

## La lettre de la chaire Santé | N°25

Juin 2017

### Les réseaux de soins sont-ils profitables pour les assurés ?

Dans les systèmes de santé des pays développés, les assureurs peuvent agir comme des acheteurs de soins : ils mettent en place des réseaux de fournisseurs dans les secteurs caractérisés par une liberté des prix et une substituabilité imparfaite des biens ou services achetés. En France, la MGEN et d'autres assurances complémentaires ont ainsi introduit de tels mécanismes pour l'optique, le dentaire et les appareils auditifs. Dans leur article, Michel Mougeot et Florence Naegelen procèdent à une analyse théorique de l'impact des réseaux de soins sur les prix des soins, le bien-être des assurés et le résultat de l'assureur. Ils distinguent le cas d'un assureur qui maximise son profit de celui d'une mutuelle à but non lucratif.

On observe deux types de réseaux :

- Les **réseaux fermés** : l'assureur fixe le nombre de fournisseurs adhérents et peut offrir un remboursement (couverture) plus élevé(e) pour les assurés qui achètent dans le réseau. Le droit d'appartenir au réseau est mis aux enchères et l'attribution est faite aux offreurs proposant les prix les plus faibles. Les perdants restent en dehors du réseau et fixent librement leurs prix.

- Les **réseaux ouverts** dans lesquelles l'assureur fixe le prix dans le réseau. Comme pour les réseaux fermés, le remboursement peut être plus élevé à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau. Les fournisseurs choisissent d'entrer ou non dans le réseau, selon qu'ils acceptent ou non ces conditions.

Pour les fournisseurs, par exemple des opticiens, le réseau fermé ajoute une concurrence « pour » le marché (pour être dans le réseau) à la concurrence « dans » le marché. L'analyse montre que les fournisseurs doivent proposer des prix inférieurs aux prix qu'ils fixeraient en l'absence de réseau. Le prix dans le réseau, est donc inférieur au prix hors réseau. Lorsque l'on compare le résultat de cette concurrence pour le marché avec celui d'un remboursement uniforme en l'absence de réseau, on montre qu'elle conduit à une baisse des profits des fournisseurs, à une baisse de la dépense totale et à un accroissement du coût supporté par l'assurance. En revanche, le réseau fermé bénéficie aux assurés car il augmente leur bien-être en tenant compte du coût total des achats.

Dans le cas où les fournisseurs de soins sont identiques en termes de coût, un assureur qui maximise son profit n'a pas intérêt à mettre en place un réseau fermé ni un réseau ouvert. En revanche, un assureur à but non lucratif devrait choisir un

prix et un remboursement tels que les deux offreurs entrent dans le réseau et que le reste à charge des consommateurs achetant le bien dans le réseau soit nul.

La comparaison des réseaux ouverts et fermés montre qu'à l'équilibre, les prix des biens vendus dans le réseau sont plus bas lorsque le réseau est fermé que lorsqu'il est ouvert. Compte tenu des effets prédits sur les prix et les quantités, le réseau fermé conduit à un profit plus faible des fournisseurs, une dépense totale plus faible et par conséquent une utilité nette des consommateurs plus élevée que le réseau ouvert. Un assureur à but non lucratif maximisant cette utilité devrait donc privilégier le réseau fermé, alors qu'un assureur maximisant son profit ne devrait mettre en œuvre aucun réseau. Plus exactement, seuls des objectifs de bien-être des assurés, ou de positionnement sur le marché de l'assurance peuvent motiver, pour un assureur, la mise en place de réseaux de soins.

Michel Mougeot et Florence Naegelen examinent aussi les conséquences du tiers payant, une pratique courante dans les réseaux de soins en France. Cette facturation plus avantageuse dans le réseau réduit la substituabilité entre les biens hors et dans le réseau, et donc l'intensité de la concurrence, puisqu'une moindre substituabilité s'ajoute à la différence des prix. Par suite les prix sont plus élevés et l'utilité nette des assurés plus basse lorsque le tiers payant est mis en place.

En conclusion, l'instauration de réseaux de fournisseurs est un instrument puissant pour la baisse des dépenses et l'amélioration de l'utilité nette des assurés. Le réseau fermé basé sur une intense concurrence par les prix est le plus efficace car il conduit à une réduction plus importante des profits des fournisseurs. Dans la mesure où la stratégie de remboursement optimale conduit à un reste à charge nul dans le réseau, et à une non augmentation des prix hors réseau, la mise en œuvre des réseaux devrait améliorer l'accessibilité aux soins. Toutefois, cette mise en œuvre est coûteuse pour les assureurs qui doivent ou bien effectuer des subventions croisées avec d'autres types de risques couverts par l'assurance ou bien utiliser cette hausse de l'utilité des assurés pour accroître la prime dans un contexte concurrentiel.

Lire l'article : [Medical service provider networks](#), Florence Naegelen et Michel Mougeot.