

Financement de la santé : le rôle des assurances privées et publiques

J. François Outreville

Volume 74, numéro 3, 2006

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1091629ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1091629ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)

2371-4913 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Outreville, J. (2006). Financement de la santé : le rôle des assurances privées et publiques. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 74(3), 401–414. <https://doi.org/10.7202/1091629ar>

Résumé de l'article

Le secteur de la santé est en pleine croissance dans la plupart des pays et la pression des coûts associée au vieillissement de la population et les progrès rapides en matière d'innovation et de nouvelles technologies ont contribué à lancer le débat sur la privatisation de marchés et des services liés à la santé. La situation existante actuellement dans de nombreux pays du fait du système d'assurance en vigueur entraîne une segmentation du marché et une situation de non-concurrence. En tenant compte des participants sur ce marché : (a) les prestataires de soins, (b) les patients assurés et (c) les organismes qui financent tout ou partie des soins, cet article tente d'analyser le rôle des assurances privées dans l'organisation du marché.

Assurances et gestion des risques, vol. 74(3), octobre 2006, 401-414
Insurance and Risk Management, vol. 74(3), October 2006, 401-414

**Financement de la santé:
le rôle des assurances privées et publiques**
par J. François Outreville

ABSTRACT

The health care sector is of growing importance in most of the economies and costs pressures associated with an ageing population and the rapid development of innovations and new technologies have opened the debate for the privatization of health care markets and services. The existing role of the insurance schemes in many countries creates market segmentation and a non-competitive environment. Taking into account the participants in the market: (a) the health care providers, (b) the insured patients, and (c) the insurance schemes financing all or part of health care, the purpose of this paper is to examine the role of private insurance schemes in the functioning of the market.

RÉSUMÉ

Le secteur de la santé est en pleine croissance dans la plupart des pays et la pression des coûts associée au vieillissement de la population et les progrès rapides en matière d'innovation et de nouvelles technologies ont contribué à lancer le débat sur la privatisation de marchés et des services liés à la santé. La situation existante

L'auteur :

J. François Outreville est économiste à la Conférence des Nations Unies pour le Commerce et le Développement (CNUCED) à Genève. De 1992 à 2004 il était Secrétaire exécutif de l'Assurance mutuelle maladie du Personnel des Nations Unies.

Cet article a été présenté pour la première fois à la 8^e conférence internationale sur la science des systèmes en santé qui a eu lieu à Genève les 1-4 septembre 2004. L'auteur remercie de leurs commentaires les participants aux séminaires organisés par le Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé de l'Université de Lyon-I et l'EN3S à Saint-Etienne.

Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la position de l'Organisation dont il est membre.

actuellement dans de nombreux pays du fait du système d'assurance en vigueur entraîne une segmentation du marché et une situation de non-concurrence. En tenant compte des participants sur ce marché: (a) les prestataires de soins, (b) les patients assurés et (c) les organismes qui financent tout ou partie des soins, cet article tente d'analyser le rôle des assurances privées dans l'organisation du marché.

I. INTRODUCTION

En 1990, près de 18 % de la population des pays de l'OCDE avait plus de 60 ans. Ce pourcentage sera de 30 % en 2030. A titre de comparaison, lorsque Bismarck a introduit le programme de sécurité sociale en Allemagne, l'âge de la retraite était fixé à 65 ans et l'espérance de vie des hommes était de 48 ans. Si l'on avait gardé ce même ratio, aujourd'hui l'âge de la retraite devrait être fixé à 98 ans.

Les progrès de la recherche technologique enregistrés dans le domaine de la santé ont une influence importante sur la qualité et la durée de la vie mais aussi sur le coût de la santé. A titre d'exemple, le coût des médicaments, qui reflète en partie l'innovation technologique dans le secteur de la santé, croît dans la plupart des pays européens, beaucoup plus vite que la moyenne des dépenses de santé, et il augmente aussi avec l'âge.

