

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

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

**Compte rendu de la table ronde sur la conception de marchés de la santé
financés par les fonds publics**

**Annexe au compte rendu succinct de la 66^e réunion du Groupe de travail n° 2 sur la concurrence
et la réglementation**

26 novembre 2018

Ce résumé du Secrétariat de l'OCDE présente les principales conclusions des discussions qui ont eu lieu pendant la 66^e réunion du Groupe de travail n° 2 le 26 novembre 2018.

D'autres documents consacrés à ces discussions 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 contacter M. Chris PIKE
[Chris.PIKE@oecd.org]

JT03457495

Compte rendu de la table ronde sur la conception de marchés de la santé financés par les fonds publics

Rédigé par le Secrétariat

Le **président** expose le thème de la table ronde : l'instauration de la concurrence sur des marchés de la santé financés par les fonds publics. Il déclare que pour de nombreux consommateurs, les pouvoirs publics sont, dans les faits, les seuls à pouvoir fournir des services de santé, la santé étant l'une des conditions essentielles d'une vie fructueuse, épanouissante et satisfaisante. Toutefois, ces seuls fonds publics ne suffisent pas à promouvoir des soins efficaces et de haute qualité. Par conséquent, s'il existe peu d'indications permettant de déterminer le moment et la façon d'introduire du choix et de la concurrence dans ce type de services, le recours à des mécanismes de marché s'est progressivement généralisé dans la plupart des pays de l'OCDE afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de ces services. Toutefois, certains indices donnent à penser que ces incitations sont souvent trop faibles.

Avant d'entamer les débats, le président présente les participants : M. Allan Fels, des Universités de Melbourne, Monash et Oxford ; et M^{me} Laura Hartman, de l'Université d'Uppsala, en Suède.

Le président explique que les débats vont s'articuler autour de quatre thèmes principaux : (1) le rôle du marché lorsque la demande est dictée par les besoins ; (2) comment améliorer le choix des consommateurs en matière de santé ; (3) comment s'assurer que les capacités répondent à la demande, et (4) les récents processus de réforme.

Il donne ensuite la parole à **M. Allan Fels**, qui fait un exposé sur la concurrence et le choix en matière de santé. Celui-ci commence par affirmer que la santé représente une part importante du PIB, mais qu'il existe des possibilités de choix et de concurrence. **M. Fels** explique que les soins de santé sont fortement subventionnés par l'État et les modalités de versement des subventions influencent fortement ces possibilités de choix et de concurrence. Il formule deux hypothèses principales pour expliquer l'intervention des gouvernements dans les services de santé : (i) des marchés concurrentiels de l'assurance maladie à court terme ne peuvent pas prémunir les consommateurs contre les risques d'affections chroniques ou de longue durée ; (ii) l'accès aux soins est important pour l'égalité des chances.

M. Fels met ensuite l'accent sur la mise en œuvre de la concurrence en tant qu'outil permettant de garantir une meilleure efficacité et de meilleurs résultats aux consommateurs et aux utilisateurs de soins de santé, et sur les difficultés à respecter les objectifs des pouvoirs publics. Il commence par définir les possibilités de concurrence dans le secteur de la santé : (i) il est possible d'accroître la concurrence pour la plupart des interventions médicales courantes ; (ii) les patients ne sont pas bien informés et ont probablement besoin d'aide pour faire des choix ; (iii) il est important que les hôpitaux soient en mesure de se concurrencer, d'entrer sur le marché et d'en sortir. Toutefois, il reconnaît que l'autorisation de fermer des hôpitaux est une source de difficultés politiques.

Il décrit ensuite plusieurs problèmes liés aux paiements sur les marchés de la santé, qui ont conduit de nombreux pays et systèmes à utiliser différentes formes de paiements à l'acte ou prospectifs. Le premier problème qu'il évoque est celui de *l'écrémage*. Il peut être lié au fait que le coût de la prestation de services varie énormément d'un client à l'autre. Une

entreprise peut donc être incitée à identifier et à refuser de prendre en charge certains patients si leur traitement est peu rentable par rapport à d'autres. **M. Fels** décrit deux approches stratégiques pour gérer ce problème. L'une d'elles consiste à interdire la discrimination. Toutefois, il existe des moyens simples pour les entreprises d'éviter ces restrictions en matière de discrimination, et de s'y soustraire. Une autre approche consiste à catégoriser très précisément les formes de maladies, les types de patients et leurs problèmes de santé, à « granuler » chaque service de façon à lier beaucoup plus étroitement le paiement au coût probable du service. Ainsi, nombre de pays comptent de multiples catégories au lieu d'un paiement à l'acte généralisé. Malgré tout, le risque d'écroulement perdure dans chacune de ces catégories. **M. Fels** explique pourquoi, dans les systèmes de santé, nous avons recours à des groupes homogènes de malades (GHM) soigneusement différenciés et catégorisés. Il indique qu'il existe en Australie une autorité indépendante en charge des tarifs hospitaliers, dont le rôle consiste à classer les différentes formes de traitement des problèmes de santé (y compris mentale) disponibles. À cette fin, il est nécessaire de recueillir des données sur le coût de la prise en charge de chaque catégorie de patients, de calculer un coût moyen, puis de fixer un prix en fonction de ce coût moyen, et enfin d'allouer des fonds aux hôpitaux sur la base de cette approche.

Le deuxième problème évoqué, concernant le système de paiement à l'acte, est le risque de *prise en charge excessive* auquel ce système est associé. Si les frais pris en charge par les pouvoirs publics sont supérieurs aux frais de prestation du service, le prestataire est incité à fournir un service médical même s'il n'est pas nécessaire. Dans le domaine médical en particulier, il y a conflit d'intérêts lorsqu'un même médecin ou un même prestataire de soins est à la fois juge de la nécessité d'un service, et bénéficiaire économique de la prestation de ce service. Selon **M. Fels**, il n'existe pas de mesure simple pour résoudre ce problème. Une solution consiste à rémunérer le médecin pour chaque patient au lieu de le rémunérer à l'acte, ce qui rend la prestation de service indépendante des honoraires versés au médecin, et incite ce dernier à faire des économies. Toutefois, cela est susceptible d'aboutir à une insuffisance de prise en charge. En revanche, les possibilités de concurrence entre les médecins sont très importantes, et il est possible que la concurrence permette de résoudre ce problème dans une certaine mesure. Les médecins qui ne proposent pas suffisamment de services perdent des patients et, par conséquent, le marché corrige en quelque sorte le problème. Une autre solution consiste à séparer le diagnostic du traitement, comme c'est le cas dans les pays qui font appel à des médecins généralistes pour filtrer l'accès aux soins.

En outre, le dernier problème mentionné par **M. Fels** est le risque de conflit avec d'autres objectifs des pouvoirs publics, notamment avec l'idée selon laquelle chacun devrait bénéficier d'un accès égal aux services de santé. **M. Fels** évoque en particulier le problème des *compléments* : de nombreux consommateurs sont prêts à payer plus cher pour obtenir un meilleur service ou un plus grand nombre de prestations du médecin. Le fait d'autoriser ces compléments de soins aboutit donc à une concurrence contraire à l'objectif d'égalité d'accès aux soins.

M. Fels évoque également certaines questions qui se posent aux autorités de la concurrence en matière d'application des lois, comme les restrictions à la concurrence, en particulier sur le marché du travail. Ces restrictions découlent du fait que de nombreux médecins ou prestataires de santé bénéficient d'exemptions au droit de la concurrence ou d'une protection gouvernementale directe, car de nombreux travailleurs des services de santé, même les spécialistes, sont classés dans la catégorie des salariés. Toutefois, un nombre important de professionnels de la médecine, spécialistes compris, exploitent des entreprises indépendantes et relèvent en principe du droit de la concurrence, ce qui soulève de

nombreuses questions concernant la fixation des prix, les restrictions à l'entrée, le partage du marché et d'autres comportements illicites, comme les fusions et les pratiques anticoncurrentielles, comme la restriction à l'entrée.

M. Fels conclut que, puisque nous voulons des soins de santé aussi efficaces que possible, le choix et la concurrence ont un rôle à jouer dans le renforcement des incitations, mais que les réformes proconcurrentielles doivent être menées de manière à ne pas masquer le problème social sous-jacent. Il faut veiller à ce que les clients soient disposés et aptes à faire un choix efficace, et à pouvoir maintenir une concurrence efficace.

Le **président** remercie M. Fels et lui demande s'il existe à la fois des hôpitaux publics et privés en Australie, et si les autorités fixent les tarifs des prestataires publics et privés.

