

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

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

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

Annexe au compte rendu succinct de la 66e 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]

JT03457496

Résumé de la table ronde sur « la conception de marchés de la santé financés par les fonds publics »

Le 26 novembre 2018, le Groupe de travail n° 2 du Comité de la concurrence de l'OCDE a organisé une table ronde sur le thème de la *conception de marchés de la santé financés par les fonds publics*. La note de référence préparée par le Secrétariat de l'OCDE, les documents soumis par les délégués, ainsi que les contributions des experts du panel et des délégués ayant participé à la discussion ont mis en exergue les principaux points suivants :

1. Le financement public des soins de santé est nécessaire en raison de l'incapacité des marchés libres à fournir des soins de santé adéquats. Il semble toutefois que le financement public des services de santé, s'il ne s'accompagne pas d'incitations visant les entités qui fournissent ces services, crée des services qui ne sont pas aussi efficaces, innovants ou adaptés aux besoins des utilisateurs que ce qui serait souhaitable. Le financement public des marchés des soins de santé permet d'utiliser des incitations concurrentielles pour que soient fournis les services dont les patients ont besoin, plutôt que les services qu'ils sont disposés à payer. Les activités de promotion des autorités de la concurrence peuvent aider à mettre en place des mécanismes de marché qui permettent d'atteindre ces objectifs.

En livrant les marchés libres à eux-mêmes dans le secteur de la santé, on peut s'attendre à voir émerger des marchés de l'assurance excluant d'emblée les personnes atteintes de maladies préexistantes, et sur lesquels les personnes à faible revenu ou à faible risque sont sous-assurées, ou font le choix de ne pas souscrire d'assurance. Ce défaut de couverture peut être extrêmement coûteux pour les individus, et engendrer des externalités négatives considérables en termes d'effets sur la santé d'autrui, de travail et d'impôts perdus. Il va également à l'encontre de la mission stratégique que les électeurs ont confiée aux gouvernements, comme l'égalité d'accès à des soins courants de qualité.

Toutefois, le financement public des services de santé n'est pas suffisant. Les prestataires doivent faire l'objet d'incitations si nous voulons qu'ils fournissent des services efficaces, innovants et adaptés aux besoins des utilisateurs. Une incitation possible consiste à définir des objectifs de résultat et à réglementer afin de relever les normes minimales de soins. La plupart des pays de l'OCDE ont adopté cette approche réglementaire pour garantir des normes minimales, mais se sont tournés vers les mécanismes de choix, de concurrence et de marché pour responsabiliser les utilisateurs et inciter les prestataires à aller au-delà des normes minimales en vigueur. Toutefois, en octroyant des fonds publics aux utilisateurs, les gouvernements ont réussi à briser le lien établi par les marchés libres entre les moyens financiers des utilisateurs et leur demande, et garantissent que le service fourni par le marché est fondé sur les besoins. Cela permet de s'assurer que les incitations concurrentielles contribuent à la réalisation de cet important objectif de politique publique, au lieu d'aller à son encontre. Une telle contribution concourt à garantir la légitimité de la concurrence en tant qu'instrument d'action publique dans le secteur de la santé, et permet ainsi d'accroître son efficacité.

La concurrence est donc un mécanisme de prestation et non un objectif en soi. Des activités de promotion circonstanciées et nuancées des autorités de la concurrence, allant au-delà d'une simple exhortation à la concurrence, à la déréglementation et à l'abaissement des barrières à l'entrée, ont donc un rôle particulièrement important à jouer. Dans certains cas,

les autorités plaident activement contre les distorsions anticoncurrentielles proposées par les décideurs politiques et les administrations régionales, et en faveur de réformes proconcurrentielles. Elles n'hésitent pas à utiliser leur pouvoir pour contester devant les tribunaux les propositions anticoncurrentielles des autorités régionales. Toutefois, dans d'autres cas, les responsables des politiques de santé cherchent à brouiller la distinction entre l'acheteur et le prestataire, et il existe un risque de démantèlement du mécanisme de marché lui-même. Les autorités ont donc conclu à la nécessité de faire preuve de vigilance dans leur plaidoyer sur ces questions.

