

**DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIÈRES ET DES ENTREPRISES
COMITÉ DE LA CONCURRENCE**

Groupe de travail n° 2 sur la concurrence et la réglementation

Conception de marchés de la santé financés par les fonds publics

Note de référence du Secrétariat

26 novembre 2018

Ce document a été préparé par le Secrétariat de l'OCDE pour servir de note de référence lors de l'examen du point 3 de l'ordre du jour de la 66^e réunion du Groupe de travail n° 2 sur la concurrence et la réglementation qui aura lieu le 26 novembre 2018.

Les opinions exprimées et les arguments avancés dans ce document ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Organisation ou des gouvernements de ses pays membres.

D'autres documents consacrés à ce sujet sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.oecd.org/daf/competition/designing-publicly-funded-healthcare-markets.htm>

Pour toute question relative à ce document, veuillez prendre contact avec M. Chris PIKE
[Chris.PIKE@oecd.org].

JT03439954

Table des matières

Conception de marchés de la santé financés par les fonds publics	4
Résumé.....	5
1. Introduction	6
2. Contexte.....	9
3. Études de cas.....	14
3.1. France.....	15
3.2. Corée.....	17
3.3. Norvège.....	18
3.4. États-Unis.....	19
3.5. Pays-Bas.....	21
3.6. Angleterre	23
3.7. Allemagne.....	26
4. Dix décisions clés	27
4.1. Faut-il que les patients choisissent leur prestataire ?	27
4.2. Quels outils faudrait-il mettre en place pour permettre aux patients de stimuler efficacement la concurrence ?	29
4.3. Les prix doivent-ils être fixes ?.....	31
4.3.1. Systèmes à payeur unique	31
4.3.2. Systèmes d'assurance obligatoire à multiples payeurs.....	32
4.4. Quelle unité de paiement utiliser ?.....	32
4.4.1. Services d'urgence	32
4.4.2. Services planifiés.....	33
4.4.3. Subventions croisées	34
4.5. Faut-il donner aux prestataires le droit de choisir les patients ?	34
4.6. Qui devrait être en mesure de se livrer concurrence ?	35
4.6.1. Entrée	35
4.6.2. Expansion.....	37
4.7. Quelles formes les incitations à la concurrence devraient-elles prendre ?.....	38
4.8. Quelle forme devrait prendre la coopération entre les prestataires ?	39
4.9. Comment maîtriser les coûts ?	40
4.10. Quelles sont les institutions nécessaires pour réglementer le marché ?.....	41
5. Conclusions	42
Bibliographie	49

Graphiques

Graphique 1. Dépenses de santé en part du PIB, 2016 (ou année la plus proche).....	9
Graphique 2. Mortalité à trente jour après une hospitalisation pour un AVC ischémique, sur la base de données non liées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche).....	10
Graphique 3. Mortalité à trente jours après une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, sur la base de données non liées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche).....	11

Graphique 4. Mortalité par cancer du sein chez la femme, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)	11
Graphique 5. Mortalité à trente jours après une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, sur la base de données non liées, 2013-2015 (ou années les plus proches).....	12
Graphique 6. Surmortalité due à la schizophrénie, 2014.....	13
Graphique 7. Hospitalisations pour asthme et BPCO chez l'adulte, 2015 (ou année la plus proche)...	14
Graphique 8. Résultats après une chirurgie du cancer de la prostate	28

Conception de marchés de la santé financés par les fonds publics*

Les pays du monde entier allouent des fonds publics à la santé afin de remédier aux défaillances qui surviennent lorsque les marchés de la santé sont livrés à eux-mêmes. Toutefois, ces seuls fonds publics ne suffisent pas à promouvoir des soins efficaces et de haute qualité. La plupart des pays de l'OCDE se sont donc affranchis des systèmes dirigistes, ont séparé leur rôle d'acheteur de leur rôle de prestataire de services, et ont tenté de mettre en place des incitations pour les prestataires, en s'appuyant sur la réglementation pour garantir un niveau minimum acceptable de qualité, tout en développant le choix et la concurrence pour inciter les prestataires à devenir plus efficaces et à investir les économies réalisées dans l'amélioration de la qualité des soins.

Toutefois, l'hétérogénéité des indicateurs de la qualité clinique et des soins centrés sur le patient (c'est-à-dire les prestations de soins axées sur les besoins du patient) donne à penser que ces incitations sont souvent insuffisantes. En outre, il existe un risque de marginalisation du rôle du choix et de la concurrence, notamment lorsque les budgets sont serrés et que les soins centrés sur les patients en viennent à être perçus comme un luxe coûteux. Selon la présente note, il faut donc que les autorités de la concurrence défendent plus activement et efficacement le recours au choix et à la concurrence sur les marchés de la santé financés par les fonds publics. Elle donne à penser que la nécessité d'une réglementation stricte ne faiblira pas et ne disparaîtra pas non plus, comme cela pourrait être le cas dans une entreprise de services publics. C'est pourquoi les autorités de la concurrence ne doivent pas plaider uniquement en faveur d'une déréglementation, mais plutôt de la conception de réglementations plus intelligentes instaurant des marchés qui encouragent la concurrence au niveau d'aspects du service auxquels les patients et les payeurs sont le plus attachés. Sur la base des publications existantes et de différents exemples de réformes proconcurrentielles mises en œuvre dans divers pays, il identifie 10 décisions clés qui font la différence lors de l'instauration ou de la réforme des forces concurrentielles sur les marchés de la santé.

* Cette note a été préparée par Chris Pike, de la Division de la concurrence de l'OCDE.

Résumé

1. Selon la présente note, les autorités de la concurrence doivent défendre plus activement et efficacement le recours au choix et à la concurrence sur les marchés de la santé. Ce plaidoyer ne doit pas porter uniquement sur la déréglementation, mais plutôt sur une conception plus éclairée des réglementations, mettant à profit les solutions apportées aux principales défaillances du marché en faisant un usage plus efficace du choix et de la concurrence pour remédier à l'incapacité des politiques dirigistes à atteindre les objectifs visés. Par exemple, on assiste à l'émergence d'un certain nombre de propositions clés auxquelles les autorités de la concurrence pourraient vouloir réfléchir dans le cadre de leur plaidoyer.

2. Tout d'abord, en autorisant les patients à faire des choix raisonnés lorsque c'est possible (au lieu de laisser les prestataires choisir à leur place), on renforce les incitations à la concurrence au niveau d'aspects du service qui comptent pour eux, ce qui conduit à des soins centrés sur les patients. Pour donner aux patients les moyens de faire ces choix, il faut non seulement leur fournir les informations dont ils ont besoin, mais également des conseils personnalisés sur la manière d'interpréter ces informations, et rembourser une partie de leurs frais de déplacement.

3. Ensuite, au niveau institutionnel, il est essentiel de maintenir la distinction entre acheteurs et prestataires, et de la renforcer si possible. S'il est prévu que les prestataires endossent également un rôle d'acheteurs, par le biais d'un budget par capitation à l'aide duquel ils achètent des soins pour leurs patients par exemple, la concurrence entre ces prestataires/assureurs doit être garantie. Comme l'a montré la Federal Trade Commission (FTC) aux États-Unis eu égard aux nouvelles « organisations de soins responsables » (*Accountable Care Organizations*), les autorités de la concurrence ont un rôle à jouer, en formulant des recommandations sur cette question. Elles peuvent apporter une contribution utile en déterminant si les hôpitaux publics sont oui ou non des entités économiques à part entière, ou s'il s'agit en réalité d'entreprises, et quelles règles de la concurrence s'appliquent sur des marchés de la santé financés par les fonds publics. Par exemple, cela peut les aider à éduquer les prestataires de soins (et notamment les prestataires de soins primaires) quant à leur obligation de se conformer au droit de la concurrence. La distinction entre acheteurs et prestataires doit également s'appliquer à la réglementation lorsqu'aucun conflit d'intérêt n'est tolérable entre les acteurs chargés d'inciter les prestataires à se livrer concurrence et ceux qui ont intérêt à ce que les prestataires publics soient financièrement stables.

4. Troisièmement, en ce qui concerne les systèmes de paiement, si les prix sont réglementés, il est important que les unités de paiement par rapport auxquelles les prestataires se livrent concurrence soient conçues de manière à favoriser un usage efficace des ressources. Dans certains cas, cela peut être synonyme de capitation (par ex. pour les services de soins primaires et les personnes atteintes d'une affection de longue durée), et dans d'autres, d'un bouquet de services bien plus vaste que les petits bouquets actuellement utilisés, et incluant les réadmissions et les suivis liés au traitement concerné. Puisqu'il semble que le fait de permettre aux assureurs de conclure des contrats sélectifs n'ait pas fait baisser les prix pour le moment, il apparaît justifié qu'une autorité de contrôle indépendante établisse un prix fixe pour chaque bouquet de services. Nous soutenons que des prix réglementés doivent toujours être fixés à des niveaux garantissant que les prestataires sont systématiquement incités à se livrer concurrence pour chaque patient. C'est ce qui arrive naturellement lorsque les prix sont déréglementés. Toutefois, lorsque les prix sont réglementés, l'instauration d'une telle incitation nécessite des données

détaillées sur les coûts au niveau des patients, et doit être soutenue en interdisant aux prestataires de choisir les patients qu'ils souhaitent traiter, puisque le choix de patients à bas coût fausse la concurrence.

5. Quatrièmement, il convient d'admettre qu'il existe différents types de services de santé, et que les solutions se prêtant le mieux à certains services ne conviennent pas à tous. Ce n'est pas le cas pour les services de santé mentale, bien que les patients se voient souvent refuser des droits pourtant accordés aux patients ayant besoin de services de santé physique, à savoir celui de choisir et de voir des prestataires se livrer concurrence pour remporter leur faveur. Toutefois, c'est le cas pour les services d'urgence, qui font un usage très différent des mécanismes concurrentiels par rapport aux soins planifiés. Par exemple, il y a tout intérêt à privilégier les offres à prix fixes pour les services d'urgence. En outre, si dans de tels cas les acheteurs ne sont pas certains de pouvoir faire respecter aux soumissionnaires les engagements pris dans le cadre de l'appel d'offres, il peut même y avoir matière à autoriser uniquement les prestataires à but non lucratif à soumissionner. Le cas échéant, il est particulièrement important de bien séparer la comptabilité des services d'urgence, qui sont alors fournis dans le cadre d'une obligation de service public, et du marché des soins planifié, sur lequel l'ensemble des prestataires doivent être titulaires d'une licence pour pouvoir se livrer concurrence.

6. Enfin, les barrières à l'entrée, comme la capacité des prestataires qualifiés à décrocher un contrat pour proposer leurs services, ou à accroître leurs moyens, doivent être levées afin d'encourager l'innovation et le renforcement des capacités sur le marché, réduire les délais d'attente et stimuler la concurrence sur le plan de la qualité. Sur ces marchés, créés et financés par les pouvoirs publics, se pose peut-être également la question de savoir si ces subventions ne sont pas trop facilement captées par les entreprises, ce qui engendre un transfert direct des contribuables aux actionnaires, dont on peut s'attendre à ce qu'il favorise la recherche de rente. Ainsi, la question de l'accessibilité des licences aux entreprises à but lucratif, ou à but non lucratif uniquement, dépendra de facteurs propres au marché. Par exemple, les patients disposent-ils d'informations adéquates sur la qualité ? Choisisent-ils en fonction de facteurs qui leur tiennent à cœur au moment de leur choix, et les entreprises peuvent-elles effectivement être tenues dans la pratique de garantir la qualité décrite dans leurs offres ?

7. Plus important encore du point de vue de la concurrence, les prestataires défaillants qui ne sont pas en mesure de fournir des services de qualité de manière efficiente doivent être autorisés à quitter le marché. Des régimes administratifs spéciaux seront nécessaires pour garantir, le cas échéant, que la transition entre l'ancien et le nouvel exploitant de l'hôpital ou de l'établissement concerné se fera en douceur, sans perturber la prise en charge des patients. Dans un tel contexte, il convient de tenir compte du fait que la fermeture des services d'urgence est une question sensible sur le plan politique, et que ces décisions doivent être prises par les acheteurs sur la base d'évaluations transparentes des besoins, et ne doivent pas être consécutives à la défaillance d'un prestataire (puisque cela revient à faire payer aux patients locaux les défaillances des gestionnaires de l'hôpital).

1. Introduction

8. L'accès à des soins de qualité est une condition essentielle pour mener une vie productive, épanouissante et satisfaisante. Toutefois, les économistes reconnaissent depuis longtemps que des marchés libres ne sont pas en mesure de fournir les services de santé dont une société a besoin, en raison des défaillances qui surviennent lorsque les marchés

de la santé sont livrés à eux-mêmes (Arrow, 1963)¹. Dans le même temps, lorsque les pouvoirs publics adoptent une approche dirigiste pour fournir ces services, cela aboutit généralement, de manière prévisible, à des services à la fois inadaptés aux patients, et inefficients (défaillances des pouvoirs publics plutôt que du marché)². Par conséquent, ils ont emprunté une troisième voie pragmatique, qui consiste à créer et à façonner les marchés de la santé par l'octroi de subventions, l'application de normes réglementaires minimales, et le recours prudent au choix et à la concurrence³. En effet, alors que les systèmes caractérisés par une couverture médiocre ou un ticket modérateur élevé ont évolué vers une couverture universelle, rares sont les systèmes de santé au sein de l'OCDE à persister dans l'idée que les incitations engendrées par le choix et la concurrence ne jouent aucun rôle dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé⁴.

9. Toutefois, dans la pratique, ce rôle peut être marginalisé, notamment lorsque les budgets sont serrés et que les responsables de l'action gouvernementale considèrent les soins centrés sur les patients (c'est-à-dire la prestation de soins axés sur les besoins des patients) comme un luxe coûteux. Étant donné les défis sans précédent auxquels sont confrontés les systèmes de santé à travers la zone OCDE du fait des contraintes que le vieillissement démographique fait peser sur eux, et des budgets qui restent serrés dans le sillage de la crise financière, *les autorités de la concurrence doivent défendre activement et efficacement le recours au choix et à la concurrence sur ces marchés.*

10. Au cours des 20 dernières années, de nombreux progrès et expériences ont été faits dans le cadre de différentes réformes proconcurrentielles mises en œuvre sur les marchés de la santé financés par des fonds publics, en utilisant les mécanismes du marché de différentes manières afin d'obtenir des résultats plus efficaces et plus équitables. Ces réformes ont renforcé les incitations à la concurrence, et ont permis aux prestataires et aux assureurs de répondre à ces incitations. Par exemple, elles ont séparé les prestataires des payeurs, et ont subordonné les revenus des prestataires (ou des assureurs) aux choix effectués par les patients et/ou leur médecin traitant. Elles ont également donné davantage d'autonomie aux entités publiques pour répondre aux incitations à la concurrence ; elles ont assoupli les restrictions à l'entrée et à l'expansion d'autres prestataires de services ; elles ont fourni aux patients des informations afin de les aider à choisir de meilleurs prestataires, et elles ont donné aux assureurs la capacité de conclure des contrats sélectifs avec les prestataires. Dans le même temps, elles ont cherché à concevoir les incitations de manière à encourager la concurrence sur des aspects des services auxquels les patients et les payeurs tiennent le plus. Par exemple, en établissant l'unité de paiement, en fixant les niveaux de prix, et en donnant aux patients des informations et des conseils afin qu'ils puissent choisir leur prestataire, tout en s'assurant que les prestataires ne sont pas en mesure de choisir leurs patients.

11. Toutefois, malgré quelques exceptions, les autorités de la concurrence sont restées remarquablement silencieuses, du moins publiquement, lorsqu'il s'est agi de défendre ces réformes et de donner des conseils sur leur conception. Les détracteurs du choix et de la concurrence se sont engouffrés dans la brèche pour plaider pour une approche plus paternaliste, et ont rejeté les réformes proconcurrentielles sous prétexte qu'elles reposent sur une foi dite « néolibérale » en vertu de laquelle les marchés seraient la réponse à tous les problèmes (Pollack et al, 2016, Monbiot, 2016, Toynbee, 2013)⁵.

12. Ce reproche, toutefois, ne tient pas compte du fait que les concepteurs des réformes proconcurrentielles dans ce domaine ont montré qu'ils ont parfaitement connaissance des différentes causes des défaillances des marchés de la santé. Par conséquent, ces réformes proconcurrentielles ne cherchent pas à remettre en cause ou à saper le rôle fondamental que

l'État doit jouer dans le financement des services de santé. En effet, elles ont été menées parallèlement à un renforcement progressif de la couverture de santé universelle dans les pays de l'OCDE. Elles se concentrent plutôt sur la recherche du meilleur moyen de résoudre les défaillances manifestes de l'approche dirigiste (forte variation de la qualité, de l'accès et de l'inefficience) dans le cadre de la prestation de ces services, tout en veillant à ne pas compromettre les solutions efficaces que les États ont mis en place pour remédier aux défaillances du marché identifiées par Arrow.

13. En substance, les arguments en faveur d'une intervention de l'État pour remédier aux défaillances de premier ordre du marché ont été acceptés. L'État joue un rôle crucial dans l'achat de soins de santé, et cela n'est pas près de changer. De fait, le débat politique porte désormais sur la meilleure manière de remédier aux défaillances de second ordre liées aux interventions directes et contraignantes des pouvoirs publics visant à améliorer les services. Ces efforts ne visent donc pas à éliminer, mais à exploiter et à améliorer l'efficacité de l'intervention publique nécessaire à la prestation de services centrés sur les patients, efficaces et de grande qualité.

14. En tirant des leçons des réformes mises en œuvre, les autorités de la concurrence peuvent gagner en confiance et en efficacité lorsqu'elles plaident leur point de vue sur ces marchés. La santé peut être un champ de mine politique, et c'est précisément la raison pour laquelle une intervention convaincante et éclairée des autorités de la concurrence est nécessaire à une bonne réglementation et une bonne élaboration des politiques. En outre, dans la mesure où un débat public non informé discrédite une réforme des services financés par les fonds publics fondée sur les principes du choix et de la concurrence, le soutien public à la mise en œuvre des mécanismes du marché dans toute l'économie s'en trouve compromis. De ce fait, l'action réglementaire devient une solution de premier et non de dernier recours. Cela signifie que les autorités de la concurrence doivent surmonter toute réticence compréhensible à intervenir.

15. L'efficacité des recommandations des autorités de la concurrence revêt une importance cruciale, car sur ces marchés, les raisons justifiant la réglementation ne sont en rien transitoires, et la nécessité d'une réglementation stricte ne faiblira pas et ne disparaîtra pas non plus, comme cela pourrait être le cas dans une entreprise de service public. Ainsi, les autorités ne doivent pas défendre uniquement la déréglementation, mais plutôt la conception de réglementations et de marchés plus intelligents, utilisant le choix et la concurrence en complément de la réglementation pour instaurer un ensemble d'incitations cohérentes.

16. Les autorités doivent admettre qu'il n'existe pas de solution unique. Elles doivent écouter les responsables de l'action publique, dialoguer avec eux, et adapter leurs recommandations à leurs objectifs. Par exemple, la qualité, la rentabilité ou la maîtrise des coûts sont-ils prioritaires ? L'amélioration de l'accès ou la réduction des inégalités en matière de santé sont-ils également des objectifs importants ? Les soins centrés sur les patients font-ils partie des priorités, ou faut-il d'abord définir des normes de base ? Elles doivent également faire preuve de réalisme quant au fonctionnement du système dans la pratique, et l'anticiper dans leurs recommandations. Par exemple, il est important de comprendre quelle part de risque les responsables de l'action publique peuvent accepter de faire courir aux prestataires pour améliorer les résultats, et si les mesures de protection contre la demande induite par l'offre sont suffisamment solides (ou si dans la pratique des règles grossières génératrices de distorsion, qui limitent les capacités, viendront finalement les renforcer).

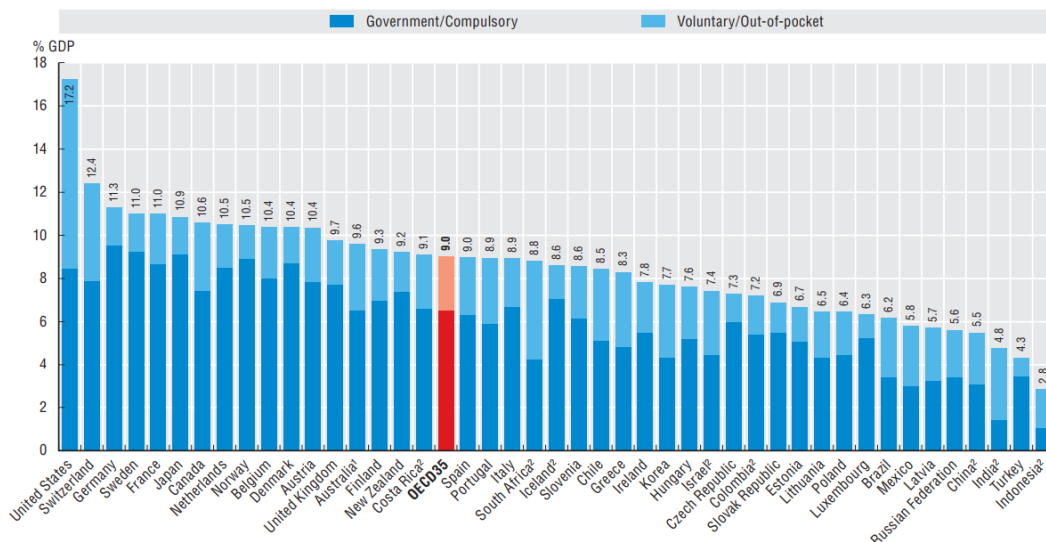
17. Dans la présente note de référence, nous commençons par mettre en contexte les performances relatives des différents systèmes, avant d'explorer quelques exemples de réformes proconcurrentielles des services de santé mises en œuvre dans les pays de l'OCDE. Nous déterminons par quels moyens ces réformes ont généralement complété les politiques visant à remédier aux défaillances de marché de premier ordre, et dans quelle mesure elles engendrent des coûts supplémentaires. Sur la base de ces exemples et des publications existantes, nous identifions ensuite 10 décisions clés qui font une différence lors de l'instauration ou de la réforme des forces concurrentielles sur les marchés de la santé.