M. Fels explique qu'en Australie, le secteur privé pèse très lourd et est régi par le droit de la concurrence, et que l'intervention de l'État dans le domaine de l'assurance maladie privée, à laquelle 30 à 40 % de la population ont recours, est assez importante. Une révision de la tarification de groupe est effectuée, ce qui signifie que si un assureur parvient à attirer des consommateurs en bonne santé et que les autres n'y parviennent pas, les pouvoirs publics réaménagent les paiements afin de tenir compte des différences de coûts entre les groupes. En ce qui concerne l'autorité indépendante qui fixe les prix pour le secteur privé, **M. Fels** indique qu'elle fonctionne globalement bien. D'un autre côté, dans le domaine de la santé mentale, les variations sont considérables, et les possibilités de manipulation sont tout aussi importantes. Par conséquent, l'autorité n'a pas été en mesure d'appliquer un système de tarification à cet égard.

Le **président** interroge ensuite le Royaume-Uni sur le système de rémunération au résultat. Il demande notamment comment les prix sont fixés, s'il existe un prix de marché ou s'il est fixé par l'administration.

Le **Royaume-Uni** explique que les prix payés par les hôpitaux au Royaume-Uni sont déterminés par un système tarifaire national. Avant ces réformes, les hôpitaux fonctionnaient dans le cadre de budgets annuels et recevaient des dotations fixes, qui étaient négociées annuellement. Ce système de paiement incitait les hôpitaux à être déficitaires, car un dépassement de budget au cours d'une année se traduisait par une hausse du budget de l'hôpital l'année suivante, alors qu'en cas de sous-utilisation, les hôpitaux n'étaient pas autorisés à conserver les excédents. Toutefois, le système tarifaire national plafonne efficacement les prix payés par les commissaires pour la plupart des formes de soins au Royaume-Uni, et ces changements visent à inciter les hôpitaux à se faire concurrence au niveau de la qualité plutôt que des prix. Ces tarifs sont fixés par la loi, la dernière en date étant la loi sur la santé et l'aide sociale (*Health and Social Care Act*) de 2012, et couvrent la plupart des formes de soins. Le Royaume-Uni explique qu'il existe des exceptions et des restrictions à la méthode standard de fixation des prix. Dans certains cas, le système permet des variations régionales, susceptibles de mieux refléter les coûts locaux spécifiques. Il existe également des services de santé nationaux sans prix nationaux ; dans ce cas, les commissaires et les prestataires doivent travailler main dans la main pour s'assurer que le prix est dans le meilleur intérêt des patients. Cela peut soulever des problèmes de concurrence, mais il est prévu que ces problèmes soient résolus sur la base de critères transparents après un engagement constructif entre les deux groupes de parties.

Le **président** interroge ensuite la Norvège sur le système de santé norvégien, dans le cadre duquel les patients peuvent choisir leur médecin généraliste, et le revenu de ces médecins généralistes dépend du nombre de patients suivis. En particulier, il demande comment s'organise l'entrée des médecins généralistes sur le marché, si n'importe quel médecin peut

devenir généraliste ou si leur nombre est fixé par la loi, et s'il existe un concours national pour devenir médecin généraliste ou s'il suffit de poser sa candidature.

La **Norvège** commence par indiquer que les services sont financés par la fiscalité générale, de sorte que la plupart du temps, les prix sont fixes et très bas. Elle précise ensuite que les patients sont libres de choisir leur médecin généraliste au sein des services de santé nationaux, sous réserve que le médecin généraliste choisi ait des capacités disponibles. En 2017, seuls 36 % des médecins généralistes avaient des créneaux libres, ce qui est susceptible de limiter le choix des patients, surtout au niveau local lorsque les options sont limitées et qu'il y a peut-être moins de concurrence. Concernant l'entrée, le médecin généraliste a besoin d'une autorisation d'exercice et d'un contrat avec la commune. Il doit simplement poser sa candidature. Le nombre de médecins généralistes dans chaque commune est réglementé par la Direction norvégienne de la santé, qui décide du nombre de médecins généralistes, en fonction de données démographiques comme la taille et l'âge de la population.

Le **président** interroge la Norvège sur le système de financement des hôpitaux, qui est entièrement à la charge des pouvoirs publics, sans recours au ticket modérateur. En particulier, il demande si le choix des patients influence les revenus que les hôpitaux tirent des traitements urgents et non urgents.

La **Norvège** explique que la moitié des financements des hôpitaux provient d'une dotation globale, et l'autre moitié d'un financement à l'acte fondé sur les groupes homogènes de malades (GHM). La dotation globale ne dépend pas du nombre de patients traités, et est censée inciter à réduire les coûts, alors que le système fondé sur les GHM est censé inciter les établissements à se concurrencer pour attirer les patients. Le tarif d'un GHM dépend des coûts moyens nationaux d'un traitement médical donné, les hôpitaux sont donc payés en fonction du traitement effectivement administré, de sorte que plus il y a de patients, plus les GHM sont nombreux. Comme le financement des hôpitaux est mixte, le choix des patients en matière de soins de santé spécialisés affecte les revenus des hôpitaux.

Le **président** se tourne ensuite vers l'Italie pour examiner comment améliorer le choix des consommateurs en matière de soins. Il décrit un autre problème lié à la concurrence, à savoir que les prestataires de soins, pour améliorer leurs revenus, sont susceptibles de modifier stratégiquement la qualité ou de refuser de traiter des cas compliqués ou mal rémunérés. Il interroge ensuite l'Italie sur les performances des hôpitaux : depuis quelques années, les hôpitaux percevant des fonds publics en Italie sont tenus de communiquer des données sur les délais d'attente et la qualité, et les conséquences de ces statistiques. En particulier, il demande si ces statistiques aident les patients à choisir en fonction des délais d'attente et de la qualité, ou si elles affectent la manière dont les hôpitaux sont remboursés, c'est-à-dire s'il existe un lien direct entre ces statistiques et la rémunération des hôpitaux.

L'**Italie** explique que les autorités nationales en charge des services de santé ont élaboré et publié 166 indicateurs portant sur les résultats du service, le coût, le processus et la satisfaction des clients. Toutefois, étant donné que certains de ces indicateurs sont très spécifiques et complexes, il est peu probable que les consommateurs puissent en tirer des informations utiles. Par conséquent, l'intervention de l'autorité de la concurrence a consisté à encourager l'agence nationale à simplifier ces données et à les rendre accessibles au public par le biais d'un site web. En outre, l'Italie indique que la tâche principale de cette autorité de contrôle est de vérifier la qualité des prestataires de soins. Les premiers résultats indiquent que la simple mise en place de cette forme de discipline a déjà produit des effets positifs, du fait que les prestataires de soins de santé se sentent surveillés. Cela se traduit par une amélioration des résultats, malgré les coupes budgétaires.

L'**Italie** inscrit également l'intervention de l'autorité de la concurrence dans une perspective plus large. En 1992, le gouvernement italien a tenté d'introduire une certaine dose de concurrence et de choix des consommateurs dans les services de santé. Par conséquent, l'autorité de la concurrence a conseillé le gouvernement sur la façon de mener ces interventions. Premièrement, pour garantir l'entrée, l'autorité s'est rendu compte que les régions instaurent des obstacles réglementaires à l'entrée en termes d'autorisation et d'accréditation des prestataires, et a plaidé pour la suppression de ces obstacles. Deuxièmement, elle a prôné la mise en place d'incitations pour les prestataires. En Italie, les autorités sanitaires locales jouent le double rôle d'acheteur et de prestataire, ce qui nuit aux incitations. Enfin, en ce qui concerne le choix des consommateurs, l'autorité a préconisé que des informations soient mises à disposition des consommateurs.

Le **président** interroge ensuite le Royaume-Uni sur la proposition du service de santé d'abandonner la concurrence au profit d'une approche collaborative, à savoir l'intégration verticale des prestataires en une seule entité offrant un éventail complet de services locaux, de santé mentale et hospitaliers. Toutefois, la concurrence entre ces entités verticalement intégrées serait alors très limitée. En particulier, le président demande au Royaume-Uni d'expliquer pourquoi un tel changement s'est produit, et si l'autorité britannique de la concurrence (CMA) a joué un rôle ou a eu son mot à dire.

