

Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales

Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales

Band: 51 (1993)

Heft: 3

Artikel: Concurrence et incitations dans le système hospitalier

Autor: Mougeot, Michel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-140228>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 18.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

CONCURRENCE ET INCITATIONS DANS LE SYSTÈME HOSPITALIER¹

Michel MOUGEOT

Professeur

Université de Besançon

L'analyse des systèmes de santé est un cas particulier de l'analyse des organisations économiques. Celle-ci s'est d'abord développée à partir des théorèmes de l'économie du bien-être (Arrow, 1951) qui établissent les conditions d'équivalence d'une gestion administrative centralisée et d'une gestion décentralisée guidée par les prix. Ces deux théorèmes ont permis de mettre un point final aux controverses sur la planification qui avaient animé les milieux académiques dans la première partie du siècle. Ils montrent, en effet, qu'un système complet de marchés peut réaliser une allocation optimale des ressources si les prix sont paramétriques, si les externalités sont absentes, si des conditions de convexité sont remplies et si la répartition des richesses est jugée satisfaisante. Par ailleurs, une allocation optimale des ressources peut aussi être atteinte de façon centralisée si le planificateur est omniscient et bienveillant et s'il peut directement attribuer aux agents des quotas de production ou de consommation. *A contrario*, l'existence d'effets externes, de non convexités telles que les rendements d'échelle croissants, l'incomplétude des marchés ou l'existence d'un pouvoir stratégique non négligeable de certains agents sont des facteurs d'inefficacité d'une organisation fondée sur le marché. De même, l'imperfection de l'information, la taille et la complexité des informations nécessaires ou le doute que l'on peut avoir sur la bienveillance du planificateur sont des obstacles à la mise en oeuvre d'une gestion administrative.

Les économies contemporaines sont des économies mixtes dans lesquelles des agents possèdent un pouvoir stratégique, dans lesquelles certains secteurs fonctionnent en rendements croissants, dans lesquelles tous les marchés ne sont pas ouverts et dans lesquelles l'information est inégalement répartie. Dans ces environnements, les économistes ont mis l'accent sur des modalités d'intervention visant à rapprocher le fonctionnement concret des économies de leur fonctionnement optimal. Ces modalités

¹ Ce texte constitue une synthèse de recherches effectuées dans le cadre d'une convention avec le Commissariat Général du Plan avec la collaboration de Florence NAEGELEN, Professeur de Sciences Economiques à l'Université de Nancy et de Benoit LECLERCQ, Secrétaire Général des Hospices Civils de Lyon. Ce même texte a été publié dans la *Revue Française d'Economie*, n.2/1993.

prennent parfois la forme d'une action publique directe (nationalisation) mais peuvent aussi prendre la forme plus subtile de la réglementation, la propriété privée des moyens de production étant associée à un certain nombre d'obligations imposées au producteur. La littérature contemporaine a mis en évidence, à cet égard, l'importance fondamentale de l'asymétrie d'information et des possibilités de manipulation de l'allocation finale qu'un producteur mieux informé que l'autorité de tutelle peut exercer en faussant les messages qu'il transmet ou en agissant dans le sens de son intérêt lorsque cette action n'est pas observable. La prise en compte de ces situations d'antisélection (information cachée) et de risque moral (action cachée) fait l'objet des théories de l'agence et des mécanismes incitatifs.

En ce qui concerne le système de santé, il est courant d'opposer les systèmes centralisés (de type NHS) et libéraux (de type américain). Le rejet du marché, prédominant en Europe, s'appuie sur des arguments proches des enseignements de l'économie du bien-être: les marchés sont non concurrentiels et relèvent de l'oligopole spatial, la santé comporte des externalités, certaines productions (notamment hospitalières) s'effectuent dans la zone des rendements croissants, les marchés d'assurance sont imparfaits et incomplets, les asymétries d'information entre offreurs et demandeurs sont importantes, le marché n'assure pas l'équité d'accès aux soins. La plupart des systèmes de santé reposent donc sur une intervention publique et sur des formes plus ou moins complètes de planification centralisée. Mais ces systèmes inspirés du NHS anglais rencontrent naturellement les limites inhérentes à la centralisation: l'information est insuffisante, la gestion par les quantités se traduit par des rationnements, les coûts de la gestion sont élevés, le rôle dégénéré dévolu aux prix empêche ceux-ci de jouer leur rôle de signal, les allocations sont manipulables et les agents déresponsabilisés.