2. De manière générale, on observe à travers la zone OCDE une plus forte concurrence au niveau du choix des patients plutôt que des droits du concessionnaire, bien qu'il reste difficile de donner un sens à ces choix. En outre, les patients n'ont pas la possibilité de choisir certains services de santé. Dans ce cas, le financement et l'organisation de ces services doivent éviter de fausser la concurrence dans les services où elle existe. Les informations données aux patients pour éclairer leur choix ainsi que la structure des paiements reçus par les prestataires détermineront ce que les incitations concurrentielles peuvent permettre d'obtenir dans un service donné et, par conséquent, sont des domaines dans lesquels les autorités de la concurrence peuvent faire valoir leur point de vue.

De manière générale, on observe à travers la zone OCDE un recours accru à la concurrence au niveau du choix des patients. Dans certains cas, les pays ont également instauré une concurrence au niveau des contrats ou des concessions, mais semblent souvent avoir des difficultés à attirer les soumissionnaires. Il semble que la possibilité pour les patients de faire un choix éclairé améliore plus efficacement les services qu'un appel d'offres concurrentiel. Toutefois, cela nécessite que les patients aient accès à des informations comparatives sur les services ; qu'ils sachent faire la différence entre les services disponibles ; et qu'ils envisagent de changer de prestataire lorsque la qualité est médiocre. De nombreux pays fournissent donc des informations comparatives sur les résultats obtenus par les différents prestataires, alors que d'autres fournissent des conseils indépendants en matière de choix et des subventions à ceux qui souhaitent aller plus loin pour obtenir de meilleurs soins.

Cela étant, certains services de santé n'offrent aucune possibilité de choix aux utilisateurs. Ainsi, les prestataires de soins d'urgence doivent être engagés et rémunérés pour assurer une certaine capacité de soins sur un site, plutôt que d'obtenir des marchés et des paiements qui les incitent à se concurrencer pour être choisis par les patients. Dans certains cas, on a recours à la concurrence pour déterminer qui fournit cette capacité, mais ces appels d'offres attirent difficilement les soumissionnaires, et les décideurs sont souvent inquiets à la perspective d'encourir d'importants coûts de transaction en tentant de rédiger des contrats complets qui peuvent obliger les prestataires à respecter les engagements pris dans leurs soumissions. Il se peut donc que la concurrence ne soit pas une solution pour ces services. En tout état de cause, pour éviter que les marchés de services attribués par appel d'offres concurrentiel ou sans appel à la concurrence ne faussent la concurrence sur les marchés où les patients ont le choix, les décideurs politiques devront peut-être mettre en place une séparation structurelle ou comptable entre les services.

Le type d'informations fournies aux patients et la rémunération offerte aux prestataires aideront également à déterminer le type d'incitations concurrentielles qu'il convient de créer. Ainsi, des informations relatives à l'efficacité avec laquelle un service de soins de santé interagit avec les services sociaux ou d'autres services de soins de santé, ou une rémunération en fonction de cette efficacité, contribueront à inciter les prestataires à entrer

en concurrence afin de mieux coopérer avec ces services. En outre, les patients qui développent plusieurs affections de longue durée pourraient se voir allouer un budget annuel de soins et se voir demander de choisir un coordonnateur pour organiser la prestation coordonnée de tous les services nécessaires. Ces incitations concurrentielles à la coopération et à la coordination des soins offrent une solution économiquement valable par rapport à la tendance des systèmes de soins de santé à se concentrer sur les frontières organisationnelles plutôt que sur les incitations, et donc à fusionner tous les services qui ont besoin de coopérer pour former un seul mastodonte.