En conséquence, les systèmes d'assurance-maladie se voient entraînés dans des dépenses croissantes du fait de l'évolution démographique et de l'amélioration des traitements médicaux. En 2001, les dépenses de santé en proportion du PNB étaient supérieures à 8 % dans 14 pays de l'OCDE et supérieures à 10 % dans 3 pays (Etats-Unis, Suisse et Allemagne) (Tableau 1). Ce pourcentage a triplé entre 1970 et 2001 pour le Portugal et doublé pour la Belgique, l'Espagne et les États-Unis.¹

Dans de nombreux pays, l'assurance-maladie a été conçue comme un système de redistribution des risques (Jacobzone 1996) où les contributions encaissées à court-terme servent à financer les dépenses aléatoires d'accident et de maladie des assurés, elle n'a pas été conçue comme un système de capitalisation financière à long-terme pour des risques croissants. La sécurité sociale au sens large prend bien souvent le relais de l'assurance-maladie traditionnelle et le souci majeur de l'assurance-maladie est de délimiter une frontière acceptable entre le domaine médical et le domaine social.²

L'intérêt croissant pour le rôle de l'assurance privée va de pair avec le désir de trouver un compromis acceptable entre équité, effi-

cacité, satisfaction des besoins individuels et maîtrise des dépenses collectives.³ La philosophie sociale européenne où chacun contribue selon ses moyens, s'oppose radicalement à celle de l'organisation nord-américaine individualiste où chacun s'assure selon ses besoins.

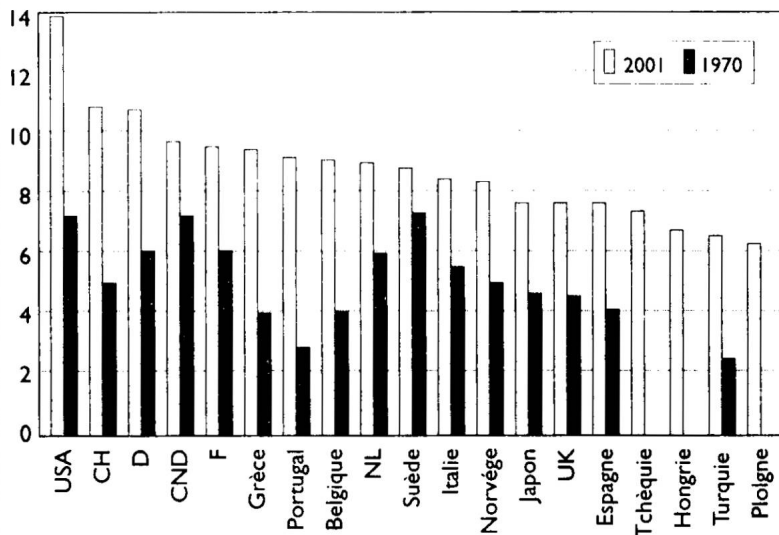
Actuellement, les trois-quarts des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE sont couverts par des régimes publics d'assurance, mais les différences sont très importantes selon les pays: plus de 85 % des dépenses en Norvège, au Luxembourg en République tchèque et en Slovaquie, mais moins de 50 % des dépenses aux États-Unis, en République de Corée et en Suisse. Dans tous les pays, la part de financement des dépenses de santé par l'assurance privée est croissante.

Les avantages et les coûts liés à l'existence d'un système d'assurance sont bien répertoriés dans le cas de l'assurance-maladie. Si l'assurance n'existait pas, il est probable que, comme au début du siècle, un piéton muni d'un drapeau rouge marcherait devant une voiture pour signaler le danger. Mais du fait de son existence, l'assurance contribue au développement des coûts de la santé. Les asymétries d'information font partie des imperfections de marché caractérisant les activités de la santé. Dans le cadre de l'assurance, les asymétries d'information donnent naissance à des phénomènes de risque moral, d'anti-sélection et de coûts induits par le système lui-même.

Parmi ces imperfections, ce sont surtout les phénomènes de sélection et les externalités qui seraient susceptibles d'intervention publique. Le marché de l'assurance maladie est fondé, comme tout marché d'assurance, sur l'existence de risques aléatoires dont la distribution n'est pas normale et largement biaisée à droite. L'hétérogénéité de ces risques combinée au phénomène d'asymétrie d'information a entraîné plusieurs auteurs à considérer que le marché de l'assurance maladie n'était équitable que si l'assurance était obligatoire et si l'État intervenait comme acteur ou régulateur sur ce marché (Dahlby 1981, Eckstein et al. 1985, Eisen 1986).

