

## Chapitre 3

# La régulation de l'assurance-maladie privée par l'État dans les pays de l'OCDE : champ de la réglementation, tendances et défis

*Dans sa comparaison des expériences de pays de l'OCDE ayant adopté des approches réglementaires différentes, ce chapitre examine la contribution de certaines structures et dispositions réglementaires à la réalisation des principaux objectifs de performances des systèmes de santé, à savoir l'équité, l'efficacité, le choix et l'innovation, la réactivité et la qualité des soins. Toutefois, l'impact de ces réglementations est examiné principalement pour les pays faisant l'objet d'études de cas.*

## 1. Introduction

Les gouvernements interviennent plus ou moins dans le fonctionnement des différents marchés privés et leur action, ou absence d'action, dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'importance de l'activité privée dans la politique économique ou sociale du gouvernement, des approches idéologiques et politiques de l'intervention gouvernementale en général, des ressources dont dispose le gouvernement et de divers autres facteurs. La nécessité d'une intervention et le contenu des lois et réglementations particulières sont également fonction des défaillances passées des marchés et de tous autres problèmes ayant pu se poser en l'absence de certaines exigences gouvernementales. Des questions plus spécifiques concernant le champ d'application et le contenu des réglementations dépendent du service particulier offert par les marchés privés, du degré de similitude ou de chevauchement des services offerts par les pouvoirs publics ou par d'autres acteurs non privés et du point de vue des décideurs quant à l'utilité potentielle de certaines interventions.

Dans le cas de l'assurance en général, les pays de l'OCDE s'accordent à considérer qu'il faut surveiller la situation financière des compagnies d'assurance privée et énoncer dans les lois certaines exigences minimums, bien que dans le détail certaines de ces exigences puissent varier. Conformément à cette tendance, tous les pays de l'OCDE dans lesquels il existe un marché de l'assurance-maladie privée règlementent la situation financière générale des compagnies privées d'assurance-maladie (OCDE, 2002). Toutefois, au-delà du domaine des normes financières et prudentielles, les approches réglementaires des marchés de l'assurance-maladie privée varient d'un pays de l'OCDE à l'autre en termes de champ d'application, de focalisation et d'approche. Nonobstant, lorsque les gouvernements ont choisi de s'attaquer à des problèmes similaires, on observe des parallèles et des divergences dans leurs méthodes réglementaires. Ce chapitre examine quelques-unes des principales réglementations dans ce domaine et nous comparons les interventions et les expériences des différents pays étudiés.

L'examen et la comparaison du champ d'application et du contenu de la réglementation de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE ont montré que l'étendue et le type de l'intervention gouvernementale sont souvent liés à la place dominante de l'assurance-maladie privée dans le système de santé, en termes de population couverte et/ou de sa contribution au financement de la santé. La répartition particulière public/privé du financement de la santé dans un pays, et le rôle de l'assurance-maladie privée dans cette répartition sont également des facteurs clés. Mais, dans d'autres cas, les interventions des gouvernements cherchent à remédier à des problèmes rencontrés de manière générale sur les marchés de l'assurance-maladie privée et paraissent être moins liées au rôle particulier de la couverture offerte par cette assurance par rapport à celle du système public. A ces facteurs s'ajoutent l'importance historique du financement privé dans le système de santé, le rôle historique de l'État ou du secteur à but non lucratif par rapport à l'assurance-maladie privée, l'impact des normes transnationales (en particulier, dans le cas des pays membres de l'Union européenne) et les priorités des décideurs.

Plusieurs pays imposent des exigences, décrites un peu plus loin, en termes d'accès à une couverture par une assurance-maladie privée, de primes et de contenu des contrats d'assurance eux-mêmes. Dans certains cas, les gouvernements ont décidé d'imposer certaines de ces exigences à certains types de sociétés, ou à certains secteurs du marché de l'assurance-maladie privée mais pas à d'autres. On observe toutefois, parmi les pays de l'OCDE, une tendance à imposer un traitement similaire à des entités exerçant des fonctions similaires. Ces tendances résultent du souci de promouvoir un traitement équitable et une concurrence loyale au sein d'un marché où cohabitent différents types de sociétés.