Le **Royaume-Uni** déclare que le modèle britannique permettrait de s'acheminer vers une approche plus collaborative dans le cadre du plan quinquennal élaboré par le *National Commissioning Board* en 2014, qui proposait des modèles intégrant les soins localement. L'un de ces modèles est celui du prestataire communautaire multispécialisé (*multi-specialty community provider*), qui rassemble d'importants groupes de médecins généralistes afin de leur permettre d'offrir un éventail plus large de services, y compris des services de proximité et ambulatoires. Ce modèle visait à donner la possibilité aux prestataires d'innover au niveau de certains aspects de l'offre, des paiements, des structures contractuelles et organisationnelles, afin que la prestation des services soit toujours assurée par les médecins généralistes, qui s'uniraient toutefois afin de collaborer dans un cadre plus large.

Le Royaume-Uni déclare que ce modèle n'en est qu'à ses débuts et qu'il faut encore lui laisser le temps de mûrir. Aucune amélioration n'est encore visible. Toutefois, la CMA et l'autorité de régulation du secteur de la santé au Royaume-Uni sont tout à fait conscientes que l'intégration et une coordination accrue peuvent poser des problèmes de cohérence avec le droit de la concurrence et des marchés publics, ce qui signifie que ces modèles seront conçus avec beaucoup de soin afin de s'assurer qu'ils ne vont pas à l'encontre du droit de la concurrence.

Le **président** demande si les « prestataires communautaires » désignent les communautés rurales, ou s'ils sont répartis dans tout le pays.

Le **Royaume-Uni** répond que l'adjectif « communautaire » s'entend ici au sens de « local », et qu'il peut aussi bien s'appliquer aux régions rurales qu'aux quartiers urbains.

Le **président** s'adresse ensuite à la Roumanie et l'interroge sur le système de remboursement des hôpitaux, fondé sur les coûts standards associés à chaque traitement, et sur la suggestion de l'autorité de la concurrence selon laquelle un tel système de remboursement pourrait conduire les prestataires à rogner sur la qualité afin de réduire les coûts par rapport au prix fixe perçu. Le président demande notamment si l'autorité de la concurrence a la preuve que c'est effectivement le cas, ou que cela s'est déjà produit. En outre, il demande ce qu'il se passerait si les hôpitaux perdaient des patients, et si les patients

des hôpitaux enregistrant de mauvais résultats préféreraient que les traitements non urgents soient confiés à d'autres hôpitaux plus performants : les hôpitaux seraient-ils obligés de se restructurer ou de quitter le marché, ou leurs mauvais résultats resteraient-ils impunis ?

La **Roumanie** explique que les réformes du système de santé s'accompagnent d'un élément de concurrence, en termes de libre concurrence entre les prestataires sous contrat avec l'assurance maladie nationale, et de liberté des patients de choisir entre les prestataires de soins. Elle indique que les hôpitaux sont rémunérés sur la base de systèmes de GHM (groupes homogènes de malades), et que l'assurance maladie nationale achète des services à des prestataires publics et privés. Toutefois, en 2015, les autorités sanitaires ont décidé de modifier la formule de remboursement en faveur des unités de santé publique. Ce changement a entraîné l'apparition de valeurs de remboursement différentes fondées uniquement sur des critères publics/privés pour un même type de service médical fourni. Si les hôpitaux ne sont pas payés en fonction de la quantité et de la qualité des services fournis, ils ne sont plus incités à se concurrencer pour attirer les patients, ce qui accroît la pression financière sur le budget de l'État. Par conséquent, l'équité du système de paiement des prestataires est accrue afin que les patients puissent avoir véritablement le choix entre prestataires publics et privés. En outre, la Roumanie a évalué les GHM les plus fréquents et leur rentabilité, et a constaté que, tant dans le cas des hôpitaux publics que privés, ces paiements ne sont pas rentables. Par conséquent, lorsque le niveau de rémunération n'est pas optimal, cela peut donner lieu à des résultats indésirables, comme le fait que les prestataires n'acceptent que des patients à bas coût, ou sont incités à réduire la qualité. Au lieu de recommander que le remboursement reflète les coûts effectivement supportés, l'autorité de la concurrence déclare avoir préconisé l'instauration de tickets modérateurs.

La **Roumanie** indique également qu'à défaut de données sur la qualité, des sanctions sont néanmoins prévues pour les hôpitaux qui fournissent des services de qualité médiocre. En effet, si un patient est réadmis dans un autre hôpital, le premier hôpital doit prendre à sa charge les frais encourus par le nouvel établissement.

Le **président** se tourne ensuite vers l'Estonie et demande comment sont financés les hôpitaux privés, s'il existe une assurance privée qui complète l'assurance publique, et si les patients peuvent choisir librement entre hôpitaux privés ou publics.

L'**Estonie** explique que son assurance maladie prend en charge le traitement médical et que lorsque le traitement est financé par la caisse d'assurance maladie, il est gratuit pour les patients. Par conséquent, un contrat avec la caisse d'assurance maladie protège les patients et le chiffre d'affaires des prestataires de santé. Toutefois, la Caisse d'assurance maladie préfère recourir aux hôpitaux publics. Par conséquent, les hôpitaux privés sont financés principalement par la demande privée des patients, et seulement dans une certaine mesure par la caisse d'assurance maladie. Par conséquent, l'autorité de la concurrence a suggéré que la loi soit modifiée afin de définir des critères clairs et transparents pour la répartition du financement des traitements entre les établissements de santé.

Le **président** s'adresse ensuite à l'Indonésie et lui demande de décrire son système de santé.

L'**Indonésie** explique que son système n'a été instauré qu'en 2014, et qu'elle s'efforce toujours de mettre en place des soins de santé financés par les fonds publics. La population et les hôpitaux se plaignent beaucoup du fait que les financements publics soient limités. L'assurance maladie nationale met également beaucoup de temps à payer les hôpitaux.

Le **président** interroge ensuite les Pays-Bas au sujet d'une déclaration figurant dans leur contribution : « il n'y a pas de listes d'attente aux Pays-Bas ». Il demande notamment

comment cela est possible, puisque l'assureur est responsable de la liste d'attente mais qu'il n'est pas intégré verticalement dans la chaîne d'approvisionnement. L'assureur n'est donc pas le prestataire, alors comment peut-il s'assurer que les hôpitaux sont effectivement rapides et que les listes d'attente sont minimales ou inexistantes ? En outre, il demande si cette suppression des listes d'attente a été possible grâce à un mécanisme de marché, ou si elle résulte de certaines décisions administratives en lien avec les capacités.

Les **Pays-Bas** commencent par indiquer qu'ils disposent d'une assurance obligatoire pour lutter contre l'antisélection, afin que les personnes en bonne santé n'évitent pas de souscrire une assurance maladie. En outre, pour garantir l'utilité de cette assurance obligatoire, ils déterminent les prestations prises en charge par l'assurance de base, car si l'on permet aux assureurs de ne couvrir qu'une petite partie des prestations, cela revient à ne vendre aucune assurance du tout. Les Pays-Bas déclarent qu'il pourrait en être de même pour les listes d'attente. Si l'on passe des contrats uniquement avec des hôpitaux dont les listes d'attente sont très longues, cela ne revient à ne proposer aucune assurance. Cette assurance sera certainement beaucoup moins chère, et l'on se heurtera inévitablement au problème de l'antisélection. C'est la raison pour laquelle les listes d'attente ne sont en principe pas autorisées aux Pays-Bas. En outre, ces derniers expliquent que lorsqu'ils déclarent ne pas avoir de listes d'attente, ils entendent par liste d'attente un délai d'attente supérieur à la normale. Les secteurs eux-mêmes se sont mis d'accord sur les délais d'attente acceptables, et les assureurs sont tenus de veiller à ce que les patients puissent recevoir des soins dans ces délais. Dans le domaine des soins hospitaliers, cela fonctionne assez bien, malgré un certain allongement des délais d'attente, mais cela signifie que les assureurs doivent faire plus d'efforts pour dégager suffisamment de capacités, ce qui les oblige à augmenter leurs prix. Cela va donc de pair avec la libéralisation. Par exemple, à supposer l'existence de listes d'attente dans un groupe, on peut s'attendre à ce que les mécanismes du marché entraînent une hausse des prix pour le groupe sur liste d'attente. Toutefois, dans le secteur de la santé mentale, les prix sont réglementés pour certains groupes, ce qui conduit à de nombreuses listes d'attente. C'est parce que les prix relatifs ne peuvent pas s'ajuster. Les Pays-Bas expliquent également que lorsque les hôpitaux font faillite, l'assureur doit s'assurer qu'une autre entité prendra la relève dans la région et prendra les patients en charge en temps opportun.