Aujourd'hui, l'intervention publique est remise en cause et une restauration du rôle des mécanismes de marché est en cours dans de nombreux pays. Les formes de ces mécanismes diffèrent d'un pays à l'autre mais leur philosophie est souvent très proche de celle qui préside aux théories de la réglementation. L'important n'est pas que les agents soient publics ou privés mais qu'ils soient soumis à des règles qui les incitent à se comporter dans le sens des intérêts de la collectivité. Si l'on reconnaît alors que chaque acteur agit dans le sens de ses intérêts, on peut définir des règles qui tiennent compte de ces réactions des agents et les choisir en conséquence. Le rôle de l'Etat n'est plus alors de se substituer aux producteurs ou aux assureurs mais de mettre en place des mécanismes face auxquels les agents choisiront d'eux-mêmes des stratégies compatibles avec l'intérêt collectif.

A cet égard, il est évident que l'un des problèmes essentiels que rencontrent les économistes, lorsqu'ils s'intéressent aux dépenses de santé, est la définition de l'intérêt collectif. Par nature, le problème de la maîtrise de ces dépenses est d'ordre normatif. Il s'agit de déterminer le niveau des ressources que la collectivité doit consacrer à la santé et la répartition de ces ressources entre les différentes possibilités de production. On sait

que les économistes n'ont pas de réponses à des questions essentielles telles que l'évaluation du bien-être associé à telle allocation, la définition d'une allocation efficace ou équitable ou encore la mesure des coûts. On sait aussi que toute évaluation des besoins est influencée par le mode de rémunération des producteurs et par les règles de remboursement des consommateurs. Lorsque le revenu du producteur est corrélé positivement avec le volume des services qu'il fournit et lorsque le patient ne supporte pas les conséquences financières de sa consommation, les deux échangistes ont intérêt à ce que la dépense soit la plus élevée possible. Le volume de services observé n'a alors pas seulement des justifications médicales. Compte tenu de l'incertitude médicale et de l'asymétrie d'information, on peut, au mieux, constater *a posteriori* des dépenses. On ne peut ni définir *a priori* ce qu'elles devraient être ni même *ex-post* ce qu'elles auraient dû être. Dès lors les données sur le système de santé n'expriment qu'un état de fait.

A cet égard, de multiples études sur les pratiques médicales ont fait apparaître des différences considérables entre les taux de recours à certains actes médicaux. Selon F. Notzon, P. Placek et S. Taffel (1987), le nombre de césariennes varie de 5 à 18 pour 100 accouchements entre la Tchécoslovaquie et les Etats-Unis. Selon Mc Pherson *et alii* (1981) et Wayda et alii (1989), des disparités de 1 à 4 peuvent être observées entre la Grande Bretagne et les Etats-Unis et d'un comté à l'autre en Ontario pour des taux de césariennes, d'amygdalectomie ou d'hystérectomie. Des variabilités plus importantes ont été observées par Wennberg, Mc Pherson et Caper (1984) ou par Ch. E. Phelps (1992).

En ce qui concerne les coûts, les données françaises apparaissent tout aussi étonnantes... Ainsi les tarifs de prestations des CHRU variaient de 1 à 1,52 pour l'hospitalisation complète en médecine, à 1,64 pour l'hospitalisation complète en chirurgie, à 2,44 pour les spécialités coûteuses, à 3,35 pour l'hospitalisation en moyen séjour, à 4 pour l'hospitalisation de jour en médecine et chirurgie. D'autre part, à un niveau plus détaillé, si l'on compare les éléments de la fonction de coût des CHR, les dépenses par journée d'hospitalisation varient de 1 à 2,57 pour le personnel médical, de 1 à 2, 29 pour les dépenses hôtelières, de 1 à 2,66 pour les dépenses de pharmacie, de 1 à 3 pour les matériels à usage unique, de 1 à 5 pour les fournitures pour laboratoires.

Il résulte de ces données (et de beaucoup d'autres) qu'il n'existe pas de normes rigoureuses dans la pratique médicale et que les économistes ne peuvent pas séparer les actes justifiés de ceux qui le sont moins. Il en résulte, d'autre part, une impossibilité de définir une fonction de coût au sens de la théorie économique c'est-à-dire une fonction de coût minimum. Il en résulte en conséquence une grande difficulté pour traduire dans une politique économique la conception normative qui sous-tend l'idée de maîtrise des dépenses de santé dès lors que l'on ne peut se prononcer ni sur l'utilité des services fournis ni sur le coût minimum de production de chaque service.