L'objectif de cet article est d'examiner la situation du marché de l'assurance maladie et de l'évolution possible de ce marché. Dans une première partie, une brève synthèse permet de situer le fonctionnement des systèmes publics d'assurance maladie en termes de ressources et de dépenses. Une deuxième partie détaille le rôle de l'assurance privée dans le fonctionnement du marché de la santé. Dans une dernière partie, les conséquences possibles de la segmentation des marchés ou de leur ouverture sont examinées et les limites de cette analyse théorique sont précisées en conclusion.

**TABLEAU I
LES DÉPENSES DE SANTÉ EN PROPORTION
DU PIB PAR PAYS DE L'OCDE**



Source : OCDE Health Data, 2003.

2. RESSOURCES ET DÉPENSES DES SYSTÈMES PUBLICS D'ASSURANCE MALADIE

2.1. Les ressources

Dans la plupart des pays européens, les systèmes publics d'assurance-maladie, qu'ils soient de type Bismarck ou de type Beveridge, sont financés en fonction du revenu des individus, principalement par des contributions des employés et des employeurs. Le budget de l'État permet généralement de réaliser l'équilibre budgétaire des ressources et des dépenses en préservant le caractère social de l'assurance. La souscription d'une couverture à titre individuel, quand elle existe (Danemark, Luxembourg, Portugal, Suisse par exemple), peut être calculée non pas en fonction du revenu mais selon l'âge, le sexe ou même l'état de santé.

Dans la majorité des systèmes publics d'assurance-maladie l'adhésion est obligatoire afin d'éviter les problèmes d'antisélection liés à l'incapacité (ou l'interdiction) de l'assureur à distinguer un risque élevé d'un risque faible.⁴ Ce principe est d'autant plus impor-

tant que le système de tarification est basé sur le concept de mutualité des risques.⁵

2.2. Les dépenses

Quel que soit le pays, la couverture d'assurance des soins ambulatoires et hospitaliers est relativement semblable dans sa topologie (nature des traitements couverts) mais peut varier en termes de prise en charge (Tableau 2). Si l'assurance rembourse l'ensemble des coûts des soins de santé, la santé est perçue comme un bien gratuit, d'où une tendance à la surconsommation de ce bien. Or, la surconsommation médicale entraîne elle-même une dépendance accrue à l'égard du système de santé et donc une diminution de la responsabilité individuelle.

Au fur et à mesure que s'accroît la confiance dans la capacité de la médecine à remédier aux troubles de la santé, le sentiment de responsabilité personnelle de chacun s'amenuise. En d'autres termes, bien que l'extension des possibilités de diagnostic et de traitement soit bénéfique, elle a un coût qui nécessite une prise de conscience, un contrôle attentif et la recherche de financements appropriés.

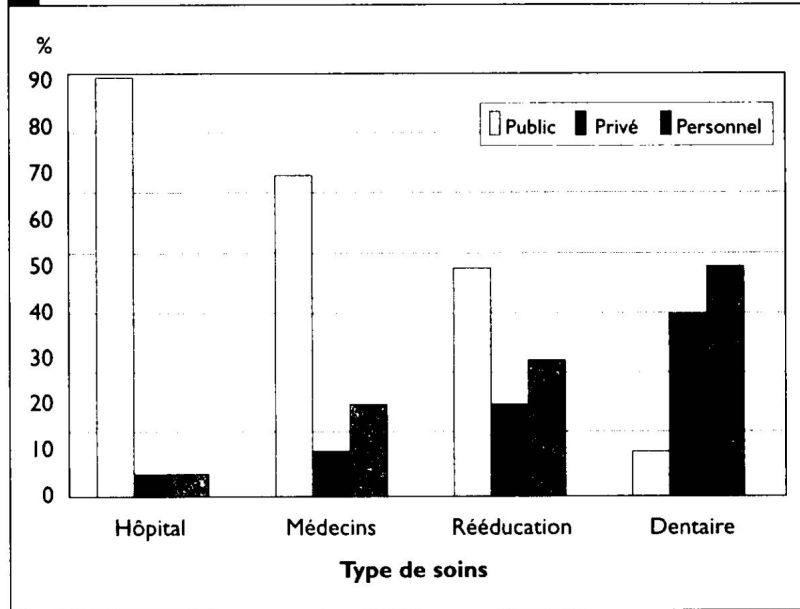
L'idée simple de rendre le consommateur conscient du coût ne peut s'appliquer au niveau macro-économique. Il y a un profond antagonisme entre l'économiste qui considère l'équilibre global du système et le professionnel de la santé qui ne considère que la relation individuelle entre lui-même et le malade. D'autre part, puisque le coût marginal d'un traitement plus onéreux ne sera pas payé par l'assuré mais plutôt par l'ensemble des assurés, le fournisseur de soins aura tendance à multiplier les actes et à suggérer le traitement le plus onéreux. On parle de demande induite par l'offre.

