

La LAMal et les mécanismes de la concurrence

F. Abbé-Decarroux

Introduction

Le 1^{er} janvier 1996, l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie avait un double objectif: d'une part garantir une plus grande solidarité entre les assurés et maîtriser les coûts de la santé d'autre part. Afin de réaliser ce dernier, la LAMal propose une série d'instruments de nature diverse (réglementaire ou incitatif) et parfois même contradictoire. Parmi ceux-ci, on trouve le système de la double concurrence qui, comme son nom l'indique, prône une intensification de la concurrence à la fois sur le marché de l'assurance-maladie et sur le marché des prestations. De ce point de vue, le législateur, comme avant lui le comité Dekker en Hollande, s'est largement inspiré de l'expérience américaine afin d'insuffler dans notre système de santé une certaine dose de concurrence.

Selon la théorie micro-économique, la concurrence sur les marchés devrait garantir une plus grande efficacité en incitant les entreprises à choisir les méthodes de production qui permettent, pour un niveau de qualité donné, de produire au moindre coût et de vendre à un prix égal au coût marginal. Autrement dit, dans une situation concurrentielle et en poursuivant son propre intérêt, chaque agent économique contribue involontairement et inconsciemment à la réalisation d'une situation d'équilibre des marchés qualifiée d'optimal et conforme à l'intérêt général.¹ Pourtant, quand bien même la concurrence permettrait d'aboutir à une allocation des ressources efficace, cette dernière n'est pas forcément équitable, loin s'en faut.

Le deuxième théorème de l'économie du bien-être nous enseigne alors que les problèmes d'équité et d'efficacité doivent être séparés puisque n'importe quelle allocation optimale (la plus «juste» comme la

¹ Une allocation est dite efficace ou optimale (au sens de Pareto) s'il est impossible d'améliorer la situation d'un agent économique sans détériorer celle d'un autre agent.

plus «injuste») pourrait être réalisée par un équilibre concurrentiel. Autrement dit, si la collectivité juge que la distribution des revenus résultant de la concurrence est inéquitable, elle devrait bien se garder d'intervenir sur le mécanisme de fixation des prix, mais plutôt se limiter à redistribuer les richesses afin d'atteindre l'allocation des ressources qui est socialement souhaitée.

Depuis quelques années, ces enseignements de l'analyse micro-économique ont largement inspiré la plupart des politiques qui ont été mises en place dans bon nombre de secteurs économiques, y compris dans celui de la santé. En effet, la plupart des réformes des systèmes de santé, qui ont été entreprises dans les pays de l'OCDE ces dernières années, se sont orientées vers la recherche d'une meilleure efficacité en introduisant, à des degrés divers, des mécanismes de concurrence sur le marché [1, 17, 18].

La réforme du système de santé suisse entreprise au travers la LAMal s'inscrit dans cette tendance. Pourtant, avec des primes d'assurance qui ne cessent de croître depuis 1996, d'aucun pense que la LAMal tarde à produire ses effets en terme de maîtrise des coûts. Faut-il pour autant remettre en cause les principes mêmes de la nouvelle loi qui cherche à intensifier la concurrence sur le marché de l'assurance et sur celui des prestations sanitaires? Les mesures prônées par la LAMal sont-elles réellement adaptées à la mise en œuvre d'un mécanisme de concurrence? Les conditions favorisant une plus grande concurrence sont-elles réalisées sur le marché de la santé?

Le but de cet article est d'apporter quelques éléments de réponses aux questions ci-dessus. Dans un premier temps, nous aborderons la question de la concurrence sur le marché de l'assurance (deuxième section). La troisième section traitera de la concurrence sur le marché des prestations sanitaires. Une brève conclusion viendra résumer les principaux points développés dans cet article et dressera quelques perspectives.

Concurrence sur le marché de l'assurance

Lacunes du marché de l'assurance

Sur le marché de l'assurance, force est de constater que toutes les conditions pouvant conduire à une saine concurrence ne sont pas remplies. Le processus d'allocation des ressources est perturbé par deux problèmes bien identifiés qui naissent de l'asymétrie d'information qui existe entre les assurances et les assurés. En effet, l'assureur n'a en principe pas la même information que l'assuré sur le comportement de l'assuré face au risque de maladie d'une part et sur l'état de santé du patient d'autre part. De cette différence d'information résultent deux lacunes du marché que l'on appelle: le *risque moral* (ou *aléa moral*) et la *sélection adverse* (ou *l'antisélection*).

Le risque moral désigne une situation dans laquelle le contrat d'assurance modifie le comportement de l'assuré qui aura tendance à consommer des soins qui vont bien au-delà de ses besoins réels. D'une

Correspondance:
François Abbé-Decarroux
Haute école de gestion
7, route de Drize
CH-1227 Genève
E-mail: francois.abbé-decarroux@hesge.ch

part, la couverture d'assurance a pour effet de baisser le prix des prestations sanitaires payé par l'assuré, ce qui l'incite à consommer plus. D'autre part, l'assurance est susceptible de modifier le comportement même de l'assuré, en affaiblissant ses efforts de prévention par exemple, ce qui accroît l'occurrence de recours aux soins. Dans les deux cas, le risque moral se traduit par une surconsommation médicale. L'asymétrie d'information entre le prestataire de soins et le patient crée de surcroît une situation très propice au risque moral. Les décisions médicales nécessitent en effet très souvent des connaissances que seul le prestataire possède. Ce dernier a donc la possibilité d'abuser de son pouvoir discrétionnaire et de prescrire des soins au-delà des besoins objectifs du patient (phénomène d'induction de la demande par l'offre).

Le fait que l'assureur est bien souvent incapable de connaître précisément l'état de santé des assurés et le risque qu'ils représentent, le conduit à offrir une prime identique à des assurés dont le degré de risque est inégal. Il s'en suit que les individus représentant un risque élevé se voient offrir une prime inférieure à celle correspondant à leur situation. Au contraire, les «bons risques» vont payer une prime bien supérieure à l'espérance de leurs dépenses de santé. Dans ces conditions, et s'il n'y a pas l'obligation de s'assurer, les «bons risques» diminueront leur demande d'assurance tandis que les «mauvais risques» auront tendance à se surassurer. Le retrait des «bons risques» a pour conséquence d'accroître la prime offerte par l'assureur, ce qui aura pour effet de décourager la demande d'assurance d'autres assurés et ainsi de suite. Ce mécanisme d'exclusion est appelé la sélection adverse (antisélection), en ce sens que l'assurance a, malgré elle, tendance à sélectionner plutôt les mauvais risques et à chasser les bons.

