atteints d'affections complexes dans tout groupe homogène de diagnostic) et la baisse des coûts unitaires. On notera qu'aucun de ces mécanismes n'encourage en soi l'amélioration de la qualité (de fait, les budgets globaux peuvent avoir pour effet pervers d'encourager une baisse de la qualité afin de décourager le

recours aux services). Cela a conduit quelques acheteurs à expérimenter les « mécanismes de rémunération à la performance » en vertu desquels certains remboursements sont subordonnés aux indicateurs communiqués des résultats cliniques. Malgré le grand intérêt potentiel qu'ils présentent, ces mécanismes innovants n'ont à ce jour fait l'objet que d'expériences limitées, dont les résultats ne sont pas décisifs (Christianson, 2007).

Une autre incitation à prendre en compte est l'existence d'un mécanisme de sortie du marché, qui revêt la forme d'une menace crédible à l'existence même des participants au marché. Par exemple, un payeur peut-il véritablement menacer l'existence de l'unique hôpital d'un district Dans de nombreux systèmes de santé, la fermeture des hôpitaux locaux est une question politique éminemment sensible, qui peut être traitée en douceur par le recours à certains dispositifs, tels que les fusions avec d'autres hôpitaux locaux, plutôt que directement. L'élaboration d'instruments concurrentiels devra peut-être tenir compte de cette marge limitée de sortie du marché, par exemple en faisant porter la menace sur les postes de responsabilité plutôt que sur l'ensemble de l'institution.

Nous avons examiné ici le cas de la concurrence pour les marchés des acheteurs collectifs de services de santé, que Devers *et al.* (2003) désignent sous le nom de concurrence pour les services « de gros », par opposition aux services « de détail » recherchés par les patients particuliers ou leurs conseillers cliniques. Une situation intermédiaire surgit lorsque les acheteurs accordent à certains prestataires un statut préférentiel, les patients sont alors encouragés à faire appel à ces prestataires, éventuellement par le biais d'une augmentation de la charge financière qui leur incombe en cas de recours à d'autres prestataires. La concurrence pour la contractualisation présente certains aspects de la concurrence pour les services de gros, même si les incitations sont quelque peu atténuées par le caractère plus conditionnel de la concurrence en vue d'obtenir le statut de prestataire contractualisé. La Suisse a testé ce système, 10 % environ de la population ayant souscrit à des programmes d'assurance qui limitent le choix des prestataires en contrepartie d'une réduction des primes (OCDE et OMS, 2006).

Concurrence pour la prestation de services de santé aux particuliers

L'existence d'acheteurs collectifs de services de santé repose dans une certaine mesure sur la volonté d'encadrer, ou du moins d'influencer, le choix des patients particuliers quant aux services qu'ils recherchent, et aux prestataires qui leur dispensent les soins. Ces contraintes ont pour objectif de minimiser l'utilisation inutile des services de santé, de garantir la qualité de ces services, et de promouvoir le recours à des thérapies et à des prestataires d'un bon rapport coût-efficacité. De nombreux systèmes de santé ont

cependant toujours accordé aux patients un libre accès à un panier de services agréés assurés par un prestataire accrédité. Le rôle de l'acheteur consiste alors principalement à déterminer la nature du panier de services, et à établir le mécanisme de paiement. Le choix du prestataire (et, partant, la place faite au marché de la prestation) est déterminé par les patients et par leurs conseillers cliniques.

Le libre choix des patients a de tous temps été une caractéristique des régimes sociaux d'assurance maladie bismarckiens et du système américain Medicare. Ces régimes comportent généralement une multitude de prestataires professionnels et d'organismes de prestation, et la concurrence entre prestataires en est un élément intrinsèque à certains égards. Celle-ci repose essentiellement sur la qualité perçue (plutôt que le prix) puisqu'un tarif fixe national, fondé sur les groupes homogènes de diagnostic, est généralement appliqué aux traitements médicaux. Les dispositifs d'assurance obligatoire établis par ces régimes mettent les patients à l'abri de la plupart des dépenses immédiates associées aux soins, ce qui les incite à utiliser les services de santé au-delà du niveau d'efficience. Cette tendance est accentuée par le fait que les médecins sont tentés de recommander de trop nombreux traitements dès lors que leur revenu est déterminé par leur volume d'activité, ce qui crée une demande induite par le fournisseur (Zweifel et Manning, 2000). En conséquence, par rapport aux régimes nationaux d'assurance maladie assis sur une approche plus collective, ces systèmes ont généralement produit de bons résultats sanitaires, mais s'accompagnent de dépenses relativement élevées (Normand et Busse, 2002).