Les problèmes engendrés par le financement des dépenses de santé des personnes à haut risque ont conduit les gouvernements à intervenir sur les marchés de l'assurance publique et privée des soins de santé. On observe une certaine disparité entre les pays de l'OCDE quant au degré de couverture par l'assurance-maladie privée de certains soins d'un coût très élevé ou à la couverture des personnes à haut risque et des personnes souffrant de maladies chroniques mais dans aucun de ces pays l'assurance-maladie privée est l'unique source de couverture maladie de l'ensemble de la population. Toutefois, lorsque certains pans ou des pans importants de la population doivent recourir à l'assurance-maladie privée, les gouvernements interviennent généralement, parfois de façon similaire parfois de façon différente, pour assurer l'accès à la couverture et la réalisation d'autres objectifs politiques connexes. Les gouvernements peuvent aussi imposer un subventionnement croisé entre assurance publique et assurance privée, la présence de pools à haut risque subventionnés ou financés par l'impôt, ou d'autres moyens permettant de compenser le coût des soins des personnes à haut risque. Les programmes de péréquation des risques qui accompagnent certaines restrictions en matière de tarification visent à compenser les conséquences possibles pour les assureurs d'un mauvais choix. En outre, certaines lois et réglementations délimitent de façon explicite le rôle de l'assurance-maladie privée ou l'étendue de sa couverture par rapport aux programmes financés sur fonds publics. Ces délimitations visent à définir clairement l'étendue autorisée de la couverture maladie publique et privée, et peuvent également chercher à éviter certains effets secondaires indésirables, comme l'iniquité de l'accès aux services ou une utilisation induite par le risque subjectif. Elles peuvent également réduire la possibilité pour l'assurance-maladie privée de couvrir les services à haut risque, répartissant ainsi de façon explicite certains risques sanitaires entre secteur public et secteur privé (tableau 3.1).

Toute une série d'interventions supplémentaires des gouvernements ont également un impact sur le fonctionnement, le succès, la transparence et la compétitivité des différents marchés de l'assurance-maladie privée. Ainsi, de nombreux pays incitent leur population à souscrire une assurance-maladie privée par le biais de mesures fiscales ou d'exigences liées à la structure des primes. Ces incitations peuvent avoir un impact important sur les types de marchés de l'assurance, et contribuer à l'accessibilité financière de la couverture. Toutefois, à quelques exceptions près, ces incitations à elles seules ne sont pas suffisantes pour remédier à certains problèmes d'accessibilité financière qui subsistent sur les marchés de l'assurance-maladie privée où les acheteurs à revenus moyens et supérieurs jouent généralement un rôle dominant.

Les pays membres de l'UE ont, pour la conception de réglementations applicables à l'assurance-maladie privée, une liberté d'action inférieure à celle de certains de leurs homologues de l'OCDE, car leurs exigences doivent se conformer à la législation communautaire applicable. Ces restrictions influenceront également les activités des pays

Tableau 3.1. Principales lois et réglementations liées à l'assurance-maladie privée