La réponse au problème de la sélection adverse est différente selon le régime de l'assurance. Dans le cas de l'assurance-maladie privée facultative (l'assurance complémentaire), les assureurs vont chercher à tout prix à sélectionner les risques. Pour ce faire, ils offriront des primes différenciées en fonction de plusieurs facteurs reflétant le niveau de risque encouru, l'âge et le sexe par exemple (discrimination de prix du troisième degré). Ils peuvent aussi laisser l'assuré révéler lui-même, au travers des choix qu'il fera, son niveau de risque en lui proposant différents contrats dont le prix varie en fonction du degré de couverture d'assurance (discrimination de prix du second degré). Les assureurs peuvent aller même jusqu'à exclure de leur portefeuille ceux et celles qui représentent des risques trop élevés. Or, quelque que soit la stratégie utilisée, la pratique qui consiste à sélectionner les risques est discriminante et par nature inéquitable.

Dans le cas d'une assurance-maladie sociale comme la LAMal, la réponse à la sélection adverse est de rendre l'assurance obligatoire (art. 3 LAMal). Les «bons risques» sont donc tenus de s'assurer au même titre que les «mauvais risques». De plus, l'assureur offrant de l'assurance de base est considérablement limité dans les moyens qu'il a pour sélectionner les

risques. Chaque assureur doit d'une part accepter toute personne tenue de s'assurer (art. 4 LAMal) et prélever des primes identiques entre les assurés adultes d'autre part (art. 61 LAMal)². La caisse-maladie n'a donc pas de possibilité d'exclure des assurés ou de pratiquer une politique de discrimination de prix.

Pour renforcer la solidarité dans l'assurance obligatoire, la LAMal a par ailleurs passablement élargi le catalogue des prestations sanitaires auxquelles chaque assuré a droit (art. 24 à 34 LAMal). Le catalogue doit en effet comprendre une palette de soins suffisamment large, de manière à ne pas créer une situation trop inégale entre les assurés couverts uniquement par l'assurance de base et ceux qui ont choisi de contracter une assurance complémentaire. Dans le cadre de l'assurance obligatoire, les prestations couvertes sont strictement identiques d'une assurance à l'autre. Ce faisant, la LAMal rend le produit d'assurance complètement homogène et satisfait, de ce point de vue, à une des conditions de la concurrence. Les comparaisons opérées par les assurés portent alors avant tout sur le prix de l'assurance et le service à la clientèle.

Principe de la concurrence entre les caisses-maladie

En s'inspirant des réformes entreprises en Allemagne et en Hollande, la LAMal a voulu renforcer la concurrence entre les caisses maladie afin de ralentir la croissance des coûts de la santé au travers essentiellement de deux effets. Premièrement, les caisses maladies placées en situation de concurrence devraient être incitées à produire leurs services le plus efficacement possible, et en particulier à diminuer un maximum leurs frais administratifs. Deuxièmement, la possibilité pour les ménages de pouvoir librement changer d'assurance devrait encourager ces dernières à négocier de meilleurs contrats avec les prestataires de soins, c'est-à-dire à rechercher les fournisseurs de soins qui offrent le meilleur rapport qualité-prix. De plus, encouragées à réduire leurs primes afin d'attirer un plus grand nombre d'assurés, les caisses ont tout intérêt à être inventives et à proposer des formes d'assurance particulièrement attractives, comme la LAMal leur en donne la possibilité (art. 62 LAMal).

Cependant, sans réglementation adéquate, le principe de la concurrence entre les assurances peut avoir des conséquences fâcheuses en terme d'équité. En effet, afin de réduire leur prime, les assurances vont chercher à attirer des personnes représentant des bons risques et vont tout faire pour décourager les autres. Cette sélection des risques est un corollaire de la concurrence sur le marché de l'assurance-maladie. En conséquence, pour que le l'assurance sociale de base reste équitable, la LAMal a réglementé le marché en instaurant l'obligation de s'assurer, le libre passage et une prime égale pour les adultes (pas de discrimination).

² L'assureur peut différencier sa prime en fonction du lieu de résidence de l'assuré (art. 61, al. 2) et doit offrir une prime moins élevée aux enfants et aux jeunes adultes en étude (art. 61, al. 3).

Néanmoins, afin de concilier la liberté des résidents de choisir leur caisse-maladie et l'obligation pour l'assurance d'accepter tout assuré quel que soit son état de santé, il est impératif que la concurrence s'accompagne d'un système de compensation des risques (art. 105 LAMal). Le système de la compensation des risques a pour objectif de donner à chaque caisse «les mêmes armes face à la concurrence» [2]. Il faut bien comprendre que cette péréquation est une condition nécessaire à la mise en place d'un régime de concurrence. Sans compensation des risques, les caisses maladie ayant une proportion relativement importante de mauvais risques se retrouvent en situation défavorable face aux assurances rivales. Elles offriront des primes forcément plus élevées que celles des assurances bénéficiant plutôt des bons risques. Puisqu'il s'avère que ces derniers ont une propension plus grande que les assurés en mauvaise santé à changer de caisses, l'écart entre les primes à même tendance à se creuser. Or, cette situation porte non seulement un sérieux coup à la solidarité voulue par la LAMal, mais elle incite fortement les assureurs à pratiquer «l'écramage» (pratique qui consiste à se débarrasser de personnes présentant un risque important). En conséquence, la compensation des risques vise aussi indirectement à limiter des pratiques de sélection des risques.

Le mécanisme de la compensation des risques n'est pas facile à mettre en place et pose un grand nombre de problèmes d'ordre conceptuel. D'abord, il a été instauré pour une période transitoire de dix ans, soit jusqu'en 2005. Le législateur a estimé que c'était le temps nécessaire pour harmoniser la structure de risques entre les caisses maladie, via le libre passage. Or, à l'heure actuelle, rien n'indique que l'harmonisation sera réalisée en 2005, bien au contraire.³ Le jeu de la concurrence semble en effet ne pas très bien fonctionner puisqu'on constate qu'en général les assurés restent plutôt fidèle à leur caisse et utilisent relativement peu la possibilité de réaliser des économies en changeant de caisses. L'absence d'une culture de concurrence chez les assurés dans ce secteur sensible qui est celui de la santé, la crainte de perdre son assurance complémentaire, ou tout simplement la peur du changement (particulièrement visible chez les personnes en mauvaise santé et les personnes âgées) sont des éléments qui pourraient expliquer ce dysfonctionnement.

