



LA CONCURRENCE PAR LE FINANCEMENT FONCTIONNE-T-ELLE ? L'EXPÉRIENCE DES HMO AUX USA

DOMINIQUE POLTON *

H *ealth Affairs*, revue dans laquelle tout ce que les États-Unis comptent d'experts et de chercheurs renommés ausculte en permanence le système de santé de ce pays, a intitulé son numéro de mars-avril 2004 : « Beyond managed care » (Au-delà du *managed care*).

Le titre est significatif. Car le *managed care* nord-américain a incarné le modèle le plus effectif et le plus élaboré d'une régulation des systèmes de santé par la concurrence : une compétition entre des réseaux de soins organisés par des assureurs, qui devait conduire, selon ses promoteurs, à baisser les coûts de santé tout en augmentant la qualité des soins. Ce modèle a été largement commenté au-delà des États-Unis : l'idée de confier la gestion du risque maladie à des assureurs en concurrence a aussi gagné du terrain en Europe, dans la décennie 1990, et a inspiré des réformes menées aux Pays-Bas, en Allemagne ou en Suisse.

Après une décennie d'essor spectaculaire, le *managed care* américain était, il y a quelques années encore, florissant. Au-delà de la couverture d'entreprise, il s'étendait aux programmes publics destinés aux personnes âgées ou aux personnes à faible revenu (*Medicare* et *Medicaid*). Son succès semblait attesté par le ralentissement très net des dépenses de santé : entre 1994 et 1998, elles ont augmenté moins vite que le produit intérieur brut, situation totalement inédite aux États-Unis (Strunk et Ginsburg, 2004 ; *Center for Medicare and Medicaid services*, 2004).

Alors que son développement semblait irrépessible, la fin des années 1990 marque un revirement brutal : des groupes médicaux font faillite,

* IRDES.

des assureurs ayant pignon sur rue subissent des pertes considérables, et l'on assiste à un repli généralisé vers des produits d'assurance santé renouant avec les modalités de l'assurance conventionnelle, que l'on croyait amenée à disparaître.

Après un bref rappel du débat théorique sur la concurrence dans l'assurance santé, l'analyse de l'expérience américaine montrera comment le *managed care* s'est développé en pratique, quel bilan on peut faire de son impact, et quels sont les facteurs à l'origine du reflux actuel. Les perspectives sur lesquelles débouche aujourd'hui cette dynamique seront évoquées, ainsi que les enseignements généraux que l'on peut tirer de cette expérience sur la régulation des systèmes de santé.

LES AVANTAGES THÉORIQUES DE LA CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS SANTÉ

Concurrence sur l'assurance ou sur la gestion des soins

Lorsque l'on parle d'introduire la concurrence dans le système de santé, deux schémas différents sont envisageables.

Dans le plus libéral, chacun choisit non seulement son assureur, mais également son niveau de couverture. Les assureurs se font alors concurrence en proposant des produits d'assurance différents, comme dans le marché de l'assurance automobile par exemple.

Cette conception de la concurrence ne prévaut pas en Europe, sauf à la marge (notamment, dans certains pays, pour la fraction la plus riche de la population qui s'assure à titre privé, ou en Suisse où l'on peut choisir différents niveaux de franchise). L'idée qui inspire les réformes européennes est plutôt celle d'une concurrence limitée à la fonction de « gestion des soins », traduction littérale du *managed care* américain.

Dans cette conception, le financement de l'assurance maladie reste pour une grande part socialisé (chacun ne paye pas individuellement sa prime d'assurance). De même les soins couverts, le niveau de remboursement, les règles de prise en charge des frais médicaux font l'objet d'une définition légale au niveau national. Mais dans ce cadre, chacun choisit librement son opérateur - assureur, caisse - et ces derniers se font alors concurrence sur leur capacité à rendre le meilleur service au moindre coût.

Aux États-Unis, les deux formes de concurrence sont confondues, du moins pour la population assurée de manière privée. Concrètement, un salarié travaillant dans une entreprise se voit proposer un choix de plans d'assurance santé, variables dans leurs niveaux de garanties, auxquels son employeur participe financièrement (le degré de choix, la qualité de la

couverture et la générosité de la contribution patronale étant très variables selon les entreprises et les secteurs). Parmi ces plans d'assurance, certains prennent la forme d'une adhésion à un réseau de soins géré par l'assureur (HMO).

Avantages attendus de la concurrence entre réseaux de soins

Théoricien éminent du *managed care*, Enthoven a, le premier, formalisé les principes de fonctionnement d'un système organisé autour d'une concurrence entre réseaux de soins et les bénéfices attendus d'un tel système (Enthoven, 1988) :

- les réseaux de soins reçoivent d'avance un forfait pour chacun de leurs adhérents et disposent donc d'un budget global *a priori* pour la population qu'ils prennent en charge. Pour dégager des bénéfices, ils ont intérêt à minimiser les coûts ;
- ils n'ont pas pour autant intérêt à rogner sur la qualité : en effet dans un système concurrentiel, où les assurés ont le choix, l'offre d'une qualité de service meilleure constitue un argument de vente auquel le consommateur averti est très sensible ; à l'inverse, celui-ci peut sanctionner la non qualité en « votant avec ses pieds », c'est-à-dire en changeant d'opérateur ;
- la qualité est d'ailleurs, pour les réseaux, génératrice d'économies futures : les soins préventifs ou une bonne prise en charge de pathologies chroniques évitent les complications et épisodes aigus, sources de dépenses élevées. C'est d'ailleurs de là que les *Health Maintenance Organisations* tirent leur nom, car elles ont intérêt à maintenir leurs adhérents en bonne santé pour éviter les coûts futurs ;
- un tel système stimule la transparence et l'information sur les performances comparatives, que les consommateurs vont demander pour effectuer leurs choix.