Les régimes qui laissent aux patients le choix de leurs prestataires ont donné naissance à une hypothèse sérieuse. Développée aux États-Unis dans les années 80, celle-ci se fonde sur l'idée que la concurrence pour les patients donne lieu à ce que Robinson et Luft (1987, 1988) ont appelé une « course à l'armement médical ». Elle soutient que, en l'absence d'indicateurs de résultats agréés ou d'autres indicateurs plus directs de la qualité des prestataires, ces derniers rivaliseront en jouant sur la qualité élevée des soins qu'ils dispensent, sous forme de technologies de pointe et de structures d'accueil de luxe. Sous sa forme la plus récente, cette hypothèse laisse entendre que les prestataires risquent d'adopter des stratégies telles que la mise en place de services sur des créneaux spécialisés afin d'attirer les spécialistes sur des segments lucratifs (Devers *et al.*, 2003). Si la nature et l'ampleur de la course à l'armement médical suscitent quelques débats, l'idée selon laquelle la concurrence sur les « services de détail » offerts aux patients risque de se traduire par une offre excédentaire systématique de qualité et de capacité est solidement ancrée. Elle a même entraîné un certain assouplissement des pratiques anti-trust américaines, au motif qu'une concurrence excessive risque d'exacerber l'évolution vers un

excédent d'offre (Federal Trade Commission et Ministère américain de la justice, 2004).

Il est possible de remédier à certains des problèmes associés à la concurrence pour les patients par l'amélioration des indicateurs et la notification publique des résultats cliniques. Si rien ne permet d'affirmer que les patients aient jusqu'à présent prêté grande attention à ce type d'informations, elles influencent les organismes prestataires (les hôpitaux en particulier), étant donné leurs retombées sur leur réputation en matière d'organisation (Marshall *et al.*, 2003). On espère donc que la notification généralisée des résultats incitera les prestataires à se concentrer sur les aspects qualitatifs qui entraînent une véritable amélioration des résultats cliniques.

Soucieux d'atténuer le risque moral, certains régimes sociaux d'assurance ont essayé de sensibiliser les patients aux coûts associés à leurs choix. Ont été instaurés, par exemple, la participation des usagers aux frais pour les soins spécialisés en France (Bellanger et Mossé, 2005), la réduction des primes d'assurance pour les patients ne faisant pas appel aux soins hospitaliers aux Pays-Bas, et un nouveau forfait pour la première consultation, dans quelque spécialité que ce soit, en Allemagne (Gericke *et al.*, 2003). Ces expériences sont conduites à une échelle restreinte, mais témoignent du souci de donner aux patients une idée des conséquences de leurs choix en termes de coûts.

A l'inverse, les systèmes Beveridge – traditionnellement fondés sur un choix plus restreint pour les patients – se sont récemment efforcés de faire plus activement appel aux marchés pour élargir ce choix et stimuler la concurrence. Ces régimes ont de tous temps assuré une bonne maîtrise des coûts, mais se sont montrés moins sensibles aux préférences des patients. Les programmes récents visant à donner à ces derniers un plus grand choix avaient pour finalité d'encourager l'entrée de nouveaux prestataires sur le marché, notamment dans le but de réduire les délais d'hospitalisation souvent associés aux systèmes de type NHS (Le Grand, 2007). Généralement, ces programmes expérimentaux proposent aux patients un délai garanti, comme au Danemark, en Suède, ou dans le cadre du London Patient Choice Project. Si le prestataire habituel ne parvient pas à respecter le délai garanti, les patients peuvent faire appel à un autre prestataire accrédité (Dawson *et al.*, 2007).