3. Pour que la concurrence améliore les systèmes de soins de santé financés par les fonds publics, il convient de fixer les prix à un niveau qui incite les prestataires à travailler pour attirer des patients. Lorsque les prix ne sont pas réglementés et fixés par les prestataires, cela peut créer un problème de complément qui risque d'entrer en conflit avec l'objectif souvent important d'égalité d'accès, et donc de délégitimer la concurrence en tant qu'instrument d'action. Entre-temps, lorsque les prix sont fixés par un organisme de réglementation indépendant, le risque est que l'établissement d'un prix réglementé erroné entraîne des problèmes d'écroulement et, éventuellement, des distorsions de concurrence supplémentaires.

Lorsque les prix ne sont pas réglementés et qu'ils sont payés par les utilisateurs (avec l'aide de subventions de l'État), les prestataires peuvent facturer des prix plus élevés pour le traitement des patients ayant des besoins plus complexes, mais ils peuvent également facturer des prix plus élevés aux utilisateurs qui sont prêts à payer plus pour compléter les soins qu'ils reçoivent. Le financement public d'un tel système ne contribuera donc pas à remédier aux inégalités en matière de santé. Les autorités de la concurrence qui préconisent la suppression des restrictions sur les compléments de soins en tant que mesure proconcurrentielle risquent donc d'amener la concurrence en tant qu'instrument d'action à entrer en conflit avec l'objectif commun d'égalité d'accès aux soins de santé financés par des fonds publics. En revanche, les autorités qui soutiennent l'application d'obligations de non-discrimination aux prestataires (par exemple en interdisant les restrictions en cas de maladie préexistante), et l'interdiction des compléments aux services financés par des fonds publics, pourront alors plaider pour des mesures proconcurrentielles qui aideront les décideurs à atteindre leurs objectifs d'égalité d'accès à un service de santé plus efficace.

Dans la plupart des systèmes financés par des fonds publics, les prix sont réglementés et sont fixés pour chaque ensemble de services de santé qui peuvent être nécessaires pour traiter une maladie donnée. En effet, a) on craint que des informations de qualité inadéquate génèrent une concurrence visant à réduire les coûts sans tenir compte de l'impact sur la qualité et la valeur, et b) on peut douter que les assureurs parviendront à négocier des prix bas au bénéfice des patients. Toutefois, lorsque les prix sont réglementés, il existe un risque que les autorités de réglementation fixent des niveaux de prix auxquels le traitement de certains patients n'est pas rentable pour un prestataire efficace. Dans ce cas, le prestataire est incité à attirer les patients les plus rentables (écroulement ou picorage), et de refuser de traiter ceux qui ne sont pas rentables, ou de décourager la demande de ces patients, par exemple en détériorant la qualité du traitement (par exemple en laissant la liste d'attente s'allonger).

Lorsque tous les prestataires sont soumis à la même obligation de service public (ce qui signifie qu'il leur est interdit de sélectionner les patients), on peut s'attendre à des résultats médiocres pour les patients atteints de maladies dont le traitement est peu rentable. Toutefois, il existe une possibilité supplémentaire de distorsion de concurrence en cas d'asymétrie des obligations de service public, c'est-à-dire lorsque certains prestataires sont

autorisés à refuser de traiter ces patients alors que d'autres ne le peuvent pas (par exemple en raison de la complexité ou de leur localisation dans une zone desservie). Une telle distorsion peut survenir si le traitement de patients non rentables a un impact sur le coût de traitement des patients rentables par le concurrent – ou sur sa capacité à les attirer –, et réduit ainsi la pression concurrentielle qu'ils font peser. Toutefois, contrairement aux services d'éducation, il ne semble pas y avoir de raison intrinsèque à l'existence d'un tel impact dans le secteur de la santé. L'éventualité d'un impact dépendra plutôt de la façon dont est traité le déficit de financement (par exemple, si le concurrent doit redéployer le personnel ou les ressources des gammes de services rentables pour combler le déficit).