Non seulement les réseaux de soins ainsi mis en concurrence sont incités à offrir le meilleur rapport qualité/prix, car leur profit ou leur déficit en dépend, mais ils ont la capacité à atteindre ce résultat, grâce à un certain nombre d'outils :

- dans la mesure où elles ont à prendre en charge une population connue à l'avance, les HMO peuvent dimensionner l'offre de soins en fonction du strict nécessaire : elles réduisent ainsi les capacités excédentaires qui conduisent au gaspillage ;
- elles peuvent sélectionner leurs prestataires de soins (médecins, hôpitaux), en fonction de leur qualité et de leur efficacité. Cet argument de la contractualisation sélective est l'un des arguments fortement avancés à l'appui de la supériorité de la concurrence par rapport à une assurance maladie monopolistique, obligée d'accepter tous les médecins ;
- mettant en concurrence les producteurs de soins, l'opérateur du réseau

peut obtenir d'eux des conditions favorables, en termes de prix ou de modes de rémunération ; il peut inclure dans les rémunérations des intéressements à la qualité ou à la maîtrise des coûts ;

- enfin et surtout il peut optimiser le processus de soins : organiser les parcours de soins des patients pour éviter les examens inutiles, imposer aux médecins des référentiels de pratique et des demandes d'autorisations préalables pour déclencher des soins coûteux¹, coordonner les différentes interventions (par exemple organiser les soins à domicile après une hospitalisation pour raccourcir la durée de séjour, optimiser le suivi des pathologies chroniques grâce à l'information dont il dispose pour chaque patient...)

- la concurrence est aussi vue comme un aiguillon : les gestionnaires des réseaux de soins, plus réactifs au changement, plus proches des producteurs de soins, peuvent faire preuve d'une plus grande capacité d'innovation organisationnelle.

Voici donc, rapidement esquissé, le fonctionnement théorique d'un marché de l'assurance santé reposant sur une concurrence entre réseaux de soins avec paiement à la capitation (forfait par adhérent), modèle devant logiquement conduire à délivrer une meilleure qualité à un coût moindre.

Nous analyserons plus loin les résultats des HMO, et de la concurrence entre réseaux, au regard de ces attendus. Notons, dès à présent, que même sur le plan théorique, on peut développer un certain nombre d'arguments opposés à ceux qui viennent d'être listés (Bocognano et *al.*, 1998). En effet, si la pluralité comporte des avantages, elle a aussi des inconvénients :

- les opérateurs sont moins à même de bénéficier d'économies d'échelles dans une activité à rendements croissants, comme l'est probablement la gestion du risque (avec des investissements importants nécessaires en systèmes d'information, en expertise sur les processus de soins...) ; la duplication des outils est une perte du point de vue collectif ;

- si la pluralité permet aux opérateurs de sélectionner les offreurs de soins, elle diminue aussi le pouvoir de négociation vis-à-vis d'eux en le fractionnant entre des « acheteurs » multiples. Si les producteurs de soins sont organisés, s'ils sont peu nombreux, le risque est, au contraire, celui de la surenchère pour les attirer dans les réseaux : cette éventualité n'est pas que théorique, comme on le verra plus loin ;

- la pluralité augmente ce qu'on appelle « les coûts de transaction », c'est-à-dire les coûts générés par la multiplicité des relations contractuelles entre les acteurs. À cela s'ajoutent les frais de promotion, nécessaires dans un marché concurrentiel ;

- la pluralité fait naître un risque d'écroulement et donc d'iniquité : confronté à un paiement forfaitaire par adhérent, l'assureur aura

tendance à dissuader les « mauvais risques » de le contacter et tentera de les diriger vers ses concurrents ;

- le fonctionnement harmonieux de la concurrence, notamment par exemple au regard du point précédent, suppose une régulation qui n'est pas forcément moins complexe et coûteuse que la régulation administrative.

En conclusion, cette compétition organisée entre réseaux de soins a des vertus potentielles, mais aussi des risques. Nous allons analyser comment elle a fonctionné en pratique.

GRANDEUR ET DÉCADENCE DU « MANAGED CARE » AMÉRICAIN

Les HMO à la conquête du marché américain

Les toutes premières HMO étaient un héritage historique de grandes firmes qui avaient mis en place des centres de soins et hôpitaux pour leurs salariés, comme Kaiser, qui reste aujourd'hui encore une organisation emblématique. Ces structures de soins se sont progressivement ouvertes à la population générale : contre une prime forfaitaire, les adhérents pouvaient utiliser les services proposés à l'intérieur du réseau. L'assurance et la délivrance des soins se trouvaient donc confondues.

Les politiques ont vu dans ces structures un moyen de juguler la croissance très rapide des dépenses de santé. La loi californienne de 1982, qui a autorisé les assureurs à passer des contrats sélectifs avec les offreurs de soins, a permis l'essor du *managed care* dans cet État, d'où il s'est propagé à l'ensemble des États-Unis (Dudley et Luft, 2001). En 2003, sur 100 Américains couverts par leur employeur, 5 % seulement avaient encore une assurance traditionnelle, et 95 % étaient inscrits dans une forme ou une autre de réseau de soins, alors qu'ils n'étaient que 27 % en 1988 (Kaiser, 2004).

Parallèlement à son développement, le *managed care* s'est diversifié dans ses formes. Les premières HMO étaient, vu leur origine, des réseaux fermés et intégrés, possédant leurs propres hôpitaux, salariant leurs médecins, et ne prenant en charge que les adhérents du réseau². Progressivement, les assureurs ont monté également des réseaux en passant contrat avec des médecins regroupés en association, voire même avec un ensemble de médecins exerçant isolément. Les patients adhérant à la HMO ne sont pas la clientèle exclusive de ces médecins, qui reçoivent également des patients ayant une assurance traditionnelle.