L'établissement de plafonds (annuel, par acte, par type de soins) correspond à une volonté de ne pas mutualiser certaines dépenses jugées soit d'un montant peu important ou à l'opposé trop luxueux, soit d'une nature secondaire. Il correspond aussi à un encadrement des dépenses susceptibles de dérapage. Le choix du type de plafond dépend souvent du critère de solidarité ou de mutualité accepté par l'assurance. Par exemple, un plafond annuel par bénéficiaire est défavorable aux personnes âgées.

La co-assurance consistant à faire payer à l'assuré un certain pourcentage du coût (participation dite du «ticket modérateur» dans certains pays) s'est avéré partout comme un moyen impuissant à maîtriser les dépenses de santé. Un pourcentage des frais réel payé

par l'assuré est pourtant considéré habituellement comme un moyen plus efficace qu'une franchise annuelle. D'autre part, une co-assurance élevée est contraire à la justice sociale pour les personnes à faible revenu, les personnes âgées ou les malades de longue durée.

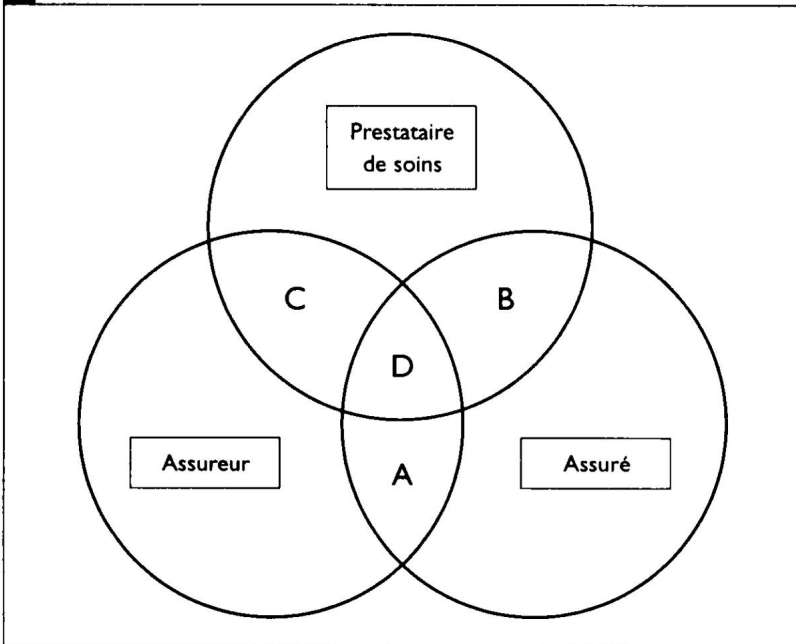
TABLEAU 2
LE FINANCEMENT DES COÛTS DE LA SANTÉ
PAR TYPE DE SOINS



3. LE RÔLE DE L'ASSURANCE PRIVÉE DANS LE MARCHÉ DE LA SANTÉ

Afin de trouver un frein à la spirale augmentation des dépenses et augmentation des cotisations, les gestionnaires s'efforcent de plus en plus de trouver les moyens de mettre en concordance les prestations médicales offertes sur le marché des soins de santé et les possibilités financières de l'assurance. Trop souvent cependant, ces mesures sont prises de façon ponctuelle et ne font pas partie d'un plan d'ensemble prenant en considération l'ensemble des agents: i) agents acheteurs de soins, les assurés, ii) agents fournisseurs de soins, les prestataires de services de santé, iii) agents finançant tout ou partie de ces soins, à savoir les assurances (Graphique 1).