4. Les activités de promotion contribuent à soutenir l'élimination des obstacles inutiles à l'entrée dans la prestation des services de santé. Ces obstacles constituent souvent des solutions grossières à des problèmes nuancés, de sorte que les activités de promotion peuvent être plus efficaces lorsqu'elles contribuent de manière proactive et constructive à l'identification de nouvelles solutions proconcurrentielles à ces problèmes. Si les obstacles à l'entrée peuvent empêcher certains nouveaux prestataires d'accéder au marché, les obstacles à la sortie sous la forme de renflouements des prestataires défaillants peuvent totalement fausser la concurrence sur le marché. L'élaboration d'un processus d'administration fiable pour les prestataires de santé non viables est donc une condition nécessaire pour plaider efficacement en faveur de la suppression de l'accès à de tels renflouements.

Il existe souvent d'importants obstacles à l'entrée dans le secteur des services de santé en raison de coûts non récupérables liés à la mise en place de nouvelles installations spécialisées ayant une valeur de revente limitée. Toutefois, à ces obstacles s'ajoutent souvent des obstacles supplémentaires inutiles que des efforts de promotion peuvent résoudre. Ces obstacles peuvent prendre la forme d'acheteurs publics qui exigent des certificats de besoin de la part d'une certaine forme de planificateur central avant d'autoriser l'entrée ou l'expansion. Ces restrictions semblent faire écho à la crainte d'une saturation des nouvelles capacités et donc de l'apparition de coûts supplémentaires, soit parce que l'amélioration de l'accès liées aux capacités supplémentaires stimulera la demande des patients, soit parce que les prestataires utiliseront leur avantage en matière d'information pour augmenter frauduleusement le nombre d'unités fournissant un service rentable. La première est une conséquence inévitable d'un système de soins de santé de grande qualité. Le second est un problème que les pays ont cherché à résoudre par des approches moins anticoncurrentielles, notamment le recours à des audits cliniques et à des médecins généralistes pour contrôler l'accès aux soins spécialisés.

Dans de nombreux pays, un débat persiste autour des avantages et des inconvénients engendrés par le fait d'autoriser les entreprises à but lucratif à se concurrencer pour fournir des services de santé financés par l'État. C'est particulièrement vrai lorsque, comme c'est le cas dans la plupart des pays, on doute de disposer d'une quantité suffisante d'informations sur la qualité pour empêcher les entreprises à but lucratif de réduire suffisamment leurs coûts pour nuire à la qualité sans que les patients s'en aperçoivent. De nombreux pays ont donc reconnu les avantages du maintien d'une option publique. Toutefois, le rôle des associations sans but lucratif et des mutuelles détenues par les salariés en tant que prestataires de services est moins controversé, tout comme la possibilité pour les entreprises à but lucratif de vendre des conseils ou des services de consultation à des prestataires à but non lucratif. Les avantages de l'adoption de mécanismes de marché peuvent donc être utilement dissociés des arguments pour ou contre l'introduction de la rentabilité dans la prestation de ces services.

Il est plus important de faciliter la sortie des opérateurs en place inefficaces que l'entrée de nouveaux prestataires. Alors que certains pays permettent à ces prestataires de déclarer faillite et de quitter le marché, il est plus courant que des prestataires inefficients de mauvaise qualité soient renfloués et protégés, et le rôle des politiques locales a été reconnu à cet égard. Toutefois, un tel protectionnisme peut être préjudiciable car il sape les incitations des prestataires plus efficaces à se concurrencer pour accroître leur part de marché ou pour innover. Des actions de sensibilisation qui reconnaissent et répondent à la préoccupation légitime selon laquelle la sortie doit être gérée en douceur afin de ne pas interrompre le traitement des patients ont donc plus de chances d'être entendues par les décideurs en matière de santé.