Le **président** demande ce qui arrive à un assureur qui ne respecte pas les délais d'attente obligatoires ; une sanction est-elle prévue ? En particulier, que se passe-t-il si les délais d'attente sont plus longs que nécessaire ?

Les **Pays-Bas** indiquent qu'une sanction sévère est prévue, et que les autorités sanitaires néerlandaises appliquent ces règles et peuvent sanctionner les assureurs, mais qu'elles n'ont jamais eu à le faire jusqu'à présent parce que les assureurs respectent les règles.

Le **président** s'adresse ensuite à l'Argentine et l'interroge sur le système d'assurance à trois niveaux en vigueur dans le pays. Un niveau est réservé aux nécessiteux, qui représentent 34 % de la population ; un autre s'adresse aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire, soit 53 % de la population ; enfin le dernier concerne les titulaires d'une assurance privée, c'est-à-dire le reste de la population. En particulier, il demande si ces trois niveaux sont complètement séparés, ou si tout le monde peut aller partout, être traité dans n'importe quel hôpital, et si le système ne le permet pas, s'il y a concurrence entre les prestataires de services dictée par le choix des patients. Par exemple, si les patients choisissent un seul hôpital, cet hôpital voit-il ses revenus augmenter, et un hôpital qui n'attire pas autant de patients voit-il ses revenus diminuer ?

L'**Argentine** explique qu'elle compte trois groupes. Chaque groupe dispose de ses propres prestataires ; par exemple, le secteur de la santé publique est universel, de sorte que tout le monde peut se rendre dans ces établissements et hôpitaux publics. Dans le secteur de la sécurité sociale, où il existe une assurance sociale, à savoir une assurance publique financée par les cotisations sociales, une réforme a été menée il y a une quinzaine d'années, qui a permis à chaque prestataire d'entrer en concurrence. L'assurance privée est une autre problématique.

En outre, l'**Argentine** décrit trois grandes politiques mises en œuvre par différents secteurs du gouvernement pour accroître la concurrence dans le secteur de la santé. Tout d'abord, les négociations en vue de l'achat de médicaments font intervenir les pouvoirs publics ainsi que les associations professionnelles et les laboratoires qui négocient les conditions, les prix et les questions commerciales relatives aux modalités d'approvisionnement du secteur de la santé publique. Le gouvernement réforme actuellement ce processus. L'une des grandes réformes concerne la sécurité sociale des personnes âgées, auxquelles sont imputables quelque 40 % de la demande de ces médicaments. Le gouvernement négociera individuellement avec chaque fabricant de médicaments, et non avec le cartel des laboratoires. Les contrats évoluent, une évolution à laquelle l'autorité de la concurrence a participé. Cette dernière donne des conseils quant à la manière d'améliorer les mécanismes et les procédures visant à accroître la concurrence. Une deuxième réforme consiste à organiser des appels d'offres et des ventes aux enchères pour les médicaments très coûteux. Sur ce point, l'autorité de la concurrence a également formulé des conseils sur les modalités d'organisation des ventes aux enchères et de la concurrence. D'après les premiers résultats, ces mesures ont permis de réaliser 80 % d'économies sur les achats de médicaments. Le troisième point concerne une étude de marché relative à la distribution et à la logistique des médicaments, dans l'ensemble des chaînes de production. L'autorité de la concurrence va formuler des recommandations quant à la manière d'améliorer le fonctionnement concurrentiel du secteur afin de renforcer la transparence et mettre en place des incitations plus concurrentielles pour les laboratoires (les fabricants des médicaments).

Le **président** se tourne ensuite vers le Taipei chinois et l'interroge sur son système d'assurance maladie obligatoire, dans lequel la qualité est garantie par des mécanismes d'examen rigoureux. En particulier, il lui demande comment sont rémunérés les hôpitaux publics, s'ils sont payés à l'acte ou si leurs frais sont pris en charge par les pouvoirs publics. En outre, il demande si les hôpitaux publics bénéficient toujours de financements lorsque le taux d'utilisation des capacités est faible, si l'ouverture d'un nouvel hôpital nécessite une autorisation, et si cette autorisation est fonction des besoins.

Le **Taipei chinois** explique que l'assurance maladie nationale a adopté un système de paiement unique, une norme de paiement unifiée avec des services de santé pris en charge par l'assurance nationale, et qu'aucune distinction n'est faite entre hôpitaux publics et privés. En outre, l'administration a commencé à procéder à des évaluations des hôpitaux pour prévenir une situation de faible capacité. L'autorité a constaté un faible taux d'utilisation des capacités, même dans les hôpitaux publics. En outre, le Taipei chinois explique que l'évaluation et l'autorisation des établissements de soins, y compris les hôpitaux et les cliniques, ont été approuvées par l'autorité sanitaire conformément à la loi sur les soins médicaux. Enfin, le Taipei chinois déclare que l'autorité sanitaire vise à contrôler efficacement les dépenses de santé sans gaspiller les ressources de santé et, dans le même temps, à maintenir la qualité des services de santé. Afin d'atteindre ces objectifs, l'autorité a lancé une nouvelle réforme afin d'éviter une hausse des dépenses de santé abusives.

Le **président** demande si les employés des hôpitaux publics sont des fonctionnaires d'État ou des salariés du secteur privé, et si les hôpitaux publics peuvent les licencier.

Le **Taipei chinois** répond qu'en vertu de son droit du travail, les salariés ne peuvent pas être licenciés sans justification. En outre, les fonctionnaires d'État, en général, bénéficient d'un meilleur traitement sur le plan de l'emploi.

Le **président** se tourne ensuite vers l'Autriche et l'interroge sur une étude de marché relative au secteur pharmaceutique, menée par l'autorité autrichienne. Il était notamment suggéré de libéraliser le secteur et de supprimer les conditions préalables à l'entrée des pharmacies. En particulier, il demande pourquoi l'autorité a rédigé le rapport et comment ce dernier a été reçu, en particulier par les pharmaciens, et quelles ont été les réactions politiques aux publications.

L'**Autriche** répond que cette enquête sectorielle a été lancée en raison de plaintes, d'affaires et de dispositions légales, et que l'autorité cherchait à savoir si elles avaient soulevé des problèmes de concurrence. Afin de clarifier la recommandation relative à l'évaluation des besoins en tant que condition préalable à l'entrée des pharmacies, l'autorité a recommandé soit de la supprimer, soit de la modifier si sa suppression n'est pas possible. Cela s'explique par le fait qu'en Autriche, la densité des pharmacies est très faible, de l'ordre de 15 pour 100 000 habitants, contre 25 en moyenne dans la zone OCDE par exemple, et que le marché pourrait tirer profit d'une hausse du nombre de pharmacies. En outre, la réaction de la chambre des pharmacies a été très critique, affirmant que le marché permet un accroissement de la densité et que ces résultats et conclusions ont suscité un débat politique au sein de la commission de la santé du parlement autrichien. En outre, un amendement à la loi sur les pharmacies est en cours, et il clarifiera probablement l'article 12 de cette loi, qui accorde un très grand pouvoir discrétionnaire aux autorités responsables en ce qui concerne l'octroi d'une licence à une pharmacie. Ensuite, cela conduira probablement à une clarification des dispositions, ce qui permettra aux autorités de mieux les appliquer.

Le **président** demande s'il existe en Autriche des pharmaciens sans pharmacie. Les pharmaciens ont-ils tous une pharmacie, ou certains ne sont-ils pas en mesure d'en posséder une ?

L'**Autriche** répond que de nombreux pharmaciens ne sont pas en mesure d'acquérir une pharmacie.

Le **président** demande ensuite à l'Autriche d'expliquer pourquoi l'autorité a suggéré de maintenir la restriction de propriété des pharmacies.

L'**Autriche** répond que les autorités considèrent que les restrictions de propriété sont essentielles, en raison des risques d'intégration verticale et de la forte influence des grossistes sur les pharmacies. L'autorité est convaincue que la licence d'exploitation d'une pharmacie doit être accordée à un pharmacien uniquement. L'autorité recommande de ne pas autoriser les chaînes de pharmacies afin de limiter l'influence des grossistes sur les pharmacies, de sorte que l'autorisation ne doit être accordée qu'à une seule personne, qui peut posséder une pharmacie et au maximum deux succursales.

Le **président** ajoute que dans de nombreux pays, de grandes chaînes de pharmacies indépendantes ont vu le jour du fait de la libéralisation, et ne sont pas nécessairement détenues par des pharmacies ou par des grossistes, mais par des entrepreneurs.