GRAPHIQUE I LE MARCHÉ DE LA SANTÉ



3.1. La relation assureur-assuré (A)

Dans les pays de l'OCDE, les États-Unis et la Suisse se distinguent par une part importante de l'assurance maladie privée dans le fonctionnement du marché de la santé. Dans les autres pays, l'assurance privée peut jouer un rôle d'assurance complémentaire (Autriche, Canada, France, Japon) ou substituable. Dans certains pays (Allemagne, Pays-Bas) la population aisée peut être exclue du système social public et contrainte de recourir à titre individuel à l'assurance privée. En Irlande, il est possible de « sortir » du système public et d'opter pour une couverture d'assurance privée.

L'assurance complémentaire au choix de l'assuré devient le moyen de faire prendre conscience à l'assuré du coût de la couverture de certaines prestations. L'expérience des systèmes mutualistes des organisations internationales, dont les employés ne sont pas soumis au régime de leur pays d'origine, montre que l'augmentation des plafonds de remboursement des assurances maladie entraîne immédiatement une augmentation du coût des prestations offertes par les prestataires de services. Un phénomène très semblable à ce que les économistes connaissent sous le nom de «trappe de liquidités».

Dans un système d'assurance privée, l'idée simple de rendre le consommateur conscient du coût ou de faire payer les conséquences de leur comportement aux responsables de dépenses évitables est aussi difficilement applicable. Les systèmes de «bonus-malus» à l'essai dans certains pays (Allemagne, Canada) où l'assuré veut payer en fonction de ses besoins est un recul de l'esprit de solidarité. D'autre part, un rabais de prime progressif (bonus) tant qu'aucune demande de remboursement n'est présentée, a probablement des effets pervers à plus ou moins long terme sur la santé de l'assuré qui préfère attendre pour se faire soigner.

Le recours à des franchises (déductibles) annuelles (en Suisse) permet bien souvent à l'assureur une meilleure classification des risques. Malheureusement ces montants ne sont pas calculés en fonction du comportement des individus mais plutôt en fonction des coûts administratifs de gestion et afin de réduire le prix du contrat d'assurance.⁶

Afin d'éviter que, dans un marché compétitif, les assureurs ne se livrent à une sélection des meilleurs risques, l'État a souvent mis en place des systèmes de compensation des risques. Un tel système existe par exemple en Suisse (Beck et Zweifel 1995), et en Allemagne et aux Pays Bas (Van de Ven et Van Vliet 1992).⁷

3.2. La relation assuré-prestataire de service (B)

Le consommateur n'a généralement pas les moyens d'influer sur l'offre. Son pouvoir réside essentiellement dans la qualité et la quantité des informations à sa disposition sur le système de santé. Les prestataires agissent selon l'hypothèse que leur patient n'a pas d'information parfaite. La relation personnelle de confiance qui existe entre le consommateur et le prestataire de service biaise l'analyse économique trop simpliste.

Dans la plupart des pays européens, l'assurance privée complémentaire permet d'accéder à des soins ou des prestataires de services qui ne sont pris en charge que partiellement ou pas du tout par le système public. La prise en charge de la santé à 100 % ou presque, renforce la spirale dépendance-dépenses-coûts croissants au détriment du système public. Seul un co-paiement élevé permettrait au consommateur de prendre conscience du coût réel mais une conséquence directe serait le risque de voir l'assuré et le prestataire de services négliger le rôle et l'importance de la prévention ou des traitements préventifs à moins qu'ils ne soient incités à le faire.⁸

En Grèce, en République de Corée et en Turquie, le domaine de l'assurance publique est très restreint et la part à payer par le patient est toujours supérieure à 30 % (45 % en Corée). La prise en charge de certains traitements ne peut être couverte que par l'assurance privée et réservée à une faible tranche de la population.

Par contre, au Danemark, Espagne, Finlande, Portugal, au Royaume Uni et en Suède, l'assurance privée est considérée comme le seul moyen d'éviter les longues listes d'attente dans le système public et d'obtenir le libre choix du prestataire de soins et une qualité supérieure de traitement.

3.3. La relation assureur-prestataire de service (C)

Il semble que l'on admet de plus en plus qu'un contrôle général des coûts de la santé est plus efficace par une action sur l'offre que sur la demande. Malheureusement, la compression des coûts en matière d'offre commence par la réglementation des prix. Les effets incitatifs pervers du contrôle des coûts par acte médical sont bien connus. Il existe une incitation pour le prestataire de services à augmenter le nombre de prestations dispensées. De la même manière, le remboursement des prestataires de services à l'acte est généralement associé à une escalade des coûts.⁹ Cela amène les systèmes d'assurance-maladie, publics ou privés, à se poser non seulement la question de savoir combien le système paye mais aussi pourquoi et à qui.

