

L'assurance maladie obligatoire confiée aux assureurs privés ? L'expérience néerlandaise

David N. Bernstein

Université de Paris-Dauphine

3 novembre 2008

1

L'assurance maladie obligatoire confiée aux assureurs privés ? L'expérience néerlandaise

- **Le modèle : *managed competition***
- **La réalité : les réformes néerlandaises**
- **Quelques enseignements**

2

Le modèle : *managed competition* Concurrence entre assureurs

- Principe de la *double obligation* : les assureurs doivent prendre tout client et toute personne doit s'assurer
- Les assureurs privés en *concurrence pour des clients* couvrent l'assurance maladie obligatoire
- La concurrence joue sur la *qualité des prestations couvertes* et les *primes*

3

Le modèle : *managed competition* Concurrence entre offreurs de soins

- *Contractualisation sélective* : les assureurs ont le droit de choisir les prestataires de soins dont ils couvrent les prestations
 - Les *médecins et les hôpitaux* sont en *concurrence* pour ces contrats
 - Le système est donc *plus efficient* : meilleur rapport qualité/prix de la médecine
- Réduction des coûts de santé

4

Le modèle : *managed competition*

Le choix du patient : l'arbitrage coût/liberté

Avec :

- Des primes non individualisées
- La liberté des assureurs de contracter avec les médecins
- Un panier de soins égal pour tous, opposable à l'assureur

Les différences de contrats d'assurance (primes et contenu) reposent sur :

- La qualité des prestataires de soins
 - Le nombre de prestataires de soins que couvre le contrat
- Les contrats moins chers obligent le patient à suivre un parcours très balisé (les médecins de l'assureur) et les contrats plus chers donnent plus de liberté (couvrent tous les médecins de la région par exemple)
- 5

Le modèle : *managed competition*

Rôle primordial de l'Etat

- Ce système ne serait pas théoriquement soutenable sans une intervention forte de l'Etat

→ Pourquoi ? Cf. séances 1 et 3

- Sélection des patients
- Primes très élevées pour les profils à risque
- Augmentation des non-assurés
- Couvertures médiocres
- « Spirale de la mort » pour l'assureur
- Le monde de « Sicko » de M. Moore

6

Le modèle : *managed competition* **Rôle primordial de l'Etat**

- L'État définit le contenu des prestations de l'assurance maladie obligatoire
→ *Panier de soins égal* pour tous
- Les assureurs n'ont pas le droit de refuser des clients, ni de tarifier selon le profil de risque individuel
→ *Primes liées à la moyenne* de la population (*community-based*)

7

Le modèle : *managed competition* **Rôle primordial de l'Etat**

- Une *caisse de péréquation centrale* permet de conserver les avantages de la concurrence sans les inconvénients (« le beurre et l'argent du beurre ») :
 - Compense les assureurs qui ont de mauvais profils de clientèle
 - Enlève les incitations à la sélection des risques et/ou à des primes élevées
 - Garantit l'équité du système en instaurant un mécanisme de solidarité entre bien-portants et malades

8

Le modèle : *managed competition*

Rôle primordial de l'Etat

- Garantir les conditions d'une réelle concurrence entre les assureurs et entre les médecins :
- Délivrer une *information transparente et complète* au public pour que tous les acteurs puissent faire des choix éclairés (assurés choisissent les assureurs, qui choisissent les prestataires)
 - Développement d'outils d'information sur la qualité
- *Empêcher les ententes* entre assureurs et entre professionnels
 - Nouvelles institutions : autorités de régulation de la concurrence

9

L'assurance maladie obligatoire confiée aux assureurs privés ? L'expérience néerlandaise

- **Le modèle : *managed competition***
- **La réalité : les réformes néerlandaises**
- **Quelques enseignements**

10

Les réformes néerlandaises

- A partir de 2006, les Pays-Bas adoptent le modèle de *managed competition*
- Les caisses publiques deviennent privées et sont en concurrence directe avec les assurances privées
→ *Privatisation* de l'assurance maladie obligatoire
- L'assurance maladie devient obligatoire pour tous
→ *Universalisation* et unification du système