2. Contexte

18. Les dépenses au titre de la santé publique varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir Graphique 1). Cela résulte des choix et priorités divergents des différents systèmes, et a inévitablement un impact considérable sur les résultats qu'il est possible d'obtenir en termes de qualité. Toutefois, comme nous allons le voir, il n'existe pas de corrélation fiable entre les dépenses et les résultats, c'est pourquoi il est possible qu'une simple hausse des financements ne permette pas d'engendrer les améliorations auxquelles les responsables de l'action publique s'attendent peut-être. Le choix et la concurrence sont donc l'un des nombreux instruments utilisés pour améliorer les résultats sans accroître le financement du système.

19. Dans le même temps, les dépenses sont également déterminées par l'efficacité ou le manque d'efficacité de la prestation de services. Le choix et la concurrence sont donc un bon moyen d'inciter les prestataires à devenir plus efficaces. Plutôt que le rationnement des soins, c'est cette efficacité qui à terme permet aux systèmes de faire plus tout en dépensant moins.

Graphique 1. Dépenses de santé en part du PIB, 2016 (ou année la plus proche)



Note : sauf indication contraire, les dépenses excluent les investissements.

1. Les estimations australiennes des dépenses excluent toutes les dépenses des services d'aide (sociale) au titre des résidences de soins pour personnes âgées.

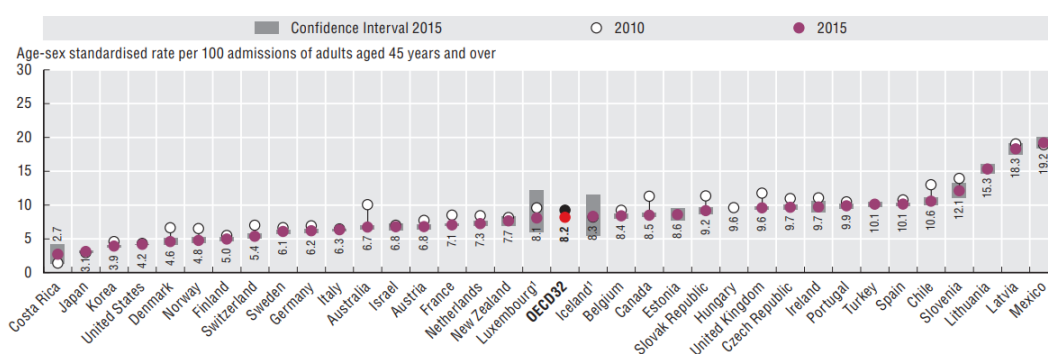
2. Inclut les investissements.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017, Base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé.

20. Il existe de nombreuses mesures différentes des résultats en matière de santé, et comme nous le faisons remarquer dans la section 4.2, l'OCDE élabore actuellement des mesures internationales standardisées des résultats et des expériences des patients par le biais de son enquête sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS). Toutefois, il est possible d'utiliser les taux de mortalité de pathologies prises en charge à l'hôpital comme indicateurs de l'efficacité des hôpitaux et/ou des systèmes. Ces taux peuvent varier considérablement en fonction de la maladie ou de l'état pathologique concerné, et cet aspect pluridimensionnel de la qualité complique grandement la formulation d'indicateurs composites de la qualité. Nous faisons figurer dans le Graphique 2 ci-dessous à titre d'illustration le taux de mortalité à 30 jours après une hospitalisation pour un AVC ou une crise cardiaque. Nous indiquons également le taux de mortalité des femmes atteintes d'un cancer du sein, qui reflète à la fois l'efficacité des hôpitaux et des soins primaires.

21. À noter qu'il n'existe pas de correspondance claire entre ceux qui dépensent le plus (voir Graphique 1) et ceux qui obtiennent les meilleurs résultats (voir Graphique 2, Graphique 3 et Graphique 4). En outre, les mesures des résultats sont très hétérogènes, ce montre que chaque système a ses propres atouts et ses propres faiblesses, et peut rencontrer des difficultés qui lui sont propres. En outre, dans chaque système, les prestataires enregistrent des résultats très différents. Les responsables de l'action publique s'interrogeront donc sur la manière dont ils envisagent d'améliorer ces résultats. Certains peuvent simplement prévoir de dépenser davantage et espérer que ces dépenses supplémentaires seront utilisées à bon escient ; d'autres peuvent associer hausse des dépenses et renforcement des normes minimales applicables aux services. Les autorités de la concurrence peuvent apporter leur contribution en identifiant les avantages d'une décentralisation du processus de décision, et en élaborant des incitations permettant aux prestataires de déterminer les meilleures modalités d'amélioration des résultats.

Graphique 2. Mortalité à trente jour après une hospitalisation pour un AVC ischémique, sur la base de données non liées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)

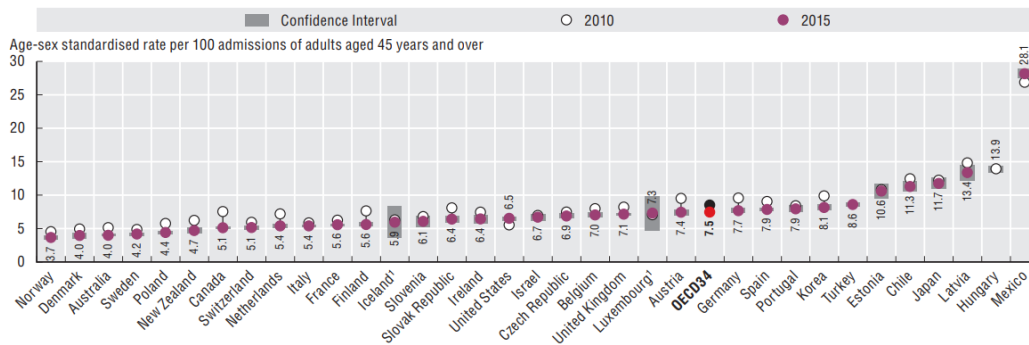


Note : les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés pour l'ensemble des pays, et sont représentés par les colonnes grises.

1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Graphique 3. Mortalité à trente jours après une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, sur la base de données non liées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)

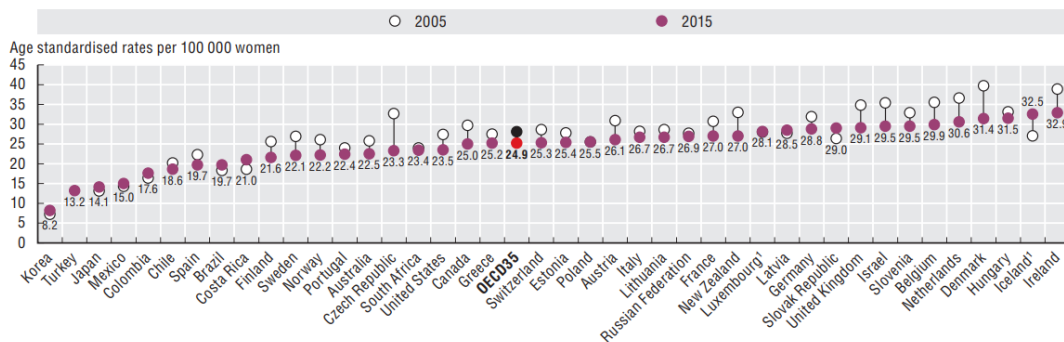


Note : les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés pour l'ensemble des pays, et sont représentés par les colonnes grises.

1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Graphique 4. Mortalité par cancer du sein chez la femme, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)

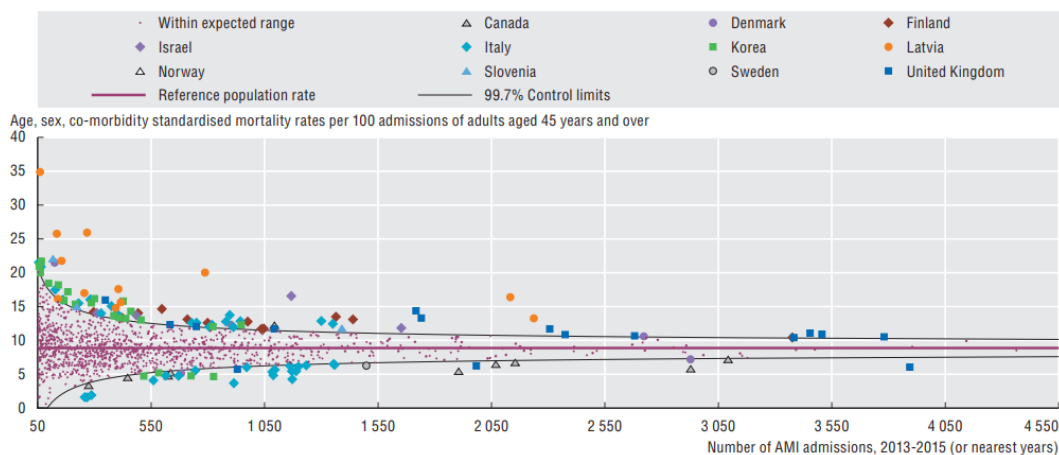


Note : 1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

22. On observe ces mêmes variations au sein des systèmes (voir Graphique 5).

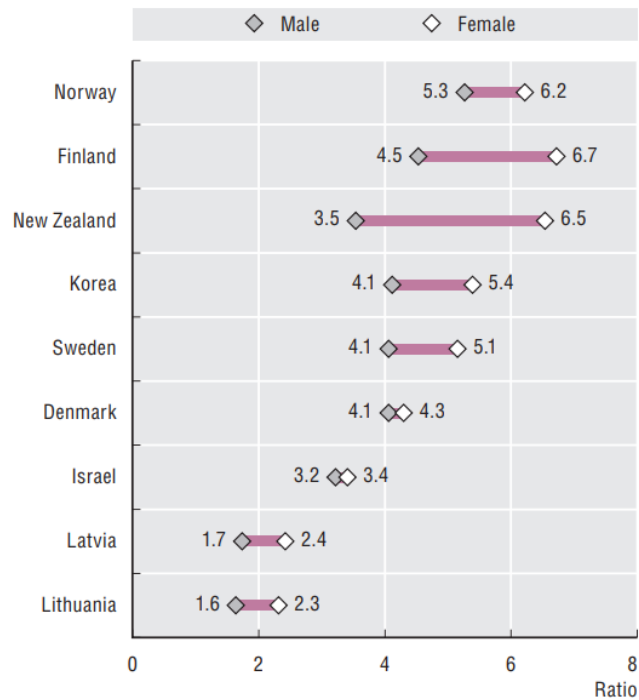
Graphique 5. Mortalité à trente jours après une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, sur la base de données non liées, 2013-2015 (ou années les plus proches)



Note : chaque point du graphique représente un seul hôpital, sauf indication contraire. Les résultats du Canada n'incluent pas les décès en dehors des hôpitaux de court séjour. Les données du Royaume-Uni concernent uniquement l'Angleterre et sont présentées au niveau d'un groupement (c'est-à-dire plusieurs hôpitaux).

Source : collecte de données 2017 de l'OCDE sur les performances des hôpitaux.

23. Contrairement à la santé physique, peu de pays collectent les mesures des résultats relatives aux pathologies mentales, et rarement au niveau des prestataires. Toutefois, certains pays commencent à s'y mettre, et ces informations sont, comme nous le verrons, essentielles pour permettre aux patients et à leurs soignants de faire des choix raisonnés. Notamment, lorsque l'on observe une différence significative entre les résultats en fonction du sexe, comme cela apparaît dans le graphique ci-dessous, on peut présumer qu'il existe des marchés différents pour la prestation de certains services de santé aux hommes et aux femmes (voir Graphique 6).

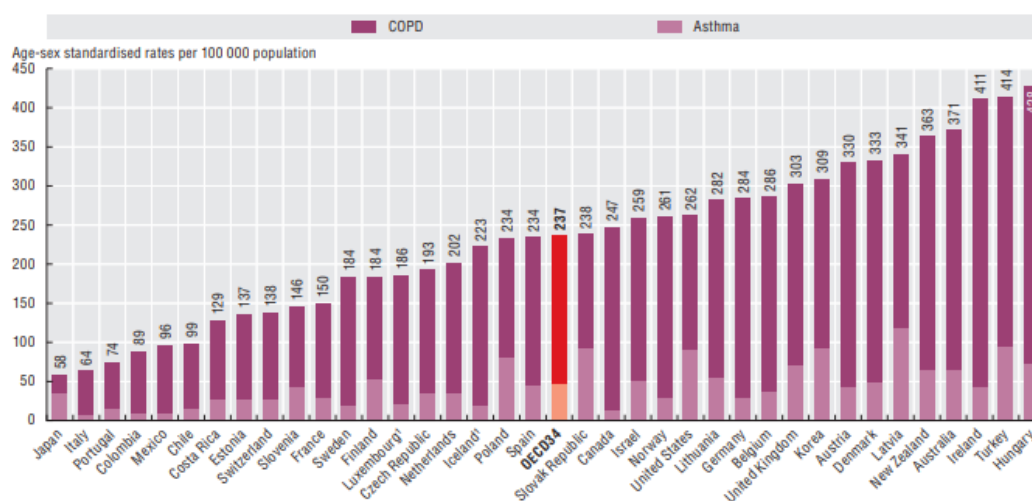
Graphique 6. Surmortalité due à la schizophrénie, 2014

Note : moyenne sur trois ans pour l'ensemble des pays.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

24. Les meilleures mesures de la qualité des services de soins primaires évaluent à quel point ces services réduisent la nécessité d'un traitement plus coûteux par des spécialistes en milieu hospitalier. Les hospitalisations pour des pathologies comme l'asthme, qui devraient pouvoir être prises en charge par la médecine de premier recours, sont donc utiles pour comparer la qualité d'un prestataire, ou d'un système (voir Graphique 7)⁶.

Graphique 7. Hospitalisations pour asthme et BPCO chez l'adulte, 2015 (ou année la plus proche)



Note : moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

25. Malgré ces importantes variations des résultats et des coûts des différents systèmes, il ressort du catalogue d'études de marché ICN qu'au début de l'année 2016, seuls les États-Unis, la Suède, la Norvège, la Colombie et l'Estonie avaient entrepris d'étudier ces marchés (bien que d'autres pays l'aient également fait depuis, comme les Pays-Bas et l'Allemagne)⁷. Bien que les variations d'un pays à l'autre et au sein même des pays soient sans aucun doute imputables à un ensemble de différents facteurs, elles pourraient bien indiquer que les incitations à la concurrence sont trop faibles. Il est donc surprenant que les autorités de la concurrence ne semblent pas, du moins en public, endosser un rôle plus actif dans l'examen de ces marchés et la promotion de changements qui amélioreraient leur efficacité et leur efficacité.

3. Études de cas

26. Dans cette section, nous présentons plusieurs études de cas décrivant qui décide, qui paie, de quelle manière sont organisés les paiements, ainsi que les caractéristiques de l'offre de marché. Nous examinons les réformes proconcurrentielles qui ont été mises en œuvre, leurs effets apparents et les conclusions que l'on peut tirer des choix particuliers des concepteurs de ces réformes.

27. Nous avons sélectionné des exemples de réformes qui affectent la concurrence entre fournisseurs de soins de santé ou, lorsqu'elle existe, la concurrence entre assureurs maladie. Il est nécessaire d'examiner ces deux types de réformes puisqu'elles représentent des moyens différents d'inciter le prestataire final des services de santé à améliorer la qualité et la valeur de ses services. Dans le deuxième type de réforme, développer le choix et la concurrence entre assureurs peut inciter plus fortement ces derniers à agir au nom des patients en intensifiant la concurrence entre fournisseurs de soins (par exemple au moyen de contrats sélectifs ou de mesures de pilotage de l'offre). Dans les systèmes à payeur unique, le patient contribue directement au développement de la concurrence par les choix qu'il effectue, guidé éventuellement par un arbitre impartial.

3.1. France⁸

28. Il existe en France une dissociation claire entre acheteurs et fournisseurs. Dans le système public, les patients sont libres de choisir leur fournisseur mais non leur assureur public. Environ 95 % de la population dispose d'une assurance complémentaire (qui représente seulement 5.5 % des dépenses hospitalières) et, dans 7 % des cas, cette assurance complémentaire est subventionnée par l'État.

29. En ce qui concerne les services hospitaliers, l'assureur d'un patient verse un paiement global au fournisseur choisi par le patient (ce qui veut dire que le revenu des fournisseurs dépend des décisions que prennent les patients). Ce paiement couvre le coût attendu du traitement d'un patient typique pour un diagnostic donné (conformément à la classification des groupes homogènes de malades ou GHM). Il peut, par conséquent, ne pas correspondre exactement au coût effectif encouru pour traiter le patient (c'est ce qu'on appelle la « tarification à l'activité »).

30. Le marché des fournisseurs est un marché mixte : près de 40 % des hôpitaux sont gérés par des sociétés à but lucratif. Ces derniers, cependant, reçoivent environ 60 % des admissions en chirurgie, la part restante correspondant aux entreprises d'État (EE) autonomes et aux fournisseurs de soins sans but lucratif.

31. Les tarifs nationaux sont fixés par le régulateur, ce qui exclut la possibilité d'une concurrence par les prix, bien que des tarifs différents soient établis pour les EE et les sociétés à but lucratif (malgré ces écarts, le revenu d'une EE dépend néanmoins du choix des patients)⁹. Les décisions des patients sont motivées à la fois par la commodité d'accès et la qualité d'un hôpital, tels que perçues par d'autres patients et par le médecin de famille qui les oriente vers tel ou tel établissement. Les classements publiés dans des magazines d'information (*Le Point* et *L'Express*, par exemple), le bouche-à-oreille et un site officiel (www.scopesante.fr), qui publie des données comparatives en s'appuyant sur 231 indicateurs de qualité des processus ainsi que des mesures composites plus simples, sont les principales sources d'information à cet égard. Les résultats ne sont pas publiés par crainte de provoquer une réorientation stratégique des hôpitaux et à cause de la difficulté à contrôler pour la diversité des cas traités dans les établissements hospitaliers.

32. Le financement global sur la base de la tarification à l'activité a été introduit dans le cadre des réformes de 2008. Le système est ainsi passé d'une dotation fixe basée sur l'activité antérieure et la population locale desservie à un financement en fonction de l'activité, qui reflète par conséquent l'évolution de la part de marché en récompensant les fournisseurs de soins que les patients préfèrent utiliser. Ces réformes ont donc renforcé de manière significative les facteurs d'incitation à la concurrence pour les hôpitaux qui sont exposés à des menaces concurrentielles.

33. Plusieurs études ont cherché à déterminer l'impact des réformes ayant abouti au financement à l'activité, qui ont renforcé le lien entre le revenu des fournisseurs et le choix des patients. Choné *et al.* (2013), par exemple, remarquent que les hôpitaux publics exposés à la concurrence de cliniques privées ont réagi à ces réformes en réduisant la durée moyenne de séjour de 4.4 %, ce que n'ont pas fait les hôpitaux publics isolés. Ces auteurs constatent également que le renforcement des facteurs d'incitation à la concurrence a entraîné une amélioration de la qualité, telle que perçue par les usagers, aussi bien dans les établissements hospitaliers sans but lucratif – comme le montre l'extension de 9 % de leur zone de desserte – que dans les établissements hospitaliers à but lucratif, qui ont cherché à répondre à l'amélioration des performances des premiers. Il est intéressant de noter que la zone de desserte des hôpitaux sans but lucratif exposés à la concurrence d'autres

établissements non lucratifs a également augmenté de 9 %, ce qui semble indiquer que l'effet direct (incitation accrue à attirer les patients) s'est doublé d'une réaction de type concurrentiel (nécessité d'améliorer la qualité pour prévenir la perte de patients au profit d'établissements rivaux dont les propres incitations à accroître leur part de marché avaient augmenté).

34. De la même façon, Or *et al.* (2016) constatent que le système de financement proconcurrentiel issu des réformes et la nouvelle réglementation sur le volume d'activité minimal ont conduit à une amélioration de la qualité des traitements en chirurgie cancérologique. Cela pourrait indiquer que les obstacles réglementaires à la fourniture d'un volume d'activités peu élevé sont justifiés dans les spécialités où les données cliniques montrent que le traitement d'un nombre élevé de patients est propice à l'amélioration de la qualité des interventions chirurgicales.

35. L'intensité des facteurs d'incitation à la concurrence en France a conduit le gouvernement à regrouper les hôpitaux publics en groupements ou chaînes de soins afin de stimuler la coopération, tout en maintenant la concurrence entre les différents groupes ainsi créés. Toutefois, étant donné le caractère extrêmement fragmenté du marché hospitalier dans le pays, la concentration ne constitue pas une préoccupation majeure et l'Autorité de la concurrence, par conséquent, a rarement eu à intervenir.