La classification des diagnostics par groupes (Diagnosis Related Groups - DRG) utilisée pour financer les hôpitaux sur la base de leurs activités médicales, est employée aux États-Unis depuis 1984. Ce mode de financement encourage les hôpitaux à choisir la méthode de traitement la plus efficace, à réduire la durée de séjour et à maximiser le recours au personnel de santé non-médecin. Si le choix existe entre deux méthodes thérapeutiques répondant l'une et l'autre aux besoins du malade, l'assurance peut limiter le remboursement au coût de la méthode la moins onéreuse. Il existe cependant des effets pervers, tel que l'encouragement à refuser l'hospitalisation de patients a-priori «non rentables.»

La connaissance du coût moyen anticipé associé à un cas médical devient un outil de gestion de l'assurance, d'où le développement d'indicateurs liés au diagnostic. Des expériences de collaboration entre hôpitaux et assurances privées sont en cours en Autriche, au Canada et en Suisse.

3.4. Les réseaux de santé (D)

Il découle de cette relation entre agents économiques du secteur de la santé, le souci, pour le système d'assurance, de jouer un rôle important dans la garantie de la qualité des soins à un coût abordable pour l'ensemble des assurés en contrôlant les prescripteurs, les prestations et les destinataires des prestations.

Le développement de réseaux de santé associant assureurs et prestataires de services permet de limiter les imperfections de marché dues à l'existence d'asymétries d'information entre les acteurs du marché. Ce type de relation contractuelle devrait aussi théoriquement favoriser la création de marchés parallèles de la santé. Selon la loi suisse sur l'Assurance Maladie¹⁰ «L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses.»

Les réseaux de santé de type HMO (Health Maintenance Organization) sont des structures qui visent à associer les prestataires de services, les assurés et l'assureur, et par la même à supprimer la demande induite par les prestataires de services tout en garantissant un volume d'activité et un chiffre d'affaires viable. Les traitements dispensés par un prestataire non-membre du réseau ne sont pas pris en charge par l'assurance. Les réseaux de santé de type PPO (Preferred Provider Organization) sont des structures moins rigides où une plus grande liberté de choix du médecin est laissée à l'assuré. L'assureur négocie avec un groupe de prestataires de services (hôpitaux, laboratoires, paramédicaux) des contrats préférentiels. Le recours aux prestataires du réseau est encouragé par le biais de remboursements plus favorables.

L'absence de médecins généralistes associés à ce système ne permet pas un contrôle efficace de la surconsommation médicale. La tendance actuelle est donc d'associer au réseau de prestataires de services un réseau de médecins qui acceptent de jouer le rôle de contrôleurs des actes médicaux (gatekeepers). L'expérience actuelle en France est de généraliser l'utilisation du «médecin référant» pour l'accès à la prise en charge par la Sécurité Sociale.

4. SEGMENTATION DES MARCHÉS ET OUVERTURE DES MARCHÉS

La situation existante actuellement dans de nombreux pays du fait du système d'assurance en vigueur entraîne une segmentation du marché et une situation de non-concurrence.

4.1. Marché segmenté de la santé

Dans un marché dit «conventionné», les prestataires de services et les ménages assurés ont accès à un prix contrôlé inférieur au prix du marché. La demande insatisfaite sur le marché conventionné se retrouve sur le marché libre (non-conventionné). Au fur et à mesure que le nombre de prestataires de services refusant de pratiquer le prix conventionné augmente, la demande sur le marché libre progresse et le prix d'équilibre se maintient à un niveau supérieur au prix normal.

Ce phénomène qui justifie l'existence d'un marché d'assurance privée parallèle au système public est actuellement observé dans la plupart des pays et est croissant du fait de la position attentiste ou volontariste des gouvernements de ces pays cherchant à réduire les coûts de la santé. Le contrôle des prix n'est pas le moyen efficace de réduire les coûts tant qu'il existe une couverture d'assurance à un prix plus élevé permettant au marché libre de fonctionner. Il va aussi à l'encontre des principes d'équité et de solidarité.