L'**Autriche** ajoute que dans ce contexte, des magasins d'alimentation ont tenté d'accéder à ce marché. Une requête a été introduite devant la Cour constitutionnelle autrichienne à

deux reprises au cours des trois dernières années. Elle a été rejetée dans les deux cas, mais pas sur le fond. Il a été suggéré que les magasins d'alimentation pourraient faire en sorte qu'un pharmacien soit toujours présent dans la pharmacie, et qu'ils retenteront probablement leur chance une troisième fois.

Le **président** se tourne ensuite vers la Lituanie, qui a une opinion négative sur un projet de loi visant à créer des pharmacies hospitalières. En particulier, il demande quelle était la justification économique de ce projet de loi, et pourquoi ces pharmacies hospitalières ont été créées. Était-ce pour accroître l'offre de médicaments ou pour faire baisser leur prix, du fait que les hôpitaux achètent des médicaments à des prix beaucoup plus bas que les pharmacies ? Ou l'objectif était-il de desservir des régions où il n'existe pas de pharmacies ?

La **Lituanie** explique qu'il existe plusieurs projets d'amendements à la loi. Le premier projet a été déposé en mai 2017 et propose que les pharmacies hospitalières soient établies non seulement en tant que division des établissements de soins, chargée de leur fournir des produits pharmaceutiques, mais qu'elles remplissent également les fonctions de pharmacie publique. D'autres amendements vont encore plus loin : en septembre 2017, il a été suggéré que les pharmacies hospitalières soient autorisées à vendre des produits pharmaceutiques aux patients soignés en hôpital de jour, mais aussi à distance. Un troisième amendement a été proposé en avril 2018, en vertu duquel ces pharmacies hospitalières pourraient vendre des produits pharmaceutiques aux consommateurs. Le Conseil de la concurrence craignait que ces amendements ne proposent la création d'une chaîne de pharmacies d'État susceptibles de bénéficier de privilèges permettant d'évincer du marché des pharmacies plus efficaces. Le Conseil de la concurrence s'est donc montré critique à l'égard de ces projets d'amendements, et a émis des avis sur les trois projets d'amendements déposés.

Selon le Conseil de la concurrence, les amendements proposés ne donnent aucune explication valable des raisons pour lesquelles la participation de l'État est nécessaire à cet égard, ni des effets à long terme sur la concurrence. Il indique également que le système proposé n'a fait l'objet d'aucune analyse coûts-avantages. Le Conseil de la concurrence se réfère à l'article 46 de la Constitution de la République de Lituanie, qui garantit la liberté d'activité économique et dispose que l'État doit réglementer l'activité économique de manière à servir l'intérêt général de la population. En conséquence, le Conseil de la concurrence déclare que selon la Constitution, la base de l'économie lituanienne est la propriété privée et la liberté d'activité économique, de sorte que le rôle de l'État est de promouvoir, soutenir, sauvegarder et réglementer cette activité. Le Conseil de la concurrence souligne que selon lui, ce n'est que lorsqu'il existe suffisamment de données démontrant la nécessité de services particuliers au sein de la société, qui ne peuvent être garantis par une concurrence effective entre entreprises privées, que l'État peut prendre l'initiative de promouvoir ces services. Il laisse entendre que rien n'indique l'existence d'une défaillance de cette sorte susceptible d'être corrigée par l'intervention de l'État sur le marché de détail des produits pharmaceutiques, et considère que ces propositions peuvent engendrer des risques comme des conflits d'intérêts et des problèmes liés aux aides publiques.

Par conséquent, la Lituanie fait remarquer que la réglementation des activités économiques doit être conçue de manière à créer les conditions les plus favorables à une concurrence efficace, susceptible d'avantager à la fois les consommateurs et l'État dans sa globalité. Cette réglementation ne devrait pas être synonyme d'excès et de protectionnisme, mais devrait être claire, transparente et non discriminatoire. Le Conseil de la concurrence s'est donc opposé aux projets d'amendements. Ces amendements à la loi sur la pharmacie ont

pourtant été adoptés en juin 2018, et sont entrés en vigueur le 1^{er} novembre dernier. La version finale de la loi dispose que les pharmacies hospitalières sont autorisées à fournir des produits pharmaceutiques aux services d'hôpital de jour, aux services qui bénéficient de ces services d'hôpital de jour, mais qu'elles ne peuvent pas vendre de produits pharmaceutiques à distance.

Ensuite, le **président** se penche sur la question des médicaments génériques et s'adresse à la Croatie, où le guide du ministère de la Santé recommande que les médecins généralistes prescrivent les médicaments les moins chers au sein d'un groupe de médicaments de même composition. Par conséquent, s'il existe un générique, le médecin généraliste est tenu de le prescrire. Le président demande à la Croatie d'expliquer pourquoi le ministère de la Santé n'a pas suivi la suggestion de l'autorité de la concurrence, qui proposait que les patients versent un complément pour obtenir la marque de leur choix.

La **Croatie** indique que le guide du nouveau modèle d'orientation a été publié par la caisse d'assurance maladie croate et qu'il fixe des critères à l'intention des médecins généralistes responsables des décisions finales concernant les médicaments sur ordonnance et le traitement proposé. Ce guide recommande que les médecins généralistes prescrivent en principe le médicament le moins cher d'un groupe de médicaments de même composition. Ce guide semble contredire la recommandation, et ne devrait donc pas être contraignant. En pratique, il définit les pratiques prescriptives des médecins généralistes, ce qui pourrait affecter indirectement le marché des médicaments. La Croatie explique que selon l'autorité de la concurrence, l'application d'un tel guide peut avoir des effets d'exclusion sur les fabricants de médicaments dont les produits sont sur le marché mais ne sont pas les moins chers du groupe thérapeutique concerné. Les fabricants de ces médicaments sont exclus du marché, bien qu'ils figurent sur la liste des médicaments intégralement remboursés. En d'autres termes, le consommateur final, le patient n'a pas le droit de choisir le médicament dans cette liste de base, même s'il souhaite prendre à sa charge la différence entre le prix du médicament en question et le prix de référence. En outre, ce médicament ne peut pas figurer en même temps sur la liste de remboursement des médicaments complémentaires lorsqu'il n'est accessible au consommateur final que par la contribution directe ou indirecte de ce dernier sur la base du régime d'assurance maladie complémentaire. Une telle situation réduit considérablement la liberté de choix finale des consommateurs eu égard aux médicaments figurant sur la liste de remboursement de base. Il a été fait part de ce constat au ministère de la Santé, et la situation a évolué. Les pratiques ont changé, et les médecins généralistes peuvent désormais prescrire n'importe quel médicament figurant sur la liste de remboursement, quel que soit son prix, et ne peuvent plus être licenciés pour ne pas avoir prescrit le médicament le moins cher de cette liste.

Le **président** aborde ensuite la question des marchés publics. Il interroge la Russie sur le marché de la maintenance du matériel médical et sa proposition que lors de l'achat de dispositifs médicaux, le fournisseur soit également tenu de communiquer les informations et mots de passe se rapportant à la partie électronique du dispositif médical, afin qu'il puisse rester en concurrence avec les autres.

La **Russie** explique que dans le cadre de son processus de réforme de la santé, le Service fédéral antimonopole (SFA) a été confronté au problème de l'insuffisance des informations communiquées par les fabricants et distributeurs d'équipements médicaux. De nos jours, les équipements médicaux sont très complexes, et le marché de la maintenance et de la réparation des dispositifs médicaux reste fermé, même parmi les entreprises qui possèdent les licences appropriées pour ce type d'activité. Cela est dû au fait que les fournisseurs de dispositifs médicaux ne communiquent pas l'ensemble des informations, codes, mots de

pas et logiciels nécessaires aux prestataires tiers en charge de l'entretien technique et de la réparation, ni aux acheteurs, aux hôpitaux et aux propriétaires de dispositifs médicaux. Ainsi, les propriétaires et les organismes de réparation sont tributaires des fournisseurs, qui fixent eux-mêmes les conditions tarifaires, les conditions d'exécution des prestations de services et la liste des prestataires habilités à réparer et entretenir les produits médicaux. Afin d'éliminer ce problème, le SFA a proposé d'inscrire dans la loi l'obligation pour le fabricant ou les fournisseurs de transmettre l'ensemble des informations nécessaires, ce qui permet aux propriétaires de jouir pleinement de leur bien, en l'occurrence les dispositifs médicaux, et de choisir un organisme pour assurer l'entretien et la réparation de ces dispositifs. Les organismes d'entretien ont également besoin d'avoir accès à ces informations.