Compte tenu de cette incertitude médicale, de cette impossibilité d'évaluer l'effort des agents pour réduire les coûts ou améliorer la qualité, compte tenu des possibilités d'induction de la demande par l'offre, la plupart des systèmes de santé reposent sur des formes de contrats qui ne distinguent pas entre les bons et les mauvais traitements, les bons et les mauvais médecins, les bons et les mauvais risques.

La mise en oeuvre de mécanismes incitatifs, motivant les agents à se comporter dans le sens de l'intérêt de la collectivité est une réponse institutionnelle à ces problèmes. La complexité de ceux-ci est, certes, un obstacle à la définition de règles simples permettant à la fois de minimiser les dépenses et de fournir des soins de qualité. Dans la mesure où les incitations influencent en sens inverse ces deux variables, des procédures différentes (et complémentaires) doivent être retenues. Un moyen de réaliser l'arbitrage entre ces deux objectifs contradictoires des politiques de santé consiste à retenir des mécanismes concurrentiels pour agir sur la variable économique et à utiliser l'audit pour contrôler la qualité. Dans cette perspective, compte tenu des structures d'oligopoles géographiques, les politiques d'action sur les coûts peuvent prendre la forme de procédures de mise en concurrence soit par l'intermédiaire de prix fictifs soit par celle de quasi-marchés.

I - CONCURRENCE FICTIVE ET MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ.

Il s'agit de règles de formation des prix que l'on impose aux producteurs pour les mettre dans une situation de " price taker ". Deux politiques de ce type sont appliquées ou en voie d'application.

1.1. La politique d'enveloppe globale.

Cette politique s'applique déjà dans certains pays européens pour certains actes médicaux. Son application aux actes de biologie est envisagée en France.

L'idée de cette politique est simple. Dans une zone géographique donnée, n producteurs produisent une quantité x_j d'un service. A titre d'exemple, on peut considérer n laboratoires d'analyse produisant un nombre x_j d'actes (en France, nombre de "B"). Soit E l'enveloppe attribuée à ce type d'actes et à la zone considérée. Le principe de l'enveloppe globale consiste à attribuer *ex-post* à chaque producteur un revenu $R_j = p \cdot x_j$ avec

$$p = \frac{E}{\sum_j x_j}$$

Le prix unitaire reçu pour chaque acte varie donc en sens inverse de la quantité produite par l'ensemble des offreurs. En d'autres termes, sur ce marché, l'Etat introduit

une demande fictive $p(X) = E/X$ avec $\sum_j x_j = X$. Il se substitue ainsi aux usagers en

imposant un arbitrage quantité/prix que le consommateur (remboursé par l'assurance maladie) n'effectue pas. L'Etat transforme donc une demande inélastique en une demande à élasticité unitaire constante.

Les fondements de cette politique sont assez mystérieux. Elle consiste en effet à retenir une évaluation du surplus des consommateurs égale à $E \cdot \log(p^+/p)$ où E et p^+ (prix associé à la consommation minimale) sont des variables décisionnelles de l'Etat. Mais surtout les conséquences de cette politique sont douteuses. Compte tenu de la règle de formation des prix, le prix de chacun dépend de l'ensemble des décisions de production des offreurs. Ceux-ci vont donc retenir des stratégies de Cournot-Nash, c'est-à-dire se livrer à une concurrence par les quantités. A l'équilibre, en statique, on doit donc s'attendre à voir se réaliser une situation conforme à l'équilibre de Cournot, compte tenu de l'élasticité unitaire constante, à savoir :

- des prix supérieurs aux coûts marginaux,
- des marges sur coût variable égales aux parts de marché soit un avantage aux producteurs de grande taille,
- une incitation à la concentration en fonction de considération de profit et non de santé publique,
- une réduction des quantités produites,
- une fonction d'utilité collective implicite accordant un poids plus important au profit des offreurs qu'aux surplus des consommateurs,
- une perte sociale d'autant plus élevée que le nombre de firmes est faible.

En conséquence, cette politique ne peut conduire à une allocation optimale que dans le cas d'un grand nombre d'offreurs, ce qui n'est jamais vrai quand on l'applique à une zone géographique limitée. En statique, elle est génératrice de perte sociale et de surprofits.