4.2. Ouverture du marché

L'ouverture du marché des services implique que certains assureurs et assurés vont quitter le marché agréé ou «officiel» pour créer un marché parallèle. Le coût des services et donc de l'assurance seront en accord avec le prix concurrentiel au prix du marché agréé. Cela peut apparaître comme une simplification abusive car la création d'un marché parallèle peut entraîner des coûts de production pour les assureurs qui devront se refléter dans le prix des contrats. Les assureurs ayant créé des réseaux de santé de type HMO ou PPO sont dans la situation de marchés parallèles ou l'offre de service extérieure au marché agréé permet de répondre à une demande potentielle à un coût moindre.

La fourniture de nombreux services, incluant le secteur de la santé, n'est possible que par la présence physique simultanée du producteur et du consommateur. Dans bien des cas, pour être utile, l'ouverture du marché doit être étendue aux mouvements transfrontières du consommateur, à l'établissement d'une présence commerciale à l'intérieur d'un marché ou au mouvement temporaire du fournisseur de services lui-même.¹¹

L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) n'exige la déréglementation d'aucun service et les gouvernements conservent le droit de fixer des normes pour garantir la santé et la sécurité des consommateurs ou d'établir des prescriptions en matière de

qualifications pour le personnel du secteur de la santé. Par contre, la reconnaissance d'un autre système de qualification ne doit pas être discriminatoire ni équivaloir à un protectionnisme déguisé.

La compétition en matière de prix et de qualité de service peut à moyen terme favoriser l'ouverture du marché de la santé pour des services à l'extérieur des frontières d'un pays. La situation actuelle, où seule la libre circulation des patients/assurés est autorisée, devrait favoriser la création de marchés parallèles. Par contre, la localisation du risque est un des éléments importants de l'activité d'assurance qui limite les services «transfrontières.» On parle de «non-portabilité» de l'assurance comme d'une barrière au commerce des services de santé.

Le rôle des nouvelles technologies de l'information (portails internet, télémédecine, e-health) devrait favoriser le développement de marchés de la santé hors-frontières.¹² Dans les faits, les modalités d'intervention de l'assurance restent très différentes selon les pays. Il semble que les entreprises d'assurances elles-mêmes n'aspirent pas à développer ce type d'activité et se placent dans une optique complémentaire, où les modalités de leur intervention sont implicitement déterminées par la couverture sociale de base.

5. CONCLUSION

La maîtrise des dépenses de santé est actuellement une préoccupation majeure de tous les gouvernements et de tous les assureurs privés. La collaboration entre le secteur de la santé et le secteur des assurances est indispensable pour garantir des services de qualité à un coût reflétant les conditions d'un marché concurrentiel à information parfaite.

Le développement de réseaux de santé associant assureurs et prestataires de services permet de limiter les imperfections de marché dues à l'existence d'asymétries d'information entre les acteurs du marché. Ce type de relation contractuelle devrait aussi théoriquement favoriser la création de marchés parallèles de la santé.

L'assurance maladie privée a un rôle essentiel à jouer dans les organisations modernes de soins de santé ; son développement contribue à améliorer l'efficacité des systèmes de santé. Le défi essentiel auquel sont confrontés les responsables politiques concerne l'élaboration d'un cadre réglementaire approprié en vue de pallier les inconvénients découlant du développement des régimes d'assurance

maladie privée. Une réforme de la réglementation sera également nécessaire, dépendamment de l'ampleur de la substitution des systèmes publics par l'assurance maladie privée. Il faut étudier attentivement l'impact des réformes récentes en ce domaine. Il est probable qu'une majorité de pays membres de l'OCDE continueront de recourir à un double système de santé. L'analyse comparative et le partage, à l'échelon international, des informations relatives aux résultats des diverses expériences prometteuses s'avéreront indispensables dans un secteur où les pressions démographiques, technologiques et budgétaires donnent lieu à des réformes novatrices.