Dans tous les cas (médecins salariés ou sous contrat, exerçant en centres de santé ou en cabinets individuels), les HMO sont des réseaux fermés, dans lesquels les patients sont captifs. En parallèle se sont développées des formes plus souples, telles que les *Preferred Providers*

Organisations (PPO), dans lesquelles les patients peuvent consulter des médecins hors du réseau, moyennant des franchises et tickets modérateurs plus élevés. Les méthodes de gestion du risque et les contrôles exercés par ces PPO sur les médecins du réseau sont beaucoup plus lâches que dans les HMO (elles se contentent en général de négocier des réductions de tarifs auprès des médecins et hôpitaux qui restent payés à l'acte, et d'opérer un suivi minimal des prescriptions et consommations au sein du réseau).

Au total, le monde du *managed care* est loin d'obéir à un modèle unique, comme l'imaginaient initialement les théoriciens partisans de la concurrence comme Enthoven.

En fait, non seulement il s'est considérablement diversifié, mais sa croissance s'est faite essentiellement à partir des modèles les plus ouverts ou hybrides. La part de marché des HMO au sein du *managed care* est tombée de 60 % en 1988 à 25 % en 2001 (Kaiser, 2004). Au sein des HMO, les modèles intégrés et exclusifs ont également perdu du terrain³. La tendance progressive à l'élargissement des réseaux, pour satisfaire la demande, a également abouti à un recouvrement considérable des réseaux proposés par les différents plans (Chernew et al., 2004).

La dernière évolution importante à mentionner concerne la structuration du monde médical en réaction à l'essor des HMO. Dans les zones les plus concurrentielles, les médecins se sont progressivement organisés eux-mêmes en réseaux, appelés « groupes médicaux », pour négocier avec les assureurs. Ils ont accepté d'assumer une part croissante du risque financier et de la gestion du risque. Les groupes médicaux sont devenus ainsi de véritables entreprises, allant pour certains jusqu'à intégrer la fonction d'assurance et contracter directement avec les firmes pour couvrir leurs salariés.

Toutes les évolutions qui viennent d'être décrites jouent un rôle dans la crise récente du *managed care*. Nous reviendrons plus loin sur leurs conséquences.

Les performances des HMO

Les HMO ont-elles eu les performances attendues par les théoriciens de la concurrence ? Cette question a donné lieu à une très abondante littérature scientifique publiée aux États-Unis, comparant les résultats respectifs de HMO et d'autres formes d'assurance santé.

Trois revues de la littérature, couvrant les études réalisées de 1985 à mi 2001, permettent de dégager quelques conclusions (Miller et Luft, 1994 ; Miller et Luft, 1997 ; Miller et Luft, 2002).

Une première conclusion est que les HMO ont tendance à attirer les personnes en meilleure santé, et donc à bénéficier d'une sélection des risques favorable. Ce phénomène s'explique assez logiquement : les

personnes les plus malades ne souhaitent pas abandonner leur médecin personnel et être restreintes dans leur choix, alors que les personnes en meilleure santé sont plus enclines à échanger cette restriction contre des primes moins élevées. Les auteurs ont donc pris soin de sélectionner des études qui tentent de corriger ce biais de sélection, faute de quoi les résultats apparaîtraient indûment favorables aux HMO.

En termes de coût, les comparaisons sont majoritairement favorables aux HMO, moins chères que l'assurance traditionnelle (avec des coûts totaux inférieurs de 11 à 34 % dans les études réalisées entre 1985 et 1997). Les premières études mettaient en particulier en évidence des économies sur les dépenses d'hospitalisation (diminution des taux d'hospitalisation, durées de séjour plus courtes). Les études les plus récentes (1997 à 2001) donnent des résultats un peu moins nets, notamment sur les taux d'admissions. Les patients des HMO consomment également moins d'actes techniques et examens coûteux.

Quels sont les résultats en termes de *qualité du service rendu* ?

Certains éléments sont plutôt à l'avantage des HMO : par exemple leurs adhérents bénéficient de plus de soins préventifs (vaccinations, examens de dépistage...). Ce résultat, encore confirmé par les travaux les plus récents, vient à l'appui de la thèse selon laquelle des réseaux organisés permettent une meilleure coordination et un meilleur suivi des patients qu'un système de paiement à l'acte non géré.

En revanche, l'accès aux soins est plus restrictif et les patients sont moins satisfaits, sauf pour l'aspect financier (la participation financière du patient au coût des soins étant en général beaucoup moins élevée dans les HMO que dans l'assurance conventionnelle).

Dans les trois revues de la littérature, les résultats concernant la qualité médicale des soins sont, à parts égales, favorables et défavorables aux HMO étudiées.

Ces résultats sont, il faut le souligner, en décalage avec l'opinion extrêmement défavorable qui s'est développée dans la population et les médias concernant la qualité des soins fournis par les HMO. Cette opinion, forgée à partir de quelques cas d'abus caractérisés, a été nourrie par le mécontentement croissant des patients (et des médecins) vis-à-vis des contraintes imposées par ces réseaux, mais elle n'est pas étayée par une évidence scientifique de moindre qualité générale.

Un élément inquiétant cependant est que les mauvaises performances démontrées de manière significative concernent notamment des populations parmi les plus vulnérables : personnes pauvres en mauvaise santé, personnes âgées fragiles, malades mentaux. Ceci tend à étayer les arguments théoriques sur les risques de non qualité vis-à-vis de certaines populations, qui ont plus de mal que d'autres à jouer leur rôle de « consommateur éclairé ».

Au total, on peut donc conclure que les HMO ne baissent pas les coûts en faisant du *dumping* sur la qualité (sinon on aurait un ensemble de résultats équivalents ou plus mauvais). Mais elles ne font pas, à l'inverse, la démonstration éclatante et générale d'une qualité supérieure.