|           | Les assureurs de l'AMP doivent fournir tous ou certains produits              | Exigences de renouvellement des contrats  | Protections de la transférabilité   | Prise en compte des facteurs liés au risque maladie autorisée lors de l'établissement des primes  | Exigences/mécanismes de partage des risques ou d'ajustement des risques  |
|-----------|---|---|---|---|--|
| Australie | Oui, tous les produits.   | Ne s'applique pas (la durée des contrats est illimitée).  | Oui   | Une couverture maladie à vie permet de calculer les primes sur la base de l'âge à la souscription.  | Oui. Un mécanisme de péréquation finance les prestations des personnes de plus de 65 ans et des personnes hospitalisées pendant plus de 35 jours par an.   |
| Autriche  | Non   | Non   | Non   | Oui   | Non  |
| Canada    | Non   | Aucune  | Non   | Non   | Au Québec, pour les régimes privés d'assurance-médicaments pour les demandes de remboursement de médicaments d'un prix élevé excédant des montants en dollars spécifiés.   |
| Allemagne | Oui. Accès à une police à tarif standard.                                     | Effectivement pour une couverture substitutive car elle est offerte à vie. Pour les autres types de couverture, la résiliation par l'assureur est interdite au bout d'un certain nombre d'années. | Oui, s'il y a passage d'une assurance sociale à une assurance privée. Limites imposées aux délais d'attente en général et limites spécifiées imposées aux exclusions de couverture pour certaines conditions.   | Une couverture substitutive doit être offerte à vie ; les primes sont déterminées par l'âge à la souscription et le sexe (et les prestations) ; un supplément pour risque lié à l'état de santé peut être imposé (excepté pour les fonctionnaires passant d'une couverture publique à une couverture à tarif standard). Il n'est pas possible de demander des primes moindres aux nouveaux entrants qu'aux personnes du même âge déjà assurées (provision pour vieillissement non incluse). Plafond de prime : couverture substitutive. | Les contrats d'AMP incluent l'option d'imposer au paquet à tarif standard le paiement d'un supplément pour plafond de prime, mais cette option n'a pas été invoquée. Les assureurs participent à un mécanisme de péréquation pour les polices à tarif standard car le nombre des assurés âgés varie d'une compagnie à l'autre.   |
| Irlande   | Oui, tous les produits.   | Oui. Exigence de « couverture à vie ».  | Oui   | L'introduction de primes différenciées en fonction de l'âge lors de la souscription de la police est autorisée par la loi mais une réglementation est exigée pour sa mise en œuvre.   | Oui. Mise en place d'un mécanisme de péréquation.  |
| Mexique   | Non   | Impose aux assureurs de spécifier si le renouvellement est obligatoire et, s'il l'est, d'indiquer la limite d'âge pour le renouvellement.   | Non   | La modulation des primes sur la base de l'âge est limitée par le biais d'une fourchette de primes établie par la loi.   | Non  |
| Pays-Bas  | Oui. Paquet standard pour les personnes âgées et les personnes à haut risque. | Sauf notification contraire de l'assuré, les polices comportent généralement une clause d'extension automatique d'un an.  | Le code volontaire des assureurs impose que les polices de groupe puissent être transformées en polices individuelles aux mêmes conditions générales ; ce code volontaire encourage également la transférabilité entre régimes de groupe. Aucune exclusion n'est admise pour les polices WTZ. | La prime du régime WTZ est limitée. La limite est supérieure aux niveaux de primes moyens sur le marché de l'AMP. Pas de limite pour une couverture complémentaire.   | Mécanisme de compensation entre l'assurance sociale et l'AMP dans lequel les titulaires d'une assurance privée payent une cotisation destinée à financer une assurance sociale couvrant davantage les dépenses de santé des personnes âgées. Le mécanisme de mise en commun du système WTZ met en commun les coûts excédant les primes WTZ puis divise et répartit ces coûts en imposant un supplément à tous les titulaires d'une assurance privée. |

Tableau 3.1. Principales lois et réglementations liées à l'assurance-maladie privée (suite)