36. La réforme de 2015, qui a renforcé l'indépendance de l'instance de fixation des prix à qui l'on reprochait d'établir les tarifs en tenant compte surtout de leur impact sur les revenus des hôpitaux et de la position concurrentielle relative de certains fournisseurs (ou certaines catégories de fournisseurs), a également constitué un moment important. Cela illustre combien il importe que les tarifs soient fixés par une instance entièrement indépendante du régulateur ou de l'administration qui veille à la stabilité financière des fournisseurs (contrairement à ce qu'on observe au Royaume-Uni). L'écart entre les tarifs à verser aux établissements à but lucratif et aux EE avait conduit au dépôt de plaintes pour aide de l'État auprès de la Commission européenne.

37. Ces plaintes faisaient valoir que la fixation des tarifs donnait aux fournisseurs publics un avantage indu aussi bien sur le marché des soins financés par le secteur public que sur le marché des soins financés par le secteur privé (des aides publiques pouvant contribuer aussi bien à abaisser les tarifs du marché privé qu'à améliorer l'offre du marché public). En conséquence, le gouvernement a exigé que soient comptabilisés séparément les services d'intérêt économique général et les services commerciaux¹⁰. Et il semble que, ce faisant, il a classé l'ensemble des services de soins de santé sur fonds publics parmi les services d'intérêt économique général, et non uniquement les services qui ne pourraient être fournis en l'absence d'un financement public. On voit mal cependant pourquoi des mesures ont été prises pour empêcher – à juste titre – que les aides de l'État ne provoquent une distorsion du marché des services de santé commerciaux ou à financement privé (en réduisant ainsi la qualité et l'efficacité), alors que ces aides sont toujours autorisées à fausser le marché des soins de santé à financement public.

38. Au niveau des soins primaires, outre les médecins généralistes, les patients peuvent aussi consulter directement un pédiatre, un ophtalmologue, un gynécologue ou un psychiatre, sans recommandation. Il s'agit généralement de professions libérales appartenant au « secteur 2 », qui disposent d'une certaine latitude pour fixer leurs honoraires (sauf en ce qui concerne les patients à faibles revenus). En revanche, dans le « secteur 1 », les honoraires des médecins sont fixés par convention. La sécurité sociale couvre 70 % de ces honoraires, le montant restant étant pris en charge par une assurance complémentaire ou le patient lui-même.

39. Choné *et al.* (2014) ont constaté que les gynécologues, les pédiatres et les ophtalmologues tiennent compte de la structure du marché local où ils exercent pour fixer leurs honoraires (en les abaissant lorsqu'ils font face à une concurrence plus grande). Cela montre à quel point il importe que les médecins spécialistes et généralistes puissent obtenir d'être conventionnés sans difficultés lorsqu'ils souhaitent s'installer dans un marché local où les honoraires sont plus élevés ou les soins de qualité plus faible qu'ailleurs. Toutefois, on peut aussi en déduire que la suppression des quotas limitant le nombre d'étudiants en médecine favoriserait la baisse des tarifs médicaux.

3.2. Corée

40. La Corée a décidé en 1999 de fusionner tous les assureurs publics en un organisme à payeur unique : la société nationale d'assurance maladie. Le payeur unique achète des services de soins sur un marché de fournisseurs concurrentiel. Avant cette réforme, les coûts administratifs des caisses d'assurance maladie atteignaient entre 4.8 % et 9.5 % du total des coûts ; en 2006, ce pourcentage avait été ramené à 4 % (Kwon, 2009). La réduction du nombre d'assureurs, cependant, ne s'est pas traduite par une diminution de la concurrence, puisque les consommateurs n'avaient pas la possibilité de choisir entre les 350 assureurs publics. Comme au Japon, environ 90 % des hôpitaux et 85 % des lits appartiennent au secteur privé (Chun *et al.*, 2009).

41. La Corée a ensuite décidé de séparer la fourniture des services médicaux de l'exécution des ordonnances afin de supprimer la possibilité de « demande due au fournisseur », c'est-à-dire la création par les entreprises d'une demande supplémentaire en suscitant le besoin d'autres produits vendus par elles. La séparation structurelle des fonctions a permis de résoudre le problème mandant-mandataire créé par l'asymétrie informationnelle entre payeur et prescripteur sur le type de traitement requis.

42. Les réformes se sont poursuivies en 2002 avec l'introduction du paiement par petits groupes de services attendus (groupes homogènes de malades ou GHM), qui a commencé à remplacer le système de rémunération à l'acte (qui rembourse les coûts effectifs encourus pour traiter chaque patient). Des essais pilotes ont confirmé que la réforme du système de paiement avait pour effet de réduire la durée des séjours hospitaliers et le nombre de tests diagnostiques demandés. Cependant, cette réforme, mal accueillie par les fournisseurs et les professionnels des soins de santé, a suscité des controverses. L'application du nouveau système a néanmoins été étendue en 2009 mais en demeurant optionnelle pour les hôpitaux, avant de devenir obligatoire en 2013. L'intensité de la concurrence dans les marchés locaux a pesé sur la manière dont les fournisseurs ont réagi à la réforme du système de paiement. Des études indiquent en particulier que, dans les régions où la concurrence était la plus forte, le groupage des paiements a amené les fournisseurs à rivaliser pour réduire le nombre de réadmissions après une procédure chirurgicale en augmentant le nombre de rendez-vous de suivi externe. Elles suggèrent par conséquent d'élargir les paiements groupés afin de prendre en compte ces rendez-vous de suivi (Kim *et al.*, 2016 ; Jung *et al.*, 2018).

43. Bien que l'on considère généralement que la concurrence entre fournisseurs ait contribué à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du système (Peng et Tiessen, 2015 ; Kim *et al.*, 2014), le faible coût du système coréen est dû principalement au fait que la part de financement direct des ménages est la plus élevée de l'OCDE (37 % ; voir OCDE, 2016). Le degré de participation aux coûts des ménages coréens fait d'ailleurs que ceux-ci sont exposés au risque le plus élevé de « dépenses de santé catastrophiques » au sein de l'OCDE, ce qui a conduit le gouvernement actuel à proposer une nouvelle réforme appelée

« Mooncare » afin de réduire très fortement la participation au coût des traitements les plus chers et d'accroître le nombre de traitements soumis à un tarif imposé (Jang, 2018).

44. Comme le notait l'OCDE dans son étude économique de 2010 sur la Corée, « il est important de mieux informer les consommateurs afin d'améliorer la concurrence et le comportement des fournisseurs. Il convient de communiquer davantage d'informations sur les résultats obtenus par les patients, corrigés de la gravité de la maladie, pour encourager le public à faire des choix en connaissance de cause et faciliter ainsi une concurrence par la qualité entre prestataires ». En fait dès 2005, le gouvernement avait commencé à publier des listes des hôpitaux et des cliniques faisant un usage excessif de médicaments injectables et d'antibiotiques (Kwon et Reich, 2005). L'étude montre cependant que l'amélioration de la transparence s'est heurtée à l'opposition des fournisseurs de soins de santé.

3.3. Norvège¹¹

45. La Norvège est le pays qui consacre les plus fortes dépenses à ses services de santé sur fonds publics ; le système norvégien, par conséquent, assure une couverture très détaillée et le degré de participation des assurés aux coûts y est réduit. La Norvège obtient aussi certains des meilleurs résultats au monde en termes de qualité. Les assurances sont nationalisées et, comme le système est un système à payeur unique, il n'y a aucune concurrence entre assureurs. Néanmoins, plusieurs réformes ont introduit la concurrence à la fois entre hôpitaux et entre médecins généralistes.

46. Les patients n'avaient auparavant aucune possibilité de choix et étaient affectés à un hôpital particulier. Les établissements hospitaliers étaient donc en situation de monopole local et recevaient une dotation fixe pour traiter l'ensemble des patients de leur zone de desserte (ou, pour le dire autrement, un montant fixe par patient desservi sans possibilité de choix). En 1997, le système de paiement a été réformé et une tarification à l'activité introduite sous la forme de petits groupes de services (groupes homogènes de malades ou GHM), qui ont remplacé en partie la dotation globale que recevait précédemment chaque hôpital. Les tarifs de ces services ont été réglementés et fixés sur la base du coût moyen de fourniture des services à chaque GHM dans un échantillon d'hôpitaux. Cependant, le système reste un système mixte puisque les revenus des hôpitaux proviennent pour moitié de la tarification à l'activité et pour moitié d'une dotation garantie (montant forfaitaire). La dotation forfaitaire constituant une somme fixe garantie qui ne dépend pas du nombre de patients, avec une tarification à l'unité fixée à 50 % du coût, les hôpitaux risquent à la limite de perdre de l'argent avec chaque patient supplémentaire qui décide d'utiliser leurs services (même si, en fin d'année, leur bilan est positif). En outre, les soins de santé mentale sont couverts entièrement par la dotation globale et les fournisseurs ne sont donc aucunement incités à rivaliser entre eux pour améliorer la qualité de ces services.

47. La liberté de choix du patient a été reconnue en 2001. Les patients ont donc la possibilité de choisir n'importe quel hôpital du pays et leurs frais de déplacement sont remboursés ; les médecins généralistes qui les orientent vers des services hospitaliers disposent d'indicateurs de qualité pour les aider dans leur choix. Ces mesures ont permis d'améliorer le processus de décision des patients, d'abord en remédiant au manque d'information sur la qualité et, ensuite, en leur permettant de connaître à l'avance le coût qu'entraînera pour eux le choix d'un fournisseur de soins plus éloigné (qui entraîne un surcoût très élevé par rapport à un fournisseur local). Au départ, les hôpitaux étaient autorisés à rationner les soins en refusant de traiter certains patients non locaux mais cette pratique a ensuite été interdite et les hôpitaux n'ont plus la possibilité de choisir leurs patients. La moitié des médecins généralistes déclarent que ces réformes ont modifié leurs

pratiques d'aiguillage des patients, et la moitié des patients ayant choisi de recevoir des soins en dehors de leur localité déclarent avoir pris eux-mêmes cette décision (Ringard *et al.*, 2015). Certaines enquêtes indiquent que les patients mettent à profit leur liberté de choix en sélectionnant les hôpitaux qui offrent les délais d'attente les plus courts (Bjorvatn et Ma, 2011 ; Ringard et Hagan, 2011 ; Andersen *et al.*, 2012). Il en est résulté apparemment une très forte réduction du délai d'attente moyen, qui est passé de 250 à 70 jours pendant les années qui ont suivi la réforme (Ringard et Hagan, 2011).

48. En 2002, les hôpitaux appartenant aux comtés ont été transférés à l'État et transformés en entités quasi-autonomes sous le nom d'« entreprises régionales de santé ». Ces entités peuvent contracter des emprunts (par l'intermédiaire de l'État) et étaler excédents et pertes sur plusieurs années. La plupart des décisions opérationnelles susceptibles d'affecter le choix des patients sont donc prises au niveau de l'hôpital. Les entreprises régionales de santé, bien qu'en concurrence les unes avec les autres, sont considérées comme les filiales d'une même entreprise (l'État) et ne sont pas soumises au contrôle des concentrations ; l'établissement d'un accord anticoncurrentiel ne pourrait donc être considéré comme une entente. Cependant, l'abus de position dominante pourrait devenir un sujet de préoccupation, en particulier depuis qu'en 2015 des prestataires privés se sont vus offrir la possibilité de participer à la fourniture de soins électifs planifiés, sous réserve de se conformer aux mêmes normes minimales de qualité que les hôpitaux du secteur public.

49. La liberté de choix des patients était bien établie au niveau des soins primaires ; toutefois, les médecins généralistes étaient autorisés à refuser des patients jusqu'en 2001, date depuis laquelle ils ne peuvent plus le faire. Les médecins généralistes sont uniquement autorisés à définir la taille de leur liste de patients et ils ne peuvent refuser aucun patient tant qu'il reste des places libres sur cette liste (en 2015, 41 % des médecins généralistes avaient des places libres ; voir Brekke et Rune Straume, 2017). Il ne leur est donc pas possible de délimiter une zone de desserte pour atténuer la concurrence avec les médecins généralistes voisins. La réforme a également introduit le paiement à la capitation de façon à ce que le paiement suive le patient (en remplaçant le mélange de dotation fixe et de tarification à l'activité qui existait précédemment). Comme dans la plupart des pays, 95 % des médecins généralistes norvégiens sont des professionnels indépendants tirant leurs revenus de conventions établies avec le système de santé public (Brekke et Rune Straume, 2017). Certaines enquêtes indiquent que le temps d'attente chez les médecins généralistes a fortement baissé dans les marchés concurrentiels, ce qui a conduit à une amélioration du taux de satisfaction des patients (Sandvik, 2006). L'aiguillage de patients est aussi devenu plus fréquent mais on ne dispose pas encore d'enquêtes permettant d'établir dans quelle mesure il concerne des problèmes de santé pouvant être traités au niveau des soins primaires (affections sensibles aux soins ambulatoires) ou bien nécessitant effectivement une orientation vers d'autres soins. Cette évolution, par conséquent, pourrait être le reflet soit d'une amélioration de la qualité, soit d'un assouplissement des modalités d'accès à d'autres services de santé (ou encore des deux à la fois).

3.4. États-Unis

50. Aux États-Unis, la plupart des individus accèdent à l'assurance maladie sous forme d'une prestation de leur employeur, qui paie généralement une partie du coût mensuel de l'assurance (cotisation). D'autres peuvent accéder à Medicaid (un système d'assurance public) si leurs revenus sont inférieurs à un certain niveau. Les personnes âgées de plus de 65 ans ont accès au système Medicare. Leurs cotisations sont subventionnées par l'État

fédéral. Avant la réforme de 2010, entre 32 et 50 millions d'individus n'avaient aucune assurance maladie. Dans bien des cas, les patients non assurés hospitalisés ne pouvaient régler leurs soins. L'hôpital imputait le coût de ces soins à un plan Medicaid d'urgence.

51. L'adoption aux États-Unis en 2010 de la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act, ACA) avait notamment pour objectif clé de renforcer la concurrence sur le marché de l'assurance individuelle, afin de permettre aux citoyens non assurés d'accéder à l'assurance maladie¹². Cette réforme comportait trois aspects essentiels visant à remédier conjointement à l'inaptitude du marché à offrir une assurance santé aux personnes ne bénéficiant pas de prestations d'assurance maladie dans le cadre d'un emploi : premièrement, l'établissement de règles pour empêcher les assureurs de refuser de couvrir un individu ou d'augmenter les cotisations sur la base d'affections préexistantes ; deuxièmement, l'introduction de l'obligation pour tout individu (en fait une incitation) à souscrire une assurance maladie ; et, troisièmement, la mise en place de subventions assujetties à un critère de revenu pour maintenir l'assurance maladie à un niveau abordable.

52. L'obligation de souscrire une assurance maladie et la création de marchés en ligne constituaient le volet pro concurrentiel de la réforme. En incitant les personnes non assurées à se pourvoir sur le marché (au moyen de subventions, d'un élargissement de la couverture minimum et d'une mesure fiscale pénalisant les non-assurés), la réforme a accru les facteurs concurrentiels susceptibles d'amener les assureurs à réduire le prix de leurs produits et à enrôler de nouveaux patients. Plus nombreux seraient les patients souscrivant des plans d'assurance à faible coût et plus rentables seraient ces nouveaux plans. La réforme constituait par conséquent une tentative d'utiliser les mécanismes du marché pour faire baisser les prix au lieu de simplement augmenter le nombre des assurés en élargissant la couverture offerte par Medicaid.

53. Des marchés en ligne permettant de comparer et d'acheter des plans d'assurance maladie ont été créés dans tous les États. Outre ces mesures visant à favoriser la concurrence, la réforme cherchait à agir sur la couverture offerte par les plans d'assurance ; la couverture minimum, par exemple, a été étendue. Après de nombreux débats, le gouvernement a décidé de ne pas proposer lui-même un plan d'assurance (option publique). Comme le coût d'un plan à bas prix restait pour certains patients plus élevé que la non-souscription d'une assurance maladie, la réforme a également augmenté les aides publiques afin de couvrir le coût de l'assurance maladie des personnes à bas revenu. Elle a ainsi réduit le coût de l'assurance sur fonds publics pour ces patients, en permettant au système public d'assurer un nombre potentiellement plus élevé de patients.

54. Il n'est pas possible de déterminer l'impact de l'obligation de souscrire une assurance maladie sur les prix du marché de l'assurance individuelle, car la clause de non-discrimination et les aides publiques qui ont été mises en place ont eu pour effet de modifier la nature des produits offerts. Ce changement a modifié à son tour le nombre et les caractéristiques des patients qui souscrivent une assurance. Toutefois, il n'existe aucune raison de penser que l'obligation de souscrire une assurance a eu un effet différent de l'effet pro concurrentiel attendu. Le coût de l'assurance pour les personnes en moins bonne santé devrait donc être inférieur à ce qu'il aurait été autrement. Et le coût de l'assurance pour les personnes en meilleure santé devrait aussi être moins élevé que ce que ces personnes auraient eu à payer si l'interdiction de la discrimination sur la base des affections préexistantes n'avait pas été introduite en même temps que l'obligation de souscrire une assurance. Mais on ne peut exclure évidemment que ces personnes paient un prix plus élevé sous l'effet de l'interdiction de la discrimination.

55. L'impact de l'interdiction de la discrimination sur la base des affections préexistantes sur le coût global du système est une question distincte. Les prix imposés aux patients à faible risque ont certainement augmenté, tandis que les prix imposés aux patients à haut risque sont inférieurs à ce qu'ils auraient été en l'absence de la réforme. Ses effets nets sont par conséquent ambigus. Il est difficile, en outre, de déterminer l'impact de la réforme sur le coût du système en l'absence d'une estimation du coût hypothétique qu'aurait entraîné l'extension du nombre des assurés en subventionnant simplement l'assurance maladie des personnes qui ont aujourd'hui souscrit un plan d'assurance. Savoir si oui ou non la réforme est un succès dépend de l'importance que l'on accorde à l'augmentation du nombre des assurés.

56. On observe néanmoins que les assureurs qui escomptaient le retrait de l'obligation de souscrire une assurance maladie ont augmenté le niveau des cotisations de 1.2 à 20 % en 2018 (Kaiser Family Foundation, 2017). Avec la suppression de cette obligation en 2019, on peut s'attendre à ce que ces augmentations s'étendent à l'ensemble du marché ; le bureau du budget du Congrès, par exemple, estime que les prix augmenteront en moyenne de 10 % (CBO, 2017).

57. Il est clair également que la pénalité fiscale prévue pour les personnes négligeant de souscrire une assurance maladie a été fixée à un niveau si bas qu'elle n'a pas réussi à inciter environ 6 millions de personnes non assurées à le faire (en maintenant ainsi les prix à un niveau plus élevé que cela aurait été le cas autrement)¹³. Le montant de cette pénalité est déterminant pour accroître la concurrence. Avec l'ACA, il a été fixé à environ 695 USD par adulte ou 2.5 % du revenu d'un ménage. En revanche, aux Pays-Bas, une personne non assurée pendant plus de 13 mois est frappée d'une amende de 773 EUR et enrôlée d'office dans le plan d'assurance le moins cher (les cotisations sont automatiquement déduites de son salaire)¹⁴.

58. Le système Medicare a également testé des méthodes de paiement visant à étendre les services associés aux différents groupes homogènes de malades (GHM), afin d'y inclure les soins de suivi (Porter et Kaplan, 2016). L'idée est de favoriser ainsi la concurrence entre fournisseurs autour de soins plus attractifs pour les patients, tout en réduisant les besoins de réadmission éventuels. Cela montre la nécessité de trouver un équilibre entre les incitations concernant les soins axés sur le patient (qui peuvent conduire les fournisseurs à prendre des risques de réadmission plus grands pour investir dans certains aspects du service qui, d'un point de vue clinique, sont moins importants) et les incitations relatives aux soins qui prennent en compte le coût supplémentaire que peuvent entraîner pour l'ensemble des patients les réadmissions non indispensables.

3.5. Pays-Bas¹⁵

59. Les Pays-Bas disposent aussi d'un système d'assurance santé obligatoire. Depuis les réformes de 2006, la souscription d'une assurance maladie est obligatoire pour tous. Des mesures ont été mises place pour aider les personnes à bas revenu à supporter le coût de cette assurance. La demande de l'ensemble de la population étant ainsi garantie, les assureurs privés sont tenus de proposer au moins un plan d'assurance élémentaire sans aucune discrimination sur la base des affections préexistantes (comme aux États-Unis). Les assureurs sont aussi incités à rivaliser pour attirer les patients en achetant aux fournisseurs des services de soins de meilleure qualité à des prix plus avantageux. Ils ont la possibilité d'établir des relations sélectives avec certains fournisseurs (il n'est donc pas nécessaire que tous les hôpitaux soient inclus dans un plan d'assurance) et d'orienter les patients vers des fournisseurs spécifiques afin de négocier des prix moins élevés (par exemple en réduisant

le coût à la charge du patient en cas d'utilisation de certains hôpitaux). Certains assureurs ont commencé à appliquer des systèmes de paiement à la performance qui récompensent l'amélioration de la qualité, telle que mesurée par des indicateurs de résultats.