Ensuite, la compensation des risques se réalise sur la base de l'âge et du sexe des assurés.⁴ Or, quand bien même l'âge et le sexe sont des éléments aisément observables et mesurables, il est incontestable que ces

deux variables sont nettement insuffisantes pour évaluer correctement les risques. Selon certaines études, l'âge et le sexe n'expliqueraient que 5% des variations des dépenses de santé [4]. Il serait donc souhaitable que la compensation des risques tienne compte d'autres variables plus révélatrices de la structure de risque des assurés. Toutefois, la prise en compte de variables supplémentaires liées à l'état de santé des assurés (comme par exemple le risque d'hospitalisation) peut s'avérer non seulement très coûteuse en terme de recherche d'information, mais elle pose en plus des problèmes épineux de mesure et de transparence.

En l'absence d'une bonne information sur les facteurs de risque, il serait tentant d'envisager une pleine compensation sur la base des coûts générés par les assurés. Toutefois, une compensation sur la base des coûts aboutirait à terme vers l'établissement d'une prime unique entre les différentes caisses. Certes, ce type de compensation élimine complètement les incitatifs à sélectionner les risques, mais il supprime également la concurrence et ses vertus. En effet, en étant compensées sur la base des coûts, les assurances n'ont plus d'intérêt à prendre des mesures qui visent justement à réduire les coûts.

Le dilemme est alors évident. Si, pour une question incontestable d'équité entre caisses, l'intensification de la concurrence appelle à une compensation des risques, cette dernière peut devenir à son tour une limite sérieuse à la concurrence. Il existe un arbitrage certain entre la sélection des risques et la concurrence. Une plus grande compensation des risques tue la concurrence, tandis qu'une compensation inéquitable accroît le phénomène de la sélection des risques.

Certes, dans le cadre de l'assurance obligatoire, les caisses n'ont pas légalement la possibilité de refuser les mauvais risques ou de leur faire payer des primes plus élevées. Elles vont chercher toutefois, par des moyens détournés, à sélectionner les risques. Par exemple, rien n'interdit aux caisses maladie de faire varier la qualité de leurs services à la clientèle en fonction du degré de risque des assurés, la qualité se dégradant pour les clients indésirables. D'autres part, sachant que les assurés préfèrent avoir l'assurance de base et l'assurance complémentaire dans la même compagnie, les caisses maladie ont tout loisir de sélectionner les risques dans l'assurance complémentaire afin de modifier la structure des risques dans l'assurance de base. Elles peuvent également attirer les bons risques et décourager les mauvais en effectuant des campagnes ciblées de publicité. Le cas du retrait de Visana de certains marchés montre que les assurances peuvent également pratiquer, en toute légalité, une sélection géographique des risques.

A côté des problèmes conceptuels que nous venons de rappeler, la compensation des risques soulève des difficultés de mises en œuvre. D'une part, la récolte des données s'avère en définitive assez laborieuses [5]. D'autre part, l'année où les compensations sont calculées et l'année où les paiements sont effectués ne coïncident toujours pas (l'écart est d'environ une année). Cela peut induire d'une part des

3 Si la structure de risques s'harmonisait, on devrait assister à une diminution à travers le temps des montants nets de la compensation. Or, c'est justement le contraire auquel nous assistons: entre 1993 et 1997, la compensation a augmenté d'environ 87% [3].

4 Ainsi, une caisse-maladie, dont l'effectif de femmes et de personnes âgées est moins élevé que la moyenne cantonale, verse une contribution au fonds de compensation, en faveur des caisses dont la proportion de femmes et de personnes âgées est supérieure à la moyenne.

comportements stratégiques indésirables de la part des caisses maladie, mais surtout cela pénalise les assurances créancières à cause de l'intérêt de retard dont il n'est pas tenu compte.

Caisse unique versus concurrence entre les caisses
Les difficultés de la compensation des risques et le dilemme qu'elle soulève pourraient être des arguments sérieux pour remettre en cause le principe même de la concurrence sur le marché de l'assurance. Il fait partie en tout cas de l'argumentaire de ceux qui plaident en faveur d'une caisse unique.

Il n'est pas certain également qu'une concurrence accrue entre les caisses permette de réduire sensiblement les frais administratifs. Ils sont probablement plus élevés dans les systèmes où il y a concurrence, à cause notamment de la diversité des plans d'assurance, du mouvement des assurés entre les caisses et des dépenses publicitaires. D'ailleurs, la baisse des coûts administratifs qui a été observée en Grande Bretagne, au Canada et au Japon est attribuée souvent au fait qu'il n'existe qu'un unique agent-financier qui rembourse les dépenses de santé [1].

Il s'avérerait également que la concurrence sur le marché de l'assurance limite leur capacité à négocier des contrats avec les fournisseurs de soins. Face à un marché d'assurance très fragmenté, il est plus facile en effet pour les prestataires de soins de résister aux tentatives des caisses d'améliorer l'efficacité. C'est pourquoi d'ailleurs, dans les pays où il y a concurrence entre les assureurs (l'Allemagne par exemple), ces derniers sont enclins à se regrouper de manière à augmenter leur pouvoir contractuel face aux fournisseurs de soins [4].

Qui plus est, il se pourrait que la concurrence entre les caisses exerce une pression à la hausse sur les tarifs dans la mesure où chaque caisse va chercher à négocier des contrats avec les prestataires qui offrent le meilleur rapport qualité-prix. A l'inverse, il y a la caisse unique qui, en étant le seul «acheteur» de prestations, aurait tout loisir d'exercer son pouvoir de monopole afin d'obtenir des conditions et des tarifs avantageux de la part des fournisseurs de soins. Du point de vue de la maîtrise des coûts, une caisse unique pourrait représenter un avantage certain dans sa capacité à exercer en permanence une pression à la baisse sur le prix des prestations sanitaires.

Néanmoins, une caisse qui détient un pouvoir de *monopsonne* sur le marché des prestations sanitaires a forcément un pouvoir de *monopole* sur le marché de l'assurance. Dans ces conditions, une caisse unique représente un danger non moins certain, dans la mesure où rien ne l'empêcherait d'abuser de sa position dominante en accroissant les primes d'assurance. Par ailleurs, cette position de monopole sur le marché de l'assurance de base lui conférerait un avantage évident sur le marché de l'assurance complémentaire. C'est la raison pour laquelle une caisse unique ne peut être concevable que si elle est entièrement contrôlée par les pouvoirs publics.

Parmi les problèmes posés par une caisse unique, il y a la limitation totale du choix de l'assuré pour

l'assurance de base. A cela s'ajoute, pour les assurés, le risque d'une restriction dans le choix des plans alternatifs d'assurance et avec ceci une diminution des moyens de maîtrise des coûts [6]. Cet argument n'est pourtant que théorique dans la mesure où, en Suisse, le choix de plans alternatifs d'assurance est encore très limité.