La variabilité des résultats montre, par ailleurs, que les HMO sont elles-mêmes très disparates. Enfin, la plupart des études portent sur des HMO au sens strict, c'est-à-dire des réseaux exclusifs (le médecin ne soigne que des patients du réseau, l'assuré n'est pris en charge que s'il consulte dans le réseau). Or cette forme, on l'a vu, est en perte de vitesse au profit de formes plus souples, dont les performances en termes de maîtrise des coûts sont beaucoup moins spectaculaires.

Le reflux du « managed care »

« Vous avez une maladie très rare », dit un médecin à son patient inquiet, dans une bande dessinée du *Los Angeles Times* d'avril 1999. « Ah bon, mais qu'est-ce qu'elle a de si rare ? », demande le patient alarmé. « Elle est couverte par votre HMO », répond le médecin. (Peterson, 1999)

La plaisanterie reflète assez bien l'opinion dominante sur les HMO à la fin de la décennie 1990 : l'opinion publique, mais aussi l'opinion des médecins, celle des politiques, celle des tribunaux, et enfin celle des marchés.

En réaction aux pressions des assureurs, les hôpitaux et médecins se regroupent, en effet, pour gagner en pouvoir de négociation. Une vague de consolidations et de concentrations aboutit à de nombreuses situations de monopole local, renversant les positions entre assureurs et offreurs de soins : ce ne sont plus les HMO qui menacent les hôpitaux de les exclure de leurs réseaux, mais les hôpitaux qui menacent de ne pas accepter les adhérents de la HMO. Certains hôpitaux rompent leurs contrats avec les assureurs, ce qui ne s'était jamais vu auparavant (Devers et al., 2003).

Sur le plan politique, 47 États votent dans cette période des lois pour améliorer la protection du consommateur vis-à-vis du *managed care*. Dans 10 d'entre eux, les plans peuvent être tenus responsables et poursuivis si un préjudice est subi par un patient à cause d'une restriction d'accès aux soins (Hall et Agrawal, 2003). Les tribunaux les condamnent régulièrement, avec des pénalités financières très lourdes (120 M\$ en 1999 en Californie, dans un jugement contre Aetna) (Peterson, 1999).

Même si les résultats empiriques montrent que la qualité des soins n'est globalement ni meilleure ni pire dans les HMO que dans le système traditionnel, le *managed care* a mauvaise presse. Les exemples



d'abus sont jugés révélateurs des dérives possibles liées à la primauté des arguments financiers à court terme (le système de rémunération et d'intéressement financier des producteurs est surtout fait pour inciter à la réduction des coûts, les employeurs sont essentiellement soucieux de réduire les primes d'assurance maladie). La croissance spectaculaire des HMO à but lucratif, que leur capitalisation boursière a incité à des profits rapides, est également vue comme favorisant les dérives⁴.

Enfin, la croissance économique très soutenue de la fin des années 1990, avec un marché du travail plus difficile pour les employeurs, pousse ces derniers à financer plus généreusement les avantages sociaux, et à choisir des modes d'assurance plus conformes aux attentes des salariés, qui souhaitent massivement en finir avec les restrictions de choix (Lesser et *al.*, 2003). Ce relâchement est d'autant mieux accepté par les entreprises qu'elles connaissent depuis plusieurs années une relative stabilité des primes d'assurance maladie.

Au total, on assiste à un recul significatif de la part de marché des HMO (31 % en 1996, 27 % en 2002). Les modèles les plus intégrés et fermés voient leur nombre d'adhérents diminuer de moitié sur la période.

Enfants chéris de la Bourse au milieu des années 1990, les grandes compagnies de *managed care* se retrouvent dans le rouge quelques années plus tard, avec des profits en baisse et un retrait des investisseurs. Le cas d'Aetna, géant du secteur, est à cet égard exemplaire (Robinson, 2004). Les assureurs se désengagent massivement de ce type de produit d'assurance, en premier lieu pour les populations couvertes par les programmes publics (personnes âgées ou à faibles revenus), segments de marché jugés peu profitables.

Les groupes médicaux, formes avancées de réseaux gérés par les médecins auxquels le *managed care* avait donné naissance à son apogée, sont emportés dans la tourmente avec des faillites retentissantes, en Californie par exemple (Robinson, 2001).

RÉFLEXIONS À PARTIR DE CETTE EXPÉRIENCE ET LEÇONS GÉNÉRALES

Une démonstration d'échec ou un biais dès l'origine ?

Le débat américain oppose inlassablement les « pro » et les « anti » concurrence, et le revers subi par le *managed care* n'a pas mis fin à cette discussion. Si certains estiment que la confiance ne peut pas être restaurée, que cette aventure sonne le glas des forces du marché comme acteurs de la régulation, et plaident pour plus d'intervention étatique (Frankford, 1999 ; Nichols et *al.*, 2004 ; Swartz, 1999), d'autres estiment que ce n'est pas le principe qui est en défaut, mais les conditions de sa mise en pratique (Enthoven, 2004). Ils dénoncent notamment :



- les incitations perverses liées aux avantages fiscaux, qui orientent le choix des salariés vers les formules les plus chères, de fait les plus subventionnées ;
- l'absence d'une véritable mise en concurrence des opérateurs : le choix offert par les employeurs est limité⁵, et quand il existe, il consiste en plusieurs formules offertes par un même assureur, destinées aux différents segments de marché ; ni les employeurs, ni les salariés ne font réellement de comparaison sur des éléments de coût et de qualité ;
- l'incapacité de contrer effectivement par des lois anti-cartels les consolidations et fusions qui confèrent des situations de monopoles aux producteurs de soins.

Pourtant, dans une certaine mesure, les éléments qui ont précipité la chute du *managed care* sont l'aboutissement de la dynamique même de développement du système (Bocognano et al, 1998 ; Robinson, 2001).