|                     | Les assureurs de l'AMP doivent fournir tous ou certains produits         | Exigences de renouvellement des contrats   | Protections de la transférabilité   | Prise en compte des facteurs liés au risque maladie autorisée lors de l'établissement des primes   | Exigences/mécanismes de partage des risques ou d'ajustement des risques   |
|---------------------|--|--|---|--|---|
| Pologne             | Non  | Aucune   | Non   | Oui  | Non   |
| Portugal            | Non  | Aucune   | Non   | Oui  | Non   |
| République slovaque | Non  | Aucune   | Non   | Oui  | Non   |
| Espagne             | Oui pour la couverture substitutive des fonctionnaires.                  | Oui pour la couverture des fonctionnaires.   | Aucune exclusion n'est admise pour la couverture des fonctionnaires.  | Oui ; certaines entités fixent les primes en fonction des groupes d'âge et d'autres en fonction des critères retenus pour les mutuelles.   | Non   |
| Suisse              | Oui pour la couverture primaire ; non pour la couverture complémentaire. | Oui pour la couverture primaire ; non pour la couverture complémentaire (Colombo, 2001). | Aucune exclusion n'est admise pour la couverture primaire mais des exclusions sont admises pour la couverture complémentaire. | Aucune modulation en fonction de l'état de santé n'est admise dans la couverture primaire ; une certaine modulation est autorisée pour les enfants et les étudiants et pour certaines régions géographiques. Modulation admise pour la couverture complémentaire.  | Oui. Un fonds de péréquation indemnise les assureurs pour les différences de coût de la couverture primaire résultant du risque et calculées sur la base de facteurs d'âge et de sexe. Le maintien du mécanisme de péréquation après 2006 est actuellement discuté.   |
| Turquie             | Non  | Non  | Non   | Oui  | Non   |
| Royaume-Uni         | Non  | Non, mais c'est la pratique traditionnelle.  | Aucune limite réglementaire.  | Oui  | Non   |
| États-Unis          | Oui, certains produits pour certains marchés.                            | Oui.   | Oui pour les contrats de groupe ; certains États l'exigent pour les contrats individuels.                                     | De nombreux États restreignent la tarification fondée sur l'état de santé (« tarification personnalisée ») sur le marché des petits groupes et certains exigent une tarification uniforme tout en admettant des degrés variables de modulation en fonction de l'âge, du sexe et de la région géographique. Les exigences du marché des polices individuelles varient. Certains États imposent une tarification uniforme sur le marché de l'assurance complémentaire du programme Medicare. | De nombreux États ont des mécanismes volontaires de péréquation sur leurs petits marchés de groupe ; dans certains, les mécanismes sont obligatoires. Certains États ont des mécanismes de péréquation sur les marchés individuels. Trente États proposent des pools de risques élevés (couverture offerte par pool, souvent subventionnée par les frais facturés aux assureurs ou par d'autres taxes) (Chollet, 2002). |

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

en voie d'accession à l'UE dans la mesure où ils seront assujettis aux mêmes exigences dans un proche avenir. Selon la législation communautaire, les produits de l'assurance-maladie privée sont soumis à la même directive en matière d'assurances que les autres produits d'assurance non-vie. Ces exigences portent essentiellement sur la concurrence, la liberté pour les entreprises d'offrir leurs services dans tous les pays de l'UE ainsi que sur les normes financières. Les exigences importantes concernant les contrats d'assurance-maladie privée sont interdites par la législation communautaire excepté dans un petit nombre de pays où de telles normes peuvent s'appliquer à certains types de couverture par une assurance-maladie privée en vertu d'une exception à des restrictions plus étendues.

## 2. Applicabilité de la réglementation de l'assurance-maladie privée

### 2.1. Vers un traitement uniforme des entreprises d'assurance-maladie

Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des réglementations liées à l'assurance-maladie privée, les décideurs doivent identifier les types d'entreprises et de couverture qu'ils souhaitent soumettre à certaines normes et exigences (tableau 3.2). Ce qui implique de prendre en considération les types d'entreprises d'assurance-maladie sur leurs marchés de l'assurance-maladie privée, le type de couverture disponible ou potentiellement offerte (en termes de prestations, de choix des prestataires, de degré de gestion des soins) mais aussi l'existence de sous-marchés confrontés à des problèmes particuliers (tels que des marchés distincts de l'assurance-maladie privée pour les petits employeurs ou les particuliers). De plus en plus, les autorités de régulation soumettent à un traitement similaire la plupart des entreprises offrant une couverture d'assurance financée sur fonds privés pour un ensemble défini de services de santé dans les pays de l'OCDE. Cette tendance reflète un désir de promouvoir des règles de jeu uniformes pour tous les acteurs. Elle peut également contribuer à promouvoir une mise en commun des risques en maintenant l'essentiel de l'activité de financement privé de la santé (hormis le ticket modérateur) à l'intérieur du pool d'assurances.