60. Les assureurs ne semblent pas avoir établi de relations sélectives avec des établissements hospitaliers ou des médecins généralistes. La raison en serait qu'ils ne peuvent le faire de manière rentable compte tenu des préférences des patients (Boonen et Schut, 2011). Une autre explication renvoie sans doute à l'existence d'une décision de justice exigeant que le niveau de remboursement des soins hospitaliers dispensés dans un établissement n'appartenant pas au réseau couvert par un plan d'assurance soit suffisant pour permettre à un patient d'utiliser n'importe quel hôpital du pays. Cela restreint la capacité des assureurs à appliquer de façon rentable des niveaux de remboursement différents pour inciter les patients à utiliser les hôpitaux faisant partie d'un réseau particulier. Néanmoins, les assureurs recourent à des outils contractuels sélectifs spécifiant un volume d'activité minimum pour certains types de traitement spécialisés. On considère généralement que cela améliore la qualité mais les données sont souvent incertaines à cet égard (Mesman *et al.*, 2015).

61. Outre la concurrence liée dans certains cas à l'obtention de contrats des assureurs, les hôpitaux rivalisent aussi directement entre eux pour attirer les patients. Des études montrent que le taux de réadmission, la réputation et les délais d'attente des établissements jouent un rôle dans le choix des patients, même lorsque les coûts de transport sont plus élevés (Varkevisser *et al.*, 2012 ; Beukers *et al.*, 2014). Ces coûts ne sont pas remboursés et il n'y a donc là rien d'étonnant. En 2015, le gouvernement a rendu obligatoire la publication des taux de mortalité normalisés, des délais d'attente et d'autres indicateurs de résultats pour contribuer à améliorer la transparence.

62. Les projets de concentration d'hôpitaux sont examinés conformément au droit de la concurrence. Les hôpitaux publics sont jugés suffisamment autonomes pour être considérés comme des entreprises à part entière et, par conséquent les fusions entre hôpitaux publics sont également traitées comme des cas de concentration. En juin 2015, 26 fusions sur 27 avaient été approuvées, ce qui a suscité les critiques de certains universitaires qui jugent trop laxiste le contrôle des concentrations (Loozen *et al.*, 2014 ; Schmid *et al.*, 2016). L'autorité concernée a depuis entrepris une analyse *ex post* de ses décisions en matière de concentration et, en 2016, émis son premier veto à propos d'une proposition de fusion. Le gouvernement a annoncé plusieurs mesures pour renforcer l'application du droit de la concurrence dans le secteur, notamment le transfert de certaines compétences de l'autorité de régulation du marché à l'autorité de la concurrence, et la création au sein de cette autorité d'une task force chargée du secteur de la santé

63. Certaines études suggèrent que les marges prix-coûts des hôpitaux sont plus élevées là où les hôpitaux détiennent des parts de marché plus importantes (Halbersma *et al.*, 2011), mais d'autres sont d'avis que ni la concentration des fournisseurs, ni la puissance d'achat des assureurs n'expliquent les écarts de prix (Heijnk *et al.*, 2013). Bien qu'il semble que la concurrence sur les prix n'ait pas jusqu'ici nui à la qualité (Roos, 2018), il n'apparaît pas clairement si la superposition d'un marché de l'assurance maladie au marché des soins de santé a réussi d'une façon ou d'une autre à faire baisser les prix. Il paraît en effet de plus en plus probable que le gouvernement sera amené à exercer sa puissance d'achat ; il a, par exemple, adopté par la voie législative – mais non encore appliqué – une mesure de rééquilibrage qui plafonnera les dépenses globales des hôpitaux.

64. Les médecins généralistes néerlandais sont des professionnels indépendants qui jouent un rôle de contrôleurs d'accès aux soins et orientent les patients vers un traitement

spécialisé lorsque cela est nécessaire. Ils sont libres de s'installer où ils le veulent à condition de satisfaire aux normes de qualité minimales requises pour obtenir licence d'exercer. Ils reçoivent un paiement à la capitation et une rémunération à l'acte pour chaque rendez-vous (les assureurs peuvent en négocier le montant mais il est fortement réglementé). Ils peuvent refuser d'accepter un patient. Le groupage des paiements a été introduit en 2010 pour le diabète de type 2, la MPOC et les risques vasculaires. Ces paiements sont négociés entre assureurs et groupes de soins (ces groupes jouent le rôle de prestataire principal pour une cinquantaine de médecins généralistes). Certaines études semblent indiquer que la réforme des paiements a conduit à une baisse significative des taux de mortalité et des coûts¹⁶. Toutefois, il est probable que la négociation des prix par les groupes de médecins généralistes entraînera une baisse de la concurrence entre ces médecins.

65. En 1998, l'association nationale des médecins généralistes a déposé une demande de dérogation à l'interdiction des ententes inscrite dans le droit de la concurrence néerlandais. Cette demande a été rejetée mais, en 2006, l'association a néanmoins publié à l'intention de ses membres des directives sur les moyens de contrôler l'entrée sur le marché de nouveaux praticiens pour éviter la suroffre de services (ces directives ont été adoptées par de nombreux groupes de médecins généralistes). Suite à la publication de ces directives, l'autorité de la concurrence a imposé à l'association en 2011 une amende de 7.7 millions EUR. Cette décision a été invalidée par la cour d'appel qui a jugé en 2015 que l'autorité de la concurrence n'avait pas réussi à démontrer que les directives avaient eu un impact négatif sur la concurrence entre médecins généralistes. Ultérieurement, l'autorité de la concurrence a publié un document déclarant qu'elle ferait preuve à l'avenir d'une plus grande réserve dans l'application de la loi aux médecins généralistes et chercherait d'abord à les inciter à modifier leur conduite avant de recourir à une amende. Les médecins généralistes, de leur côté, ont essayé une nouvelle fois d'obtenir une dérogation au droit de la concurrence mais leur demande a été rejetée par une commission indépendante.

3.6. Angleterre

66. En Angleterre, les patients ont le droit de choisir leur médecin généraliste, leur hôpital ou leur fournisseur de services de santé mentale¹⁷. La dissociation entre acheteurs et fournisseurs a été introduite en 1990 et les médecins généralistes ont alors été autorisés à négocier le prix d'achat des services pour leurs patients. Cette première expérience de concurrence par les prix a entraîné une réduction de la durée des séjours hospitaliers – et donc des coûts – mais ces résultats ont été obtenus au détriment de la qualité des services. Après avoir supprimé ces mécanismes contractuels et constaté l'échec du système à s'améliorer en l'absence d'incitations spécifiques, le gouvernement du New Labour a décidé entre 2001 et 2005 la mise en place de toute une série de réformes proconcurrentielles¹⁸.

67. À la suite d'une expérience pilote réalisée à Londres en 2002, les patients ont acquis la liberté de choisir n'importe quel hôpital du pays¹⁹. Toutefois, contrairement à ce qui s'était passé dans l'expérience pilote, aucune aide n'a été mise en place pour prendre en charge leurs frais de déplacement²⁰. Le coût du transport (critère de proximité) est devenu par conséquent le facteur le plus important dans le choix de la plupart des patients (Beckert *et al.*, 2016) et, pour améliorer leur position concurrentielle, les hôpitaux s'efforcent fréquemment d'offrir des consultations externes à plus grande proximité du lieu de résidence des patients (Pike, 2012). Des études, cependant, montrent que les patients sont aussi soucieux de la qualité des soins et qu'une simple augmentation de l'écart-type des

mesures des résultats déclarés par les patients (Patient-Reported Outcome Measures, PROM) peut entraîner une augmentation de 10 % de la demande (Gutacker *et al.*, 2016).

68. En 2003, les hôpitaux publics bien gérés ont été autorisés à adopter le statut d'entités opérationnelles autonomes libres de conserver leurs excédents à des fins de réinvestissement, d'emprunter sur le marché privé, de fixer les tarifs et de créer des entreprises privées. Ces hôpitaux ont rapidement développé leurs activités, à la fois en augmentant leur part de marché et en entrant sur des marchés étrangers.

69. Avec la réforme du système de paiement introduite en 2004, les hôpitaux ont commencé à être payés sur la base de leurs résultats, tels que mesurés, comme dans d'autres marchés, par le nombre de patients qui décident d'utiliser leurs services. La tarification reposait sur de petits groupes de service appelés « groupes de ressources de soins » (Healthcare Resource Groups, HRG) et semblables aux groupes homogènes de malades (GHM) existant dans d'autres pays. Le niveau des tarifs a été fixé sur la base du coût moyen, en y incluant le coût du travail, le coût des équipements et le coût des investissements (Mason *et al.*, 2011)

70. Un organe indépendant de contrôle de la qualité, la Healthcare Commission, a été créé en 2004 pour noter les hôpitaux et un site web, NHS Choices, en 2007 pour aider les patients à faire leur choix. Des tableaux de classement, qui sont maintenant publiés régulièrement dans la presse nationale, ont aussi été développés par des entreprises comme Dr Foster.

71. Les restrictions en matière d'octroi de licence ont été levées et, dans l'ensemble du pays, des hôpitaux privés ont obtenu des contrats pour la fourniture de soins sur fonds publics. Des hôpitaux privés et des hôpitaux à gestion publique se sont aussi vus attribuer des contrats leur garantissant un certain volume d'activité en échange du développement de capacités supplémentaires. La nécessité de ces dotations garanties a été vivement critiquée. En outre, les contrats spécifiaient que les nouvelles unités devaient s'occuper uniquement du traitement de pathologies aux complications moins nombreuses. Seuls certains patients, par conséquent, pouvaient être dirigés vers ces nouvelles unités, en laissant ainsi aux établissements historiques la responsabilité du traitement des cas plus complexes. Ce problème ne serait pas apparu si le système de paiement réglementé avait tenu suffisamment compte de la complexité de certains aspects de gestion, en évitant ainsi que certains hôpitaux ne finissent en général à perdre de l'argent parce qu'ils « attirent » les patients plus difficiles à traiter (Cooper *et al.*, 2016).

72. Enfin, des règles en matière de choix, de concurrence et d'approvisionnement ont été mises en place pour prévenir les fusions pouvant conduire à une concentration excessive, l'abus de position dominante et les pratiques d'approvisionnement anti-concurrentielles d'acheteurs non impartiaux²¹. Plusieurs études ont examiné l'impact de ces réformes. Elles constatent que, dans les domaines où existent des structures de marché plus concurrentielles, on observe une amélioration des résultats et de l'efficacité (Cooper *et al.*, 2011 ; Gaynor *et al.*, 2013 ; Bloom *et al.*, 2015)²². En se basant sur les indicateurs de qualité auxquels avaient accès les patients pendant la période considérée et sur des comparaisons internationales, telles que celles évoquées dans la section 2, ces études utilisent comme indicateur de la qualité des hôpitaux l'évolution des taux de mortalité suite aux admissions. L'impact de la concurrence sur la qualité de la gestion des hôpitaux semble constituer un facteur de médiation essentiel (Bloom *et al.*, 2015) ; cependant, les études qualitatives suggèrent que les modalités adoptées par les hôpitaux pour modifier en pratique leur prise de décision face à des incitations concurrentielles sont très variables (Pike, 2012).

73. Une étude récente portant sur un service particulier montre, par exemple, que les politiques en matière de choix et de concurrence – et non une intervention coordonnée dans le sens de la centralisation – ont joué un rôle majeur dans la reconfiguration des services de traitement chirurgical du cancer de la prostate au sein du NHS (Aggarwal, 2018). Cette étude constate que les patients attachent de l'importance non seulement à la commodité du service, mais aussi aux technologies innovantes et à la réputation des chirurgiens, et sont souvent prêts à se rendre dans un établissement plus distant sur la base de tels atouts. Par conséquent, lorsque ces atouts sont absents s'accroît la probabilité que certains hôpitaux décident de fermer leur unité, en induisant ainsi sur le marché une reconfiguration des services aboutissant à ce qu'une plus grande part de l'activité soit prise en charge par des hôpitaux plus fortement spécialisés. On notera aussi que certaines études cliniques observent une corrélation entre l'augmentation du nombre d'interventions de prostatectomie radicale et l'amélioration des résultats (Trinh *et al.*, 2013 ; Gershman *et al.*, 2017 ; Leow *et al.*, 2017). En revanche, au niveau des services d'urgence, les acheteurs organisent des appels d'offres concurrentiels pour désigner les centres spécialisés de chirurgie cardiaque pédiatrique ou de traitement des accidents vasculaires cérébraux hyperaigus (Davie *et al.*, 2013).

74. Pour accéder aux soins primaires, les patients ont la possibilité de choisir entre des cabinets de médecins généralistes différents. Ces cabinets sont des petites entreprises privées à but lucratif qui reçoivent un paiement à la capitation pour chaque patient qu'ils enregistrent. Cependant, le conventionnement de nouveaux entrants est fortement limité (Monitor, 2015) et il existe une grave pénurie de médecins généralistes (en raison du nombre insuffisant de médecins en formation et de la rémunération qui est plus faible que celle des médecins hospitaliers)²³ ; l'information mise à la disposition des patients est aussi très réduite, ce qui peut donner l'impression que tous les généralistes offrent essentiellement des services de même qualité. Les fournisseurs de soins primaires sont aussi autorisés à sélectionner leurs patients sur la base d'une zone de desserte protégée contre l'installation de nouveaux entrants, et incités à fusionner dans l'idée qu'un changement d'échelle favorise l'amélioration de l'efficacité et/ou de la qualité²⁴. Néanmoins, le choix et la concurrence, sans doute sous l'effet du bouche-à-oreille et de la réputation locale des praticiens, semblent avoir conduit à une légère amélioration de la qualité des services, telle que mesurée par le nombre de décisions non justifiées d'aiguillage vers un hôpital en relation avec des affections qu'un fournisseur de soins primaires efficace devrait être à même de traiter (Pike, 2010).

75. La réforme proconcurrentielle des services locaux et hospitaliers a commencé cependant à être remise en cause avec l'adoption en 2012 par le nouveau gouvernement de coalition d'une nouvelle législation et l'introduction de coupes budgétaires qui ont peu à peu affecté la fourniture des services. La nouvelle législation a transféré la responsabilité de l'achat des services des groupes d'achat régionaux à des petits groupes de médecins généralistes (qui offrent souvent collectivement des services au niveau local). Elle a également créé une nouvelle autorité de régulation dont la fonction de régulation du marché, puisqu'elle est chargée de s'occuper des questions de prix et de concurrence, et la fonction de surveillance des EE, qui vise à assurer la viabilité financière des EE en concurrence sur le marché soumis à sa surveillance, semblent donner lieu à un conflit d'intérêts.

76. Le scandale intervenu en 2013 dans l'une des entreprises régionales de santé a amené le gouvernement à prendre des mesures pour supprimer l'indépendance opérationnelle de ces entités²⁵. Puis en 2016, le régulateur du marché et l'instance directrice nationale (National Commissioning Board) ont annoncé que les acheteurs n'étaient plus

obligés d'appliquer les tarifs réglementés. Toutefois, au lieu d'introduire des options telles que les paiements groupés qui ont été testées dans d'autres pays, ces autorités ont annoncé que les acheteurs locaux seraient libres de fixer eux-mêmes les modalités de paiement des hôpitaux qui traitent leurs patients (Timmons, 2018, p. 76). Cela inclut, par conséquent, le retour aux paiements forfaitaires fixes qui constituent une garantie pour le budget local de l'acheteur local et du fournisseur. Les mêmes autorités ont annoncé en 2017 qu'il serait effectivement mis un terme à la dissociation entre acheteur et fournisseur dans de nombreuses régions du pays, en supprimant ainsi la concurrence et toute véritable possibilité de choix pour les patients (Timmons, 2018)²⁶. Il est étrange de constater que ce démantèlement de la concurrence a eu lieu non pas sur la base d'une modification de la législation, mais d'un simple accord entre le régulateur et les acheteurs.

3.7. Allemagne²⁷

77. Il existe en Allemagne plus d'une centaine de fonds d'assurance maladie entre lesquels les patients étaient répartis jusqu'en 1996, date à partir de laquelle ils ont eu la possibilité de choisir le fonds auquel ils souhaitent adhérer. Ces fonds sont des entités quasi-publiques à but non lucratif qui peuvent nouer des relations contractuelles sélectives à condition de couvrir une gamme de traitements définis par les pouvoirs publics. Ils reçoivent un paiement à la capitation pour chacun de leurs adhérents. Celui-ci est financé par un impôt sur le revenu (cotisations sociales versées par les salariés et les employeurs) de 14.6 % qui est prélevé par l'État et a été plafonné à un peu plus de 4 000 EUR en 2016. Le paiement à la capitation est ajusté en fonction de l'âge, du sexe, du handicap et des pathologies. La concurrence entre les fonds d'assurance maladie passe, par exemple, par le pourcentage supplémentaire qu'ils prélèvent sur le revenu des patients (entre 0.3 et 1.7 % en 2016). Les patients peuvent obtenir des informations sur les prix et les traitements couverts mais non sur la qualité des résultats obtenus par chacun des fonds d'assurance pour ses patients.

78. Les patients ayant des revenus plus élevés ont la possibilité de renoncer à leur fonds d'assurance maladie et de souscrire une assurance privée à la place (ils sont en fait obligés de le faire lorsqu'ils renoncent à leur fonds). Cela leur permet de ne plus être assujettis au prélèvement sur le revenu et d'utiliser l'argent ainsi économisé et d'autres ressources pour souscrire un plan d'assurance privé plus cher. Cette option, qui avait été introduite sous une forme différente par le gouvernement Thatcher au Royaume-Uni pendant les années 80, signifie en fait que l'État subventionne l'assurance maladie privée des personnes qui en ont les moyens (malgré l'absence d'aide directe). Elle crée une situation où, comme l'expliquent Biggar et Fels (2017), les plus aisés complètent le montant de la subvention avec un apport personnel de manière à s'assurer un meilleur accès et des services de qualité potentiellement meilleure que les personnes à bas revenu. Elle s'oppose par conséquent à ce que les facteurs de choix et de concurrence jouent en faveur de l'objectif commun des politiques, à savoir la réduction des inégalités en matière de santé (comme l'ont fait, par exemple, les réformes introduites par le New Labour au Royaume-Uni). Elle montre aussi comment, en fonction de leurs modalités détaillées, des réformes proconcurrentielles peuvent favoriser ou nuire à l'inclusion.

79. Le secteur hospitalier allemand est constitué à parts presque égales d'EE, d'entreprises à but lucratif et d'entités sans but lucratif. Les fournisseurs reçoivent depuis 2004 des paiements reposant sur une tarification à l'activité ou des paiements par groupes homogènes de malades (GHM) jusqu'à un seuil de plafonnement des revenus défini pour chaque hôpital. Le niveau de ces paiements est fixe et établi, comme dans d'autres pays,

sur la base du coût moyen de la prestation du même service parmi un échantillon d'hôpitaux. Ce coût est ensuite pondéré par un coefficient tarifaire régional négocié collectivement par l'ensemble des fonds maladie d'une région. Ces accords collectifs sont soustraits au droit de la concurrence. Bien que certains fonds maladie fournissent des indications aux patients en vue du choix d'un hôpital, il n'existe guère de données permettant de comparer les performances des hôpitaux. Les hôpitaux sont tenus de produire régulièrement des rapports sur la qualité mais peu de patients savent que cette information existe.

80. Les médecins généralistes ne sont pas, dans le système allemand, chargés du contrôle de l'accès au niveau des soins primaires. Les fonds d'assurance maladie sont en principe autorisés à établir des conventions sélectives avec certains médecins mais ils évitent en pratique de le faire au niveau des soins primaires, sans doute parce qu'ils pensent que les patients accepteraient difficilement de ne pouvoir consulter leur médecin habituel. Les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte jusqu'à un certain montant établi pour chaque cabinet médical. Les tarifs que paient les fonds maladie aux médecins généralistes sont négociés collectivement par l'association des médecins de famille et reposent à la fois sur la capitation et sur la tarification à l'activité. Les modalités d'entrée dans le secteur des services de médecine générale sur fonds publics sont fortement réglementées au niveau fédéral et régional afin d'assurer l'égalité d'accès aux médecins généralistes dans l'ensemble du pays.

4. Dix décisions clés

81. Dans la présente section, nous présentons quelques décisions clés auxquelles sont confrontés les concepteurs des réformes, et qui semblent faire une différence lors de l'instauration ou de la réforme des forces concurrentielles sur les marchés de la santé. Les autorités de la concurrence qui préconisent des réformes proconcurrentielles voudront donc peut-être intégrer ce cadre à leur plaidoyer auprès des secteurs du gouvernement chargés de mener ces réformes.

4.1. Faut-il que les patients choisissent leur prestataire ?

82. L'un des principes fondamentaux caractérisant un marché de la santé financé par les fonds publics est que l'ensemble des organisations fournissant des services de santé sont structurellement séparées de celles qui rémunèrent ces services. Cette séparation donne lieu à une concurrence entre les prestataires, pour fournir de meilleurs services. Si les acheteurs et les prestataires sont autorisés à se regrouper, cette possibilité disparaît et la prestation de services est monopolisée par un prestataire « interne », qui n'est en rien incité à fournir des services supérieurs aux normes minimales applicables, si ce n'est par sa conscience professionnelle (Le Grand, 1997)^{28,29}.