Plus récemment, la Grande-Bretagne a mis en place un dispositif différent en vertu duquel les patients ont le choix entre plusieurs prestataires (désignés par les autorités sanitaires locales) lorsqu'ils sont orientés pour la première fois sur des services spécialisés. Ce programme ne semble pas tant

avoir pour objectif de stimuler le marché que d'autonomiser les patients et d'accroître leur satisfaction envers les services de santé.

Amélioration des politiques

La concurrence existe sous différentes formes dans tous les systèmes de santé. Elle peut dériver directement de la création de marchés officiels, mais se manifeste aussi de manière moins formelle ou directe. On citera par exemple la concurrence par comparaison créée par la notification publique des résultats, qui agit sur la réputation des prestataires. Elle peut motiver des améliorations, tant par souci économique qu'en raison du désir naturel des professionnels de se voir juger compétents. Par ailleurs, des systèmes de santé ont déjà mis en place de multiples instruments concurrentiels, tels la notion de liberté de choix du patient dans les régimes sociaux d'assurance maladie.

Il est difficile d'étudier les retombées d'un instrument concurrentiel. Les chercheurs s'appuient généralement sur une expérience naturelle, ou prennent pour variable explicative un indicateur assez approximatif de l'ampleur des forces en concurrence. Ces deux méthodes présentent des problèmes. Les résultats observés dans les expériences naturelles peuvent toujours tenir à d'autres raisons que la concurrence. Ainsi, une évaluation du London Patient Choice Project, qui a pour objectif de diminuer les délais d'attente, a observé des améliorations plus rapides à Londres qu'ailleurs, où ce projet n'a pas été mis en œuvre. Or, il se peut que de nombreuses raisons autres que l'expérience conduite expliquent les divergences décelées par les chercheurs. Les indicateurs des forces en concurrence sont par ailleurs souvent fortement corrélés à d'autres conditions sociales ou économiques – la concurrence est ainsi généralement plus faible dans les zones rurales, de sorte qu'il est difficile de dégager son effet spécifique sur le comportement du système.

Quelques messages ressortent toutefois clairement des données fragmentaires présentées plus haut. D'abord, les problèmes de fond associés à la concurrence sur le marché de l'assurance obligatoire sont assez bien compris, et il existe une excellente base de recherche en provenance des pays qui l'expérimentent. Favoriser la concurrence sur ce marché est forcément malaisé étant donné la difficulté à déterminer un forfait équitable qui corresponde aux dépenses prévues en soins de santé d'un assuré. Il est probable que, pour éviter l'écroulement, un certain degré de partage des risques s'imposera entre l'assureur et le groupe de paiement national. En outre, toute concurrence dans le domaine de l'assurance requiert une procédure d'assurance qualité adéquate, éventuellement sous la forme de rapports de performance ajustés selon les risques pour les assureurs. Compte tenu du

renouvellement périodique de la souscription des assurés, un problème non résolu est celui de savoir comment inciter les assureurs à adopter une perspective à plus long terme, dans le cadre de la promotion de la santé et d'autres opérations de santé publique. Il pourrait être utile d'établir des incitations explicites à conduire des activités connues pour produire de bons résultats sanitaires, ou de confier cette responsabilité à d'autres organismes, les pouvoirs locaux par exemple.

La concurrence dans le domaine des services faisant l'objet d'achats collectifs pose un problème moins précisément défini. Diverses expériences ont été tentées, aux États-Unis (contrats entre les organismes de gestion des soins et les prestataires), par les services de santé publics (quasi-marchés sur lesquels les acheteurs du secteur public passent contrat avec des prestataires du secteur public, ou, de plus en plus, des marchés réels comportant de nombreux prestataires), et par les régimes sociaux d'assurance maladie (avec l'apparition des organismes de prestataires contractualisés). Les données sur ce point sont assez sommaires, et beaucoup proviennent des États-Unis. Aussi est-il difficile d'en dégager des conclusions générales.