Références

- Abel-Smith, B. (1992), «Cost Containment and New Priorities in the European Community,» *The Milbank Quarterly*, vol. 70, p. 393-416.
- Beck, K. et P. Zweifel (1995), "Cream-skimming in Deregulated Social Health Insurance," Paper presented at the 3rd European Conference on Health Economics, Stockholm.
- Browne, M. J. (1992), "Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market," *Journal of Risk and Insurance*, vol. 59, March, p. 13-33.
- Browne, M. J. et H. I. Doeringham (1993), "Information Asymmetries and Adverse Selection in the Market for Individual Medical Expense Insurance," *Journal of Risk and Insurance*, vol. 60, June, p. 300-312.
- Dahlby, B.G. (1981), "Adverse Selection and Pareto Improvements through Compulsory Insurance," *Public Choice*, vol. 37, p. 547-558.
- Eckstein, Z., M. Eichenbaum et D. Peled (1985), "Uncertain Lifetimes and the Welfare Enhancing Properties of Annuity Markets and Social Security," *Journal of Public Economics*, vol. 26, p. 303-320.
- Eisen, R. (1986), "Wettbewerb und Regulierung in der Versicherung: Die Rolle Asymmetrischer Information," *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, vol. 122, p. 339-358.
- Jacobzone S. (1996), "Les politiques de santé face aux propriétés incitatives et redistributives des systèmes d'assurance maladie," *Economie et Statistiques*, no. 291-292, p. 49-70.
- Manning, W.G., Newhouse, J.P., Duan, N., Keeler, E.B., Liebowitz, A. and Marquis, M.S. (1987), «Health Insurance and the Demand for Health Care: Evidence from a Randomised Experiment,» *American Economic Review*, vol. 77, p. 251-277.
- OECD (2004), *The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems*, Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Outreville, J. François (2002), "Cross-Subsidization in Health Insurance: The Case of Switzerland," présentation à l'American Risk and Insurance Association, 2002 Annual Meeting, Montréal, Québec.
- Outreville, J. François (2001), "The Economics of Innovation in Health and Insurance Markets," *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 26, no. 3, p. 459-466.

- Outreville, J. François et Alain Vessereau (1998), «La couverture des soins de longue durée par l'assurance maladie.» IISA, *La couverture médicale dans la fonction publique internationale*, Bruxelles, Belgique, p. 81-88.
- Pauly, M.V.(1984), "Is Cream-skimming a Problem for the Competitive Medical Market," *Journal of Health Economics*, vol. 3, p. 87-95.
- Pauly, M.V.(1986), "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy," *Journal of Economic Literature*, vol. 24, p. 629-675.
- Van de Ven, W.P.M. et R.C. J. Van Vliet (1992), "How can we Prevent Cream-skimming in a Competitive Health Insurance Market," in P. Zweifel et H. Frech (eds.), *Health Economics Worldwide*, Boston: Kluwer Academic Pub.

Notes

1. OECD Health Data 2003.
2. Outreville et Vessereau (1998).
3. Le secteur de la santé a été identifié par l'OCDE comme une des priorités de recherche de l'organisation pour les années à venir (OECD 2004).
4. Si l'information sur le risque santé des individus est connue, la classification optimale des risques est caractérisée par un équilibre financier dans chaque classe de risques. Malheureusement, l'information sur la santé des individus n'est pas connue de l'assureur ou ne pourrait être révélée qu'à un coût très élevé ou suite une décision illégale de dépistage des "mauvais" risques.
5. En cas d'assurance sur une base volontaire, les individus à risque élevé peuvent être plus nombreux à s'assurer que les individus à risque faible pour un même niveau moyen de prime. A la limite, selon la logique d'Akerlof, le marché disparaît si l'assureur ne propose pas des contrats différenciés. Pour le cas de l'assurance maladie, le lecteur peut se référer aux travaux de Browne (1992) et Browne et Doerpingham (1993).
6. Outreville (2002).
7. Pauly (1984,1986) considère que ce phénomène est la résultante d'un contrôle des tarifs par l'État et non pas d'une compétition sur le marché pour sélectionner les risques.
8. Plusieurs études montrent qu'une augmentation de la franchise entraîne une diminution de la demande de soins (voir Jacobzone 1996). Ces résultats sont souvent très critiqués et l'étude la plus détaillée reste l'expérience conduite par la Rand Corporation aux États-Unis (voir Manning et al. 1987) qui montre que la dépense serait majorée de 50 % pour un individu sans ticket modérateur.
9. Abel-Smith (1992) a montré qu'il était possible de maintenir les dépenses de santé par la réglementation imposée sur l'offre de services plutôt que sur la demande.
10. LAMal, 1/01/1996, Article 41.
11. L'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) distingue quatre modes de fourniture de services: la fourniture transfrontière, la consommation à l'étranger, la présence commerciale et la présence de personnes physiques.
12. Voir Outreville (2001).