En dynamique, la crédibilité de la politique est limitée. En effet, en appliquant cette politique l'Etat acquiert de l'information sur les quantités (en fonction du niveau de l'enveloppe) mais peut-il utiliser cette information? En d'autres termes, si l'enveloppe globale conduit à une réduction des quantités, l'Etat peut-il maintenir une enveloppe stable? Deux cas sont possibles lorsque l'on considère la répétition du jeu :

- Si l'engagement de l'Etat de maintenir l'enveloppe au niveau initial est crédible, le nombre d'actes se réduira, les profits augmenteront mais la dépense restera identique. La politique d'enveloppe n'a alors pas d'effet sur le niveau de la dépense. Elle ne fait que modifier la répartition des bénéfices à l'avantage des producteurs.

- Si les producteurs anticipent que l'Etat utilisera l'information acquise pour réduire l'enveloppe, un effet de cliquet se produira, les offreurs cherchant un compromis entre le profit à la première étape résultant de la réduction des quantités et le manque à gagner dans les périodes suivantes induit par la diminution de l'enveloppe. Dans ce cas tout dépend de la procédure de révision de l'enveloppe, de sa crédibilité et des taux d'actualisation des profits futurs.

En définitive, tant en statique qu'en dynamique, cette politique simple, envisagée en France pour les actes de laboratoires et certains actes des cliniques, ne saurait améliorer l'efficacité du système de santé.

1.2. La concurrence fictive par les prix.

La tarification par pathologie sur la base d'un prix moyen a été inspirée par les travaux de R. Fetter (1980) qui a proposé une classification des patients dans des groupes homogènes (Diagnostic Related Groups ou DRG). Elle est appliquée aux Etats-Unis depuis 1983 par Medicare et par d'autres compagnies d'assurances. Alors que la tarification selon les prix de journée (prix fixé à partir du coût) n'incitait pas à la réduction du coût, la fixation d'un tarif non affecté par le coût réel (contrat à prix fixe) incite l'offreur à réduire son coût au minimum. Le projet PMSI, s'il vient à son terme, pourrait permettre en France l'utilisation d'un mécanisme de ce type.

Ce mode de tarification possède deux propriétés théoriques essentielles :

- reposant sur un contrat à prix fixe, il place chaque offreuse dans une situation de responsabilité en ce qui concerne ses coûts,
- reposant sur un tarif moyen, il place chaque offreuse dans une situation fictive de concurrence, chaque producteur agissant comme un preneur de prix.

Le schéma théorique sous-jacent est celui de la théorie des tournois ou plus exactement de la concurrence par étalonnage ("Yardstick Competition", Shleifer [1985]). L'idée est simple. On suppose que n monopoles géographiques font face à une demande décroissante $x(p)$ en fonction du prix p . Le coût marginal de production $c(\cdot)$ dépend d'un niveau d'effort e qui peut prendre la forme d'un investissement dont le coût ne peut être répercuté sur le prix ou d'une variable plus informelle tenant à l'organisation du travail. Si l'effort est observable, on peut mettre en place une tarification à deux composantes, un droit fixe T compensant l'effort e et un tarif unitaire $p = c(e)$. On peut aisément montrer que lorsque le transfert T n'entraîne pas des distorsions (soit lorsqu'il est financé par des prélèvements forfaitaires), cette règle de tarification consistant :

- à subventionner l'effort par un transfert forfaitaire,

- à fixer le prix unitaire au niveau du coût marginal compte tenu de l'effort optimal,
- à imposer au producteur de servir la demande à ce prix, conduit à une allocation optimale de premier rang.

Lorsque l'effort n'est pas observable, ce qui est le cas dans les systèmes de santé, on peut retrouver cette solution de premier rang si l'on retient un tarif à deux composantes tel que le droit fixe et le prix unitaire soient calculés pour chaque agent à partir des valeurs annoncées par les autres. Ce principe - équivalent à celui de l'enchère de Vickrey ou du mécanisme de Groves - conduit, en effet, chaque producteur à choisir le niveau optimal d'effort comme meilleure stratégie face au mécanisme.

Ainsi lorsque, pour chaque monopoleur i , la tutelle annonce une règle de rémunération telle que $P_i = \frac{1}{n-1} \sum_{j \neq i} c_j$ et $T_i = \frac{1}{n-1} \sum_{j \neq i} e_j$ avant que les offreurs

ne choisissent le niveau d'effort, les prix et les transferts n'étant effectivement calculés qu'*a posteriori* lorsque les coûts sont observables, si la tutelle peut s'engager de façon crédible sur ce mode de fixation des prix, alors le choix du niveau d'effort optimal constitue une stratégie d'équilibre de Nash symétrique pour chaque monopole. Ainsi on obtient la solution de premier rang de façon décentralisée sans qu'il soit nécessaire de contrôler les coûts : c'est l'intérêt de chacun de minimiser son coût en réalisant l'effort optimal.