Les achats collectifs de services sont toutefois le domaine qui offre les meilleures perspectives de gains d'efficacité. Les acheteurs collectifs ont en principe la motivation et les moyens d'obtenir des gains d'efficacité et d'efficacité du marché des prestataires dès lors qu'ils sont en mesure de passer des contrats sélectifs. L'analyse qui précède souligne les nombreuses décisions stratégiques nécessaires pour faire de la concurrence dans le domaine de l'achat collectif de services une réalité. Il s'agit notamment de la définition claire des services qui feront l'objet du marché, de la nature de la procédure concurrentielle, et du mécanisme de remboursement. La grande diversité de ces variables fait qu'il est difficile de comparer et de transférer les résultats des études.

Certains éléments ressortent toutefois systématiquement des expériences conduites à ce jour. Primo, le marché de la prestation prend en considération les préoccupations exprimées par les acheteurs, qu'il s'agisse de la maîtrise des coûts ou d'un autre domaine, comme les délais d'attente, parfois aux dépens d'autres facettes de la performance du système de santé, tout particulièrement les aspects non évalués de la qualité clinique. Pour atténuer ce risque, il est donc impératif de procéder à des évaluations de grande qualité des résultats cliniques, quel que soit le régime de concurrence concerné. Les mesures des résultats déclarés par les patients expérimentées depuis peu devraient jouer un rôle déterminant dans les politiques ultérieurement mises en place dans ce domaine. Si de nombreux éléments indiquent que la notification publique incitera les prestataires à améliorer les services, d'autres laissent entendre qu'elle pourrait les amener à éviter les patients à haut risque (Dranove *et al.*, 2003 ; Hibbard *et al.*, 2005).

Secundo, le choix des services sur lesquels s'exercera la concurrence peut avoir de profondes conséquences sur la performance du système de santé. Une définition étroite risque de fragmenter les services de santé, de faire obstacle à la mise en place de services de soins intégrés, et de diminuer la capacité du système à dégager des économies de gamme. Une définition large risque en revanche de compliquer la mise en place d'un marché rationnel étant donné les coûts d'entrée élevés. Il existe une marge d'expérimentation dans ce domaine ; il conviendrait éventuellement d'appliquer une stratégie composite qui instaurerait la concurrence pour certains services spécialisés clairement définis tout en maintenant un noyau de services moins concurrentiels. On devrait aussi examiner les possibilités de concurrence pour les services fondamentaux dans le cadre d'accords de concession.

Tertio, les prestataires réagissent aux mécanismes de paiement. Les acheteurs doivent donc choisir avec soin le moyen qu'ils utiliseront pour les rembourser sur un marché collectif. Une combinaison de budget fixe et de budget variable devrait convenir dans la plupart des cas. Néanmoins, le problème consistant à en définir la proportion exacte et les composantes de l'activité qui doivent constituer l'élément variable n'est pas résolu. Dans le même ordre d'idée, les mécanismes de partage des risques devraient jouer un rôle utile pour amener les prestataires à fournir des services optimaux, par exemple en atténuant l'incitation à l'écémage.

Du point de vue de la maîtrise des coûts, la concurrence des prestataires dans le domaine des soins particuliers aux patients soulève des problèmes. Les régimes de paiement par pathologie (groupes homogènes de patients – GHM) favorisent effectivement la diminution des coûts unitaires. Néanmoins, patients et prestataires ne sont guère encouragés à économiser sur le volume des traitements. Un mécanisme de partage des coûts entre le patient et l'organisme payeur pourrait atténuer cet effet, mais il porterait atteinte aux principes de la protection financière. De plus, l'expérience RAND a montré que les principaux perdants dans ces systèmes sont généralement les patients les plus vulnérables (pauvres et malades) (Newhouse, 1993).

Les décideurs qui cherchent à donner une plus grande liberté de choix aux patients doivent clairement établir si le mécanisme de sélection a pour but fondamental de bénéficier aux patients ou s'il est un moyen d'améliorer les résultats des prestataires. Dans ce dernier cas, l'expérience montre que, à moins que les aspects de la performance dont l'amélioration est souhaitée ne soient correctement évalués et notifiés, les prestataires cherchent parfois à attirer les patients en améliorant leur satisfaction, sans nécessairement encourager l'amélioration des résultats cliniques. Dans la plupart des cas, une approche collective à l'achat de services sera plus probante.