Cette discussion nous montre toute l'ambiguïté des effets réels sur les dépenses de santé d'une intensification ou d'une restriction de la concurrence sur le marché de l'assurance. Cependant, il est un facteur qui pourrait s'avérer déterminant. Il a trait à la suppression de l'obligation contracter demandée par le Concordat des caisses maladie (CAMS). Comme nous le verrons dans la section suivante, il se pourrait que la concurrence sur le marché de l'assurance, pour autant qu'elle fonctionne, soit une garantie à ce que les accords verticaux (contrat entre une assurance et un ou plusieurs prestataires de soins) ne soient pas utilisés pour limiter la concurrence sur le marché des prestations sanitaires. Sur un marché de l'assurance de nature plutôt oligopolistique puisque déjà relativement concentré (environ 80% de la population est assuré par les quatre plus grandes caisses maladies du pays (interview de F. Britt dans [7])), il est essentiel de garder ce point à l'esprit.

Concurrence entre les prestataires de soins

Lacunes du marché des prestations sanitaires

Sur le marché des prestations sanitaires, tout comme sur le marché de l'assurance, les conditions de concurrence sont loin d'être remplies, de sorte que les prix pratiqués ne sont pas les «bons prix».⁵ Les lacunes du marché proviennent principalement du manque de transparence sur le marché (problème d'information) et de la différenciation des services offerts (non-homogénéité).

Dans la section précédente, nous avons déjà invoqué le problème d'asymétrie d'information entre fournisseurs de soins et patients, ainsi que les problèmes d'aléa moral et de surconsommation qu'il soulève. A ce problème d'information s'ajoute une autre difficulté liée à l'incertitude inhérente à la production de services sanitaires. Les manifestations de la maladie et sa perception pouvant varier d'un patient à l'autre et d'un médecin à l'autre, le diagnostic est en effet de nature incertaine, tout comme l'appréciation de l'état de gravité et d'avancement de la maladie par le médecin. Ensuite, à chaque diagnostic peut être associé plusieurs traitements dont le choix dépendra de multiples facteurs. De plus, une fois le traitement choisi, son application est sujet également à de grandes variations et les résultats du traitement ne peuvent être que très rarement prédits avec certitude. En bref, l'incertitude médicale est très grande et renforce l'influence du médecin dans le processus de

⁵ Un «bon prix» est un prix qui est égal au coût marginal, situation qui s'observe lorsqu'un marché est en situation de concurrence.

choix. Elle est donc de nature à compliquer considérablement la tâche du patient et de l'assurance qui voudraient comparer l'efficacité des différents modes de traitements afin de prendre une part plus active au processus de décision. En ce sens, elle contribue à la différenciation des services offerts, ce qui va à l'encontre de la condition d'homogénéité nécessaire à la concurrence.

La qualité est source également d'une grande différenciation des prestations sanitaires. La qualité peut être objectivement ou subjectivement différenciée en fonction des nombreux attributs qui la composent (par exemple l'efficacité du traitement, l'attention et l'écoute du médecin, le temps d'attente, la réputation du prestataire, le confort des lieux, etc.). Dans ce cas, le mécanisme de la concurrence est enrayé, non pas cette fois à cause d'un manque d'information mais parce que la qualité des services est différenciée aux yeux des patients, ce qui confère aux offrants un pouvoir de monopole et donc un contrôle sur la demande. Enfin, la différenciation peut être aussi géographique, en ce sens que la population est répartie sur le territoire et qu'elle a une propension à s'adresser au prestataire de soins le plus proche. En conséquence, un hôpital par exemple, qui desserre la population d'une région, se trouve de fait en position dominante sur son marché par rapport aux établissements plus éloignés. Quelle que soit la nature de la différenciation, nous sommes bien en face d'une situation de concurrence imparfaite (monopole, oligopole, concurrence monopolistique) parce que l'hypothèse sur l'homogénéité des produits offerts n'est plus respectée.

Enfin, sans des mesures appropriées visant à contrôler et à organiser la concurrence, il se pourrait qu'une intensification de la concurrence entre fournisseurs de soins aboutisse à des résultats inverses de ceux prédits par la théorie micro-économique. En effet, plutôt que de diminuer les coûts, la concurrence pourrait conduire à un accroissement des coûts et des tarifs médicaux et, inversement, la concentration sur le marché impliquerait plutôt une baisse des prix. La principale explication de ce «paradoxe» a trait à une concurrence qui porterait sur la qualité des soins plutôt que sur leur prix (*non-price competition*).

La concurrence a de bonnes chances de porter surtout sur la qualité, et donc d'être inflationniste, dans des systèmes de santé où le rôle des assurances se limite à rembourser les dépenses occasionnées par les assurés. Du côté de la demande, puisque les patients sont couverts par une assurance obligatoire et ne supportent directement qu'une petite partie du coût (la participation aux dépenses), ils seront forcément plus sensibles à la qualité qu'au prix des prestations. De plus, l'asymétrie d'information entre le médecin et le patient empêche de juger ex ante de la qualité des soins. Le consommateur sera donc particulièrement attentif à tous les «signes» qui, à ses yeux, sont synonymes de qualité: technologie médicale récente, équipement sophistiqué, personnel médical nombreux, situation géographique favorable du cabinet ou de l'hôpital, etc. Or, l'emploi de facteurs de production susceptibles d'émettre de tels signaux, ou

tout simplement l'amélioration de la qualité des soins offerts, a pour conséquence un accroissement des coûts.

Du côté de l'offre, avec un mode de rétribution de type rétrospectif, les fournisseurs de soins sont fortement incités à accroître la qualité de leurs prestations sans considération sur les coûts.⁶ Or, le paiement à l'acte et le forfait journalier, qui ont tous les deux un caractère rétrospectif, sont des modes de rémunération des fournisseurs encore très largement répandus dans le système de santé suisse. De plus, ces deux types de paiement ne permettent quasiment pas de faire des comparaisons de coûts entre les prestataires de soins. Ils sont donc inadaptés à la mise en place d'une concurrence basée sur les prix et facilitent donc une concurrence qui repose essentiellement sur d'autres considérations, comme la qualité des prestations.