Cette règle peut se généraliser à d'autres schémas conservant le caractère paramétrique des prix. Elle peut aussi s'adapter au cas où les transferts entraînent des distorsions. Elle prend alors la forme d'une tarification au coût moyen permettant d'atteindre un optimum de second rang. Elle peut aussi prendre en compte des établissements hétérogènes.

Théoriquement, cette règle permet donc d'éviter les manipulations induites par des schémas de fixation des prix en fonction des coûts. Si l'on considère son applicabilité à un système de santé public, il conviendrait de modifier le rôle dévolu à l'assurance maladie et les règles de rémunération des gestionnaires. En effet, dans le système de la concurrence fictive, l'élasticité de la demande joue un rôle. Par suite, pour que le mécanisme soit applicable (avec toutes ses propriétés) à un système de santé dans lequel l'assurance maladie repose sur la solidarité nationale, il conviendrait que celle-ci substitute une demande fictive à la demande privée (à la manière de ce que prévoit la politique d'enveloppe globale). Par ailleurs, l'un des fondements de la concurrence tient au fait que les producteurs ont la possibilité de s'approprier le surplus. Des règles de gestion permettant aux gestionnaires publics de tirer bénéfice de leur comportement devraient être introduites. La règle de la tarification moyenne est paradoxalement plus facilement applicable lorsque le système de soins n'est pas public.

D'autres difficultés d'application doivent être mentionnées. Il est bien connu que la baisse des coûts peut être atteinte par une réduction de la qualité des soins. Mais la concurrence fictive rendant inutile les contrôles de coût, des audits de qualité (associés à des pénalités) pourraient être instaurés. En fait, si l'on met en place une tarification par DRG pour limiter les dépenses, il importe de rendre au maximum le niveau de qualité vérifiable. Enfin, à nouveau, le problème de la crédibilité de l'engagement est en cause : pour que le mécanisme exerce ses effets, il faut que les établissements déficitaires supportent leur déficit. A la limite, la possibilité de fermeture ou de faillite sont nécessaires au fonctionnement du mécanisme. Le but de celui-ci n'est pas de provoquer la faillite mais de faire en sorte que la menace de faillite ou de fermeture conduise à des réductions de coût. Il faut donc que cette menace soit crédible pour ne pas avoir à l'exercer.

II- CONCURRENCE ORGANISÉE ET RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Une voie alternative à celle de la concurrence fictive consiste à organiser le marché de telle sorte que les imperfections soient réduites : en mettant en place des procédures concurrentielles, l'Etat peut éliminer les rentes et réduire les coûts. De fait, même en l'absence de marché, il existe dans le système de santé, des échanges entre acheteurs et vendeurs de soins, échanges régis par des règles de prix fixe et de rationnement. Si l'Etat (ou une assurance maladie obligatoire) se substitue aux individus pour acheter les soins, les arguments en faveur du rejet du marché tenant aux externalités, aux asymétries d'information et à l'inégalité d'accès n'ont plus de fondement. Restent les problèmes posés par les structures de marché. Si l'on peut organiser les échanges sur une base telle que les rentes soient minimisées, alors le marché peut conduire à une élimination des gaspillages et une baisse des coûts.

Quelles formes de marché mettre en place compte tenu des structures oligopoliques du système de soins ? La littérature sur la réglementation des monopoles naturels et des oligopoles naturels donne une réponse à cette question. Lorsqu'un petit nombre d'entreprises est susceptible de produire un bien, les procédures d'appels d'offres sont celles qui minimisent le prix de passation (et la rente des offreurs) en raison de l'incertitude qu'elles font peser sur l'issue de la compétition. Certains systèmes de santé ont déjà adopté de telles procédures. Considérons donc les règles qui permettraient de réduire les dépenses de santé sans diminuer le niveau de la qualité des soins. Pour cela, on peut aborder le problème de deux façons. En premier lieu, on peut envisager que la mise en concurrence s'effectue d'un seul côté du marché : un acheteur de soins organise un marché du côté de l'offre, le bouclage étant réalisé au niveau d'une demande définie de façon exogène. En second lieu, on peut considérer une double mise en concurrence : les usagers mettent en concurrence des acheteurs de soins (ou des assureurs) qui mettent en concurrence des producteurs. Dans le premier cas, on incite à la réduction des

dépenses par une responsabilisation des producteurs. Dans le second, on agit sur les offreurs et les demandeurs.