Enfin, il convient d'insister sur l'interdépendance des politiques de la concurrence dans le domaine de la santé. Les liens entre la concurrence dans le domaine de l'assurance et la concurrence entre prestataires ont déjà été soulignés. Un autre lien, qui déborde largement le champ du présent rapport, est celui du degré de concurrence sur le marché des intrants, plus spécialement des médicaments, des capitaux et de la main d'œuvre. Si ces marchés sont rigoureusement encadrés, par exemple par des directives de traitement, les configurations de capital existantes, et les structures de paiement nationales, la marge d'innovation est alors beaucoup plus restreinte que dans des régimes moins étroitement réglementés. C'est probablement pour cette raison que les réformes de la concurrence dans le système de santé sont si nombreuses à n'avoir que des effets très limités. Il va de soi que les instruments réglementaires en place ont de bonnes raisons d'exister, mais les responsables publics ne peuvent escompter le même effet des réformes que celui qui serait observé sur des marchés d'intrants moins réglementés.

Conclusion

La concurrence présente un intérêt manifeste pour les responsables des politiques de santé. Les marchés encouragent les prestataires à maximiser les bénéfices à long terme, et la théorie économique classique indique que, sous réserve d'un cadre réglementaire satisfaisant, ils favorisent l'efficacité administrative, stimulent l'entrée de nouveaux prestataires lorsque l'offre est insuffisante, induisent une contraction efficace de la capacité quand l'offre est excédentaire, encouragent l'amélioration de la qualité et l'innovation, et réduisent les coûts de production. Qui plus est, les décisions concernant la fermeture et la reconfiguration des entreprises prestataires sont déléguées au « marché », déchargeant ainsi les décideurs de la responsabilité directe de réformes souvent très controversées.

La question qui se pose lorsqu'on examine le rôle de la concurrence dans le domaine de la santé n'est pas de savoir si les marchés fonctionnent à la perfection, mais si une organisation de type marchand produit de meilleurs résultats que d'autres, et la forme qu'elle devrait revêtir pour fonctionner au mieux. La théorie économique néo-classique traditionnelle prédit que ce phénomène se produit lorsque les marchés orientent les coûts à la baisse et portent les résultats aux niveaux d'efficacité. Cela étant, il existe d'autres vues plus radicales du marché. L'école dite « autrichienne », par exemple, considère que l'avantage essentiel d'une organisation de marché réside dans les incitations qu'elle offre à la recherche de rente et aux comportements opportunistes. De ce point de vue, la vertu essentielle d'une organisation de type marchand est l'innovation qu'elle suscite.

En revanche, selon une autre optique, sociologique, toute action économique s'inscrit dans un contexte social et dans des réseaux de relations sociales. Les intervenants individuels ne sont que rarement, voire jamais, autonomes, et tout système de santé est modelé par les institutions, les relations de pouvoir, les réseaux et les pratiques communes. Il en découle que la réussite (ou l'échec) de toute organisation fondée sur le marché devrait être fortement subordonnée au contexte institutionnel et culturel dans lequel elle est mise en œuvre (Smith *et al.*, 2005). De ce point de vue, les dispositifs de type marchand sont donc des réalités construites sur la base desquelles la société (ou ceux qui procèdent à des transactions) décide 1) de ce qui peut faire l'objet d'une concurrence ou pas ; 2) de qui peut acheter et vendre, et 3) de la façon dont les transactions se dérouleront. Il est donc nécessaire d'examiner les règles et les restrictions régissant les échanges commerciaux pour comprendre les rôles et les fonctions des acheteurs que la société souhaite mettre en place. Il convient notamment de se pencher sur les relations entre de puissants acheteurs et les vendeurs (ou leurs agents) pour évaluer en quoi leurs relations influencent leur comportement économique.

Quelle que soit la perspective adoptée, il est clair que la concurrence devient un instrument central de la politique sanitaire. Toutefois, pour la plupart des services de santé, il existe actuellement peu de données d'observation solides sur lesquelles asseoir une politique de cette nature. Des données récentes concernant la fonction des marchés et de la concurrence dans le domaine de la santé livrent cependant certains enseignements d'ordre général.