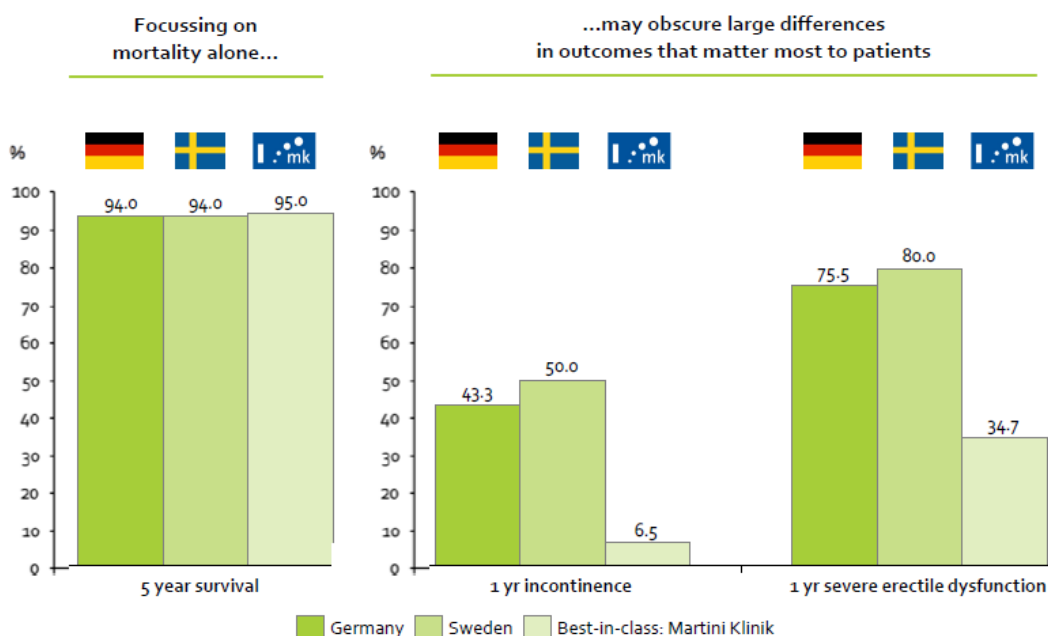
83. Les mécanismes du marché favorisent la souveraineté des consommateurs, ce qui signifie qu'ils incitent les prestataires à se concurrencer au niveau des dimensions des services qui intéressent les patients (Stevens, 2011). Les services deviennent ainsi davantage centrés sur les patients lorsque ces derniers sont en mesure de choisir eux-mêmes. Ces choix peuvent alors refléter la valeur relative que l'utilisateur accorde aux différents aspects du service. Par exemple, dans les services hospitaliers, certains patients se soucient peut-être uniquement des délais d'attente, et choisissent d'être traités par le prestataire qui peut les recevoir le plus rapidement. En revanche, d'autres patients pensent

peut-être qu'il vaut la peine d'attendre un peu plus longtemps et d'être pris en charge dans un hôpital obtenant de meilleurs résultats sur le plan de la sécurité ou de meilleurs résultats thérapeutiques, comptant davantage de personnel infirmier, ou mieux équipé.

84. Toutefois, pour que cela arrive, le choix du patient doit être raisonné. Le patient (ou son responsable légal) doit avoir le choix entre différentes options ; il doit disposer d'informations compréhensibles sur la qualité et le prix de ces options (voir plus haut les études de cas relatives à l'Allemagne, la France et la Norvège), et avoir le temps de mettre ces différentes options dans la balance (ce qui signifie que le choix des patients ne sera jamais efficace pour instaurer une concurrence entre les services d'urgence hospitaliers). À noter que même en l'absence de ticket modérateur, les patients doivent tout de même payer des frais de transport pour accéder au service. Il s'est avéré à maintes reprises que la réactivité des patients à ces coûts de transport est extrêmement importante (traduisant le fait que la hausse peut tendre vers l'infini si le transport vers l'option la plus proche est quasiment gratuit). La façon la plus efficace de stimuler la concurrence sur le plan de la qualité (plutôt que de la commodité) sera donc de prendre en charge ou de rembourser une grande partie des frais de transport des patients (voir la Norvège et le *London choice pilot*)³⁰.

85. Les résultats obtenus après une chirurgie du cancer de la prostate donnent une idée de la différence que peuvent faire des soins centrés sur les patients (voir Graphique 8). Comme le montre la Division de la santé de l'OCDE sur sa page Internet consacrée à ces nouveaux indicateurs, les systèmes ou les prestataires peuvent obtenir d'excellentes performances au niveau de résultats essentiels comme la mortalité, mais ces performances ne rendent pas forcément compte de résultats susceptibles d'être plus importants pour les patients que pour les payeurs ou les médecins traitants.

Graphique 8. Résultats après une chirurgie du cancer de la prostate



Source : <http://www.oecd.org/health/paris.htm>.

86. Par rapport à la concurrence avec les autres prestataires, le choix des patients représente une menace plus immédiate et plus sérieuse pour les prestataires qui sous-investissent dans la qualité de leurs services. Il met également fin à la nécessité de passer un appel d'offres pour trouver un prestataire pour fournir le service, et remplacer un prestataire qui estimerait ne pas être en mesure de respecter les termes de son contrat. Toutefois, il peut être difficile de s'assurer que les patients ont bien le choix dans la pratique, surtout lorsque les acteurs en charge du filtrage désapprouvent le principe de laisser le choix aux patients (Dixon et al, 2010)³¹. C'est ce qui peut arriver si cela leur laisse moins de latitude pour façonner le système local, par exemple en les empêchant de préserver les flux de revenus des prestataires locaux peu performants.

87. En effet, l'instauration d'un choix pour les patients est particulièrement importante pour les personnes à bas revenu qui n'ont pas les moyens de recourir à des soins privés lorsque la qualité des soins des prestataires locaux se dégrade. Comme l'a dit Tony Blair : *« Le principe souverain est clair. Nous devons offrir aux patients les plus pauvres... le même éventail de choix que celui dont les riches ont toujours bénéficié. Dans une société hétérogène où les besoins et les préférences varient considérablement, les services publics doivent être armés pour y répondre »* (Blair 2003). En effet, les études donnent à penser que l'instauration du choix des patients et de la concurrence n'a pas aggravé les inégalités de santé, et semble même les avoir légèrement réduites (Cookson, 2011)³².

88. Lorsque le patient qui utilise le service n'est pas en mesure de faire un choix raisonné, lorsqu'il a besoin de soins urgents par exemple, c'est au payeur qu'il revient de faire ce choix. Il peut choisir le(s) meilleur(s) prestataire(s) disponible(s) pour fournir ces services en lançant une procédure d'appel à la concurrence³³. On peut toutefois se demander dans quelle mesure les intérêts du payeur sont alignés sur ceux du patient. Lorsque le payeur est un assureur (ou un médecin généraliste qui gère le budget pour le compte de ses patients) et qu'il a des concurrents, le patient a au moins la possibilité de lui demander des comptes en choisissant de changer d'assureur (ou de médecin généraliste) s'il ne défend pas correctement ses intérêts lors du choix du ou des prestataires.

89. Comme nous l'avons vu, dans la grande majorité des systèmes de santé de l'OCDE, la distinction acheteur/prestataire est bien établie. Toutefois, dans certains cas isolés mais néanmoins préoccupants, les responsables de l'action publique semblent revenir à un système dirigiste obsolète (voir par exemple le Royaume-Uni). De même, le choix des patients est majoritairement considéré comme un droit fondamental pour ce qui est des services hospitaliers et des soins primaires (à condition qu'un référant ait certifié l'existence d'un besoin clinique). Toutefois, comme nous le verrons dans la section suivante, dans la pratique, les informations dont disposent les patients sont souvent encore fragmentaires et difficiles à évaluer. Le choix des patients est également moins répandu dans les services de santé mentale.

4.2. Quels outils faudrait-il mettre en place pour permettre aux patients de stimuler efficacement la concurrence ?

90. Pour que le choix des patients stimule la concurrence au niveau des dimensions qui les préoccupent, une grande partie d'entre eux doivent être en mesure de faire des choix raisonnés et d'envisager un changement de prestataire en cas de dégradation des performances. Comme nous l'avons vu plus haut, cela signifie que les patients (ou leurs responsables légaux) doivent être informés des performances des différents prestataires dans les différentes dimensions du service. Ils doivent donc être en mesure d'accéder facilement à des informations compréhensibles sur la qualité (et le prix) de ces options. Toutefois, un

simple accès à ces informations est insuffisant si leurs perceptions sont inexactes. Par exemple, suivant une idée largement répandue, les performances affichées dans la plupart des dimensions sont à peu près similaires sur l'ensemble du marché, même si cela est manifestement faux (Monitor, 2015).

91. L'asymétrie des informations est l'une des défaillances fondamentales du marché de la santé, ainsi que de nombreux autres marchés de biens d'expérience ou de confiance (biens pour lesquels la qualité du service spécifique n'est pas claire au moment du choix, et n'est identifiée que par la suite, lorsqu'elle l'est). Parmi les solutions standard, citons le recours à des conseillers indépendants, qui testent généralement le service, ou des données agrégées sur les résultats et l'expérience, afin de répondre à une attente précise sur la qualité probable du service³⁴.

92. Il est possible d'adopter la même approche dans le domaine de la santé, bien que les dimensions de la qualité soient nombreuses et variées. La plupart des pays se sont efforcés de concevoir de meilleurs indicateurs pour aider les patients à choisir. Cependant, il reste difficile de trouver le juste équilibre entre détail et simplicité. Par exemple, les patients peuvent avoir besoin d'informations détaillées sur la qualité des résultats chirurgicaux d'un médecin en particulier, tout en souhaitant obtenir des informations sur le taux d'infection dans le service hospitalier, les délais d'attente et l'efficacité avec laquelle l'hôpital collabore avec les prestataires d'autres services afin de garantir une expérience intégrée de façon harmonieuse (sur l'exemple de l'interopérabilité de nombreux autres produits et services)³⁵. En particulier, l'OCDE élabore actuellement des mesures internationales standardisées des résultats et des expériences des patients par le biais de son enquête sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS)³⁶.

93. Un score général attribué à un prestataire sous la forme d'un feu tricolore peut être un indicateur facile à comprendre au niveau de l'hôpital ou du prestataire, mais est moins utile pour les personnes ayant reçu un diagnostic précis nécessitant un traitement ou une investigation spécifique de la part d'un service en particulier (voir France). Par conséquent, des données solides et un conseiller indépendant sont essentiels pour aider à responsabiliser les patients et à encourager le bon type de concurrence. Cela permet d'éviter une concurrence inefficace au niveau de facteurs plus superficiels, qui sont plus visibles mais revêtent moins d'importance pour le patient. Cela signifie notamment que le conseiller ne peut pas être intégré au sein d'un prestataire, car cela crée une incitation claire à orienter les patients vers ce prestataire (voir Corée).

94. Dernier aspect d'un choix raisonné : les prestataires doivent être en mesure de renforcer leur capacité à traiter les personnes susceptibles de choisir leurs services. Les payeurs risquent donc de nuire gravement à la concurrence s'ils décident d'imposer des restrictions aux investissements dans le développement des capacités. Toutefois, pour décourager les payeurs de mettre en place de telles restrictions, il faut que les risques liés aux investissements spéculatifs soient supportés par le prestataire.

95. De même, les systèmes financés par des fonds publics doivent garantir une offre de personnel qualifié suffisante pour répondre aux besoins de la population. Le manque de personnel qualifié augmente inévitablement les coûts de personnel, mais nuit également à la concurrence, car le manque de capacités qui en découle annule les incitations importantes qui poussent les prestataires à encourager les patients à choisir leurs services.

96. Enfin, nous nous sommes concentrés dans cette section sur les mesures de la qualité. Toutefois, comme indiqué précédemment, même en l'absence de ticket modérateur, le prix du service inclut tous les frais de transport à la charge du patient. Ce

coût peut augmenter rapidement (si bien qu'un prestataire situé à une heure de route peut représenter une hausse de prix presque infinie pour un patient vivant à proximité d'un hôpital). C'est vraisemblablement la raison pour laquelle patients affichent une forte préférence pour les services locaux (surtout lorsqu'elle est associée à l'hypothèse erronée selon laquelle la majeure partie des services sont de qualité égale). Les incitations à la concurrence des prestataires sont donc considérablement renforcées si le payeur rembourse également les frais de déplacement pour se rendre chez le prestataire choisi.

4.3. Les prix doivent-ils être fixes ?

4.3.1. Systèmes à payeur unique

97. Dans les systèmes à payeur unique, le patient est l'utilisateur, mais l'État ou son assureur délégué est le payeur. Si le payeur choisit pour l'utilisateur (comme dans le cadre d'un appel d'offres), les prestataires sont alors incités, en l'absence de prix fixes réglementés, à se concentrer sur la réduction des prix (qui sont faciles à observer), sans se soucier de la qualité du service, sauf pour s'assurer qu'il respecte les normes minimales applicables³⁷. En effet, non seulement la qualité est beaucoup plus difficile à observer, mais le sélectionneur (l'État) n'utilise pas le service et est donc peu susceptible de faire les mêmes compromis que les patients, sachant qu'ils utiliseront le service. Cet accent mis sur la concurrence par les prix est susceptible de conduire les prestataires à réduire les prix non seulement en augmentant l'efficacité (et donc la valeur), mais également au détriment de la qualité (ce qui diminue la valeur)³⁸.

98. Heureusement, les incitations à réduire les coûts pour améliorer l'efficacité peuvent être préservées si les données relatives aux coûts sont utilisées pour fixer un prix moyen réglementé^{39,40}. Cela permet au prestataire de conserver la marge supplémentaire imputable aux gains d'efficacité (voir Allemagne et Royaume-Uni)⁴¹. Il est possible de tirer parti de ces gains d'efficacité au cours des années suivantes, car leur incidence à la baisse sur les coûts entraîne une diminution des prix fixes. Entre-temps, les prestataires les plus chers seraient incités à se retirer, ce qui exercerait une nouvelle pression à la baisse sur les prix fixes.

99. Cela donne à penser que dans un système à payeur unique, l'État, ou de préférence une autorité indépendante moins vulnérable aux demandes spéciales (voir section 4.10), devrait définir un prix fixe minimum, afin d'éviter une concurrence indésirable par les prix, qui risque d'entraîner un nivellement de la qualité par le bas (voir Royaume-Uni). Toutefois, si le prix est fixé à un niveau trop bas, on peut s'attendre à ce que les prestataires se fassent concurrence pour réduire leur part de marché, voir se retirer. En revanche, dans un système d'assurance obligatoire, il ne devrait pas être nécessaire de fixer un prix minimum pour les prestataires, qui devraient être en mesure de négocier avec les assureurs, qui sont capables d'évaluer la qualité et de décider du type d'offre qu'ils souhaitent proposer aux patients.

100. Si le patient est aussi celui qui choisit, en l'absence d'un prix maximum, le prestataire n'est que peu ou pas incité à tenter de maintenir les prix aussi bas que possible. Un prestataire ou un assureur est plutôt incité à entrer en concurrence en surinvestissant dans les aspects du service auxquels les patients attachent de l'importance (surenchère réglementaire), sans se soucier des coûts que cela occasionne, puisqu'ils peuvent être imputés à l'État. Compte tenu des budgets limités (qui dépendent eux-mêmes d'un financement par l'impôt qui a son propre coût d'efficacité), l'État devrait donc également fixer un prix maximum.

101. Dans les systèmes à payeur unique où le patient a le choix et où il n’y a pas de ticket modérateur, les prestataires fixeront forcément les prix au niveau maximum. Par conséquent, le prix maximum doit être égal au prix minimum, et les prix doivent être fixes.

4.3.2. Systèmes d’assurance obligatoire à multiples payeurs

102. À l’inverse, dans les systèmes d’assurance obligatoire, le patient est à la fois le payeur, l’utilisateur et le sélectionneur. Les prix sont donc un aspect important de l’offre que les prestataires et les assureurs proposent aux patients qui attachent de l’importance au prix mais aussi à la qualité. Si les marchés de l’assurance et des prestataires sont concurrentiels, il n’est donc pas vraiment nécessaire de régler les prix. Toutefois, un traitement urgent en dehors du réseau pourrait être plafonné étant donné le pouvoir de marché engendré par l’impossibilité de faire un choix raisonné. De même, il faut interdire une hausse des prix sur la base des conditions préexistantes afin de remédier à la défaillance fondamentale du marché, à savoir l’inadéquation de la couverture.

103. Bien que le ticket modérateur constitue un moyen de réduire la demande superflue⁴², il va inévitablement à l’encontre des objectifs d’égalité d’accès de nombreux systèmes de santé financés par les deniers publics. Il nécessite donc généralement le recours à un système de subventions sous condition de ressources afin de garantir que les personnes à bas revenu ne se voient pas refuser l’accès. Lorsqu’il est utilisé, le ticket modérateur prend généralement la forme d’un taux assorti d’un plafond de prix. En effet, un ticket modérateur forfaitaire qui serait ensuite complété par les patients risquerait simplement de gonfler les prix qui seraient par ailleurs fixés par les entreprises (voir Allemagne)⁴³. En particulier, le ticket modérateur n’est ni nécessaire, ni utile pour instaurer le choix et la concurrence (bien que les responsables de l’action publique puissent le privilégier pour d’autres raisons)⁴⁴.

4.4. Quelle unité de paiement utiliser ?

104. Si les prix sont réglementés, il convient également de fixer l’unité de paiement. À une extrémité du spectre, il peut s’agir d’une année de prise en charge d’un patient (capitation), et à l’autre extrémité, d’un tarif pour chaque service utilisé.

4.4.1. Services d’urgence

105. Dans le cas des services d’urgence financés par l’État, où les patients ont peu ou pas de possibilités d’exercer un choix raisonné entre différents prestataires, l’État (ou l’assureur) doit choisir un ensemble d’options pour leur compte, c’est-à-dire acheter l’accès à un réseau d’unités d’urgence géographiquement différenciées et plus ou moins perfectionnées⁴⁵. Il peut modifier les unités appartenant à ce réseau, ou remplacer de temps à autre le prestataire qui exploite l’unité (ou changer son niveau de spécialisation), en fonction de leurs performances par rapport à des mesures cliniques et des mesures de l’accès aux soins. Toutefois, il n’est pas possible pour les patients de procéder à un choix éclairé du prestataire lorsqu’ils ont besoin d’un traitement spécifique en urgence. En outre, la rémunération à l’acte ou le paiement à l’activité ne crée aucune incitation en faveur d’une intervention plus précoce ou moins spécialisée. Par conséquent, il paraît judicieux de convenir d’un prix unique fondé sur les meilleures estimations de la demande probable, et d’intégrer à ce prix le tarif des soins primaires préventifs et d’urgence sans rendez-vous pour cette population, ainsi que des soins hospitaliers d’urgence. Si les soins primaires non urgents étaient inclus, cela risquerait de remettre en question l’indépendance du médecin référent et de le pousser à orienter les patients vers le même hôpital. Cependant, on pourrait

envisager d'adresser les patients à un conseiller indépendant du médecin généraliste filtrant l'accès aux soins pour les aider à faire leur choix.

106. En réalité, cela signifie que l'unité de paiement est un bouquet de services d'urgence réservés à une population locale (comme nous l'avons vu, les services planifiés ne doivent pas être inclus). Le prestataire est alors incité à organiser les différents niveaux de ses services de manière à minimiser le coût du traitement (par exemple en investissant dans des soins préventifs et primaires à bas coût pour réduire le recours aux soins hospitaliers d'urgence plus onéreux)⁴⁶, tout en respectant des objectifs de qualité afin d'éviter de lourdes pénalités contractuelles (par exemple, sur les délais d'attente). En l'absence de telles pénalités, les prestataires seront incités à rationner les soins en mettant en place de longs délais d'attente pour décourager l'utilisation du service, à moins d'en avoir impérativement besoin. Malgré le peu d'incitations à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients qui ne sont pas visés par ces objectifs, comme nous l'avons vu à la section 4.3, le payeur est susceptible d'accroître ces incitations en établissant un prix fixe et en acceptant les offres des prestataires contre la promesse qu'ils améliorent leurs résultats (et en apportent la preuve).

4.4.2. Services planifiés

107. En revanche, dans le cas des soins planifiés, les patients ont la possibilité de faire un choix raisonné, ce qui peut engendrer une incitation plus forte à fournir des services de haute qualité et centrés sur le patient⁴⁷. L'unité de paiement peut alors être fixée, non sous la forme d'un vaste contrat couvrant l'ensemble des traitements dont ont besoin les milliers de patients d'une région, mais sur la base du bouquet de services dont un patient ayant reçu un certain diagnostic est susceptible d'avoir besoin. Ce paiement peut ensuite suivre le choix du patient, et être versé au prestataire à qui le patient confie sa prise en charge. La plupart des pays de l'OCDE encouragent de tels paiements pour des groupes de services, souvent connus sous le nom de groupes homogènes de malades (GHM). Toutefois, ces groupes de services restent relativement réduits, et des projets pilotes sont donc en cours pour tester le regroupement des paiements pour des groupes plus vastes de services couvrant un cycle de soins complet, qui inclut un traitement de suivi dans différents lieux (voir États-Unis). Lorsqu'ils atteignent leur taille maximale, ces groupes s'apparentent au panier complet de services qui serait nécessaire pour mettre en place un paiement à la capitation en fonction de la pathologie.

108. C'est pourquoi certains experts recommandent d'aller jusqu'au bout et de regrouper tous les services dont un patient pourrait avoir besoin en un seul paiement à la capitation versé à un assureur ou à un groupe de prestataires de soins, ou à un prestataire principal⁴⁸. Selon eux, cela permet à l'État de transférer tout le risque lié à une hausse inattendue de la demande à l'organisation qui joue ce rôle d'assurance⁴⁹. Ces paiements à la capitation peuvent alors inciter fortement les prestataires de soins à se faire concurrence pour conquérir des parts de marché en investissant dans la qualité et l'efficacité de leurs services afin d'attirer les patients et les assureurs, aussi longtemps que les patients sont en mesure de faire un choix raisonné entre les organisations qui jouent ce rôle d'assurance. Toutefois, si de vastes groupes géographiques de médecins généralistes étaient en mesure de se faire concurrence pour cette rémunération à la capitation, le choix de transférer le paiement à la capitation à une autre organisation pourrait poser des difficultés aux patients (car cela pourrait les empêcher de recourir aux services des médecins généralistes locaux). Cela risquerait donc de supprimer largement les incitations à la concurrence visant à fournir des services de meilleure qualité, davantage centrés sur le patient (voir Royaume-Uni).