Dans certains cas, des exigences différentes, et parfois plus contraignantes, ont été imposées à certaines entités en échange d'avantages fiscaux ou autres, dont certains subsistent à ce jour. Ainsi, certains régimes à but non lucratif aux États-Unis et les mutuelles d'assurances en France, en Belgique et dans d'autres pays européens, opèrent selon des normes plus contraignantes en matière d'accès et de primes (soit volontairement, par exemple par le biais de leur code d'organisation, soit en vertu d'une exigence légale ou d'un accord juridique) et bénéficient, en échange, d'avantages fiscaux. Mais, dans certains cas, le fait d'être soumises à des normes différentes a été pour elles un handicap concurrentiel et financier sur des marchés où d'autres types d'entreprises d'assurance-maladie étaient soumises à des exigences moins contraignantes. Aux États-Unis, les décideurs ont parfois réagi en imposant des exigences analogues, plus contraignantes à d'autres entités opérant sur le marché, en particulier dans le sillage des difficultés financières qu'ont connues les régimes Blue Cross et Blue Shield dans le New Hampshire, à New York et dans le New Jersey, notamment. Mais, à l'inverse, la législation communautaire, qui impose généralement un traitement similaire de toutes les entités d'assurance-maladie, a entraîné un assouplissement des normes pour certains acteurs, comme les mutuelles, qui étaient auparavant soumis à des exigences plus strictes. Dans le cadre de cette harmonisation, les consommateurs peuvent perdre certains des avantages sociaux locaux qu'offraient des types d'assureurs particuliers dans certains pays (Palm, 2002, pp. 206-207).

Tableau 3.2. **Champ d'application et diversité de la réglementation des entités d'assurance-maladie privées**

|                     | L'AMP est-elle vendue dans votre pays ? | Dans quelle classification réglementaire ou de marché se situe l'AMP ? | Types d'organisations d'assurance-maladie <sup>1</sup>  | Réglementations publiques identiques ou différentes applicables (selon le type d'organisation)   |
|---------------------|---|--|---|--|
| Australie           | Oui                                     | Vie et santé.  | Assureurs indemnitaires<br>Régimes à but non lucratif/régimes à but lucratif<br>Mutuelles (la plupart des caisses d'assurance-maladie sont intégrées à des mutuelles (associations à but non lucratif). | Toutes les caisses privées d'assurance-maladie sont régies de la même façon par le NHA (National Health Association).  |
| Autriche            | Oui                                     | Vie et santé.  | Assureurs indemnitaires, régimes de soins gérés, régimes à but non lucratif.  | Aucune différence de traitement.   |
| Canada              | Oui                                     | Accidents et maladies.   | Assureurs indemnitaires<br>Régimes à but non lucratif/régimes à but lucratif<br>Assureurs.  | Les exigences communes s'appliquent à tous.  |
| Allemagne           | Oui                                     | Assurance-maladie.   | Assureurs indemnitaires (sociétés de capitaux et mutuelles).  | En Allemagne, l'assurance-maladie privée est proposée par des sociétés par actions et par des mutuelles. Ces deux types d'organisation sont soumis aux mêmes exigences de la loi sur les contrats d'assurance-maladie, de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie et autres réglementations spécifiques de l'assurance-maladie (par exemple exigences financières et de solvabilité, méthodes de calcul des primes). La loi sur la surveillance de l'assurance-maladie s'applique en principe aux deux ; toutefois, elle comporte des réglementations spécifiques pour les mutuelles (§ 15 à § 53 b VAG). Mais ces réglementations font référence à la forme juridique différente des mutuelles et concernent principalement les droits des membres. |
| Irlande             | Oui                                     | Vie et santé.  | Assureurs indemnitaires, régimes à but non lucratif / régimes à but lucratif et mutuelles ou assureurs.   | En général, tous les assureurs opérant sur le marché sont soumis au même traitement. La Directive 73/239/CEE de l'UE a accordé au Conseil de l'assurance-maladie volontaire une dérogation aux exigences de solvabilité pour les assureurs agréés. Elle va au-delà de l'exigence minimum de l'UE mais pas au-delà de celle de l'autorité nationale qui est fixée à 200 % du minimum de l'UE <sup>2</sup> .   |
| Mexique             | Oui                                     | Accidents et santé.  | Mutuelles ou assureurs.   | Idem   |
| Pays-Bas            | Oui                                     | Accidents et santé.  | Mutuelles ou assureurs <sup>3</sup> .   | Idem   |
| Pologne             | Oui                                     | Vie et santé/Accidents et santé.                                       | Assureurs indemnitaires, régimes de soins gérés et mutuelles ou assureurs.  | Idem   |
| Portugal            | Oui                                     | Accidents et santé.  | Assureurs indemnitaires, régimes de soins gérés <sup>4</sup> et mutuelles ou assureurs.   | Idem   |
| République slovaque | Oui                                     | Accidents et santé <sup>5</sup> .                                      | Assureurs indemnitaires.  | Idem   |
| Espagne             | Oui                                     | Autres <sup>6</sup>  | Une assurance à caractère indemnitaires et une assurance de type « prestations en nature » sont proposées par des sociétés de capitaux, des mutuelles et des coopératives.                              | Il existe une législation différente qui dépend de la forme juridique de la société (mais pas du type de produit).   |
| Suisse              | Oui                                     | Accidents et santé.  | Assureurs indemnitaires, régimes de soins gérés, régimes à but non lucratif/régimes à but lucratif et mutuelles ou assureurs.   | Idem   |
| Turquie             | Oui                                     | Accidents et santé   | Assureurs indemnitaires.  | Idem   |