Le ministre de la Santé de la Fédération de Russie a approuvé la nouvelle version d'un contrat type spécial pour la fourniture de dispositifs médicaux. Le fabricant doit organiser la transmission des informations nécessaires à l'utilisation de l'équipement, comme les codes, les mots de passe d'accès, les programmes et autres informations nécessaires à l'installation, la mise en service, l'utilisation, le fonctionnement et la maintenance de ce type d'équipement.

Du point de vue de la demande, le SFA propose de résoudre les problèmes d'accès au marché rencontrés par les organismes de maintenance et d'entretien par le biais du mécanisme d'autoréglementation. La concurrence sur le marché des dispositifs médicaux est limitée en raison d'une forte monopolisation artificielle de cette activité par les fabricants, qui se réservent notamment le droit exclusif d'assurer la maintenance technique de ces équipements. Les services après-vente agréés ne sont pas toujours les plus compétents. Ainsi, pendant la transition vers le système d'autoréglementation, les organismes d'autoréglementation nouvellement créés sur ce marché de l'entretien des dispositifs médicaux auront notamment pour fonction de contrôler le respect des règles internes par les participants. Lorsque les patients subissent un préjudice du fait de dispositifs médicaux rendus inutilisables ou défectueux par un entretien non conforme à la documentation technique et opérationnelle du fabricant, ce préjudice doit faire l'objet d'une indemnisation par l'organisme d'autoréglementation. Ces organismes doivent créer à cette fin un fonds spécial d'indemnisation, et définir également des règles spéciales d'indemnisation. Dans une telle situation, les risques de sanctions financières et d'atteinte à la réputation devraient constituer un outil efficace pour prévenir d'éventuelles violations des obligations contractuelles et des règlements. La Russie remarque que le risque d'être inscrit sur la liste noire des organismes de passation des marchés publics est également un outil de dissuasion très puissant.

Le président demande si le système est d'ores et déjà en place.

La Russie répond que le système n'est certes toujours pas en place et qu'il n'en est qu'à ses débuts. Les règles applicables aux fabricants et aux fournisseurs ont déjà été modifiées, mais l'organisation de l'autoréglementation dans ce secteur est en cours de discussion.

Le président s'adresse ensuite à Singapour et l'interroge sur la rotation des fabricants de lait infantile dans les pouponnières des hôpitaux. En outre, le **président** décrit un cas similaire en Italie, où les fournisseurs de lait infantile approvisionnaient les pouponnières gratuitement à tour de rôle, un mois chacun, afin de se répartir stratégiquement le marché, de manière que chaque nouveau-né rentre chez lui en ayant déjà goûté une marque spécifique de lait. Par conséquent, ce système s'apparente d'une certaine manière à une stratégie d'entente. En particulier, le président demande à Singapour si cette stratégie de rotation avait fait l'objet d'une évaluation, et quel était son objectif.

Singapour explique que les prix du lait maternisé ont considérablement augmenté ces dernières années, ce qui a motivé la réalisation d'une étude sur la chaîne d'approvisionnement du lait maternisé à Singapour. L'approvisionnement des hôpitaux en lait maternisé pour nourrissons figurait parmi les questions à l'ordre du jour. Singapour explique que si l'on se place du point de vue des parents, une fois que le nouveau-né a goûté une marque de lait particulière sans souffrir de diarrhée, d'allergies ou d'autres problèmes, ils n'envisagent pas de changer de marque une fois à la maison, car ils tiennent davantage compte de la sécurité du nouveau-né que du prix. Les fabricants de lait maternisé l'ont bien compris et se livrent par conséquent une concurrence acharnée pour être référencés dans les maternités. En outre, les hôpitaux ont généralement en stock plusieurs marques de lait au choix des parents, mais seuls 30 % de ces derniers choisissent une marque spécifique. Les autres ne savent probablement pas quelle marque choisir et s'en remettent à l'hôpital pour choisir à leur place. Ou alors peut-être que la mère n'est pas encore remise de l'accouchement et n'a donc pas l'énergie de choisir. En outre, étant donné qu'une part importante de parents n'ont pas de préférence spécifique, les hôpitaux ont conçu ce mécanisme de rotation, chaque marque de lait étant distribuée à une période différente et administrée par défaut aux nouveau-nés. Contrairement à ce qui se passe en Italie, ce mécanisme de rotation relève du choix des hôpitaux et non d'un accord entre des fournisseurs concurrents de lait maternisé. Il n'est donc pas directement classé dans la catégorie des ententes en termes de partage du marché. Toutefois, dans l'étude de marché, l'autorité a identifié d'éventuels problèmes liés au fait que les hôpitaux privés qui appliquent ce système de rotation acceptent des parrainages et des remises des fournisseurs de lait infantile. Cette pratique est problématique à deux égards. Premièrement, la concurrence est potentiellement faussée. Parce qu'il ne s'agit pas seulement de cadeaux, mais aussi parce que les fournisseurs de lait infantile distribuent du matériel promotionnel et dispensent des formations afin que leur marque soit choisie lors des périodes les plus propices du calendrier de rotation. Par conséquent, il est possible que le choix des marques ne soit pas fondé uniquement sur des critères de qualité et qu'il soit faussé par le montant des incitations offertes aux hôpitaux par ces marques. Deuxièmement, les fabricants se livrent une concurrence acharnée pour s'attirer les faveurs des hôpitaux par le biais d'incitations. Par la suite, en raison de la fidélité envers la marque, ils sont susceptibles de répercuter le coût de ces parrainages sur les parents et d'exploiter la fidélité ex post à la marque. Ainsi, l'autorité a mis ces problématiques en avant dans le rapport d'étude de marché. En réponse, le ministère de la Santé a créé un groupe de travail à Singapour pour traiter ces questions dans le cadre de l'actuelle réforme de la santé. Ce processus est toujours en cours.

Le **président** s'adresse ensuite à Israël qui souhaitait donner suite à la contribution intéressante de Singapour sur le lait maternisé.

Israël décrit un problème similaire. Les autorités israéliennes ont constaté qu'en raison de la fidélité des parents aux préparations infantiles administrées dans les hôpitaux, les fabricants versent des sommes d'argent considérables aux hôpitaux afin de devenir leurs fournisseurs exclusifs. Les fabricants de préparations infantiles paient le droit de fournir gratuitement des préparations infantiles aux hôpitaux, et ces derniers ne peuvent pas résister à la tentation de toucher de grosses sommes d'argent. L'autorité a estimé qu'il s'agissait là d'un obstacle à la concurrence sur le marché des préparations infantiles, et a négocié un décret avec les fabricants de préparations pour nourrissons, ces derniers acceptant d'autoriser l'ensemble des marques de préparations infantiles à approcher les parents. Ainsi, chaque hôpital devait proposer au moins trois marques différentes de préparations infantiles aux parents de nourrissons. Cette mesure était censée accroître la concurrence sur

le marché des préparations infantiles. L'autorité a examiné les résultats du décret quelques années plus tard et a constaté qu'il contribuait réellement à instaurer une concurrence au sein des hôpitaux. Les parents se sont en effet vu offrir quelques préparations infantiles, mais cela n'a pas accru la concurrence dans les rayons des magasins d'alimentation par la suite, puisqu'il n'y a pas eu de baisse du prix de ces préparations.

Israël affirme qu'il semble que l'élasticité de la demande soit très stricte dans ce cas particulier, parce que les parents sont très sensibles à ce que leurs bébés reçoivent. L'autorité l'a constaté lorsque les entreprises ont essayé de promouvoir une marque plus haut de gamme. Un parent monte très facilement en gamme, parce qu'il est prêt à mettre n'importe quel prix dans les préparations infantiles. Il est donc très difficile d'instaurer une concurrence sur ce marché.

Le **président** se tourne ensuite vers la Corée, qui interroge M. Fels sur les informations fournies aux consommateurs pour les aider à choisir des services de santé de meilleure qualité à moindre coût, comme mentionné dans sa présentation. La **Corée** indique qu'il existe dans de nombreux pays, dont elle fait elle-même partie, des réglementations publiques visant à restreindre ou empêcher la publicité dans le but de protéger les consommateurs, et demande au professeur Fels si c'est également le cas en Australie. De quelle réglementation l'Australie dispose-t-elle pour protéger les consommateurs, et le cas échéant, pourquoi le gouvernement australien a-t-il adopté cette réglementation ? La **Corée** demande à M. Fels de présenter les autres pays mis en évidence dans ses recherches, hormis l'Australie.