D'une part, un système fondé sur la souveraineté du consommateur obéit à la pression de la demande : or celle-ci a conduit progressivement à vider de son sens le principe fondamental sous-tendant le *managed care*, celui de réseaux de professionnels exclusifs les uns des autres et se faisant concurrence entre eux. Dans la deuxième moitié des années 1990, on aboutit en Californie à une situation paradoxale dans laquelle tous les assureurs contractent avec tous les groupes de médecins locaux afin de proposer aux salariés des entreprises les réseaux les plus larges possibles, élément marketing essentiel. Chaque groupe de médecins est donc « vendu » par plusieurs opérateurs (assureurs), qui vendent également d'autres groupes.

Dans ces conditions, les présupposés qui fondent le succès de la concurrence sont largement mis en question : si les plans, pour répondre à la demande, sont obligés d'élargir les réseaux de producteurs qu'ils proposent, que devient le levier de la contractualisation sélective avec les médecins ? En quoi la concurrence peut-elle être porteuse d'un style de pratique plus ou moins économique, puisque même si les groupes médicaux sont inégalement efficaces, les assureurs, en les proposant tous, peuvent difficilement orienter les patients vers les groupes les plus efficaces ? Comment peuvent-ils investir dans les groupes médicaux (en système d'information, en programmes de prévention...) sans que cela ne profite au concurrent ?

Par ailleurs, ce système de contractualisation croisée rétablit une position dominante des médecins et des hôpitaux. Ce retour de balancier est favorisé par la rareté relative de l'offre, auquel le *managed care* a lui-même contribué : il est victime de son succès dans la chasse aux excès d'offre de soins. Là encore, il s'agit bien d'une situation induite par la dynamique du système lui-même.

La course à la concentration est aussi le résultat de ce système dans lequel s'affrontent les intérêts économiques des différents acteurs - employeurs, assureurs, producteurs. L'engrenage des coalitions, fusions, acquisitions, aboutit *in fine* à des situations de monopoles locaux. La régulation gouvernementale, qui devrait théoriquement empêcher les ententes, s'est révélée dans la pratique assez impuissante à freiner ce processus de consolidations (Nichols et *al.*, 2004).

Une autre conséquence est la dilution des responsabilités au sein de groupes de plus en plus vastes. Ce phénomène a été bien analysé pour les groupes médicaux : les groupes très larges de la fin des années 1990, dans lesquels les médecins se connaissent à peine, et ne partagent pas de culture ou de vision commune, comme c'était le cas dans les premiers groupes plus resserrés, perdent en efficience (Robinson, 2001).

Au total, on peut donc dire que le déclin est, pour une part, inscrit dans la dynamique d'évolution spontanée du système.

L'impact de la concurrence sur la performance collective du système de soins

Les réflexions précédentes, issues de l'échec spécifique du *managed care* américain, ne font que conforter le jugement que l'on peut porter sur l'impact de la concurrence entre assureurs dans les systèmes de santé.

Car nous avons abordé jusqu'à présent la performance des HMO en tant qu'organisations. Mais une chose est d'avoir des entrepreneurs de soins efficaces pris isolément - et il est indéniable que certaines HMO sont très performantes⁶ -, une autre est d'améliorer la performance d'ensemble du système de santé.

Cette performance ne se mesure pas seulement en termes d'efficience, mais aussi en termes d'équité. De ce point de vue, les HMO ne changent rien à la configuration générale d'un système qui laisse sans assurance 17 % de la population de moins de 65 ans⁷, soit plus de 40 millions de personnes (*National Center for Health Statistics*, 2004).

Certes, on pourrait objecter que ce problème n'existe pas si la concurrence, comme c'est envisagé dans certains pays européens, est limitée à la gestion des réseaux, dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire. Même dans un tel cadre cependant, la sélection des risques reste un danger. Car c'est, pour les assureurs, un moyen beaucoup plus facile de minimiser les coûts que d'affronter les professionnels de soins et de restreindre les consommateurs, toutes choses dont on a pu voir, sur l'exemple américain, que les assureurs ne sortent pas forcément indemnes. Certes, la sélection affichée est en général interdite, mais il existe des moyens détournés d'attirer les bons risques, comme le montrent quelques exemples dans les expériences menées en Europe.

Cette sélection des risques se paye en équité, mais aussi en efficacité, car elle n'est d'aucun bénéfice pour la collectivité.

Par ailleurs, au-delà des gains de productivité instantanés, la question de la capacité d'une régulation concurrentielle à infléchir la *tendance d'évolution* laisse sceptique. Certaines études empiriques font état d'un impact de la pénétration du *managed care* sur les marchés locaux, au-delà même de la performance individuelle des firmes. Le cas des États-Unis dans son ensemble n'est en tout cas pas probant, puisque les dépenses de santé flambent à nouveau depuis quelques années après une période de relative stabilité⁸. Et les facteurs qui sont à l'origine de cette progression - dynamique de la demande mais aussi développement des technologies, notamment dans le secteur du médicament - sont largement exogènes aux organisations de *managed care* et s'imposent à elles.

L'ÈRE « POST-MANAGED CARE » AUX ÉTATS-UNIS : LE RÈGNE DE LA RÉGULATION PAR LA DEMANDE

Une réorientation des stratégies de gestion du risque

Au fil des années 1980 et 1990, les assureurs américains, avec le *managed care*, se sont démenés pour passer du rôle de payeur passif à celui « d'entrepreneur de soins » ou « d'acheteur de soins », pour reprendre une terminologie familière dans le contexte français. Ils ont sélectionné les professionnels pour constituer leurs réseaux, imposé aux patients des filières de soins, défini des protocoles de traitement à respecter, institué des autorisations préalables pour les examens coûteux, refusé de payer les journées d'hospitalisation jugées excessives...