En conséquence, la qualité des soins est un vecteur de concurrence prépondérant pour autant que les patients aient une grande liberté dans le choix du fournisseur, qu'ils soient plutôt insensibles aux prix des soins et que le mode de rémunération des offrants soit de type rétrospectif. Autrement dit, tant que les caisses maladie remboursent les dépenses de santé de leurs assurés sur la base des coûts effectifs occasionnés, la concurrence entre fournisseurs a de fortes chances de ne pas porter sur les prix des soins mais surtout sur leur qualité. Dans ces conditions, la qualité ayant un coût, il n'est pas surprenant que la concurrence accentue la pression sur les dépenses de santé.

Or, avec la LAMal, le législateur a voulu justement augmenter le rôle du prix dans le processus d'allocation des ressources en renforçant la responsabilité des caisses dans «l'achat» des prestations sanitaires pour le compte de leurs assurés. Le renforcement du rôle des assurances dans l'achat de prestations devrait donc en principe permettre un retour vers une situation plus conforme aux prédictions de la théorie micro-économique, c'est-à-dire une situation où la concurrence entre fournisseurs de soins permet de réduire les coûts. Pour ce faire, la LAMal choisit d'introduire une dose de concurrence sur le marché des prestations sanitaires (concurrence contrôlée).

Principe de la concurrence contrôlée entre les prestataires de soins

La mise en concurrence des offrants prend en principe deux formes. Le premier aspect, appelé *système du contrat*, maintient séparé la fonction d'assurance et la fonction de fournisseur de soins, mais renforce le rôle contractuel des assureurs dans l'achat des services sanitaires auprès des hôpitaux et des médecins. Avec le système du contrat, les caisses maladie ont en effet la possibilité d'établir des contrats séparés avec *certaines* prestataires de soins. Dans la LAMal, chacune des caisses maladie et n'importe quel four-

⁶ Un paiement rétrospectif est accompli sur la base des dépenses effectives qui ont été engagées par le fournisseur (par exemple le paiement à l'acte).

nisseur de soins peuvent conclure un contrat sans devoir passer forcément par leur fédération. Lors de l'établissement d'un contrat, d'une convention tarifaire ou d'un simple accord, les mesures suivantes ne sont pas admises: l'interdiction de conclure des contrats séparés, l'obligation d'adhérer aux accords existants, l'interdiction de concurrence entre les membres, les clauses d'exclusivité et celle interdisant tout traitement de faveur (art. 46, al. 3 LAMal).

Dans le système du contrat, les caisses vont chercher à obtenir des conditions préférentielles portant sur les prix et la qualité auprès des fournisseurs qui sont ainsi placés en situation de concurrence. Les procédures de mise en concurrence des fournisseurs de soins par les agents-financeurs peuvent prendre des formes très diverses: de l'appel d'offre à la simple négociation.⁷ Néanmoins, quelle que soit la procédure, les assurances deviennent de véritables acheteurs qui agissent comme mandataires pour leurs assurés et exercent ainsi une pression sur les prestataires de soins. En contrepartie d'une prime plus avantageuse, les patients qui optent pour ces formes d'assurance sont limités dans leur choix puisqu'ils ne peuvent choisir qu'entre les fournisseurs de soins avec lesquels leur caisse a des relations contractuelles préférentielles (art. 41 al. 4 et art. 62 LAMal).

La deuxième forme que peut prendre le système de concurrence contrôlée consiste à intégrer la fonction d'assurance et celle de fournisseur de soins dans plusieurs unités distinctes, puis de laisser la concurrence s'établir entre ces différentes unités. C'est ce qu'on appelle les systèmes intégrés dont les *Health Maintenance Organizations* (HMO) ou réseaux de soins coordonnés en sont des exemples. Une HMO est un organisme qui offre en principe une variété très large de services sanitaires (ambulatoires et hospitaliers) aux membres qui y ont adhéré. Contre un paiement forfaitaire annuel fixé à l'avance, chaque membre de la HMO reçoit les soins dont il a besoin, mais renonce au libre choix du médecin. Cependant, les patients choisissent librement l'organisme auquel ils veulent adhérer, de sorte qu'il existe une concurrence entre les différentes unités HMO d'une part et entre le système intégré et le système traditionnel non intégré d'autre part.

Parallèlement aux effets propres à la concurrence, l'incitation à produire au moindre coût est renforcée par le fait que le système du contrat et le système intégré s'accompagnent en général d'un mode de paiement *prospectif*, dont le forfait par pathologie est un exemple. Le paiement prospectif permet à l'agent-financeur de mieux contrôler l'intensité du traitement et son coût. Avec ce mode de rétribution, le fournisseur de soins supporte en effet une part plus ou moins grande du risque financier, ce qui l'incite à produire plus efficacement et élimine d'autre part le risque d'induction de la demande par l'offre. De plus, une plus grande concurrence entre les fournisseurs de soins devrait les conduire à se spécialiser et/ou à fu-

sionner, et ainsi permettre d'exploiter d'éventuelles économies d'échelle.

Enfin, la concurrence contrôlée contraint les fournisseurs de soins à plus de transparence afin de permettre à l'acheteur de vérifier le respect du contrat. Dans le système intégré, l'intégration verticale est d'ailleurs un moyen pour l'assurance de se procurer des informations qu'il est plus difficile et donc plus coûteux d'obtenir sans intégration. Autrement dit, l'asymétrie d'information qui existe entre l'assurance et le prestataire est réduite lorsque ces deux fonctions sont intégrées. L'intégration verticale permet également d'internaliser les coûts de transaction qui sont inhérents à l'établissement et à la vérification des clauses du contrat.

A côté de son impact souhaité sur les dépenses de santé, une intensification de la concurrence sur le marché des prestations sanitaires peut générer néanmoins des effets indésirables auxquels il convient d'être attentif. En tout premier lieu, la mise en concurrence des fournisseurs de soins et le mode de paiement prospectif s'accompagnent généralement par une sélection des patients. Les fournisseurs de soins tout comme les caisses maladie sont en effet incités à orienter les patients gravement atteints – ceux là même qui représentent un risque financier élevé – vers d'autres prestataires. La sélection des patients ne résulte pas forcément du comportement des offrants mais peut-être spontanée de sorte que les patients prêt à renoncer au libre choix sont en général en meilleure santé que ceux qui restent dans le système traditionnel d'assurance.

Ensuite, il est important de s'assurer que les gains d'efficacité dus à la concurrence ne se réalisent pas au prix d'une diminution de la qualité des prestations offertes ou d'une sous-dispensation des soins. C'est pourquoi, une intensification de la concurrence portant sur les prix des soins nécessite la mise en place d'un contrôle de la qualité (art. 58 LAMal). Un contrôle systématisé de la qualité est d'autant plus important que les patients sont bien souvent dans l'incapacité de juger, faute d'informations et de connaissances suffisantes, de l'adéquation des prestations et de leur qualité.