4.4.3. Subventions croisées

109. Comme nous l'avons vu, l'ensemble des services de soins d'urgence pourrait faire l'objet d'un appel à la concurrence. Si toutefois, pour une raison quelconque, ce n'était pas le cas, il est important de garantir la transparence de la comptabilité des services d'urgence et des services planifiés, afin d'éviter des subventions croisées entre les deux. De telles subventions croisées risquent de fausser la concurrence et de faire souffrir les patients, généralement ceux qui ont besoin de soins de santé planifiés, du fait de l'inefficience du prestataire de services d'urgence qui n'est pas disposé à interrompre ses activités. La fourniture des deux services peut par exemple lui permettre de réaliser des économies d'échelle. Toutefois, en présence de telles inefficiences, il ne devrait pas pouvoir bénéficier de l'avantage de ne pas être obligé livrer concurrence pour fournir ces services d'urgence.

4.5. Faut-il donner aux prestataires le droit de choisir les patients ?

110. Si le financement public des services de santé est une réponse politique à la défaillance de premier ordre du marché, à savoir l'inadéquation de la couverture, et si le choix et la concurrence dans les services de santé financés par des fonds publics sont une réponse politique à la défaillance de deuxième ordre des systèmes dirigistes, à savoir l'incapacité à améliorer la qualité et l'efficacité, il ne serait donc pas surprenant qu'il existe également des défaillances de troisième ordre (quasi-marché). Lorsque les prix sont fixes, la plus importante d'entre elles, comme le décrivent Biggar et Fels (2017), est appelée « écrémage ».

« L'écrémage est dû à un problème sous-jacent d'asymétrie de l'information : bien souvent, le coût induit par la fourniture d'un service d'une qualité donnée varie considérablement d'un consommateur à un autre et, par ailleurs, le prestataire est souvent mieux placé pour observer ce coût que ne l'est l'autorité publique qui détermine le montant de la rémunération forfaitaire. Aussi les prestataires de services sont-ils fortement incités non seulement à offrir des services de qualité et à réduire leurs dépenses, mais aussi à identifier et servir exclusivement les consommateurs qui coûtent le moins cher, délaissant les consommateurs qui induisent un coût de service plus élevé.

Ces problèmes surviennent lorsque les coûts identifiables induits par les consommateurs varient dans une mesure supérieure au montant de la rémunération forfaitaire – un cas de figure plausible dans de nombreuses circonstances. Supposons par exemple qu'une personne soit victime d'une crise cardiaque. Le coût des interventions nécessaires pour permettre à ce patient de retrouver une santé à peu près bonne dépend d'un large éventail de facteurs dont l'âge, l'état de santé général, les comorbidités éventuelles (telles que le diabète), les antécédents de troubles cardiaques et le mode de vie. Par conséquent, la variation du coût des services de santé peut être considérable d'un patient à l'autre. Si le prestataire de santé perçoit une rémunération forfaitaire par service, il sera fortement incité à recruter les consommateurs présentant le coût de service le plus bas et à refuser de servir les personnes qui, dans chaque catégorie, présentent le coût de service le plus élevé. »

111. En outre, il convient de noter que cela incite les prestataires à investir dans la recherche de meilleurs moyens d'identifier les patients à coût élevé, et donc de leur permettre de dégager une marge grâce à ces informations supplémentaires. Ces investissements dans la recherche de rente ne produisent aucune valeur et sont une source

d'inefficience productive puisque ce n'est pas le prestataire le plus efficace qui sert les patients, mais celui qui a le plus investi dans la recherche de rente. Cela peut également exclure d'autres entreprises qui ne disposent pas de ces informations et, partant, réduire les pressions concurrentielles qui s'exercent sur les entreprises informées.

112. Une stratégie à deux volets est nécessaire pour remédier à ces problèmes. Premièrement, les prestataires peuvent se voir interdire de choisir leurs patients et être obligés de traiter tous les patients (ce qui contribue également à responsabiliser les patients, puisque rien ne les décourage plus de choisir que d'être rejetés par un prestataire qu'ils ont choisi).

113. Deuxièmement, lorsque les prix sont réglementés, des unités de paiement plus spécifiques peuvent être définies afin de mieux estimer le coût du traitement des différents groupes de patients. Les prestataires peuvent par exemple se retirer de la liste des options à disposition des patients plus coûteux, en décidant de ne pas investir dans le personnel ou les équipements supplémentaires requis pour traiter ces patients en toute sécurité (par ex. disposer d'une unité de soins intensifs sur place). Par conséquent, les prix des bouquets de services doivent faire la différence entre les patients les plus et les moins coûteux, afin d'inciter les prestataires efficaces à se livrer concurrence pour attirer chacun d'entre eux.

114. Les prestataires peuvent également sélectionner les patients en définissant des zones d'attraction prioritaires. Par exemple, les zones géographiques qui englobent principalement des patients à faible coût. La définition de zones d'attraction devrait donc être interdite dans le cadre de l'obligation d'un prestataire acceptant un financement public de ne pas discriminer les patients (voir Norvège).

115. Lorsque les prix ne sont pas fixes, par exemple dans un système d'assurance obligatoire, les assureurs ont la liberté de fixer un prix pour garantir la réalisation d'un bénéfice lorsqu'ils attirent un patient. Toutefois, ce prix risque d'être très élevé pour certains patients à haut risque, qui sont susceptibles de devoir en supporter une partie. Par conséquent, pour préserver l'accès aux soins, l'État peut limiter ce prix en empêchant les assureurs de tenir compte des pathologies existantes dans leur tarification ou de refuser une prise en charge aux patients les plus coûteux. En effet, cela permet de mettre en place une mutualisation des risques et dissuade les assureurs d'écarter.

4.6. Qui devrait être en mesure de se livrer concurrence ?

116. Dans la grande majorité des pays de l'OCDE, il existe un mélange varié de prestataires publics, à but non lucratif et à but lucratif. Bien que la proportion de prestataires à but lucratif varie d'un pays à l'autre, les prestataires à but non lucratif sont une composante essentielle de la quasi-totalité des systèmes de santé.

4.6.1. Entrée

117. L'instauration du choix et de la concurrence nécessite fréquemment l'ouverture de ces marchés à de nouveaux prestataires. Il s'agit souvent d'entreprises privées à but lucratif, ainsi que d'entreprises à but non lucratif, si elles ne fournissent pas déjà des services aux patients. L'élimination des barrières à l'entrée d'entreprises à but lucratif peut renforcer avantageusement les capacités, ce qui augmente les incitations à la concurrence, encourage les idées nouvelles et les innovations, ce à quoi les prestataires en place vont réagir, et contribue à stimuler la concurrence puisque du fait de leur qualité d'« outsiders » et de nouveaux venus, ces entreprises n'ont rien à perdre et sont donc prêtes à déstabiliser les prestataires en place et à se battre pour attirer les patients.

118. Toutefois, dans une certaine mesure, il est également possible de bénéficier de ces avantages en ne limitant plus la capacité des entreprises à but non lucratif à entrer et à fournir des services. C'est sans doute préférable si la qualité reste largement inobservable. D'après Besley et Malcolmson (2018), par exemple, il est important de maintenir un prestataire à but non lucratif pour préserver la qualité et l'efficacité. Leur modèle est fondé sur une distinction entre la qualité observable et la qualité non observable. Dans ce modèle, les prestataires à but lucratif minimisent l'investissement dans la qualité non observable, alors que les préférences des prestataires à but non lucratif les conduisent à investir positivement dans la qualité non observable. Cela les amène à recommander aux responsables de l'élaboration des politiques de maintenir un marché mixte et de ne pas attribuer de contrats à des prestataires à but lucratif en l'absence de contraintes concurrentielles efficaces de la part de prestataires à but non lucratif.

119. Ils examinent également les conséquences pour l'action des pouvoirs publics si les prestataires savent mieux que les patients ce qui est bon pour eux. Par exemple, si les patients veulent des résultats de haute qualité mais que dans la pratique, ils basent leur choix sur certains aspects du service (frais de stationnement, télévision dans la chambre, etc.) Si c'est vrai dans une certaine mesure, ils estiment qu'il pourrait être opportun que les responsables de l'action publique restreignent l'accès aux prestataires à but non lucratif. Bien que, comme nous l'avons vu à la section 4.2 il soit également possible de recourir à un conseiller qui peut aider le patient à décrypter les informations relatives à la qualité et ce qu'elles signifient pour lui.

120. Autre source d'inquiétude : l'idée selon laquelle des incitations financières à améliorer la qualité, même bien alignées, ne sont pas forcément fondées, comme on pourrait le croire, sur des motivations altruistes intrinsèques aux professionnels de santé, qui les pousseraient à fournir des services de meilleure qualité aux utilisateurs (Benabou et Tirole, 2003). Au contraire, si ces motivations peuvent être sapées ou annihilées en accordant des gratifications supplémentaires récompensant l'amélioration de la qualité (p. ex., marchandisation de l'effort), la mise en place d'incitations financières visant le personnel peut avoir des effets ambigus. Cela pourrait par exemple donner à penser que la rémunération des professionnels de santé en fonction des résultats n'est pas un outil utile. Toutefois, les entreprises et les prestataires et employés individuels sont des entités distinctes, et les données indiquent que les entreprises de santé à but non lucratif, les entreprises publiques et les entreprises de santé à but lucratif (p. ex. les cabinets de médecins généralistes) répondent toutes à des incitations financières supplémentaires (Capps et al, 2017).

121. À noter toutefois que cela ne veut pas dire que les prestataires à but non lucratif eux-mêmes ne prendront pas des décisions qui nuisent à la qualité en présence d'incitations financières non alignées, c'est-à-dire lorsqu'il existe une incitation financière à réduire la qualité. Par exemple, une amende pour non-respect d'un délai d'attente visé peut inciter un prestataire à réduire la qualité du service pour atteindre cet objectif et éviter cette amende, surtout s'il peut le faire en toute sécurité, en sachant que les autres patients ne pourront pas observer la baisse de la qualité et choisir un autre prestataire.

122. Outre les éventuelles limitations de la nature lucrative de l'entreprise susceptible d'obtenir une licence, l'octroi d'une licence peut également être soumis à des restrictions relatives à la capacité des entreprises à but non lucratif à fournir un service donné. Prenons l'exemple d'un service de soins primaires spécialisé en pédiatrie. Certaines de ces restrictions ont trait aux normes minimales applicables au personnel, aux locaux et au matériel. Toutefois, en dehors de la nécessité de satisfaire aux mêmes normes pour obtenir

le statut de prestataire qualifié (en imposant par exemple à chaque chirurgien du prestataire d'avoir effectué un nombre minimal d'opérations chirurgicales d'un certain type au cours des années précédentes)⁵⁰, et d'être disponible pour subir une inspection selon les mêmes modalités que les prestataires en place, on ne voit pas clairement pourquoi il serait nécessaire de mettre en place d'autres restrictions à l'octroi de licences.

123. Toutefois, l'absence de restrictions supplémentaires à l'octroi de licences aux prestataires entrants ne signifie pas que les autres barrières à l'entrée, comme les coûts fixes d'installation, doivent faire l'objet d'un remboursement. Ces coûts devraient incomber au prestataire lui-même, qui doit décider si l'activité qu'il entend attirer est suffisante pour justifier un tel investissement. Imposer une telle obligation au payeur conduirait inévitablement à des entrées inefficaces et en trop grand nombre. En outre, si le payeur décide de promouvoir l'entrée dans des zones spécifiques, comme des régions mal desservies, il devra faire preuve de transparence et de rigueur lors de l'application des critères visant à évaluer la nécessité d'un appui financier. Dans le cas contraire, il risquerait de favoriser les prestataires entrants par rapport à ceux déjà en place, et donc de fausser les conditions de concurrence.

4.6.2. *Expansion*

124. Quels que soient les types d'entreprises pouvant être autorisées à fournir des services de soins de santé planifiés, il est possible que leur capacité d'expansion autonome soit soumise à des restrictions. En effet, les payeurs sont souvent convaincus que la hausse de la capacité et, partant, l'amélioration de l'accès augmentent la demande, ce qui entraîne un accroissement de leurs dépenses. C'est ce qu'on appelle parfois la « demande induite par l'offre »⁵¹ bien qu'en fait, elle reflète simplement la caractéristique standard de la quasi-totalité des marchés, à savoir que la demande est élastique à la qualité⁵². Dans ce cas, cela signifie que l'amélioration de la qualité de l'accès attirera probablement des patients qui faute de quoi auraient opté pour une assurance privée. Cela augmente le coût du système financé par les fonds publics, mais ne traduit pas une inefficience ; il s'agit plutôt du prix inévitable de la création d'un système efficace qui ne se rationne pas en fournissant des soins de mauvaise qualité.

125. Une préoccupation connexe est la « demande induite par le prestataire », un risque distinct qui survient lorsque les prestataires sont en mesure d'utiliser leur avantage en matière d'information pour augmenter frauduleusement le nombre d'unités fournissant un service rentable, afin d'accroître leur bénéfice. Pour réduire ce risque, il est possible de faire appel à des médecins référents par lesquels les patients doivent obligatoirement passer pour accéder à un traitement spécialisé, et de procéder à des contrôles aléatoires des seuils cliniques utilisés pour déterminer la nécessité de poursuivre un traitement.

126. Dans les deux cas, les restrictions de l'aptitude des prestataires à accroître (ou à réduire) leur capacité afin de contrôler la demande sont malavisées et nuisibles, et doivent être éliminées pour que le choix et la concurrence puissent améliorer les services (voir Pays-Bas).

127. L'expansion peut également passer par des fusions et acquisitions. Ces acquisitions se traduisent souvent par la sortie de prestataires moins efficaces, qui sont absorbés par des organisations plus performantes. Elles sont donc susceptibles de résulter de l'action de la concurrence. Toutefois, se faire racheter par un concurrent local, plutôt que de rester une force concurrentielle indépendante ou d'être racheté par un autre acquéreur, pourrait également réduire les possibilités offertes aux patients de changer de prestataire au cas où ce dernier ou l'acheteur réduirait son investissement dans ses services. Cela pourrait

accroître la probabilité d'une telle réduction (ou d'une hausse des prix non réglementés). Un dispositif solide de contrôle des fusions est donc nécessaire, d'autant plus qu'il est extrêmement difficile et coûteux de mettre fin à une concentration excessive sur les marchés locaux. L'indépendance de ce dispositif sera importante, car la remise en cause des fusions hospitalières s'est avérée difficile dans un large éventail de pays et, dans certains d'entre eux, cette situation a été exacerbée par le fait que les autorités en charge de la réglementation de la qualité ou de la stabilité financière jouent rôle officiel dans le contrôle des fusions.

4.7. Quelles formes les incitations à la concurrence devraient-elles prendre ?

128. Outre la question de savoir qui devrait être autorisé à entrer sur le marché et à s'y développer, on peut également se demander quelles incitations devraient être mises en place pour attirer des prestataires de tout type. Cela est particulièrement important lorsque la majorité des services sont fournis par des entreprises publiques ou des entreprises à but non lucratif. En l'absence d'actionnaires, ces organisations peuvent être dépourvues de la motivation lucrative que l'on retrouve dans les modèles économiques standard du marché⁵³. Cela pourrait signifier qu'elles sont moins incitées à se développer, bien que les responsables de l'action publique puissent considérer que le jeu en vaut la chandelle si cela se traduit par un moindre risque de réduction des coûts, qui a des effets difficiles à observer, mais réels, sur la qualité. Toutefois, cela pourrait surtout être synonyme d'incitations moindres à agir tôt pour remédier aux défaillances.

129. Par exemple, l'absence d'actionnaires signifie qu'il n'y a pas d'investisseurs à long terme pour surveiller les répercussions des décisions du conseil dans la durée. Il est également peu probable que les conseils eux-mêmes perdurent sur une longue période. Il existe donc un risque que les conséquences de mauvaises décisions soient supportées par une future version de l'organisation actuelle (comme sur n'importe quel marché), dans laquelle les dirigeants actuels n'auront aucun intérêt significatif (financier ou autre ; par exemple ses perspectives n'auront pas d'impact sur le cours actuel des actions)⁵⁴. Depuis la crise financière, nous en savons plus sur les effets du court-termisme sur le secteur privé, et sur la manière dont la réglementation peut encourager ce biais. Dans ce cas toutefois, il s'agit d'un problème de court-termisme du secteur public (et du secteur tiers). Heureusement, certaines des techniques appliquées précisément au secteur privé pourraient être valables ici. Par exemple, la rémunération et la retraite des cadres supérieurs des entreprises publiques autonomes pourraient être subordonnées (en vertu de clauses de restitution) aux performances à long terme de l'organisation, afin de contribuer à instaurer la transparence qui s'impose.

130. La transparence peut également venir à faire défaut, quelle que soit la nature de l'organisation (publique, à but lucratif ou autre), si l'État n'est pas disposé à autoriser une sortie efficace lorsque c'est nécessaire. Par exemple, dans la pratique, un tel refus peut découler des conséquences d'une interruption des services survenant à la suite de la sortie nécessaire d'un prestataire. Par exemple, un hôpital inefficace qui cesserait de fournir des services laisserait des milliers de patients au beau milieu de plans de traitement. Cette éventualité incite naturellement les pouvoirs publics à prendre des mesures à court terme pour renforcer et soutenir les organisations défaillantes. Cependant, la perspective d'un tel soutien financier et l'absence de risque de sortie qu'il entraîne créent un problème d'aléa moral. Cela désincite les organisations défaillantes à remédier aux difficultés auxquelles elles sont confrontées, sachant qu'elles seront de toute façon renflouées. Cela désincite également les entreprises efficaces à investir dans leur expansion, étant donné que cela

donnera probablement lieu à un soutien visant à empêcher qu'un concurrent plus faible perde des parts de marché.

131. Par conséquent, il faut mettre en place un régime administratif spécial qui ne se soucie pas uniquement de maintenir la valeur de l'entreprise (comme le ferait une procédure administrative standard, voir Royaume-Uni). Un tel régime doit obligatoirement protéger les utilisateurs existants et potentiels, ce qui ne fait pas partie des attributions d'un administrateur standard (sauf dans la mesure où cela affecte la valeur de l'écart d'acquisition de l'entreprise). Il doit donc intervenir beaucoup plus tôt dans le processus et être capable d'assurer la gestion du service pendant qu'un nouveau prestataire est engagé pour reprendre l'exploitation du service.

132. Les entreprises publiques risquent également de ne pas avoir l'autonomie d'une entreprise à but lucratif. Elles peuvent être confrontées à des contraintes salariales qui limitent leur capacité d'attirer du personnel en plus grand nombre ou plus qualifié, et risquent de ne pas pouvoir emprunter pour investir. Surtout, elles risquent de perdre rapidement leur autonomie en cas de changement de pouvoir, même si les règles visant à préserver cette autonomie restent en vigueur (voir Royaume-Uni). De telles restrictions et incertitudes sont susceptibles d'affaiblir les incitations à la concurrence qui poussent ces organisations à investir dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de leurs services.

4.8. Quelle forme devrait prendre la coopération entre les prestataires ?

133. Les détracteurs du choix et de la concurrence dans les services de santé soutiennent que la concurrence empêche les prestataires de santé de collaborer pour offrir des services intégrés de façon harmonieuse⁵⁵. Par exemple, ils affirment que les notes des patients ne sont pas mises en commun et que les patients doivent redonner les mêmes informations à chaque fois, que les examens sont refaits, et que l'orientation des patients entre les prestataires se fait lentement ou est parfois complètement perdue. Ils prétendent également que la concurrence décourage les prestataires d'intervenir rapidement pour éviter de faire supporter des coûts à un autre prestataire plus en aval du processus.

134. Bien que les services de santé ne soient pas des produits assemblés à la manière d'une voiture, il convient de noter que les marchés sont généralement d'une grande efficacité pour inciter les entreprises à collaborer afin de produire des produits efficaces et de grande qualité, malgré les difficultés posées par le fait de disposer de nombreux composants fabriqués par différentes entreprises dans différents pays. En outre, ces incitations sont fondées sur la concurrence, de sorte que les exonérations du droit de la concurrence nuisent généralement aux consommateurs, plutôt qu'elles ne leur viennent en aide.

135. Toutefois, dans certains cas, les incitations à la concurrence ne donnent pas naturellement lieu à une coopération. Par exemple, lorsque l'obligation de rendre des comptes en cas de défaut de coopération n'est pas clairement établie, une entreprise risque de ne pas investir autant que les consommateurs le souhaiteraient dans la coopération. Cela peut être le cas lors de la gestion des procédures de transfert. En effet, l'entreprise quittée pourrait ne pas être incitée à coopérer, et s'attendre à ce que le consommateur tienne la nouvelle entreprise responsable du retard. De même, lorsque les compagnies aériennes ne disposent pas d'un autre aéroport de départ crédible, la gestion des bagages par les aéroports peut être affectée dans la mesure où les consommateurs tiennent les compagnies aériennes, plutôt que les aéroports, responsables de la perte des bagages.