2.1. La concurrence d'un seul côté du marché.

Des procédures de mise en concurrence des producteurs de soins par un acheteur existent déjà ou sont à l'état de projet dans différents pays. Aux Etats-Unis, les " Preferred Providers Organizations " (P.P.O.) sont des organismes (assureur ou entreprise) qui font jouer la compétition sur la base de prix unitaires en essayant d'obtenir des conditions préférentielles pour un groupe d'assurés, ceux-ci étant incités à utiliser les services des producteurs choisis par des tickets modérateurs plus avantageux. Les offreurs sont retenus sur la base d'un cahier des charges selon le critère du moins disant. Selon J.C. Robinson et C.S. Phibbs (1989), l'économie réalisée par Medical avec cette procédure représente 7,6 % de la dépense. Ce système est appliqué en Californie et dans plus de vingt Etats. D'autres procédures relevant des mécanismes d'encheres sont utilisées par Medicaid en Illinois, au Massachusetts, au Wisconsin et en Arizona. Dans cet Etat, dans le cadre de la loi sur la limitation des dépenses de santé (AHCCCS) une enchère discriminatoire est organisée. Les offreurs soumettent des propositions pour différentes catégories de soins et différents types de patients. Les offreurs proposant les soumissions les plus basses sont retenus jusqu'à ce que les quantités qu'ils proposent correspondent aux quantités achetées. Il s'agit d'une enchère discriminatoire portant sur des tarifs forfaitaires par patient, chaque offreur retenu recevant un prix égal à son offre.

En Grande Bretagne, le Livre Blanc (*Working for Patients*) prévoit la possibilité d'introduction d'une mise en concurrence d'un côté du marché selon trois modalités :

- les administrations du NHS décentralisées (autorités de districts ou DHA) reçoivent un budget global établi sur la base d'un forfait annuel par tête et peuvent acheter les services les meilleurs du point de vue du rapport qualité/prix dans le cadre d'une compétition organisée entre les offreurs publics et privés,
- les généralistes exerçant dans des cabinets de groupe peuvent gérer le budget santé de leurs clients en mettant en concurrence les hôpitaux avec lesquels ils passent des contrats d'achats groupés de services,
- les hôpitaux peuvent mettre en concurrence leurs fournisseurs.

Toutes ces procédures présentent la structure formelle d'une enchère : un acheteur de soins (DHA ou C.P. en Grande Bretagne, Medicaid ou une assurance aux Etats-Unis) met en concurrence n offreurs potentiels sur la base de propositions de prix et sélectionne le (ou les) vainqueur(s) selon le critère du moins disant ou de l'offre la plus avantageuse. La nature juridique des établissements est sans importance si les règles de rémunération des gestionnaires publics reposent sur un intéressement aux résultats.

Face à des règles identiques de formation des prix, des entreprises publiques ou privées ne diffèrent, en effet, que par la structure des incitations internes.

Dans ce contexte, les prix sont libres et résultent de la concurrence. Ils varient donc d'un lieu à l'autre, la difficulté de transporter les patients étant un facteur de discrimination. Quelle procédure retenir dans ce contexte ? On doit pour répondre à cette question tenir compte à la fois de la nature des services à attribuer et des propriétés des mécanismes. Dans le cas des soins, pour éviter des manipulations de quantité, des prix forfaitaires (par pathologie ou par personne) sont préférables aux tarifs unitaires (par actes). Si l'on retient des prix par pathologie, les forfaits moyens peuvent ne pas couvrir les coûts dans les cas graves. Une règle d'ajustement du paiement doit donc être envisagée.

Concernant la nature des procédures, on peut se référer aux enseignements de la théorie des enchères (cf. F. Naegelen, 1989). Comme, en général, les contrats ne consistent pas à attribuer la totalité du marché à un seul hôpital, il s'agit de partager la demande entre un certain nombre d'établissements en fonction des prix proposés. Pour choisir le mécanisme qui minimise la dépense, l'attitude des établissements vis-à-vis du risque est déterminante. Toutefois, si l'on ignore cette attitude, l'appel d'offres discriminatoire, généralisation de l'appel d'offres au premier prix consistant à attribuer le marché dans l'ordre croissant des soumissions et à payer chaque offreur le prix qu'il propose est la procédure courante la plus efficace. En effet, elle aboutit à un résultat meilleur (dans le cas d'aversion) ou équivalent (dans le cas de neutralité) à celui de la règle de l'appel d'offres concurrentiel (qui consiste à payer à chacun un prix identique égal à la première offre rejetée). Par ailleurs, pour tenir compte du fait que la dépense finale est une variable aléatoire influencée par l'incertitude médicale et le risque moral, on peut envisager d'établir un transfert monétaire fonction du prix annoncé dans l'enchère et du prix réalisé selon des règles incitatives réalisant un arbitrage entre les effets de partage du risque, de l'aléa moral et de la concurrence (par exemple, choisir un paiement $t = (1-\alpha)p + \alpha c$ où p est le prix proposé, c le coût observé ex-post et α un coefficient de partage des écarts entre prix annoncé et prix réalisé)¹.