Le premier est que la concurrence dans le domaine des services de santé, de quelque nature qu'elle soit, nécessite des mesures minutieusement définies. Même si les objectifs immédiats sont réalisés, il est probable que des effets secondaires inopinés en compromettront d'autres. En bref, toute expérience de marché doit être conçue dans un objectif de suivi et d'évaluation afin de pouvoir enrichir la base de recherche, et peaufiner et ajuster les politiques futures en conséquence.

Deuxièmement, tout responsable public s'appuie généralement au départ sur la gamme existante de dispositifs institutionnels, qui comprend souvent déjà quelques éléments de concurrence. Ainsi, les patients ont déjà généralement le choix du lieu de prestation des soins, et de nombreux prestataires ont donc au moins quelques motivations à tenir compte des pressions concurrentielles. Un prestataire qui ne parviendrait pas à attirer une clientèle suffisante s'attirerait des questions embarrassantes quant à la performance de sa gestion. Néanmoins, les modalités précises des incitations en place varient parfois considérablement, et même des différences subtiles entre les contextes institutionnels peuvent donner lieu à des résultats

distincts. La question qu'un responsable public doit se poser n'est donc pas « qu'est-ce qui fonctionne », mais « qu'est-ce qui fonctionne dans quel contexte ? ».

Troisièmement, la concurrence ne peut à elle seule réaliser les objectifs publics. D'autres instruments d'action doivent être ajustés comme il convient pour lui donner une chance de réussir, par exemple le mécanisme de financement, le régime d'évaluation des résultats, et les mécanismes d'entrée et de sortie. Tous les marchés des services de santé sont, à juste titre, rigoureusement réglementés. Cette réglementation doit cependant être rigoureusement harmonisée avec les objectifs afin que la concurrence puisse délivrer les résultats souhaités.

Quatrièmement, la concurrence doit être mise en œuvre avec précision. Les marchés peuvent amener une forte instabilité, des résultats fluctuants, et des inégalités. De nombreux systèmes de santé, surtout ceux qui épousent le principe de solidarité, accordent une grande importance à la promotion de l'équité et de services de santé complets. Il faudra donc exercer une surveillance et une vigilance permanentes pour veiller à ce que ces objectifs ne soient pas compromis. La mise en œuvre effective de mécanismes de type marchand est donc susceptible de réclamer des compétences de gestion considérables et d'imposer des coûts de transaction substantiels, surtout dans les institutions d'achat et de réglementation.

Cinquièmement, les dangers associés à la concurrence risquent de se révéler relativement immatériels pour certains soins aigus délivrés à des groupes de patients homogènes, pour lesquels il existe de bons indicateurs de résultats et des technologies bien maîtrisées. Une concurrence correctement gérée produit incontestablement de nombreux avantages parallèlement aux difficultés évoquées plus haut ; il y aurait donc intérêt à intensifier prudemment, à titre expérimental, les pressions concurrentielles pour ce type d'interventions, surtout si elles font l'objet d'achats collectifs. Néanmoins, même des expériences de faible ampleur risquent de mobiliser l'attention du gestionnaire sur le secteur concurrentiel aux dépens d'autres services, tout particulièrement le secteur des soins non aigus. Il est difficile d'imaginer les circonstances dans lesquelles un marché véritablement concurrentiel peut être établi pour de nombreuses affections chroniques courantes (et coûteuses) touchant des groupes hétérogènes de patients, pour lesquelles les indicateurs de résultats sont rares (ou inexistant), les itinéraires cliniques complexes, et où l'interdépendance avec d'autres organismes, comme les organismes sociaux, est forte.

Enfin, la base factuelle permettant d'élaborer une politique dans ce domaine demeure insuffisante, et il est urgent de conduire de nouvelles études, de meilleure qualité, pour mieux comprendre la nature de la

concurrence, les circonstances dans lesquelles elle fonctionne, les méthodes permettant d'optimiser son efficacité, et les enseignements à en dégager pour l'action publique.