136. Si l'obligation de rendre des comptes pose problème sur les marchés des soins de santé, une solution consiste à instaurer des indicateurs permettant aux patients et à leurs médecins référents d'identifier les prestataires non coopératifs. L'essentiel étant de s'assurer que ces indicateurs de qualité rendent bien compte de leur comportement. En Angleterre par exemple, les transferts de soins retardés sont mesurés et classés en fonction de la cause du retard. Cet indicateur pourrait être mis en avant (et dûment pris en compte dans un indicateur composite). Étant donné que les patients apprécient une expérience homogène et bien coordonnée, on peut s'attendre à ce qu'une telle transparence affecte le nombre de patients qui choisissent d'être traités par le prestataire et, par conséquent, fasse du sous-investissement dans la coopération une décision non rentable.

137. Toutefois, comme dans le cas d'un changement de prestataire, il peut également être nécessaire de mettre en place une obligation de coopération assortie d'amendes en cas de manquement. Comme pour la plupart des aspects de la qualité des services de santé, la solution pourrait donc consister à combiner incitations réglementaires et incitations à la concurrence. En revanche, le fait d'exempter les prestataires des règles de concurrence ne crée pas d'incitation à améliorer la coopération. Dans le meilleur des cas, cela pourrait permettre aux prestataires de débattre de leurs modalités de coopération sans craindre de collusion. Toutefois, cela ne nécessite pas une exemption des règles, mais il est possible d'y parvenir en donnant des conseils sur les discussions qu'ils peuvent et ne peuvent pas tenir. En effet, de tels conseils sont en tout état de cause judicieux sur un marché où les entreprises à but non lucratif et les entreprises publiques peuvent être fortement dissuadées de consacrer de l'argent à l'assistance juridique.

4.9. Comment maîtriser les coûts ?

138. Les budgets fixes donnent aux administrateurs l'assurance qu'ils sont en mesure de respecter les plafonds de dépenses convenus avec les pouvoirs publics. Le passage à des paiements à l'activité qui créent des incitations à la concurrence peut donc être déconcertant pour les acteurs en charge du budget (voir Corée).

139. À plus long terme, le choix et la concurrence incitent à fournir des prestations plus efficaces et à réduire les coûts, ce qui aidera le système à respecter son budget. Toutefois, à court terme, même lorsque les prix sont réglementés, le risque que des estimations erronées de la demande de services engendrent des pressions budgétaires est susceptible d'augmenter.

140. Dans de tels cas, il est important que le rationnement ne soit pas dicté par la nécessité d'équilibrer les budgets au cours de l'année. Un tel rationnement arbitraire guidé par des impératifs comptables fait courir le risque que des traitements vitaux ne soient pas mis à disposition de ceux qui en ont besoin rapidement. La meilleure solution consiste alors à faire preuve de transparence quant aux traitements qui devront être rationnés l'année suivante si la demande de l'année en cours dépasse le budget alloué. Ce rationnement (des services de l'année suivante) doit être motivé par une évaluation clinique des traitements présentant une valeur limitée. Ceux-ci seraient ensuite administrés de manière équitable à tous les patients.

141. Il est également préférable de ne pas recourir à des mesures d'équilibrage (voir Pays-Bas). Les mesures d'équilibrage déduisent rétrospectivement un pourcentage des paiements à l'activité de tous les prestataires lorsque la demande globale réelle dépasse la demande estimée. Ces mesures peuvent être préjudiciables, que les prix soient réglementés ou non. Si les prix ne sont pas réglementés, la perspective d'une déduction incitera les

prestataires à augmenter leurs propres tarifs afin d'atténuer l'impact d'une éventuelle déduction (voir Schut et Varkevisser, 2017). Si les prix sont fixes, les prestataires peuvent s'attendre à ce que chaque patient qu'ils attirent puisse s'avérer non rentable une fois l'impact de la déduction pris en compte. Cela peut les inciter à croire que leur situation financière sera meilleure s'ils décident de ne pas se livrer concurrence pour attirer de nouveaux patients et augmenter ainsi leur part de marché. À la place, ils pourraient faire en sorte de décourager les patients de choisir leurs services en augmentant les délais d'attente.

142. Faute de confiance dans les estimations, les paiements à la capitation peuvent s'avérer judicieux. Ils nécessiteraient qu'un patient choisisse peut-être un médecin généraliste, un hôpital ou un assureur pour gérer ses soins de santé pour l'année (et utilise donc ce financement pour couvrir tous les soins requis au cours de cette année). Comme nous l'avons vu plus haut, si les patients ont véritablement le choix entre plusieurs prestataires, les paiements à la capitation peuvent transférer ce risque aux assureurs et/ou aux prestataires sans nuire aux incitations à la concurrence. Cela permet de s'assurer que les gestionnaires du budget connaissent leurs dépenses au début de l'année. En effet, lorsque les patients passent d'un prestataire à l'autre, la rémunération de ces prestataires est déduite de celle de leur ancien prestataire. L'impact sur l'ensemble du budget est donc neutre. Cela n'élimine pas le risque que le prestataire qui reçoit ce paiement à la capitation estime mal la demande et dépasse son budget, si bien que les responsables de l'action publique devraient plutôt se préparer à la faillite de ces organisations, plus probable, et se tenir prêts à intervenir le cas échéant. En général, il est donc préférable que le risque le plus important soit supporté par les organisations les mieux placées pour estimer la demande.

4.10. Quelles sont les institutions nécessaires pour réglementer le marché ?

143. Compte tenu de ce qui précède, un marché de la santé financé par des fonds publics aura besoin d'un certain nombre d'institutions. Elle aura besoin d'une autorité de régulation de la qualité pour garantir le respect d'un niveau minimum acceptable de qualité (voir par exemple les Pays-Bas et le Royaume-Uni). N'importe quel système de santé doit être doté d'une autorité de régulation, que des mécanismes de marché soient en vigueur ou pas.

144. S'il existe des entreprises publiques autonomes qui fournissent des services, un organisme de surveillance sera nécessaire pour contrôler la stabilité financière de ces entreprises, et un administrateur spécial pour les cas où elles se retrouveraient en difficulté (voir Norvège et Royaume-Uni). En fait, ces mêmes fonctions seraient nécessaires dans le cadre d'un système dirigiste, de sorte qu'elles n'alourdiraient pas le coût du système.

145. Compte tenu des particularités du marché, une autorité de régulation du marché (ou une unité spécialisée au sein de cette autorité en cas d'autorités combinées de la concurrence) sera chargée d'appliquer les règles relatives au choix, d'évaluer les fusions, d'enquêter sur les comportements et accords anticoncurrentiels, et d'appliquer un cadre de neutralité concurrentielle propre au secteur. Cette autorité de régulation réglementerait à la fois le marché des prestataires et le marché de l'assurance (le cas échéant). Une éventuelle réglementation des prix doit également relever des prérogatives de cette autorité. L'autorité de régulation du marché (ou l'autorité combinée de la concurrence) doit être structurellement indépendante de l'autorité de régulation des entreprises publiques, de l'autorité de régulation de la qualité et des ministres afin de garantir qu'elle ne prendra pas de décisions dans l'intérêt des entreprises publiques ou de tout prestataire en place.

146. Dans les systèmes à payeur unique où il n'y a pas de marché de l'assurance, il faudra surveiller et soutenir les activités de passation de marché des assureurs non

concurrents. Cette mission sera probablement confiée à une centrale d'achat nationale, sous réserve de contrôles occasionnels par la commission en charge du contrôle des dépenses publiques.

147. En particulier, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont chacun expérimenté des arrangements institutionnels différents, qui continuent d'évoluer. Aux Pays-Bas, l'autorité de régulation du marché (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) fixe les prix et était responsable du contrôle des fusions jusqu'à récemment. L'Autoriteit Consument & Markt (ACM) a créé un groupe de travail sur la santé en 2015 qu'elle a transformé en service en 2018 lorsqu'elle a pris la responsabilité du contrôle des fusions.

148. À la suite des réformes de 2005, le Royaume-Uni a nommé un organisme consultatif (le Cooperation and Competition Panel), qui a conseillé le ministère de la Santé en matière de concurrence et de contrôle des fusions jusqu'en 2012, date à laquelle il s'est vu confier des compétences parallèles en matière de concurrence et de fixation des prix, et a fusionné avec l'organisme chargé de la surveillance de la stabilité financière des entreprises publiques du secteur de la santé (Monitor, rebaptisé plus tard NHS Improvement). Ce conflit d'intérêts a été quelque peu atténué par la décision de la Competition and Market Authority (ACM) de prendre en charge le contrôle des fusions, bien que Monitor/NHS Improvement ait continué d'évaluer les avantages des fusions proposées et à formuler des conseils à cet égard. Il est toutefois inquiétant de constater que les conflits d'intérêts semblent appelés à se multiplier, puisque l'autorité en charge de la régulation du marché et de la surveillance de la stabilité financière des entreprises publiques du secteur de la santé (Monitor/NHS Improvement) a récemment annoncé qu'elle allait intégrer ses fonctions (mais pas officiellement fusionner) au National Commissioning Board (NHS England).

5. Conclusions

149. Il existe d'importantes différences de qualité, d'accès et d'efficacité entre les systèmes de santé et au sein de chaque système. Cela donne à penser que c'est là une bonne occasion de recourir au choix et à la concurrence pour améliorer la qualité et l'efficacité de ces services essentiels.

150. Un éventail de réformes variées ont été menées dans différents pays. Ces expériences montrent que les différents choix faits lors de l'élaboration de systèmes concurrentiels peuvent conduire à des résultats différents. Les autorités de la concurrence semblent avoir joué un rôle discret sur ces marchés, et dans nombre de ces réformes. La présente note soutient donc que les autorités de la concurrence peuvent et doivent intensifier leurs efforts pour défendre le recours à des incitations bien conçues au choix et à la concurrence sur les marchés des soins de santé financés par les fonds publics. Ce plaidoyer ne doit pas porter uniquement sur la déréglementation, mais plutôt sur une conception plus éclairée des réglementations, mettant à profit les solutions apportées aux principales défaillances du marché en faisant un usage plus efficace du choix et de la concurrence pour remédier à l'incapacité des politiques dirigistes à atteindre les objectifs visés.

151. Les points clés qui ressortent d'un examen détaillé sont les suivants.

- Tout d'abord, en autorisant les patients à faire des choix raisonnés lorsque c'est possible (au lieu de laisser les prestataires choisir à leur place), on renforce les incitations à la concurrence au niveau d'aspects du service qui comptent pour eux,

ce qui conduit à des soins centrés sur les patients. Pour donner aux patients les moyens de faire ces choix, il faut non seulement leur fournir les informations dont ils ont besoin, mais également des conseils personnalisés sur la manière d'interpréter ces informations, et rembourser une partie de leurs frais de déplacement.

- Ensuite, au niveau institutionnel, il est essentiel de maintenir la distinction entre acheteurs et prestataires, et de la renforcer si possible. S'il est prévu que les prestataires endossent également un rôle d'acheteurs, par le biais d'un budget par capitation à l'aide duquel ils achètent des soins pour leurs patients par exemple, la concurrence entre ces prestataires/assureurs doit être garantie. Comme l'a montré la Federal Trade Commission (FTC) aux États-Unis eu égard aux nouvelles « organisations de soins responsables » (*Accountable Care Organisations*), les autorités de la concurrence ont un rôle à jouer, en formulant des recommandations sur cette question. Elles peuvent apporter une contribution utile en déterminant si les hôpitaux publics sont oui ou non des entités économiques à part entière, ou s'il s'agit en réalité d'entreprises, et quelles règles de la concurrence s'appliquent sur des marchés de la santé financés par les fonds publics. Par exemple, cela peut les aider à éduquer les prestataires de soins (et notamment les prestataires de soins primaires) quant à leur obligation de se conformer au droit de la concurrence. La distinction entre acheteurs et prestataires doit également s'appliquer à la réglementation lorsqu'aucun conflit d'intérêt n'est tolérable entre les acteurs chargés d'inciter les prestataires à se livrer concurrence et ceux qui ont intérêt à ce que les prestataires publics soient financièrement stables.
- Troisièmement, en ce qui concerne les systèmes de paiement, si les prix sont réglementés, il est important que les unités de paiement par rapport auxquelles les prestataires se livrent concurrence soient conçues de manière à favoriser un usage efficient des ressources. Dans certains cas, cela peut être synonyme de capitation (par ex. pour les services de soins primaires et les personnes atteintes d'une affection de longue durée), et dans d'autres, d'un bouquet de services bien plus vaste que les petits bouquets actuellement utilisés, et incluant les réadmissions et les suivis liés au traitement concerné. Puisqu'il semble que le fait de permettre aux assureurs de conclure des contrats sélectifs n'ait pas fait baisser les prix pour le moment, il apparaît justifié qu'une autorité de contrôle indépendante établisse un prix fixe pour chaque bouquet de services. Nous soutenons que des prix réglementés doivent toujours être fixés à des niveaux garantissant que les prestataires sont systématiquement incités à se livrer concurrence pour chaque patient. C'est ce qui arrive naturellement lorsque les prix sont déréglementés. Toutefois, lorsque les prix sont réglementés, l'instauration d'une telle incitation nécessite des données détaillées sur les coûts au niveau des patients, et doit être soutenue en interdisant aux prestataires de choisir les patients qu'ils souhaitent traiter, puisque le choix de patients à bas coût fausse la concurrence.
- Quatrièmement, il convient d'admettre qu'il existe différents types de services de santé, et que les solutions se prêtant le mieux à certains services ne conviennent pas à tous. Ce n'est pas le cas pour les services de santé mentale, bien que les patients se voient souvent refuser des droits pourtant accordés aux patients ayant besoin de services de santé physique, à savoir celui de choisir et de voir des prestataires se livrer concurrence pour remporter leur faveur. Toutefois, c'est le cas pour les services d'urgence, qui font un usage très différent des mécanismes concurrentiels

par rapport aux soins planifiés. Par exemple, il y a tout intérêt à privilégier les offres à prix fixes pour les services d'urgence. En outre, si dans de tels cas les acheteurs ne sont pas certains de pouvoir faire respecter aux soumissionnaires les engagements pris dans le cadre de l'appel d'offres, il peut même y avoir matière à autoriser uniquement les prestataires à but non lucratif à soumissionner. Le cas échéant, il est particulièrement important de bien séparer la comptabilité des services d'urgence, qui sont alors fournis dans le cadre d'une obligation de service public, et du marché des soins planifié, sur lequel l'ensemble des prestataires doivent être titulaires d'une licence pour pouvoir se livrer concurrence.

- Enfin, les barrières à l'entrée, comme la capacité des prestataires qualifiés à décrocher un contrat pour proposer leurs services, ou à accroître leurs moyens, doivent être levées afin d'encourager l'innovation et le renforcement des capacités sur le marché, réduire les délais d'attente et stimuler la concurrence sur le plan de la qualité. Sur ces marchés, créés et financés par les pouvoirs publics, se pose peut-être également la question de savoir si ces subventions ne sont pas trop facilement captées par les entreprises, ce qui engendre un transfert direct des contribuables aux actionnaires, dont on peut s'attendre à ce qu'il favorise la recherche de rente. Ainsi, la question de l'accessibilité des licences aux entreprises à but lucratif, ou à but non lucratif uniquement, dépendra de facteurs propres au marché. Par exemple, les patients disposent-ils d'informations adéquates sur la qualité ? Choisissent-ils en fonction de facteurs qui leur tiennent à cœur au moment de leur choix, et les entreprises peuvent-elles effectivement être tenues dans la pratique de garantir la qualité décrite dans leurs offres ?
- Plus important encore du point de vue de la concurrence, les prestataires défaillants qui ne sont pas en mesure de fournir des services de qualité de manière efficiente doivent être autorisés à quitter le marché. Des régimes administratifs spéciaux seront nécessaires pour garantir, le cas échéant, que la transition entre l'ancien et le nouvel exploitant de l'hôpital ou de l'établissement concerné se fera en douceur, sans perturber la prise en charge des patients. Dans un tel contexte, il convient de tenir compte du fait que la fermeture des services d'urgence est une question sensible sur le plan politique, et que ces décisions doivent être prises par les acheteurs sur la base d'évaluations transparentes des besoins, et ne doivent pas être consécutives à la défaillance d'un prestataire (puisque cela revient à faire payer aux patients locaux les défaillances des gestionnaires de l'hôpital).

Notes de fin

¹ Aux fins de la présente note, les services de santé incluent non seulement les services hospitaliers, mais également les services assurés en dehors du cadre hospitalier, notamment les services de soins primaires et de proximité (par ex. médecins généralistes ou médecins de famille) et les services de santé mentale (là encore, les services hospitaliers et ceux assurés en dehors du cadre hospitalier).

² « Dirigiste » qualifie la gestion descendante, centralisée, d'un système de santé, en vertu de laquelle l'État finance et fournit les services. Ces systèmes imposent les changements plutôt qu'ils ne les encouragent. L'insatisfaction à l'égard de la qualité et de l'efficacité des services de santé fournis dans le cadre de ces systèmes se reflète dans les décisions prises par les pays de mettre en œuvre des réformes concurrentielles mettant fin à ces systèmes dirigistes.

³ Sauf indication contraire, la concurrence à laquelle nous faisons référence s'exerce entre les prestataires de mêmes services de santé financés par des fonds publics.

⁴ Comme l'OCDE le faisait remarquer en 2010, un nombre croissant de systèmes de santé des pays membres de l'organisation allient choix, de concurrence et de réglementation, bien qu'une poignée de pays de l'OCDE demeurent largement tributaires de systèmes dirigistes centralisés pour fournir des soins (par ex. Mexique et Portugal)

⁵ De fait, comme le fait remarquer Wren-Lewis (2016), « assimiler la promotion de la concurrence au sein du NHS à du néolibéralisme est déroutant et aliénant »

⁶ En anglais, on parle de « ambulatory care sensitive conditions » (pathologies propices à une prise en charge ambulatoire).

⁷ <http://www.internationalcompetitionnetwork.org/working-groups/current/advocacy/amsis.aspx>

⁸ Les informations présentées dans cette section sont tirées pour l'essentiel de Choné (2017)

⁹ Choné (2017) indique que le niveau et le champ d'application des tarifs basés sur les groupes homogènes de malades (GHM) varient entre fournisseurs publics et privés. La principale différence est que les honoraires du médecin sont inclus dans la tarification du secteur public, alors qu'ils sont remboursés séparément dans le secteur privé. Néanmoins, même en tenant compte des différences de champ d'application, les tarifs GHM sont généralement nettement plus élevés dans le secteur public que dans le secteur privé.

¹⁰ Les services d'intérêt économique général (SIEG) désignent les services économiques définis par les pouvoirs publics comme présentant une importance particulière pour les citoyens et qui ne pourraient être fournis (ou seraient fournis sous des conditions différentes) en l'absence de l'intervention publique (http://ec.europa.eu/competition/state_aid/overview/public_services_en.html).

¹¹ Les informations présentées dans cette section sont tirées de Brekke et Rune Straume (2017).

¹² Nous tenons ici cet objectif comme allant de soi, bien qu'il s'agisse d'un choix politique qui ne recueille pas nécessairement l'assentiment général. Ce qui nous intéresse est l'impact de la concurrence sur le marché de l'assurance individuelle.

¹³ Ces personnes ont préféré payer la pénalité fiscale.

¹⁴ <https://www.iamexpat.nl/expat-info/insurances-netherlands/dutch-health-insurance>

¹⁵ Les informations et les données présentées dans cette section sont tirées de Schut et Varkevisser (2017).

¹⁶ Bien que l'on n'ait guère observé de réduction des coûts liés au traitement du diabète : <http://www.oecd.org/els/health-systems/paying-providers.htm>

¹⁷ Avec certaines exceptions, voir page 8 : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/02/choice-in-mental-health-care-v2.pdf>

¹⁸ Mais, conscient de l'impact qui en résulterait en termes d'inégalité dans l'accès aux soins de santé, il a rejeté la proposition de rétablir les déductions fiscales pour les personnes qui choisiraient de ne pas utiliser le système sur fonds publics.

¹⁹ Voir Dawson *et al.*, 2004 ; Burge *et al.*, 2005 ; Coulter *et al.*, 2005 ; Ferlie *et al.*, 2005.

²⁰ <https://www.theguardian.com/uk/2005/jul/05/nhs.politics1>

²¹ <https://www.ccpnl.org.uk>

²² En se basant sur les indicateurs de qualité auxquels avaient accès les patients pendant la période et sur des comparaisons internationales, telles que celles évoquées dans la section 2, ces études utilisent comme indicateur de la qualité des hôpitaux l'évolution des taux de mortalité suite aux admissions. On notera cependant qu'une récente analyse transversale n'a pas identifié un effet identique sur les résultats déclarés par les patients (Patient-Reported Outcome Measures, PROM ; voir Skellern, 2018), malgré les données montrant que la demande est extrêmement sensible à l'amélioration de ces résultats (Gutacker *et al.*, 2016). Cela pourrait indiquer que les variables utilisées à propos de la structure du marché ne reflètent pas l'intensité de la concurrence. Il est possible, par exemple, que la gestion d'un hôpital pèse plus fortement que la structure du marché sur la réactivité ou non d'un hôpital aux mesures d'incitation à la concurrence introduites par les réformes. Si tel est le cas, une analyse des effets fixes serait mieux à même de saisir l'impact des réformes (comme on le voit effectivement au regard d'autres indicateurs de qualité).

²³ <http://www.bristol.ac.uk/news/2016/april/gps-workload-increase.html>

²⁴ <https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2015/12/guide-mergers-gp.pdf>

²⁵ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf.