Ces procédures peuvent inclure le problème du choix de la qualité de différentes manières : sélection sur la base d'offres composites en prix qualité, procédures en deux étapes ou encore sélection sur la base du prix et audits de la qualité. Elles peuvent de plus se généraliser pour prendre en compte des objectifs particuliers (demande décroissante, prix de réserve, droits d'entrée). Toutefois leur mise en oeuvre nécessite des conditions particulières : existence d'un pluralisme de l'offre, intéressement des établissements, définition précise du produit, crédibilité de l'engagement, (notamment en ce

¹ Cf. P. Mc Afee et J. Mc Millan (1986).

qui concerne le sort des "perdants"). A nouveau le caractère exécutoire des contrats est nécessaire à l'efficacité des mécanismes.

Les conséquences de ces procédures sont nombreuses : discrimination spatiale (les prix étant minimisés en chaque lieu), spécialisation des hôpitaux et différenciation des produits, possibilité d'une disparition d'établissements. Les limites tiennent à la réalité de la concurrence (excès de capacité, absence de coalitions...), au rôle des coûts d'entrée et d'investissements préalables¹, à l'observabilité de la qualité et surtout à un changement profond du rôle des acteurs.

Enfin, dès lors que la concurrence ne s'exerce que d'un côté, le problème du bouclage du modèle se pose. Ces mécanismes minimisent le prix payé pour satisfaire une demande pré-déterminée. Comment définir cette demande *a priori* ? Comment utiliser l'information acquise ? A nouveau, la crédibilité de l'engagement conditionne la mise en oeuvre en dynamique. Si les prix obtenus permettent aux acheteurs de soins de réduire la dépense, faut-il réduire le budget de la santé dans les périodes suivantes ?

2.2. La mise en concurrence des deux-côtés du marché.

Les procédures envisagées au paragraphe précédent ignorent le rôle des demandeurs et ne permettent pas d'atteindre un véritable équilibre. Un acheteur de soins se substitue aux usagers pour négocier des conditions de prix. Un système plus complet devrait faire jouer un rôle actif aux patients potentiels en les amenant à mettre eux-mêmes en concurrence différents acheteurs.

Le système des Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis constitue une forme intégrée de cette double concurrence : lorsque c'est possible, les usagers choisissent annuellement entre différentes HMO en fonction des prix et de la qualité, les règles de rémunération internes à l'organisation conduisant au choix de la technique de production la plus avantageuse. Dans une mesure plus limitée (car ne reposant que sur des critères de qualité et non de prix), le choix d'un G.P. par un usager anglais introduit une double mise en concurrence des acheteurs de soins par les demandeurs et des offreurs par les acheteurs de soins. Aux Pays-Bas enfin, la réforme du comité Dekker introduit explicitement cette double mise en concurrence. Les usagers choisissent sur la base des primes une compagnie d'assurances qui reçoit par ailleurs une dotation collectée par une caisse centrale sur la base des revenus et calculée sur une base actuarielle. Ces compagnies d'assurances négocient par ailleurs les services avec les offreurs de soins en fonction des quantités, des prix et de la qualité, les prix sont donc libres, l'Etat se bornant à définir des normes de qualité et à assurer une répartition satisfaisante des capacités de production. Ainsi un assureur qui obtient un prix bas dans les contrats

¹ Cf. M. Mougeot, F. Naegelen (1992), (1993)

passés avec les producteurs de soins peut diminuer les primes et attirer plus de clients. Un assuré insatisfait peut s'adresser à un assureur plus performant. Un producteur répondant à des appels d'offres de plusieurs assureurs a intérêt à proposer des couples prix/qualité lui permettant d'obtenir des contrats.