En résumé, une véritable concurrence de marché introduit un éventail d'incitations rudimentaires, qui risquent sérieusement d'avoir des effets négatifs sur de nombreux aspects des services de santé. La concurrence peut néanmoins revêtir de nombreuses formes, et l'intensification des forces concurrentielles deviendra un instrument majeur de la plupart des systèmes de santé. Les responsables publics doivent cependant élaborer avec rigueur les mécanismes de type marchand, harmoniser les autres instruments d'action, et assurer un suivi vigilant de manière à optimiser les bénéfices obtenus.

Notes

1. Merci à Howard Oxley, Ian Brownwood, Francesca Colombo, Elizabeth Docteur et Peter Scherer pour leur contribution à la rédaction de cet examen.
2. A titre d'exemple, les marchés concurrentiels de l'assurance aux Pays-Bas permettent aux assureurs de négocier de manière sélective avec les prestataires pour les soins ambulatoires et pour 10 % environ des soins en établissement. En Suisse, prestataires et assureurs négocient en tant que groupes dans un contexte de monopole bilatéral ; les contrats sélectifs et l'établissement des prix n'y sont pas autorisés.
3. Une autre méthode pourrait éventuellement consister à mettre en adjudication la concession des services hospitaliers locaux.

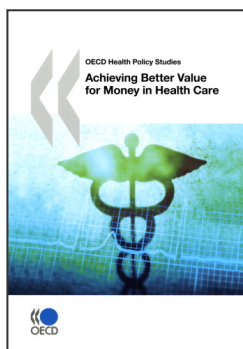
Bibliographie

- Audit Commission (1996), *What the Doctor Ordered: A Study of GP Fundholders in England and Wales*, HMSO, Londres.
- Bellanger, M. et P. Mossé (2005), « The Search for the Holy Grail: Combining Decentralised Planning and Contracting Mechanisms in the French Health Care System », *Health Economics*, vol. 14, n° S1, pp. S119-S132.
- Busse, R. (2004), « Disease Management Programs in Germany's Statutory Health Insurance System », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 56-67.
- Christianson, J. (2007), *Financial Incentives, Healthcare Providers and Quality Improvements. A Review of the Evidence*, Health Foundation, Londres.
- Colombo, F. et N. Tapay (2004), « Private Health Insurance in OCDE Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 15, Editions de l'OCDE, Paris.
- Cutler, D. et R. Zeckhauser (2000), « The Anatomy of Health Insurance », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Dawson, D. *et al.* (2007), « The Effects on Waiting Times of Expanding Provider Choice: Evidence from a Policy Experiment », *Health Economics*, vol. 16, n° 2, pp. 113-128.
- Devers, K., L. Brewster et L. Casalino (2003), « Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race? », *Health Services Research*, vol. 38, n° 1, pp. 447-469.
- Dranove, D. *et al.* (2003), « Is More Information Better? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers », *Journal of Political Economy*, vol. 111, n° 3, pp. 555-588.

- Dusheiko, M., H. Gravelle et R. Jacobs (2004), « The Effect of Practice Budgets on Patient Waiting Times: Allowing for Selection Bias », *Health Economics*, vol. 13, n° 10, pp. 941-958.
- Dusheiko, M. *et al.* (2006), « The Effect of Budgets on Doctor Behaviour: Evidence from a Natural Experiment », *Journal of Health Economics*, vol. 25, pp. 449-478.
- Federal Trade Commission et U.S. Department of Justice (2004), *Improving Healthcare: A Dose of Competition*, Washington DC.
- Fetter, R. (1991), « Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance », *Interfaces*, vol. 21, n° 1, pp. 6-26.
- Fetter, R. *et al.* (1980), « Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups », *Medical Care*, vol. 18, n° 2, pp. 1-53.
- Figueras, J., R. Robinson et E. Jakubowski (2005), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Maidenhead.
- Gericke, C., M. Wismar et R. Busse (2003), « Cost-Sharing in the German Health Care System », Document de réflexion, Département Gestion de la santé, Technische Universität Berlin, Berlin.
- Glied, S. (2000), « Managed Care », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Gowrisankaran, G. et R.J. Town (2003), « Competition, Payers, and Hospital Quality », *Health Services Research*, vol. 38, n° 6 pp. 1403-1422.
- Healthcare Commission (2007), *Independent Sector Treatment Centres A Review of the Quality of Care*, Healthcare Commission, Londres.
- Hibbard, J. H., J. Stockard et M. Tusler (2005), « Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share, And Reputation », *Health Affairs*, vol. 24, n° 4, pp. 1150-1160.
- House of Commons Health Committee (2006), *Independent Sector Treatment Centres. Fourth Report of Session 2005–06*, Chambre des Communes, Londres.
- Kessler, D. et M. McClellan (2000), « Is Hospital Competition Socially Wasteful? », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, n° 2, pp. 577-615.
- Le Grand, J. (2007), *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