11

Les réformes néerlandaises La situation avant 2006

- Un système bismarckien : plusieurs sortes de caisses selon le statut social
→ Pluralité de la couverture sociale
- Un système dual : le tiers supérieur de la population en terme de revenus ne peut s'assurer que dans le secteur privé tandis que les autres sont couverts par le secteur public
→ Rôle historique important des assureurs privés, en concurrence directe, avec primes individualisées
- Concurrence entre caisses publiques avec caisse de péréquation à partir de 1992
→ Culture de la concurrence dans le secteur public

12

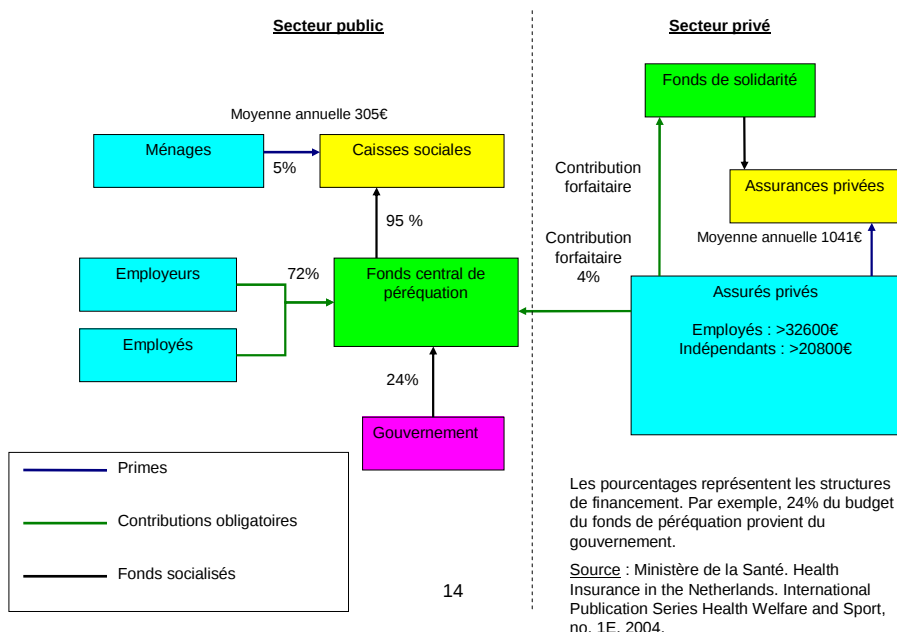
Les réformes néerlandaises

La situation avant 2006

- Le système dual public/privé crée de sérieux déséquilibres économiques et sociaux
- Mécanismes de compensation *ad hoc* pour corriger :
 - Entre les assurances privées : les riches malades ne trouvent pas à s'assurer → transfert des « riches bien portants » vers les « riches malades »
 - Entre le secteur privé et public : le profil de risque de la clientèle du secteur public est plus mauvais que dans le secteur privé → participations forfaitaires des assurés privés
 - Entre les caisses sociales publiques → concurrence avec primes fixes nécessite une caisse de péréquation