Enfin, une intensification de la concurrence sur le marché des prestations implique en principe un accroissement des frais administratifs. Ces frais sont associés à l'organisation des quasi-marchés qui demande de la part des caisses maladie comme des fournisseurs de soins de nouvelles compétences, entre autres, en gestion, en économie de la santé et en épidémiologie. D'autre part, l'établissement des contrats, la gestion de leur variété et le contrôle de la qualité débouche inévitablement sur de nouvelles charges administratives pour les assurances et les fournisseurs de soins. Aux Etats-Unis, pays qui a la plus longue expérience du managed care, les coûts administratifs sont en moyenne plus élevés que dans les pays européens [9].

Si donc la concurrence entre fournisseurs de soins soulève un certain nombre de problèmes, elle n'en représente pas moins une source potentielle d'effi-

7 Pour plus de détails sur les procédures de mise en concurrence, voir [8].

science. La LAMal en instaure le principe mais n'en crée cependant pas suffisamment les conditions, ce qui explique d'ailleurs pourquoi elle tarde à se mettre en place.⁸ C'est au sein même de la nouvelle loi que l'on trouve des freins à l'intensification de la concurrence sur le marché des prestations sanitaires. Les cinq points ci-dessous sont souvent considérés comme des obstacles à la concurrence.

D'abord, en matière de financement des hôpitaux, la LAMal se contente de reprendre l'ancienne réglementation (art. 49 LAMal). Or, d'aucuns reconnaissent que le financement des hôpitaux publics ou reconnus comme tels par le canton (au *minimum* 50% des coûts imputables de la division commune) représente une entrave à la concurrence et à l'apparition de nouveaux modèles de prise en charge des patients, tels que les HMO ou autres réseaux de soins coordonnés [11]. Ce financement non seulement fausse la concurrence entre les hôpitaux privés et les hôpitaux publics, mais induit de mauvais incitatifs, en particulier en ce qui concerne le choix entre une prise en charge hospitalière (au minimum 50% des coûts sont financés par l'impôt) et une prise en charge ambulatoire (100% des coûts sont financés par l'assuré et sa caisse-maladie).

Deuxièmement, l'article 49 perpétue le principe d'un financement *des institutions*, c'est-à-dire lié aux structures, plutôt qu'un financement des prestations, plus conforme à une logique de concurrence. A l'heure actuelle, le système de tarification des hôpitaux suisses repose en effet en très grande partie sur le forfait journalier, forfait qui est de nature rétrospective et qui ne reflète pas le coût des différentes prestations. Du côté ambulatoire, le mode de rémunération à l'acte prévaut, ce qui ne facilite guère également la concurrence entre médecins (cf. supra). Or, le passage à des mode de rémunération plus prospectif (par exemple, capita ou paiement par cas) est un corollaire à une intensification de la concurrence. A cela s'ajoute une quasi absence de transparence sur le marché. Le manque d'information ne permet pas en effet de comparer correctement les coûts et les performances des différents fournisseurs.

Troisièmement, une grande partie des hôpitaux publics suisses sont gérés directement par les pouvoirs publics, ce qui représente un conflit d'intérêt évident avec la compétence des cantons à régler le secteur. Par exemple, le fait d'être à la fois légitimé à planifier l'offre des hôpitaux et représenté dans les conseils d'administration des hôpitaux publics, constitue une entrave importante à la concurrence entre le secteur privé et le secteur public. La logique de la concurrence voudrait que les cantons n'interviennent plus directement dans la gestion à proprement parler des établissements, mais se

contentent d'émettre des contrats de prestations puis à vérifier leur exécution. Cette indépendance favoriserait par ailleurs la transparence dans le fonctionnement des diverses instances comme le conseil d'administration et la direction, et améliorerait la qualité des informations sur les hôpitaux et sur le «reporting».

Quatrièmement, le principe même de la planification hospitalière, introduit par la LAMal (art. 39, al. 1) comme instrument de maîtrise des coûts, est à plusieurs égards contradictoire avec le principe d'une libre concurrence entre établissements sanitaires. Cela ne semble pas avoir échappé au Conseil fédéral qui, dans certains de ses messages accompagnant la LAMal, réserve l'outil de la planification au domaine de l'assurance de base et celui de la concurrence au secteur de l'assurance complémentaire [12]. Seulement, le domaine de l'assurance obligatoire et celui de l'assurance complémentaire ne sont actuellement pas compartimentés au point de pouvoir les régir séparément. Les multiples interprétations de l'article 39 al. 1 en matière de planification de l'offre des divisions privées et semi-privées, la question de savoir si les assurés d'une complémentaire peuvent solliciter les prestations de l'assurance obligatoire, ou encore l'intervention des mêmes compagnies dans les secteurs de l'assurance de base et des complémentaires, illustrent cette interdépendance. Par ailleurs, sachant que le marché de l'assurance complémentaire est relativement restreint,⁹ réserver la concurrence au secteur de l'assurance complémentaire limite passablement l'effet d'une intensification de la concurrence sur les coûts de la santé.

Enfin, les assurances estiment à juste titre que l'obligation de contracter et la garantie des tarifs par l'Etat (art. 35 à 40 LAMal) représente une limite importante à la concurrence entre les fournisseurs de soins. Cette question fait l'objet de la section suivante.

Suppression de l'obligation de contracter

Dans la LAMal, les caisses maladie sont contraintes de conclure des conventions tarifaires avec tous les prestataires de soins qui sont admis à pratiquer au sens des articles 35 à 40 de la loi. Autrement dit, un fournisseur qui remplit les conditions d'admission (art. 35 à 40 LAMal) peut pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire sans que les caisses maladie aient la possibilité de l'exclure du marché. En ce sens, il y a donc bien obligation de contracter. Néanmoins, la LAMal donne par ailleurs aux assurances la possibilité de conclure des conventions *particulières* avec seulement *certaines* prestataires de soins (art. 46 LAMal).

Les caisses maladie et leur association faitière demandent à ce que l'obligation de contracter soit abolie dans la LAMal. Pour les assureurs, la non-obligation de contracter soumet les prestataires de soins à la pression de la concurrence. En effet, face au risque de se voir refuser l'accès au marché, les hôpitaux et les médecins seraient incités à produire plus efficacement, tout en respectant les normes de qualité. De plus, le CAMS y voit un moyen de contenir, voire de stopper, l'augmentation du nombre de fournisseurs

8 Par exemple, malgré une forte progression, la part des assurés ayant une assurance impliquant un choix restreint du fournisseur reste relativement faible (environ 7,2% de la population au 1^{er} janvier 1999 [10]).