Tableau 3.2. **Champ d'application et diversité de la réglementation des entités d'assurance-maladie privées (suite)**

|             | L'AMP est-elle vendue dans votre pays ? | Dans quelle classification réglementaire ou de marché se situe l'AMP ? | Types d'organisations d'assurance-maladie <sup>1</sup>  | Réglementations publiques identiques ou différentes applicables (selon le type d'organisation)                        |
|-------------|---|--|---|---|
| Royaume-Uni | Oui                                     | Vie et santé <sup>7</sup> .<br>Accidents et santé <sup>8</sup> .       | Assureurs indemnitaires, régimes à but non lucratif et régimes à but lucratif, mutuelles ou assureurs.  | Idem  |
| États-Unis  | Oui                                     | Vie et santé<br>Accidents et santé<br>Autres <sup>9</sup> .            | Assureurs indemnitaires, régimes de soins gérés, régimes à but non lucratif/ régimes à but lucratif et mutuelles ou assureurs <sup>10</sup> . | Dans bon nombre de cas, des cadres réglementaires distincts subsistent mais il y a eu convergence des normes de fond. |

1. Cette colonne inclut les réponses des pays membres de l'OCDE au Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée. Il est admis que certaines de ces catégories ne sont pas incompatibles. Par exemple, un assureur indemnitaire pourrait également être un régime à but non lucratif, une mutuelle ou un assureur à but lucratif.
2. Il existe un nombre limité de petites entreprises non commerciales établies de longue date, dont le nombre d'adhérents est restreint et couvrant moins de 5 % du marché auxquelles doit être donnée la possibilité de ne pas participer au mécanisme de péréquation des risques. Mais si elles en font usage, leurs membres perdront leurs droits en matière de transférabilité (admission ouverte à tous) lorsqu'ils quitteront l'assureur en question.
3. Des permis sont exigés par l'autorité de surveillance en charge des retraites et des assurances pour opérer dans le domaine de l'assurance-maladie privée. Dans la mesure où, aux Pays-Bas, les compagnies d'assurance-maladie privée n'utilisent pas de provisions pour vieillissement et calculent leurs primes sur une base annuelle, l'assurance-maladie est classée dans les assurances non-vie (« accidents et santé ») plutôt que dans l'assurance « vie » de longue durée.
4. Gérés par des assureurs non-vie multibranches.
5. Classification :
  - A6 : Assurance accidents ou maladies, lorsqu'elle représente une assurance complémentaire des polices de catégorie 1 à 4.
  - B1 : Assurance accidents
    - a) paiement forfaitaire
    - b) paiements fractionnés
    - c) paiement groupé
    - d) assurance contre les accidents de voyage,
  - B2 : Assurance-maladie
    - a) paiement forfaitaire
    - b) paiements fractionnés
    - c) paiement groupé
    - d) assurance contractuelle avec assurance complémentaire.
6. A l'intérieur de la classification des risques en catégories, la maladie est considérée comme une catégorie indépendante. Elle inclut l'assistance sanitaire (« prestations en nature »). Conformément à l'énoncé de la première disposition additionnelle de l'Act 30/1995 Act, les prestations entrant dans cette catégorie peuvent être des prestations forfaitaires, des indemnités ou une combinaison des deux.
7. Maladie grave, soins de longue durée et revenu de remplacement.
8. Mécanismes d'indemnisation des dépenses de santé et de paiement en espèces des soins de santé.