13

Le financement du système de santé néerlandais en 2004



14

David Bernstein

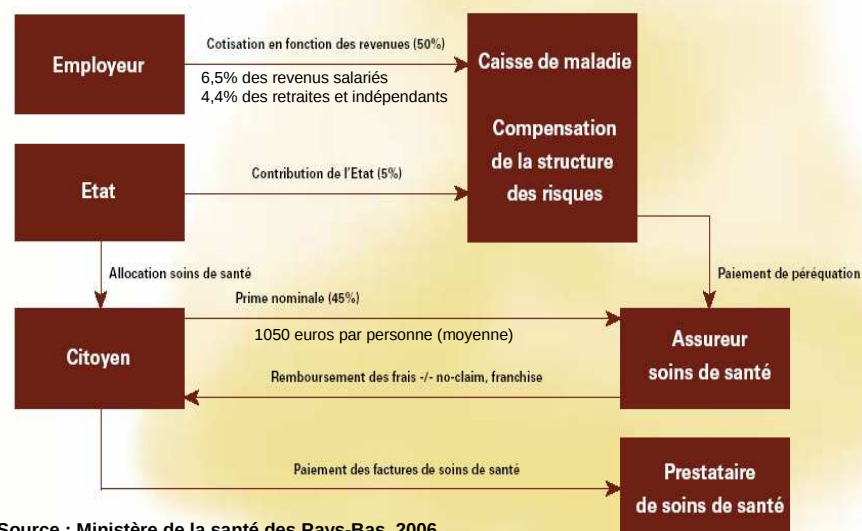
Les réformes des Pays-Bas, un exemple ?

Réformes de 2006

- Simplification et unification du système autour d'une caisse centrale de péréquation unique
→ Abolition du système dual
- Tous les principes de *managed competition* sont mis en œuvre:
 - Panier de soins standard défini par l'État
 - Concurrence entre assureurs mais pas de tarification individuelle ni de sélection des risques autorisées
 - Caisse de péréquation compense les assureurs
 - Principe de la double obligation : assurés doivent être couverts, assureurs doivent couvrir chacun
 - Contractualisation sélective des assureurs avec les professionnels de santé

15

Le financement du système de santé à partir de 2006



Source : Ministère de la santé des Pays-Bas ,2006

Concurrence entre assureurs

- 2006 : bataille commerciale acharnée
→ Primes sous évaluées, *dumping* : gagner des parts de marché à perte
- Le secteur des assurances se recompose : fusions, acquisitions, restructurations
→ 57 assurances en 2005, aujourd'hui 4 grosses
- Les assureurs agissent sur leurs coûts de gestion interne
→ Fin des années 1990 : coûts de gestion étaient 12,7% des primes dans le système privé contre 4,4 % des dépenses publiques en santé

17

Concurrence entre offreurs de soins ?

- Cotisations et prestataires offertes par les diverses polices sont très similaires
→ La plupart des contrats incluent la quasi-totalité des prestataires de soins
→ Les prestataires chers et/ou médiocres ne sont pas exclus
- A l'hôpital on a observé cependant une très légère tendance à la baisse des tarifs dans la part négociable de l'activité
→ Mais la libéralisation des tarifs hospitaliers a été gelée
→ Problèmes de surfacturations, augmentation des contentieux...

18

Concurrence entre offreurs de soins ?

- Seul succès clair de la contractualisation sélective : pressions sur l'industrie pharmaceutique
→ Les « big four » font des appels d'offre communs pour l'achat de médicaments

La contractualisation sélective, au cœur du nouveau système, n' a pas pris son essor

19

Les obstacles à la contractualisation sélective

- *Pression commerciale* : assureurs ne veulent pas contraindre les assurés avec des médecins choisis par l'assureur
- *Manque d'outils d'information sur la qualité* : les assureurs doivent avoir des critères de qualité pour négocier et les assurés doivent pouvoir faire des choix éclairés
- *Corporatisme médical* : médecins ne veulent pas changer de mode de prise en charge selon l'assurance du patient
→ Problèmes d'externalités pour les assureurs
- *Structure du marché médical* : monopoles hospitaliers locaux, déficit démographique de médecins, constitution de cartels...
→ Les médecins ont structurellement la main haute dans les négociations avec les assureurs

Pas de sélection des clients ?

- Selon les assureurs, la formule de péréquation serait assez bonne pour enlever toute incitation à la sélection
- Effet de mauvaise réputation dans un contexte commercial agressif

Mais :

- Que signifient les *stratégies* de marketing ? (Cf. polices pour les végétariens, pour les non fumeurs, pour les jeunes, avec Internet...)
- *Culture historique* de la sélection : les assureurs privés dépensaient en 2000 14 fois plus pour la sélection que sur l'efficience
- Les *assurances complémentaires* : primes individualisées, questionnaires de santé, mais ce sont les mêmes assureurs !