De telles procédures, et en particulier l'expérience hollandaise, reviennent à faire jouer à des assureurs un rôle d'intermédiaire dans un processus relevant de la double enchère. Chaque usager sélectionne un assureur sur la base du rapport prix/qualité, les assureurs choisissant les offreurs selon les mêmes principes. Les propriétés du mécanisme sont analogues à celles considérées au paragraphe précédent : minimisation des coûts et des rentes, possibilité d'une incitation au choix d'un niveau optimal de qualité. Lorsque les dotations des assureurs sont complétées par des dotations de solidarité, l'équité du système peut être assurée. Comme précédemment, les limites tiennent à la réalité de la concurrence, aux investissements préalables et au coût d'entrée, à la crédibilité des engagements. Mais, dans ce cadre, la difficulté essentielle de bouclage du marché sur une demande exogène disparaît : prix et quantités sont endogènes.

Ces différentes formes de concurrence dans le système de santé présentent l'avantage de préserver les bénéfices d'un marché en réduisant les causes d'inefficacité tenant aux imperfections. A des degrés divers (et en un sens les quatre modalités considérées présentent un intérêt croissant), elles permettent de réduire les inconvénients inhérents au rationnement et de limiter la manipulabilité des allocations. En redonnant une responsabilité financière aux acteurs (et notamment aux producteurs), elles réintroduisent un peu de rationalité économique dans un secteur qui en est privé. Il va de soi qu'elles ne règlent pas tous les problèmes du système de santé. Il est aussi important de noter qu'elles aboutissent à un changement profond du rôle de l'Etat. Gestionnaire du système dans un secteur rationné, l'Etat devient en quelque sorte superviseur d'un marché devant à la fois surveiller le fonctionnement concurrentiel et faire en sorte que l'équité d'accès et une répartition satisfaisante des capacités de production soient assurées. Dans certains cas, ce rôle peut conduire à un changement complet des décisions : alors que dans un système rationné, il faut interdire l'entrée, dans un système concurrentiel, l'Etat peut avoir intérêt à la favoriser au besoin en finançant les investissements préalables à l'entrée pour assurer la réalité de la concurrence. Enfin, c'est le rôle de tous les acteurs qui doit être modifié face à des règles nouvelles qu'il s'agisse des patients (lorsque les règles les concernent), des producteurs de soins ou des gestionnaires publics.

REFERENCES

- ARROW K.J. (1951), An Extension of the Basic Theorem of Classical Welfare Economics, in J. NEYMAN (e d.), *Proceedings of the Second Berkeley Symposium*, Univ. of California Press, Berkeley.
- CHRISTIANSON J.B. and SMITH K.R. (1984), Options in the Design of Competitive Bidding Processes for Indigent Medical Care *Contemporary Policy Issues*, vol III.
- FETTER R.B. (1986), Les DRG, le prix et l'expérience DRG dans le monde, *Journal d'Economie Médicale*, no 5.
- Mc AFEE P. and Mc MILLAN J. (1986) , Bidding for Contracts : a Principal Agent Analysis, *Rand Journal of Economics*, vol 17.
- Mc PHERSON K. *et alii* (1981) , Regional Variation in the Use of Common Surgical Procedures, *Social Science Medicine*, vol 15.
- Mc PHERSON K. (1988), Variations in Hospitalization Rates, Kings Fund Institute, London.
- MOUGEOT M. et NAEGELEN F. (1992), Coûts irrécupérables et structures de marchés endogènes, *Revue d'Economie Politique*, vol 102, no 3.
- MOUGEOT M. et NAEGELEN F. (1993), Coûts d'entrée et intensification de la concurrence, *Revue d'Economie Industrielle*, à paraître.
- MOUGEOT M. et NAEGELEN F. (1993, a), Enveloppe globale et bien- être collectif, mimeo, CRESE.
- NAEGELEN F. (1989), Les mécanismes d'enchères, Economica, Paris.
- NOTZON P.A. *et alii* (1987), Comparaisons of National Cesarian Section, *New England Journal of Medicine*, vol. 316, no 7.
- PHELPS Ch. E. (1992) , Diffusion of Information in Medical Care, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, no 3.
- ROBINSON J.C. and PHIBBS C.S. (1989), An Evolution of Medicaid Selective Contracting in California, *Journal of Health Economics*, vol. 8, no 4.
- SCHLEIFER A. (1985), A Theory of Yardstick Competition, *Rand Journal of Economics*, vol. 16.
- WENNBERG J.D. (1990) , Dealing with Medical Practice Variations, *Health Affairs*, vol. 3, no 2.