M. Fels commence par répondre que, dans le domaine de la concurrence, nous sommes extrêmement méfiants à l'égard des restrictions à la publicité, qui sont anticoncurrentielles. En effet, il y a eu des cas où les restrictions à la publicité ont été levées, ce qui a entraîné une hausse de la concurrence et une baisse des prix. Par conséquent, il est intéressant de partir de ce point de vue dans le domaine de la concurrence.

Ensuite, **M. Fels** met l'accent sur le système de santé. Il indique que la publicité fait l'objet de restrictions, notamment dans le secteur pharmaceutique, du fait que l'on estime que les consommateurs ne doivent pas être laissés juges de la qualité des médicaments. Toutefois, cela a d'autres effets. Les efforts de marketing des laboratoires pharmaceutiques, qui visent à convaincre les médecins et les hôpitaux d'acheter leurs produits, ont eu des effets mitigés. L'aspect le plus critiquable est que les efforts de marketing sont allés trop loin, que les médecins ont fait l'objet de mauvaises incitations afin de les pousser à favoriser un laboratoire pharmaceutique plutôt qu'un autre, par exemple en participant à des conférences. Par conséquent, les restrictions ont porté non seulement sur la publicité primaire, mais également sur les formes secondaires de marketing. En outre, lorsque la publicité directe auprès des consommateurs est limitée, il convient de se demander : « Vers quoi l'effort de marketing sera-t-il dirigé ? Les résultats seront-ils meilleurs ou pires ? » M. Fels indique que de manière générale, les médecins évitent depuis longtemps la publicité comparative. Toutefois, au cours des 20 dernières années, on a fait beaucoup de publicité qui n'est pas restée sans effet. En Australie, lorsqu'une personne consulte un médecin, elle a deux possibilités. Le médecin peut fournir ses services gratuitement et être payé par l'État, ou il peut facturer un supplément. Par conséquent, les médecins qui ne font pas payer d'honoraires ont fait beaucoup de publicité, ce qui a probablement eu un impact positif sur la fréquentation et la concurrence.

Ensuite, M. Fels décrit un autre secteur du système de santé. Le marché principal des hôpitaux est celui des prestataires de soins primaires, des médecins, etc. La publicité n'est donc pas une pratique très répandue. Les spécialistes visent également principalement à

attirer des prestataires de soins primaires comme les médecins généralistes, afin qu'ils leur envoient des patients. Par conséquent, il n'y a pas de publicité publique, mais l'on assiste fréquemment à une publicité personnelle plus ou moins subtile. Les assureurs font beaucoup de publicité, mais il est extrêmement difficile pour les consommateurs de faire un choix, principalement en raison d'une tarification uniforme. Par conséquent, sur un marché moins perturbé, on trouverait probablement quelques assureurs essayant d'attirer un maximum de jeunes en bonne santé et proposant des primes très basses. Les autres assureurs qui ont des clients en moins bonne santé et peut-être plus âgés souffrent de cette concurrence, alors le gouvernement essaie d'égaliser la situation en instaurant une tarification uniforme, ce qui est le cas dans de nombreux pays où il tente d'indemniser ceux qui prennent en charge les patients en moins bonne santé avec certaines répercussions pas très positives sur la quantité de soins administrés. Par conséquent, on obtient un tableau mitigé de l'assurance maladie privée, mais la publicité fondée sur la marque est considérable.

Le **président** se tourne ensuite vers l'Argentine, qui commente la contribution de l'Autriche relative au maintien des restrictions de propriété des pharmacies. L'**Argentine** décrit une récente affaire d'entente entre les pharmacies d'une province argentine. Il s'agissait d'une entente sur les prix, les pharmacies ayant convenu de ne pas accorder de rabais supérieur à 10 %. L'accord comportait également certaines restrictions accessoires, l'une interdisant la publicité et l'autre les chaînes de pharmacies. De fait, certaines pharmacies ayant essayé de monter une chaîne et de briser l'entente ont fait l'objet de sanctions. Par conséquent, l'autorité a conclu que les chaînes de pharmacies pourraient être un outil concurrentiel sur ce marché.

Le **président** aborde ensuite la dernière partie du débat, à savoir la réforme menée récemment dans les pays nordiques. Il donne la parole à **M^{me} Laura Hartman**, qui présente les réformes suédoise et finlandaise de la santé et les principes visant à instaurer une concurrence dans des systèmes complexes se caractérisant par un financement public et la coexistence de prestataires de services publics et privés.

M^{me} Hartman commence par présenter ses principales références concernant les réformes des services de santé. Elle commence par évoquer les réformes suédoises qui ouvrent à la concurrence des services à caractère social comme l'enseignement, les soins aux personnes âgées et les services sociaux. Au cours des sept dernières années, ces réformes ont suscité le questionnement des politiciens, qui se sont notamment demandé si les réformes, l'instauration de la concurrence et d'autres volets des réformes avaient amélioré l'efficacité et la qualité dans le secteur public.

Ainsi, si l'on examine les répercussions de la concurrence sur les services de santé, l'on constate que de nombreux opérateurs privés sont entrés sur le marché des soins primaires après son ouverture. En outre, on trouve également des opérateurs privés dans les soins hospitaliers, mais ils ne sont pas aussi répandus. Aujourd'hui, les soins primaires sont régis par une loi qui dispose que les 20 comtés suédois en charge de la prestation des soins doivent laisser le choix aux patients, leur donner la possibilité d'utiliser leur liberté de choix, et s'ouvrir aux opérateurs privés du système de santé. Toutefois, la principale conclusion de **M^{me} Hartman** est que l'ouverture des services de santé à la concurrence n'est pas la panacée. Des problèmes et des difficultés demeurent au sein du système suédois. Le système est assez fragmenté du point de vue des patients et ne fonctionne pas aussi efficacement. Selon certains calculs, les médecins suédois reçoivent moins de patients que la plupart des autres médecins dans le monde, de sorte qu'une grande enquête publique est

en cours afin de déterminer comment répartir les ressources pour rendre les soins primaires plus accessibles, et mieux répondre aux besoins des patients.

M^{me} Hartman précise que la conception optimale d'une réforme de la santé dépend de deux aspects essentiels. Tout d'abord, la situation de départ, qui varie beaucoup d'un pays à l'autre en termes de modalités de prestation et d'organisation des soins. Deuxièmement, les objectifs de la réforme, comme le contrôle des coûts, la disponibilité, les résultats médicaux et la participation des patients. Plus l'on fixe d'objectifs, plus les conflits sont nombreux et plus il est difficile d'atteindre l'ensemble des objectifs. Dans de nombreux pays, dont la Suède, le système n'est pas intégré du point de vue du patient. De nombreux défis restent à relever lorsque l'on tient compte des besoins des services sociaux.

Autre conclusion : il est important de pouvoir évaluer les effets de la réforme ultérieurement, et cette étape est très souvent omise. Il s'agit de systèmes complexes, il est donc impossible de savoir à l'avance comment les concevoir parfaitement, mais le fait de permettre leur amélioration en cours de route, par le biais d'essais à petite échelle et d'une évaluation systématique, permet d'identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. En outre, il est important de planifier ce système d'évaluation dès le départ.

Troisième conclusion générale, les décideurs doivent anticiper les droits des salariés et des patients lorsqu'ils ouvrent le marché aux acteurs et opérateurs privés. Par exemple, les salariés bénéficient de droits très solides dans le secteur public suédois. Ces droits ne sont toutefois pas aussi solides chez les opérateurs privés, une situation qui a fait l'objet d'améliorations et d'ajustements au fil du temps. Autre exemple, les prestataires privés et publics en Suède n'octroient pas les mêmes droits aux patients. Le professeur Hartman fait remarquer que le gouvernement tente d'harmoniser ces droits par la voie légale.

M^{me} Hartman explique que des problèmes d'écrémage peuvent survenir. La question se pose donc de savoir comment concevoir le système de paiement de manière à éviter cet écrémage. Elle décrit le système de paiement des soins primaires en Suède. Le pays compte 20 comtés indépendants en charge de la santé, et la plupart d'entre eux associent un système de paiement par patient inscrit pour les centres de soins primaires et un système de paiement à la production. Selon M^{me} Hartman, le fait qu'un opérateur public soit présent aux côtés des opérateurs privés est utile au système. En effet, l'opérateur public peut être obligé de garantir une disponibilité universelle à tous les citoyens, surtout en présence de problèmes de capacité, par exemple lorsque les capacités totales des opérateurs privés sont trop faibles pour répondre à l'ensemble des besoins. En outre, cela permet également de faciliter la sortie. En Suède, la disponibilité s'est améliorée depuis les réformes. Un problème de capacité demeure toutefois, et les files d'attente n'ont pas disparu.