21

Problèmes d'équité verticale

- Primes ont augmenté pour ceux qui étaient dans le secteur public et n'ont pas changé pour ceux qui étaient dans le secteur privé
- Et l'équité verticale ? Robin des Bois à l'envers
- Nécessité de mettre en place une aide sociale à la prime qui concerne 1/3 de la population
 - En 2007, 241000 non assurés et 240000 mauvais payeurs

22

Problèmes d'équité verticale

La charge des ménages augmente

- Augmentation des primes de l'assurance obligatoire entre 2006 et 2007 (+100 euros)
- Sorties de couverture en optique et dentaire
- « No claim » remplacé en 2008 par une vraie franchise de 150 euros
 - « No claim » : remboursement de prime en cas de non consommation (« Double effet MMA »)
 - Franchise : l'Etat assume politiquement une augmentation générale des primes pour « sauver le système » (et sauver les assureurs de l'ire des clients)

23

Évolution des frais de santé en 2008 par rapport à 2007 pour les majeurs (4 profils)

En euros	Pas de consommation	Faible consommation	Forte consommation	Malades chroniques
Suppression du « no claim »	255	91	0	0
Franchise	0	109	150	150
La prime pour la police d'assurance de base	- 51	- 51	- 51	- 51
La prime pour l'assurance complémentaire	18	18	18	18
La compensation pour maladies chroniques	-	-	-	- 47
Total	+222	+167	+117	+70

24

Source : <http://www.verzekeringssite.nl/nieuws/archief.cfm?ID=620>

L'assurance maladie obligatoire confiée aux assureurs privés ? L'expérience néerlandaise

- Le modèle : *managed competition*
- La réalité : les réformes néerlandaises
- Quelques enseignements

25

Quelques enseignements

- Les réformes de 2006 cherchent à résoudre les déséquilibres consécutifs à un système concurrentiel : résultat d'un compromis
→ Echec dans les années 70 et 80 à instaurer un système unifié à la française (lobby des assurances)
- Les dépenses de santé toujours très élevées : +5,1% entre 2006 et 2007; 13,2 % du PIB
- Le nouveau système semble porter aussi des déséquilibres en lui

26

Quelques enseignements

Contradictions du nouveau système

- Objectif d'universalisation vs. problèmes d'équité évoqués *supra*
→ Problèmes d'accès aux soins : les primes ont augmenté au lieu de baisser
- Concurrence entre assureurs vs. formation d'un oligopole
→ Où est l'équilibre optimal ? Est-ce le monopole ?
- Rhétorique de choix du patient vs. contrats avec prestataires choisis par l'assureur
→ «Choix des limites à son choix selon son portefeuille»
- Contractualisation sélective vs. obstacles structurels
→ Les honoraires et les tarifs sont toujours négociés centralement

27

Quelques questions de Candide

- Pourquoi croire que les assurances privées sont mieux placées que le secteur public et l'Etat pour négocier avec les professionnels de santé ?
→ Fragmentation des négociateurs vs. profession médicale unie
- Le marché peut-il garantir la qualité ?
→ Akerlof, G. (1970), The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *Quarterly Journal of Economics* **84** (3), 488-500.
- Ne risque-t-on pas d'augmenter les coûts de transactions ?
→ Coûts liés aux nouvelles libertés contractuelles
- L'idéologie du choix est-elle toujours démocratique ?
→ Inégalités d'accès à l'information

Quelques enseignements

« Une logique de compétition qui fonctionne ne peut être produite du jour au lendemain. Il faut des investissements dans le développement de mécanismes d'ajustement des risques, un management de la qualité, un système complet d'information aux consommateurs et bien sûr une régulation volontariste de la concurrence. »

Van de Ven W *et al.* (2004) Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs* **23**, n°3, pp. 45-55.