La résistance croissante des patients et des médecins à la restriction de leur liberté de choix, et le rejet des HMO qui s'en est suivi, ont privé les assureurs de ces outils - réseaux fermés, ententes préalables, parcours de soins encadrés - qui avaient pour fonction explicite de limiter les coûts. Les stratégies de gestion du risque des assureurs se sont donc adaptées, avec trois évolutions notables : les actions se sont réorientées des médecins vers les patients, le conseil a remplacé la contrainte, et l'ajustement s'est opéré sur les paiements directs par les malades (Mays *et al.*, 2004 ; Robinson et Yegian, 2004 ; Rosenthal et Milstein, 2004).

Le patient est devenu désormais la cible principale des programmes de « gestion de la maladie » (*disease management*). Les patients « à risque » repérés par les assureurs à partir de leurs fichiers (porteurs d'une maladie coûteuse, chronique le plus souvent) font l'objet d'interventions destinées à modifier leur comportement et à les impliquer dans une gestion active de leur maladie, pour améliorer l'observance des traitements, éviter les complications, les hospitalisations⁹...

À l'inverse, les interventions sur les médecins ont décru, et se font plus

volontiers sur le mode du conseil, plus prudent et moins conflictuel : les méthodes intrusives de contrôle sont en perte de vitesse, de même que les paiements forfaitaires, qui ont été largement abandonnés au profit du retour au paiement à l'acte.

Pour les patients aussi, le registre dominant est désormais celui du conseil et non de la contrainte. Les programmes sont fondés sur le volontariat. La réduction des durées de séjours hospitaliers reste une préoccupation majeure, mais les jours supplémentaires par rapport aux durées standards sont remboursés. Dans la plupart des organisations de *managed care*, les obligations d'autorisations préalables pour l'accès à des soins onéreux ont été supprimées en 2000-2001, ou si elles ont été maintenues, c'est uniquement à des fins d'information (pour pouvoir repérer les patients concernés).

Comme l'expriment certains auteurs en matière de boutade, la nouvelle définition des soins appropriés est désormais « ce pourquoi le patient est prêt à payer ». Et le patient paye, effectivement, la levée des contraintes : les paiements directs par les assurés - franchises, tickets modérateurs, sont en progression continue. Même les HMO caractérisées par une longue tradition de couverture des dépenses au premier dollar introduisent aujourd'hui des franchises. Entre 2002 et 2003, 65 % des HMO, 78 % des PPO et 91 % des POS¹⁰ ont augmenté la participation financière aux soins des patients (Rosenthal et Milstein, 2004).

*La nouveauté : les plans « au choix du consommateur »
(consumer driven health plans)*

Une nouvelle génération de produits d'assurance se développe depuis quelques années sur le marché. Ces contrats ont tous pour principe fondamental de faire reposer sur le consommateur de soins la responsabilité financière des choix qu'il effectue.

Dans le premier modèle, la notion de réseau préférentiel d'offres de soins est encore présente, mais selon le principe suivant : plusieurs listes de producteurs de soins sont définies, en fonction de leur coût notamment. Le patient peut choisir, mais il en supporte les conséquences financières, soit sur sa prime d'assurance (en amont du recours aux soins), soit, plus fréquemment, sur ce qui reste à sa charge quand il doit se faire soigner. Cette formule de réseaux « à étages » (*tiered networks*) concerne essentiellement les hôpitaux¹¹ (Robinson, 2003).

Au début 2003, les plans de santé les proposant couvraient 2 millions de personnes (500 000 pour les plans à prime variable et 1,5 million pour les plans à ticket modérateur variable). En moyenne, sur l'année, l'assuré avait 600 \$ de différence à sa charge entre les catégories extrêmes (Rosenthal et Milstein, 2004).

Le principe consiste au fond à réunir dans un même produit d'assurance plusieurs modalités qui étaient auparavant séparées : une HMO stricte avec un réseau très limité, un PPO un peu plus large avec un contrôle plus lâche, et le libre choix total comme dans une assurance traditionnelle, avec les primes et les paiements à la charge des patients les plus élevés (Robinson, 2003).

De ce point de vue, ces produits d'assurance ne constituent pas une innovation majeure. Ils constituent en fait une réponse à la position de force qu'ont regagnée les hôpitaux dans la lutte qui les oppose aux assureurs. Les hôpitaux acceptent, en effet, de moins en moins les négociations de prix et les conditions telles que les HMO ont pu les imposer, ils sont en position de refuser de contracter pour être inclus dans un réseau. En conséquence, les assureurs ne font que constater les écarts d'efficacité au lieu de tenter d'agir dessus, et ils les reportent sur les consommateurs.

Car c'est là, encore une fois, le mouvement majeur : le consommateur paye plus s'il veut plus cher - ou mieux. Les opérateurs ne se chargent plus d'une relation d'intermédiaire cherchant à obtenir le meilleur rapport prix ou le meilleur rapport qualité/prix, position qui leur a valu le rejet, tant des assurés que des professionnels. Ils se contentent d'informer le consommateur qui fait ses choix éclairés. Cette information reste d'ailleurs limitée : dans les plans souscrits début 2003, une information comparative est fournie dans 57 % des cas sur la qualité des hôpitaux, dans 13 % sur leurs coûts (Rosenthal et Milstein, 2004).

Cette dynamique a pour effet de miner encore un peu plus la solidarité et la mutualisation des risques. La diminution des primes au profit des paiements directs défavorise en effet les plus malades. Les bien portants, qui supportent une part financière croissante de leur prime d'assurance, raisonnent de plus en plus en termes de droit de tirage individuel. Pour autant qu'il ait pu les accomplir antérieurement, le système d'assurance santé par l'employeur s'éloigne aujourd'hui de plus en plus des fonctions redistributives de l'assurance sociale (Ginsburg, 2003 ; Robinson, 2004 ; Yegian, 2003).