9 Environ 26% des assurés ont une assurance complémentaire en 1997 [13].

de soins sur le marché. En conséquence, la suppression de contracter est vue, du côté des agents-financiers, comme un instrument efficace de maîtrise des coûts. Si, du point de vue *théorique*, on peut comprendre la logique qui prévaut chez les assurances, il faut reconnaître cependant qu'en l'état actuel des choses, la mesure est *pratiquement* inapplicable en Suisse. En effet, la suppression de l'obligation de contracter soulève de très nombreux problèmes dont les trois plus importants sont les suivants.

Premièrement, la suppression de l'obligation de contracter ouvrirait la porte à un certain arbitraire dans le processus de décision qui aboutit à l'exclusion du marché. En effet, il n'existe pas pour l'instant en Suisse de données et d'indicateurs qui permettent de comparer, de façon pertinente et objective, la performance économique des fournisseurs de soins et encore moins la qualité de leurs prestations. Ainsi, un médecin, par exemple, pourrait être empêché d'adhérer à la convention tarifaire, sous prétexte que le montant des dépenses qu'il occasionne par patient est systématiquement plus élevé que chez ses collègues de la même spécialité. Or, cette «cherté», jugée par les assurances comme étant un signe d'inefficacité ou d'induction de la demande par l'offre, pourrait provenir simplement du fait que ce médecin traite en moyenne des patients qui sont plus gravement atteints que chez ses confrères. Faute d'informations sur le «case mix», la qualité des soins et leur coût réel, il est difficile de trancher entre les deux hypothèses ci-dessus. Nous sommes à nouveau devant un problème de manque de transparence du marché qui ne permet pas aux caisses maladie de faire jouer le jeu de la concurrence en connaissance de causes. Dans ces conditions, la non-obligation de contracter devient beaucoup plus un instrument de régulation *quantitative* de l'offre de soins qu'un moyen permettant d'exercer une pression concurrentielle sur les médecins et les hôpitaux. Or, la tâche de régulation quantitative du marché revient à l'Etat et non aux caisses. Un tel instrument engendrerait d'ailleurs une multitude de recours qui ne pourraient déboucher, faute d'informations suffisantes, que sur une confirmation de l'arbitraire ou une annulation du refus de contracter.

L'arbitraire pourrait trouver une certaine limite si une véritable concurrence régnait sur le marché de l'assurance. Ainsi, un fournisseur empêché d'adhérer

à la convention d'une caisse-maladie pourrait encore pratiquer à la charge d'autres caisses du pays. La concurrence sur le marché de l'assurance réduit ainsi le risque qu'un fournisseur de soins soit dans l'impossibilité d'exercer. Seulement, nous l'avons vu, le marché de l'assurance en Suisse est relativement concentré et fragmenté géographiquement. De plus, les caisses maladie ont une propension naturelle à se regrouper (par exemple, Cosama sur le marché romand regroupe plusieurs caisses maladie) afin d'atteindre une masse critique de patients jugée suffisante pour pouvoir entamer les négociations tarifaires dans de bonnes circonstances.¹⁰ Les conditions de la concurrence ne sont donc pas suffisamment remplies pour réduire les conséquences de décisions arbitraires d'exclusion du marché.

Deuxièmement, la suppression de l'obligation de contracter devient un moyen supplémentaire, à l'usage des caisses maladie, pour sélectionner les risques sur le *marché de l'assurance* (cf. supra). Cet instrument offre en effet la possibilité aux assurances de sélectionner les patients en choisissant les fournisseurs de soins en fonction du degré de risque de leur clientèle. Par exemple, afin de baisser ses primes, un groupe de caisses maladie pourrait être tenté de refuser de contracter avec les médecins qui jouissent d'une grande réputation dans le traitement des maladies chroniques. Ce genre de comportement de la part des caisses maladie pourrait être à son tour un incitatif pour les médecins à ne pas acquérir une bonne réputation dans ce genre de soins [14]. Toujours par crainte de se voir refuser un accès au marché par les assurances, les fournisseurs de soins pourraient être incités également à sélectionner eux-mêmes leur clientèle en fonction des risques et à se débarrasser des patients qui génèrent des coûts particulièrement élevés.

Enfin, plutôt que d'accroître la concurrence entre les fournisseurs de soins, la suppression de l'obligation de contracter pourrait au contraire conduire à une limitation de la concurrence sur le marché. La non-obligation de contracter est en effet une pratique commerciale qui, au même titre qu'un contrat d'exclusivité, réduit l'accès des fournisseurs (médecins et hôpitaux) à un acheteur (l'assurance). Dans le jargon économique, on parle dans ce cas d'une *forclusion du marché en aval*.¹¹ Elle constitue une sorte de barrière à l'entrée sur le marché et représente ainsi un manquement à l'une des conditions de la concurrence.

Du point de vue de la politique de la concurrence, la non-obligation de contracter doit être traitée sur le même niveau que les autres restrictions verticales. Ces dernières n'ont d'ailleurs pas forcément un effet négatif sur le bien-être collectif et il semble bien qu'il faille juger au cas par cas [15]. Néanmoins, les accords verticaux vont réduire le bien-être social s'ils permettent une collusion horizontale et c'est pourquoi ceux qui mènent à un accroissement de la position dominante et du prix (effet horizontal) devraient être interdits [16]. Or, la suppression de l'obligation de contracter pourrait servir de moyen pour limiter la concurrence sur le marché de l'assurance ou/et sur le

10 Si les médecins et les hôpitaux devaient conclure des contrats avec chacune des caisses maladie séparément, les coûts de transaction pour les fournisseurs comme pour les assurances augmenteraient. D'ailleurs, c'est entre autres pour réduire les coûts de transaction que les conventions tarifaires englobent plusieurs caisses et, dans bien des cas, plusieurs fournisseurs de soins. La suppression de l'obligation de contracter impliquerait que chacun des fournisseurs contracte séparément avec chacune des caisses, et ceci afin de garder un certain degré de concurrence sur le marché. Elle s'accompagnerait donc d'un accroissement des coûts de transaction.

11 Réciproquement, si les fournisseurs de soins avaient la possibilité de refuser l'accès à une assurance (l'acheteur), on parlerait de *forclusion du marché en amont*.

marché des prestations sanitaires. Les deux secteurs étant caractérisés par une structure de marché de concurrence imparfaite (oligopolistique ou concurrence monopolistique), rien ne permet en effet d'exclure à ce que la forclusion du marché en aval (et en amont) représentée par la non-obligation de contracter, renforce en fait la position dominante des caisses maladie (et des fournisseurs de soins) sur le marché. Cette monopolisation du marché risquerait bien alors de se traduire par un accroissement des primes d'assurance et du prix des prestations médicales.