²⁶ Cette situation a parfois été comparée au modèle des « organisations de soins responsables » (Accountable Care Organisations, ACO) introduit aux États-Unis suite à l'adoption de la loi sur les soins abordables. Toutefois, cette comparaison est inexacte car, aux États-Unis, la Commission fédérale du commerce et le ministère de la Justice ont élaboré des lignes directrices aux fins du contrôle de la constitution des ACO, qui définissent en particulier la proportion de médecins pouvant faire partie d'une ACO (<https://www.ftc.gov/news-events/press-releases/2011/10/federal-trade-commission-department-justice-issue-final-statement>). Il s'agit ainsi de préserver la possibilité pour les patients d'opter ou non pour une ACO, et donc de protéger la concurrence. En revanche, au Royaume-Uni, tous les médecins généralistes exerçant dans une zone étendue sont rattachés à une ACO qui est donc en position de monopole, et il n'est pas possible en pratique de faire un choix différent.

²⁷ Les informations et les données présentées dans cette section sont tirées de Kifmann (2017).

²⁸ Dans un système où les assureurs sont concurrents, ces derniers sont des prestataires qui se font concurrence pour être payés par l'État et/ou les individus. Toutefois, dans un système avec des assureurs définis (non concurrents), l'assureur est le payeur. Par conséquent, la question de savoir si les assureurs peuvent être intégrés aux hôpitaux et à d'autres prestataires de services dépend de la nature du système d'assurance.

²⁹ Certains critiques soutiennent qu'aucune autre incitation n'est nécessaire, malgré les preuves accablantes que les professionnels de la santé et les organisations caritatives et publiques réagissent de manière fiable aux incitations financières visant à modifier leur comportement.

³⁰ Pour le *London choice pilot*, voir Dawson *et al* 2004 ; Burge *et al* 2005 ; Coulter *et al* 2005 ; Ferlie *et al* 2005.

³¹ <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna-Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf>

³² Cela est toutefois remis en question lorsque les référents ont la possibilité dans la pratique de ne pas laisser le choix aux patients dont ils estiment qu'ils n'y accordent pas d'importance. Voir par exemple les entretiens de King's Fund avec des médecins généralistes, dont il ressort qu'ils ne laissent pas le choix aux personnes âgées et aux bas revenus, bien que ces patients appartiennent précisément aux catégories qui accordent le plus d'importance à la possibilité d'exercer leur droit de choisir.

³³ Dans les systèmes à payeur unique, cela revient à lancer une procédure d'appel à la concurrence pour déterminer quels prestataires devraient exploiter le nombre restreint d'unités d'une région. Par exemple, les services dédiés à la prise en charge urgente des AVC ou les unités de grande traumatologie.

³⁴ Par exemple, critiques de restaurants, critiques des clients et systèmes de notation à étoiles.

³⁵ Transferts de soins retardés, suivis ambulatoires.

³⁶ https://www.huffingtonpost.com/oecd/putting-people-at-the-cen_b_14247824.html?guccounter=1. Fondé sur les PROMS et les PREMS <http://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-Booklet.pdf>

³⁷ Dans certains cas, une réduction des coûts peut améliorer la qualité – et partant, réduire les suivis ou les réadmissions inutiles, par exemple. Toutefois, l'incitation à réduire les prix ne fera pas de distinction entre les mesures de réduction des coûts améliorant la qualité, et la réduction des coûts résultant d'une baisse des investissements dans la qualité (par exemple, niveau des effectifs, équipement modernes).

³⁸ Selon Proper et Burgess, c'est ce qui s'est passé au Royaume-Uni, mais Roos (2018) n'a pas trouvé trace de ce même phénomène aux Pays-Bas. Gaynor, Ho et Town (2014) ont relevé des données en demi-teinte.

³⁹ Les protocoles de collecte de données normalisées sur les coûts peuvent être définis et appliqués par l'organisme responsable de la fixation des prix (voir le Royaume-Uni et la section 4.10, dans laquelle nous examinons le cadre institutionnel).

⁴⁰ En particulier, la collecte de données pertinentes sur les coûts est en tout état de cause indispensable au contrôle des coûts dans un système dirigiste, et n'intervient donc pas uniquement lors du recours à des mécanismes fondés sur le marché.

⁴¹ Par exemple, d'autres secteurs réglementés, des coûts différentiels à long terme (LRIC) prospectifs sont utilisés pour rembourser les coûts fixes efficacement encourus. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:32009H0396>

⁴² Le recours à des référents est plus efficace en ce qui concerne les soins plus spécialisés.

⁴³ Voir Biggar et Fels (2017)

⁴⁴ Une attaque courante mais fallacieuse de la part des critiques consiste à associer le choix et la concurrence à l'instauration de redevances (qui risqueraient de desservir les objectifs d'accès équitable d'un système de santé financé par les fonds publics).

⁴⁵ Cela pourrait permettre aux patients de tout le pays d'avoir accès à une unité d'urgence standard dans un certain délai, tout en ayant accès à une unité plus évoluée prenant en charge, par exemple, un grand nombre de cas d'AVC hyperaigus, dans un délai donné.

⁴⁶ Le même principe s'applique aux systèmes de soins de santé physique et mentale, dans lesquels la prévention ou l'intervention précoce peut écarter la nécessité de recourir à un traitement plus coûteux après l'apparition d'une maladie.

⁴⁷ Tout dépend de ce qui préoccupe les patients – sécurité, résultats, expérience, délai d'attente.

⁴⁸ Compte tenu de la mauvaise expérience avec les HMO (Health Management Organisations) aux États-Unis, d'aucuns proposent que la rémunération à la capitation soit versée directement à un

groupe de prestataires ou à un prestataire principal (James et Poulsen, 2016). Dans ce cas, ces prestataires endossent un double rôle d'assureur et de prestataire direct.

⁴⁹ En revanche, le versement d'une rémunération pour chaque service fait supporter le risque au payeur.

⁵⁰ Voir, par exemple, la chirurgie cardiaque pédiatrique : dans ce domaine, l'octroi de licences aux prestataires a été subordonné au maintien de chirurgiens réalisant un volume minimal d'opérations chirurgicales. À noter que ce n'est pas le volume réalisé par l'hôpital qui compte, mais le volume réalisé par chaque chirurgien dans différents établissements.

⁵¹ À distinguer de la « demande induite par le prestataire », un risque distinct qui survient lorsque les prestataires sont en mesure d'augmenter frauduleusement le nombre d'unités fournissant un service rentable, afin d'accroître leur bénéfice. Pour réduire ce risque, il est possible de faire appel à des médecins référents par lesquels les patients doivent obligatoirement passer pour accéder à un traitement spécialisé, et de procéder à des contrôles aléatoires des seuils cliniques utilisés pour déterminer la nécessité de poursuivre un traitement.

⁵² Élasticité de la demande par rapport à la qualité d'accès.

⁵³ Alors qu'il serait commode de les modéliser comme des entreprises dont l'objectif est de maximiser les bénéfices afin de les réinvestir, il s'agit sans doute d'un vœu pieux. Leurs objectifs seraient plus probablement l'augmentation de la production et de l'emploi au sein de l'entreprise, l'amélioration du bien-être des utilisateurs ou la hausse de la rémunération des cadres supérieurs.

⁵⁴ Ainsi que la communauté locale, qui compte sur les services fournis par l'organisation.

⁵⁵ National Voices, une organisation caritative de patients au Royaume-Uni, donne une définition de la prise en charge coordonnée en la décrivant du point de vue d'un patient recevant des soins coordonnés : 1) « Je n'ai besoin de décrire mon cas qu'une seule fois ». 2) « Je peux planifier mes soins avec des personnes qui travaillent ensemble pour me comprendre moi et mon/mes soignant(s), me laissent une certaine maîtrise, et rassemblent des services afin d'obtenir les résultats qui comptent pour moi ». 3) « On m'aide à comprendre mes choix, et à définir et atteindre mes objectifs ». 4) « Les professionnels qui participent à ma prise en charge parlent entre eux. Nous travaillons tous en équipe. » 5) « On me présente les autres services à la disposition d'une personne dans ma situation, y compris les organismes d'aide ». 6) « On me donne des informations, et les clés pour les utiliser, ce qui m'aide à gérer mon/mes problème(s) de santé ».

Bibliographie

- Aggarwal (2018), *Evidence and Impact of NHS Choice and Competition Policies on the Delivery of Prostate Cancer Services: A National Population Based Evaluation*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, <https://doi.org/10.17037/PUBS.04647113>.
- Andersen et al. (2006), « Konkurransen i spesialisthelsetjenesten? », SNF, rapport 2006:25.
- Arrow (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American Economic Review*, vol. 53, n° 5, pp. 941-973.
- Beckert, Christensen et Collyer (2012), « Choice and Competition in NHS-Funded Acute Services in England », *The Economic Journal*, vol. 122, n° 560, pp. 400-417.
- Besley et Malcomson (2018), « Competition in public service provision: The role of not-for-profit providers », *Journal of Public Economics*, n° 162, pp. 158-172.
- Beukers et al. (2014), « Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands », *European Journal of Health Economics*, vol. 15, n° 9, pp. 927-36.
- Biggar et Fels (2017), « Choix, concurrence et marchés : éducation, soins de santé et services publics », OCDE, Paris, [https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/GF\(2017\)7/fr/pdf](https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/GF(2017)7/fr/pdf).
- Bloom et al. (2015), « The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals », *Review of Economic Studies*, vol. 82, n° 2, avril, pp. 457-89.
- Bloom et al. (2011), « A response to Pollock et al. », <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/cprresponse.pdf>.
- Boonen et Schut (2011), « Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 6, n° 2, pp. 219-35.
- Bjorvatn et Ma (2011), « Patient mobility and public hospital waiting time », Université de Bergen.
- Brekke et Straume (2017), « Competition policy for health care provision in Norway », *Health Policy*, vol. 121, n° 2, février 2017, pp. 134-140.
- Burge et al. (2004), « Do patients always prefer quicker treatment? A discrete choice analysis of patients' stated preferences in the London Patient Choice Project », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 3, n° 4, pp. 183-94.
- Capps et al. (2017), « Antitrust Treatment of Nonprofits: Should Hospitals Receive Special Care? », NBER Working paper n° 23131, <http://www.nber.org/papers/w23131>.
- Choné (2017), « Competition policy for health care provision in France », *Health Policy*, vol. 121, n° 2, février 2017, pp. 111-118.
- Choné et al. (2013), « Introducing activity-based payment in the hospital industry: evidence from French data », INSEE, Direction des études et synthèses économiques, n° G 2013/11, document de travail.

- Choné et al. (2014), « Are physician fees responsive to competition? », CREST, document de travail.
- Chun et al. (2009), « Republic of Korea, Health System Review », *Health Systems in Transition*, vol. 11, n° 7, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/101476/E93762.pdf.
- Congressional Budget Office (2017), « Repealing the Individual Health Insurance Mandate: An Updated Estimate », novembre, <https://www.cbo.gov/system/files/115th-congress-2017-2018/reports/53300-individualmandate.pdf>.
- Cookson et al. (2013), « Does hospital competition harm equity? Evidence from the English National Health Service », *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 2, pp. 410-22.
- Cooper et al. (2011), « Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From the English NHS Patient Choice Reforms », *Economic Journal*, vol. 121, n° 554, août 2011, pp. F228-F260.
- Cooper et al. (2016), « Does Competition from Private Surgical Centres Improve Public Hospitals Performance? Evidence from the English National Health Service », CEP Discussion Paper 1434, Centre for Economic Performance, London School of Economics.
- Coulter et al. (2005), « Patients' Experience of Choosing Where to Undergo Surgical Treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme », Picker Institute Europe, Oxford.
- Davie et al. (2013), « London's Hyperacute Stroke Units Improve Outcomes and Lower Costs », *Harvard Business Review*, novembre, <https://hbr.org/2013/11/londons-hyperacute-stroke-units-improve-outcomes-and-lower-costs>.
- Dawson et al. (2004), « Evaluation of the London Patient Choice Project: System wide impacts. Final report », Université de York.
- Dixon et al. (2010), « Patient Choice », Kings Fund.
- Ferlie et al. (2005), « NHS London Patient Choice Project: Evaluation Organisational Process Strand Final Report », Royal Holloway, Université de Londres et Imperial College London.
- Gaynor et al (2013), « Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service », *American Economic Journal*, Economic Policy, vol. 5, n° 4, novembre, pp. 134-66.
- Gaynor, Ho et Town (2015), « The Industrial Organization of Health-Care Markets », *Journal of Economic Literature*, American Economic Association, vol. 53, n° 2, pp. 235-284, juin.
- Stevens (2011), « Is there evidence that competition in healthcare is a good thing? Yes », *The BMJ*, n° 343, <https://doi.org/10.1136/bmj.d4136>.
- Gershman et al. (2017), « Redefining and Contextualizing the Hospital Volume-Outcome Relationship for Robot-Assisted Radical Prostatectomy: Implications for Centralization of Care », *The Journal of Urology*, vol. 198, n° 1, pp. 92-99, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28153509>.
- Glenngård (2016), « Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities », *Scandinavian Journal of Public Administration*, vol. 20, n° 1, pp. 71-86.

- Gomes et al. (2016), « Addressing Missing Data in Patient-Reported Outcome Measures (PROMS): Implications for the Use of PROMS for Comparing Provider Performance », *Health Economics*, vol. 25, n° 5, pp. 515-28.
- Gravelle, Santos et Siciliani, (2014), « Does a hospital's quality depend on the quality of other hospitals? A spatial econometrics approach », *Regional Science and Urban Economics*, n° 49, pp. 203-16.
- Gutacker et al. (2016), « Choice of hospital: Which type of quality matters? », *Journal of Health Economics*, vol. 50, pp. 230-46.
- Halbersma et al. (2011), « Market structure and hospital-insurer bargaining in the Netherlands », *European Journal of Health Economics*, vol. 12, n° 6, pp. 589-603.
- Hartman et al. (2011), « The Consequences of Competition: What is happening to the Swedish welfare system? », SNS Förlag.
- Heijnk et al, (2013) « Effects of regulated competition on key outcomes of care: cataract surgeries in the Netherlands », *Health Policy*, novembre, vol. 113, n° 1-2, pp. 142-50.
- Herwartz et Strumann (2012), « On the effect of prospective payment on local hospital competition in Germany », *Health Care Management Science*, vol. 15, n° 1, pp. 48-62, <https://doi.org/10.1007/s10729-011-9180-9>.
- James et Poulsen (2016), « The case for capitation », *Harvard Business Review*, <https://hbr.org/2016/07/the-case-for-capitation>.
- Jang (2018), « Mooncare: South Korea's Proposed Health Insurance Reform in Full », <https://www.koreaexpose.com/mooncare-south-korea-proposed-health-insurance-reform/>.
- Jung et al. (2018), « The Effect of Diagnosis-Related Group Payment System on Quality of Care in the Field of Obstetrics and Gynecology among Korean Tertiary Hospitals », *Yonsei Medical Journal*, vol. 59, n° 4, pp. 539-545, <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.4.539>.
- Kaiser Family Foundation (2017), « An Early Look at 2018 Premium Changes and Insurer Participation on ACA Exchanges », <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/an-early-look-at-2018-premium-changes-and-insurer-participation-on-aca-exchanges>.
- Kifmann (2017), « Competition policy for health care provision in Germany », *Health Policy*, pp. 119-125.
- Kim et al. (2014), « The Association of Market Competition With Hospital Charges, Length of Stay, and Quality Outcomes for Patients With Joint Diseases: A Longitudinal Study in Korea », *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol. 27, n° 2, pp. 195-207, <https://doi.org/10.1177/1010539514529812>.
- Kim et al. (2016), « The effect of competition on the relationship between the introduction of the DRG system and quality of care in Korea », *European Journal of Public Health*, vol. 26, n° 1, pp. 42-47, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv162>.
- Kwon (2003), « Payment system reform for health care providers in Korea », Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Université nationale de Séoul, Corée, *Health Policy and Planning*, vol. 18, n° 1, pp. 84-92, Oxford University Press.

- Kwon (2009), « Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage », *Health Policy and Planning*, vol. 24, n° 1, pp. 63-71.
- Kwon et Reich (2005), « The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n° 6, pp. 1003-1026.
- Le Grand (1997), « The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition », Princeton University Press.
- Leow et al. (2017), « Systematic Review of the Volume-Outcome Relationship for Radical Prostatectomy », *European Urology Focus*.
- Loozen et al. (2014), « Dutch Authority for Consumers and Markets fails to meet the standard of proof in recent hospital merger decisions », *European Competition Law Review*, n° 35, pp. 17-23.
- Mason et al. (2011), « England: The Healthcare Resource Group system », chapitre 12, in Busse et al. (2011), « Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals », *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf.
- Mesman et al. (2015), « Why do high-volume hospitals achieve better outcomes? A systematic review about inter-mediate factors in volume-outcome relationships », *Health Policy*, avril, vol. 119, n° 8, pp. 1055-67.
- Monbiot (2016), « Neoliberalism - the ideology at the root of all our problems », <https://www.theguardian.com/books/2016/apr/15/neoliberalism-ideology-problem-george-monbiot>.
- Monitor (2015), « Improving GP services: commissioners and patient choice », https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/431317/GP_services.pdf.
- Moscelli, Gravelle et Siciliani, (2016), « Market Structure, Patient Choice and Hospital Quality for Elective Patients », CHE Research Paper 139, Centre for Health Economics, Université de York.
- OCDE (2017), « Panorama de la santé 2017 », <https://doi.org/10.1787/19991320>.
- OCDE (2016a), « Better ways to pay for healthcare », <https://doi.org/10.1787/2074319x>.
- OCDE (2016b), « Health Care Policy Overview », <https://www.oecd.org/korea/Health-Policy-in-Korea-avril-2016.pdf>.
- OCDE (2012), « Health care quality review: Korea - Assessment and Recommendations », <http://www.oecd.org/korea/49818570.pdf>.
- OCDE (2010), « Health care systems: efficiency and policy settings », OCDE, <http://www.oecd.org/eco/growth/46508800.pdf>.
- Or et al. (2016), « Impact of competition versus centralisation of hospital care on treatment quality: a multilevel analysis of cancer surgery in France », *IRDES Working Paper*.

- Pike (2010), « An Empirical Analysis of the Effects of GP Competition », Cooperation and Competition Panel - Working Paper Series: Volume 1 - Number 2, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2948258>.
- Pike (2012), « Inside the Black Box: How Competition between Hospitals Improves Quality and Integration of Services », Cooperation and Competition Panel - Working Paper Series, Volume 1 - Number 5, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2948292>.
- Peng et Tiessen (2015), « An Asian Flavour for Medicare Learning from Experiments in Japan, Korea, and Taiwan », Macdonald-Laurier Institute Series.
- Pollock et al. (2016) « "Liberalizing" the English National Health Service: background and risks to healthcare entitlement », *Cadernos de Saúde Pública*, vol 32, n° 8, <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00034716>.
- Porter et Kaplan (2016), « How to pay for healthcare », Harvard Business Review, <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>.
- Propper, Burgess et Gossage (2008), « Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999 », *Economic Journal*, vol. 118, n° 525, janvier, pp. 138-70.
- Propper, Wilson et Söderlund (1998), « The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of GP fundholder prices », *Journal of Health Economics*, vol. 17, n° 6, décembre, pp. 645-74.
- Ringard et al. (2015), « The 2015 hospital treatment choice reform in Norway: Continuity or change? », *Health Policy*, vol. 120, n° 4, pp. 350-55.
- Ringard et Hagan (2011), « Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? », *BMC Health Services Research*, 2011, n° 11:170.
- Roos et al. (2018), « Does Price Competition Damage Healthcare Quality? », Tinbergen Institute Discussion Paper 2018-040/V, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3168462>.
- Sandvik (2006), « Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 : Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter », Norges forskningsråd, Oslo.
- Schmid et Ulrich (2013), « Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin », *Health Policy*, vol. 109, n° 3, pp. 301-310.
- Schmid et Varkevisser (2016), « Hospital merger control in Germany, the Netherlands and England: experiences and challenges », *Health Policy*, vol. 120, n° 1, pp. 16-25.
- Schut et Varkevisser (2017), « Competition policy for health care provision in the Netherlands », *Health Policy*, vol. 121, n° 2, pp. 126-133.
- Skellern (2018), « The Effect of Hospital Competition on Value-Added Indicators of Elective Surgery Quality », http://personal.lse.ac.uk/skellern/Research_files/PROMs_comp_paper.pdf.
- Svanborg-Sjövall (2014), « Privatising the Swedish Welfare State », Institute of Economic Affairs.

- Tchoe (2010), « Diagnosis-Related Group-based Payment System and its Reform Plan in Korea », Korea Institute for Health and Social Affairs, *Japanese Journal of Health Economics and Policy*, vol. 21 E1.
- Timmons (2018), « The world's biggest quango: the first five years of NHS England », <https://www.kingsfund.org.uk/publications/worlds-biggest-quango-nhs-england>.
- Toynbee (2013), « Competition is killing the NHS, for no good reason but ideology », *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/nov/15/competition-killing-nhs-bournemouth-poole>.
- Trinh et al. (2013), « A Systematic Review of the Volume-Outcome Relationship for Radical Prostatectomy », *European urology*, 2013, vol. 64, n°5, pp. 786-798.
- Varkevisser et al. (2012), « Do patients choose hospitals with high quality ratings? empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands », *Journal of Health Economics*, vol. 31, n°2, pp. 371-378.
- Wren-Lewis (2016), « Neoliberalism », <https://mainlymacro.blogspot.com/2016/05/neoliberalism.html>.