C'est encore plus net avec les *health savings accounts*, les comptes d'épargne santé, qui constituent, eux, une véritable rupture avec les modalités d'assurance préexistantes, plus que les réseaux emboîtés évoqués ci-dessus.

Dans cette formule, le salarié dispose d'un « compte santé » crédité par l'employeur, sur lequel il peut tirer pour payer ses dépenses de santé, jusqu'à un plafond. Au-delà, il finance lui-même ses dépenses, jusqu'à un certain seuil, au-delà duquel l'assureur prend le relais. Par exemple, le compte personnel couvre les dépenses jusqu'à 1000 \$, les dépenses de santé engagées au-delà sont à la charge du salarié, jusqu'à un montant

maximal de dépenses de 1500 \$, ce qui excède 1500 \$ est couvert par l'assureur. Le patient peut donc être amené à financer 500 \$ directement. S'il n'utilise pas la totalité du compte personnel, le montant restant est en général reporté sur l'année suivante.

Ces formules sont récentes, encore peu développées (500 000 personnes couvertes), mais elles semblent promises à un bel avenir : un quart des employeurs envisagent d'en proposer une à leurs salariés dans les deux ans (*Kaiser Family Foundation*, 2004). Elles bénéficient de la faveur du gouvernement.

Elles constituent, il faut bien le dire, l'aboutissement de la tendance au rétrécissement de la solidarité. De manière assez attendue, elles sont préférentiellement choisies par les bien portants et les salariés ayant des hauts revenus (Lo Sasso et *al.*, 2004 ; Parente et *al.*, 2004 ; Tollen et *al.*, 2004). Elles apparaissent essentiellement comme un nouvel outil de segmentation du marché, et malgré la rhétorique sur la responsabilisation des patients, les acteurs du système sont globalement assez sceptiques sur l'efficacité de ces dispositifs pour maîtriser les dépenses - tâche à laquelle plus personne aujourd'hui, assureurs ou employeurs, ne souhaite s'attaquer frontalement.

Reste à voir comment le système va évoluer, et réagir à l'inflation très rapide des primes d'assurance avec laquelle il a renoué depuis quelques années : assistera-t-on à un nouveau mouvement de balancier, à un nouvel interventionnisme - de l'État ou du marché -, ou bien la pente vers la responsabilisation individuelle est-elle irréversible ?

NOTES

1. La gestion de ces protocoles et des systèmes d'entente préalable est devenue d'ailleurs au fil du temps, avec l'augmentation de la concurrence, le cauchemar des médecins, car l'augmentation du nombre de plans a conduit le praticien à traiter leurs patients avec une multiplicité de règles différentes, en fonction du plan de santé dont ils dépendent.
2. En France, un dispositif tel que celui du Régime des mines, avec ses propres dispensaires et cliniques, s'apparenterait à ce modèle.
3. En 1992, sur 39 millions d'adhérents aux HMO, 12 millions (31 %) appartenaient à des réseaux très structurés ; en 2000, ils ne représentaient plus que 9 % des adhérents HMO (7,5 millions sur 80 millions) (*Kaiser*, 2004).
4. Ces HMO sont assez éloignées des HMO « à l'ancienne », de type *staff* ou *group model*, sans but lucratif, et dont la culture institutionnelle est orientée vers des valeurs de qualité et de globalité de la prise en charge (ces HMO ont d'ailleurs parfois du mal à se transformer pour élargir leur réseau de praticiens, tendance désormais inévitable pour répondre à la demande de choix des patients, car ils ont l'impression de perdre leur identité). (*Bocognano et al.*, 1998).
5. En 1999, 50 % des employés n'avaient qu'un seul plan offert (*Trude*, 2000).

6. Certaines HMO sont des modèles d'organisation : le Kaiser, déjà évoqué, est souvent cité en exemple. Un article provocateur, paru dans le *British Medical Journal* il y a quelques années et qui avait suscité de vives réactions, avait d'ailleurs comparé Kaiser et le système de santé britannique et avait conclu que pour des coûts comparables, la qualité des soins délivrés par Kaiser était nettement meilleure (Feachem et al., 2002).
7. Les plus de 65 ans étant couverts par *Medicare*, programme public fédéral.
8. Après quelques années de ralentissement des primes, les employeurs ont renoué avec les taux de croissance à deux chiffres : + 10,9 % en 2001, + 12,9 % en 2002, + 13,9 % en 2003, + 11,2 % en 2004 (*Kaiser Family Foundation*, 2004).
9. À titre d'exemple, 600 000 patients sont contactés annuellement par des infirmières de la division de gestion du risque de *United Health Group*, le plus important assureur santé. Des rappels leur sont adressés automatiquement si l'analyse en temps réel de leur consommation médicale montre qu'ils n'ont pas eu les examens préventifs réguliers souhaitables, ou les bilans périodiques de suivi de leur maladie. Les patients ayant une intervention chirurgicale programmée sont contactés avant l'hospitalisation pour être informés sur celle-ci, ils seront contactés après pour organiser les soins à domicile nécessaires,...
10. *Point of Service* : une autre forme de réseau très souple, proche des *Preferred Provider Organizations* (PPO).
11. Un principe similaire s'applique également aux médicaments depuis plusieurs années.