La nécessité d'un opérateur public soulève la question de l'égalité des conditions de concurrence. Si les hôpitaux publics sont obligés d'avoir des capacités supplémentaires, ils ne devraient pas être soumis exactement aux mêmes règles de concurrence que les opérateurs privés, qui n'ont pas d'obligation de service public. Selon M^{me} Hartman, il faut donc concevoir un système prévoyant des règles légèrement différentes pour les opérateurs qui ont des obligations de service public.

Enfin, il est important d'adopter une perspective systémique. Il faut absolument éviter les modèles de gestion et de paiement contradictoires ou trop détaillés. En Suède, le système est devenu très lourd sur le plan administratif, des bureaux d'audit, des inspections et d'autres types d'organisations contrôlant la qualité et différents aspects des services de santé, de très nombreux détails, et surveillant de manière très stricte l'ensemble du secteur. Par conséquent, si l'on se place du point de vue du patient, les différentes parties du système

de santé doivent communiquer entre elles, ainsi qu'avec les services sociaux, notamment dans le cas des personnes âgées qui ont des besoins complexes. En outre, le dialogue et la participation des professionnels de santé sont très importants lors de la conception de la réforme dans son ensemble. En Suède, par exemple, le système de paiement a été conçu sans tenir compte de certaines problématiques fondamentales qui auraient pu être repérées en faisant intervenir les professionnels de santé. Par conséquent, il convient d'encourager le dialogue et la coopération entre les membres du personnel.

M. Fels commente ensuite l'approche holistique et la coordination de la prestation de différents services individuels évoquées par M^{me} Hartman. Il décrit le concept de compte diagonal. Lorsque le ministère de la Santé prend une décision, au sujet d'un traitement ou de la prestation d'un service payant par exemple, celle-ci est mise en balance avec les avantages pour le système de santé, mais en réalité, il existe une autre colonne comptable qui représente les avantages pour les autres services publics, comme les prisons, la santé mentale et l'éducation. Ce problème de comptabilité diagonale est complexe, la prise de décision incombant à un secteur du gouvernement qui ne s'intéresse qu'aux coûts et aux avantages financiers qu'il peut retirer. Il est également davantage compliqué par l'existence de différents niveaux d'administration.

Le **président** se tourne ensuite vers la Suède. Il demande notamment ce qui se passe si les exigences de qualité, définies par l'État, ne sont pas respectées, et à qui incombe cette responsabilité. En outre, il demande comment est gérée une éventuelle demande excédentaire de chirurgie non urgente, dans les hôpitaux notamment.

La **Suède** commence par expliquer que lors de la mise en œuvre de la réforme en 2010, le gouvernement avait chargé l'autorité de la concurrence d'analyser les conditions préalables à la concurrence et à la qualité. L'une des principales conclusions était que les soins primaires n'étaient pas suffisamment accessibles en Suède au moment de la réforme. Aujourd'hui, la Suède compte 150 centres de soins supplémentaires par rapport à la période d'avant la réforme, qui englobent de nombreuses petites entreprises privées actives dans le secteur des soins primaires. Dans certains comtés, on ne comptait aucune entreprise privée avant la réforme, de sorte que du point de vue de la concurrence, il est très important que les patients aient la possibilité de consulter un médecin généraliste dans un certain délai. En outre, ce système fait l'objet d'une évaluation continue tous les ans. En outre, la Suède indique qu'aucune amende n'est prévue si le centre de soins de santé n'est pas en mesure d'indiquer au patient un délai le jour même par téléphone, ou un tarif si le patient ne peut pas se rendre dans le centre de soins de santé le jour même. Aucune amende n'est prévue non plus si l'intervention chirurgicale n'est pas effectuée dans les 90 jours. Ce système est évalué par les conseils de comté, qui travaillent ensemble à la réduction ces délais, mais aucune amende n'est prévue et la responsabilité à long terme incombe aux conseils de comté.

Le **président** se tourne ensuite vers la Finlande et l'interroge sur l'élément phare de la réforme finlandaise, à savoir le transfert de responsabilité des 18 comtés actuellement en charge de la santé à l'administration centrale. Le paiement s'articulerait en deux parties, la partie variable étant basée sur la qualité et l'efficacité des soins. En particulier, le président demande si une évaluation de la qualité est en place, comment cela se traduirait en termes de rémunération, et comment la Finlande détermine la partie fixe du tarif.

La **Finlande** déclare ne pas savoir si sa réforme sera approuvée par le Parlement. L'issue n'est pas encore connue, et le vote aura lieu à la fin de cette année ou au début de l'année prochaine. La Finlande indique que le cadre général du modèle d'indemnisation des prestataires a été défini dans l'avant-projet de réforme, mais qu'une grande partie des

décisions reviendraient aux comtés. L'une de ces décisions concerne la partie fixe. La majeure partie de la rémunération des prestataires prendrait la forme d'un paiement à la capitation ajusté en fonction du risque, et l'avant-projet prévoit que ce paiement à la capitation, à savoir la partie fixe, versé par les comtés représente au moins deux tiers de la rémunération totale des prestataires de services. En outre, ce paiement à la capitation reposerait sur des facteurs nationaux fondés sur les besoins, comme l'âge, le sexe, l'emploi et la situation socioéconomique. Le calcul du montant exact de la rémunération nécessitera un modèle de calcul, avec des coefficients de pondération, qui est en cours de préparation. Outre la partie fixe, la rémunération se composera également d'une rémunération au résultat, fondée sur la qualité et l'efficacité des soins, et d'autres versements fondés, par exemple, sur la distance. Par conséquent, ce sont les comtés qui définiront les indicateurs de qualité, évalueront la qualité, et détermineront le lien entre qualité et rémunération. Toutefois, un important travail préliminaire sera nécessaire au niveau national pour définir les indicateurs de qualité. En outre, des projets pilotes seront mis en œuvre dès que la réforme aura été approuvée par le Parlement, afin de mettre le modèle à l'épreuve. Le modèle de rémunération constituera l'un des volets de ces projets pilotes.

Le président donne ensuite la parole à l'Espagne, qui demande à présenter un aperçu de sa contribution, qui aborde différents problèmes spécifiques des procédures d'appel d'offres.

L'**Espagne** explique qu'elle a été confrontée à une vague d'externalisation des activités des hôpitaux publics au cours de la dernière décennie. L'autorité de la concurrence a décidé, il y a quelques années, d'évaluer si cette procédure d'externalisation de la gestion des services de santé dans les hôpitaux publics était efficace d'un point de vue concurrentiel. Il en est ressorti que, dans de nombreux cas, la passation des marchés n'était pas bien conçue, ce qui s'est traduit par un manque d'efficacité et de concurrence. L'Espagne indique que cas de mauvaise conception de ces procédures d'appel d'offres, quatre problèmes majeurs de concurrence peuvent survenir. Citons notamment l'absence de concurrence entre les soumissionnaires, qui peut entraîner une hausse des coûts pour les contribuables, une hausse des prix et une moindre qualité pour les patients. Deuxièmement, cela peut conduire à une mauvaise conception des incitations et du suivi du sous-traitant, ce qui peut nuire à l'efficacité du marché, par exemple en n'incitant pas suffisamment le sous-traitant à investir dans de nouveaux équipements. Troisièmement, la longue durée du marché ou le manque de transparence des flux de trésorerie des hôpitaux soumis à cette procédure d'appel d'offres peut avantager certains soumissionnaires et, en cas de répétition des procédures d'appel d'offres, avantager l'opérateur en place lors des futurs appels d'offres. Enfin, une mauvaise conception peut avantager le sous-traitant sur des marchés connexes, par exemple, la prestation privée de services de santé ou sur des marchés connexes verticaux. Par exemple, si un sous-traitant peut utiliser des ressources publiques pour son propre approvisionnement sur le marché privé, ou si les sous-traitants peuvent également fournir certains produits à l'hôpital qui leur a attribué le marché.

Le président conclut la table ronde en déclarant que la concurrence ne peut pas résoudre tous les problèmes du secteur de la santé. Toutefois, la concurrence est un outil utile pour remédier à certains problèmes. Elle permet notamment d'éviter les inefficiences en matière de coûts et d'améliorer la qualité des soins. Il déclare que si les patients sont nombreux à ne pas choisir pas un prestataire de services ou un hôpital en particulier, il est important que ce prestataire subisse une perte de revenus qui l'incite à se restructurer ou à quitter le marché.