- Le Grand, J., N. Mays et J. Mulligan (1998), *Learning from the NHS Internal Market*, King's Fund Institute, Londres.
- Marshall, M. *et al.* (2003), « Public Reporting on Quality: Lessons from the United States and the United Kingdom », *Health Affairs*, vol. 22, n° 3, pp. 134-148.
- Martin, S. et L. Siciliani (2007), « An Empirical Analysis of the Impact of Choice on Waiting Times », *Health Economics*, vol. 16, n° 8, pp. 763-779.
- Newhouse, J. (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Newhouse, J. (1994), « Patients at Risk: Health Reform and Risk Adjustment », *Health Affairs*, vol. 13, n° 1, pp. 135-146.
- Normand, C. et R. Busse (2002), « Social Health Insurance Financing », in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin (dir. publ.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Noro, A. *et al.* (2001), *Implementation of RAI-instruments and Benchmarking the Care of the Elderly*, Stakes Aiheita 17/2001, STAKES, Helsinki.
- OCDE et Organisation mondiale de la santé (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Office of Health Economics (2008), *Report of the Office of Health Economics Commission on NHS Outcomes, Performance and Productivity*, OHE, Londres.
- OCDE (2004), *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Propper, C., S. Burgess et D. Gossage (2008), « Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9 », *Economic Journal*, vol. 118, pp. 138-170.
- Propper, C., S. Burgess et C. Green (2004), « Does Competition Between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS Internal Market », *Journal of Public Economics*, vol. 88, n° 7-8, pp. 1247-1272.
- Robinson, J.C. et H.S. Luft (1987), « Competition and the Cost of Hospital Care, 1972-1982 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 257, n° 23, pp. 3241-3245.

- Robinson, J.C. et H.S. Luft (1988), « Competition and the Cost of Hospital Care, 1982-1986 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 18, pp. 2676-2681.
- Shleifer, A. (1985), « A Theory of Yardstick Competition », *Rand Journal of Economics*, vol. 16, n° 3, pp. 319-327.
- Smith, P. (2000), *Reforming Markets in Health Care: An Economic Perspective*, Open University Press, Buckingham.
- Smith, P. *et al.* (2005), « Role of Markets and Competition », in J. Figueras, R. Robinson et E. Jakubowski (dir. publ.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Open University Press, Maidenhead.
- van de Ven, W. *et al.* (2003), « Risk Adjustment and Risk Selection in the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries », *Health Policy*, vol. 65, n° 1, pp. 75-98.
- van de Ven, W. *et al.* (2007), « Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: Six Years Later », *Health Policy*, vol. 83, n° 2-3, pp. 162-179.
- Wallace, W. (2006), « Independent Sector Treatment Centres: How the NHS is Left to Pick Up the Pieces », *British Medical Journal*, vol. 332, p. 614.
- Wang, P., O. Demler et R. Kessler (2002), « Adequacy of Treatment for Serious Mental Illness in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 1, pp. 92-98.
- Zweifel, P. et W. Manning (2000), « Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care », in J.P. Newhouse et A.J. Culyer (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.



Extrait de :
Achieving Better Value for Money in Health Care

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

Smith, Peter C. (2009), « Les mécanismes de marché et l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé », dans OCDE, *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264074255-3-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.