BIBLIOGRAPHIE

- BOCOGNANO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D. (1998) *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé - Théorie et bilan des expériences étrangères*, IRDES (éd.)
- CENTER FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (2004) Health Accounts, <http://www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/>
- CHERNEW M. E., WODCHIS W. P., SCANLON D. P., MCLAUGHLIN C. G. (2004) « Overlap in HMO physician networks », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 23, n° 2, pp. 91-101.
- DEVERS K. J., CASALINO L. P., RUDELL L. S., STODDARD J. J., BREWSTER L. R., LAKE T. K. (2003) « Hospitals' negotiating leverage with health plans: how and why has it changed? », *Health Serv. Res.*, vol 38, n° 1 Pt 2, pp. 419-446.
- DUDLEY R. A., LUFT H. S. (2001) « Managed care in transition ». *New England Journal of Medicine*, vol 344, n° 14, pp. 1087-1092.
- ENTHOVEN A. C. (2004) « Perspectives : market forces and efficient health care systems. », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 23, n° 2, pp. 25-27.
- ENTHOVEN A. C. (1988) « Managed competition: An agenda for action », *Health Aff.(Millwood.)*, vol summer, n° Special issue, pp. 25-47.
- FEACHEM R. G., SEKHRI N. K., WHITE K. L. (2002) « Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *BMJ*, vol 324, n° 7330, pp. 135-141.
- FRANKFORD D. M. (1999) « Regulating managed care: pulling the tails to wag the dogs », *J.Health Polit.Policy Law*, vol 24, n° 5, pp. 1191-1200.
- GINSBURG M. E. (2003) « Hospital tiering: how will it play in Peoria? », *Health Aff.(Millwood.)*, vol Suppl, n° W3, pp. 154-157.
- HALL M. A., AGRAWAL G. (2003) « The impact of state managed care liability statutes », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 22, n° 5, pp. 138-145.
- KAISER (2004) *Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace*, 2004 Update, <http://www.kff.org/insurance/7031/index.cfm>.



LA CONCURRENCE PAR LE FINANCEMENT FONCTIONNE-T-ELLE ?
L'EXPERIENCE DES HMO AUX USA

- KAISER FAMILY FOUNDATION (2004) *Employer Health Benefit 2004 Annual survey*, <http://www.kff.org/insurance/7148/index.cfm>.
- LESSER C. S., GINSBURG P. B., DEVERS K. J. (2003) « The end of an era: what became of the "managed care revolution" in 2001? », *Health Serv.Res.*, vol 38, n° 1 Pt 2, pp. 337-355.
- LO SASSO A. T., RICE T., GABEL J. R., WHITMORE H. (2004) « Tales from the new frontier: pioneers' experiences with consumer-driven health care », *Health Serv.Res.*, vol 39, n° 4 Pt 2, pp. 1071-1090.
- MAYS G. P., CLAXTON G., WHITE J. (2004) « Managed Care Rebound? Recent changes in Health Plans' cost containment strategies », *Health Aff.(Millwood.)*, vol suppl Web exclusive, n° W4, pp. 427-436.
- MILLER R. H., LUFT H. S. (2002) « HMO Plan Performance Update : an analysis of the literature, 1997-2001 », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 21, n° 4, pp. 63-81.
- MILLER R. H., LUFT H. S. (1997) « Does managed care lead to better or worse quality of care? a survey of recent studies mixed results on managed care plan performance », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 16, n° 5, pp. 7-25.
- MILLER R. H., LUFT H. S. (1994) « Managed Care Plan Performance since 1980: a literature analysis », *Journal of the American Association*, vol 271, n° 19, pp. 1512-1519.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2004) 2003 *National Health Interview Survey*, <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/>
- NICHOLS L. M., GINSBURG M. E., BERENSON R. A., CHRISTIANSON J. B., HURLEY R. E. (2004) « Are market forces strong enough to deliver efficient health care systems? Confidence is waning », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 23, n° 2, pp. 8-21.
- PARENTE S. T., FELDMAN R., CHRISTIANSON J. B. (2004) « Employee choice of consumer-driven health insurance in a multiplan, multiproduct setting », *Health Serv.Res.*, vol 39, n° 4 Pt 2, pp. 1091-1112.
- PETERSON M. A. (1999) « Introduction: politics, misperception, or apropos? », *J.Health Polit.Policy Law*, vol 24, n° 5, pp. 873-886.
- ROBINSON J. C. (2003) « Hospital tiers in health insurance: balancing consumer choice with financial incentives », *Health Aff.(Millwood.)*, vol Suppl, n° W3, pp. 135-143.
- ROBINSON J. C. (2001) « Physician organization in California: crisis or opportunity », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 20, n° 4, pp. 81-96.
- ROBINSON J. C. (2004) « From managed care to consumer health insurance: the fall and rise of Aetna », *Health Aff.(Millwood.)*, vol 23, n° 2, pp. 43-55.
- ROBINSON J. C., YEGIAN J. M. (2004) « Medical management after managed care », *Health Aff.(Millwood.)*, vol Suppl Web exclusive, n° W4, pp. 269-280.
- ROSENTHAL M., MILSTEIN A. (2004) « Awakening consumer stewardship of health benefits: prevalence and differentiation of new health plan models », *Health Serv.Res.*, vol 39, n° 4 Pt 2, pp. 1055-1070.
- SRUNK B. C., GINSBURG M. E. (2004) « Tracking health care costs: trends turn downward in 2003 », *Health Aff.(Millwood.)*, vol Supp Web exclusive, n° W4, pp. 354-362.
- SWARTZ K. (1999) « The death of managed care as we know it », *J.Health Polit.Policy Law*, vol 24, n° 5, pp. 1201-1205.
- TOLLEN L. A., ROSS M. N., POOR S. (2004) « Risk segmentation related to the offering of a consumer-directed health plan: a case study of Humana » Inc, *Health Serv.Res.*, vol 39, n° 4 Pt 2, pp. 1167-1188.
- TRUDE S. (2000) « Who has a choice of health plans? » *Issue Brief 27*, Washington DC Center for Studying Health System Change.
- YEGIAN J. M. (2003) « Tiered hospital networks », *Health Aff.(Millwood.)*, vol Suppl, n° W3, pp. 147-153.