Conclusion

La LAMal a instauré un système de double concurrence sur le marché de l'assurance et sur le marché des fournisseurs de soins. A la recherche d'une meilleure efficacité tout en garantissant l'équité, la réforme mise en place par la nouvelle loi s'inspire de celles entreprises dans d'autres pays. Néanmoins, tout se passe comme si le législateur helvétique s'était arrêté au milieu du gué et n'avait pas osé franchir le Rubicon. La loi et son ordonnance se limitent en effet à instaurer le principe de la concurrence mais semblent peu se préoccuper de sa mise en œuvre. Or, la concurrence ne se décrète pas, elle se construit et s'apprend, et ceci d'autant plus dans un secteur – celui de la santé – où les lacunes du marché et les obstacles à plus de concurrence sont nombreux d'une part, et où les acteurs du système n'y sont pas préparés d'autre part.

A plusieurs égards, nous avons vu en effet que les conditions qui favorisent la concurrence ne sont pas remplies. En particulier, nous avons mis en évidence plusieurs dysfonctionnements du marché, tels que le risque moral, la sélection adverse, l'asymétrie d'information, le manque de transparence, la différenciation des prestations sanitaires (non-homogénéité), et le manque de concurrence sur les prix. Par ailleurs, certains obstacles se trouvent dans la loi même et freinent, voire empêchent, l'implémentation de la concurrence sur le marché des prestations sanitaires (règles de financement des fournisseurs de soins, planification, etc.). Nous avons souligné également les dilemmes et les arbitrages qu'il est nécessaire d'opérer et sur lesquels il faut être attentif: par

exemple, arbitrages entre concurrence et sélection des risques, entre concurrence et liberté de choix et entre concurrence et obligation de contracter.

Il s'est avéré aussi que le système de la double concurrence pose un certain nombre de problèmes. La question à laquelle il est probablement le plus difficile de répondre est de savoir si en renforçant la concurrence simultanément sur les deux marchés, on aboutit à une meilleure efficacité. La concurrence sur le marché de l'assurance pourrait limiter la capacité des caisses à négocier des contrats avec les fournisseurs de soins. La monopsonisation du marché de l'assurance accentuerait alors la pression concurrentielle sur le marché des prestataires de soins. Par ailleurs, cette dernière pourrait être renforcée par la suppression de l'obligation de contracter. Mais cette forclusion du marché en aval pourrait à son tour avoir des effets horizontaux indésirables si la concurrence sur le marché de l'assurance est insuffisante.

Enfin, à côté de la cohérence, ce qui fait le plus défaut dans le système de santé suisse est, pour tous les acteurs du système, l'absence d'une culture de concurrence. C'est probablement la raison principale de la lenteur avec laquelle les effets de la LAMal se produisent. Du côté des assurés, on constate qu'ils sont peu enclins à accepter une réduction, même minime, du choix de leur médecin ou de leur hôpital. Les fournisseurs de prestations quant à eux sont non seulement peu accoutumés à comparer leur pratique, mais ils ont également une aversion certaine à fournir toute information qui permettrait d'apprécier, par comparaison, les coûts des prestations et les performances. Finalement, en ce qui concerne les caisses maladies, enfermées souvent dans des réflexes corporatistes, il semble leur manquer le savoir-faire relatif aux procédures de mises en concurrence et les connaissances nécessaires à la mise en place de nouveaux modèles d'assurance.

En conséquence, aucun acteur ne percevant un intérêt à changer de comportement, il revient aux pouvoirs publics et aux associations professionnelles de mettre en œuvre, avant toute chose et très rapidement, les mesures qui permettront d'accroître la transparence sur le marché de la santé et les incitatifs favorisant le développement d'une culture de concurrence parmi les acteurs du système.

Références

- 1 OCDE. Nouvelles orientations dans la politique de santé. Etudes de politique de santé n° 7. Paris: OCDE; 1995.
- 2 Bandi T. Compensation des risques dans l'assurance-maladie: une amélioration par l'extension. Sécurité Sociale (OFAS) 1999;(4):202-5.
- 3 Spycher S. Assurance-maladie: les effets sous-évalués de la compensation des risques. Sécurité sociale (OFAS) 1999;(2):94-8.
- 4 Oxley H, McFarlan M. Réforme des systèmes de santé: maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité. Revue économique de l'OCDE 1995;24(1):7-62.
- 5 Bandi T. Les résultats de la compensation des risques jusqu'en 1996. Sécurité Sociale (OFAS) 1998;(2):12-3.
- 6 Oggier W. Concurrence entre les assureurs offrant de l'assurance de base par opposition à la caisse-maladie unique. Soleure: Concordat des assureurs-maladie; 1999.
- 7 OFAS. Où en sommes-nous après deux ans de LAMal? Sécurité sociale (OFAS) 1998;1[dossier]:4-25.
- 8 Mougeot M. Systèmes de santé et concurrence. Paris: Economica; 1994.
- 9 Jönsson, B. Comprendre la réforme des systèmes de santé. Dans: OCDE. La réforme des systèmes de santé: La volonté de changement. Etudes et politique de santé n° 8. Paris: OCDE; 1996.p. 35-51.
- 10 Béguin M-L. Les réseaux de santé. Institut du droit de la santé. Cahier n° 8. Université de Neuchâtel; 1999.
- 11 OFAS. Le financement hospitalier en plein bouleversement. Sécurité sociale (OFAS) 1998;1[dossier]:4-25.
- 12 Müller K. La jurisprudence actuelle du Conseil fédéral en matière de liste des hôpitaux. Sécurité sociale (OFAS) 1999;(6):317-21.
- 13 OFAS. Statistiques des assurances sociales suisses. Berne: OFAS; 1999.
- 14 van de Ven WP, van Vliet RC, Shut FT, van Barneveld EM. Acces to coverage for high-risks in competitive individual health insurance market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies. J Health Economics 2000;19(3):311-39.
- 15 Katz ML. Vertical contractual relations. Dans: Schmalensee R, Willig RD (eds.). Handbook of Industrial Organization. Vol. I. Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1989. p. 655-721.
- 16 Tirole J. Théorie de l'organisation industrielle. Tome 1. Paris: Economica; 1988.
- 17 Cutler DM. The cost and financing of health care. Am Economic Rev 1995;85(2):32-7.
- 18 Harris GE, Ripperger MJ, Horn H. Managed care at a crossroads. Health Affairs 2000;19(1):157-63.