9. La terminologie varie d'un État à l'autre. « Accidents et santé » est le terme le plus ancien ; aujourd'hui « Vie et santé » est plus courant mais il s'agit davantage d'une structure réglementaire cadre dans la mesure où l'assurance-vie et l'assurance-maladie sont habituellement souscrites par des sociétés distinctes. Il est courant qu'un agrément d'assurance pour risques divers englobe un agrément d'assurance-maladie mais cette ligne ne figure pas effectivement dans la plupart des contrats des sociétés d'assurances multirisques. L'assurance-invalidité est généralement régie comme une ligne de « l'assurance-maladie » mais n'entre pas dans la définition ci-dessus de « l'assurance-maladie privée ». L'assurance soins de longue durée et l'assurance complémentaire du programme Medicare sont deux lignes d'activité supplémentaires qui entrent dans la définition de « l'assurance-maladie privée » du Questionnaire mais sont régies séparément. L'assurance complémentaire du programme Medicare couvre certaines dépenses générales de santé qui ne sont pas prises en charge par le programme national de soins de santé en faveur des personnes âgées.
10. Pratiquement chaque type d'organisation d'assurance-maladie peut offrir des prestations de soins gérés, des prestations à caractère indemnitaire ou des prestations hybrides telles que le « prestataire à tarifs préférentiels » ou la « gratuité au point de prestation ». L'assureur peut être une entité commerciale (société par actions ou mutuelle), un régime à but non lucratif de type Blue Cross – Blue Shield (dans les États où ils existent encore), une amicale, un régime à prépaiement proposé par les prestataires de soins de santé, un régime financé par l'employeur (employeur unique ou employeurs multiples), ou différents dispositifs dans lesquels le risque est partagé entre plusieurs types d'entités.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.



## 2.2. Historique d'un traitement différent

La législation communautaire exige que les entités ayant des activités « d'assurance » au sens où l'entendent les lois et directives de l'UE en la matière, soient soumises à des exigences uniformes en termes de règles prudentielles, de consommation et autres. Entrent dans cette catégorie les mutuelles d'assurances offrant une couverture maladie privée, comme les mutuelles opérant en Belgique et en France. Dans certains cas, le règlement des problèmes liés à l'application des directives de l'UE a impliqué une action en justice, des interventions de la Cour de justice des Communautés européennes et des amendements ultérieurs des législations nationales. Dans le cas de la France, la Cour de justice a déclaré qu'elle avait violé plusieurs directives communautaires, notamment la troisième directive assurance non-vie (discutée dans la suite du document) en ne transposant pas ces directives dans la législation française régissant les mutuelles<sup>1</sup>. Le gouvernement français a finalement résolu le problème en amendant son Code de la Mutualité pour y incorporer les principes communautaires et notamment une modification du régime fiscal de sorte que tout assureur appliquant à l'évaluation des risques des critères sociaux, et non plus seulement les mutuelles, peut bénéficier de certains avantages fiscaux. Mais, dans le même temps, certains principes de solidarité imposés aux mutuelles ont été codifiés dans la législation française, ce qui en fait désormais des exigences légales. C'est le cas notamment des interdictions d'exclusion pour conditions préexistantes, de la prise en compte de l'état de santé d'un individu dans le calcul des primes et de l'exigence de polices renouvelables (Mossialos et McKee, 2002, p. 158).

Aux États-Unis, les différences historiques d'origines, de fonctions, de pratiques et d'attentes, des différents types d'assureurs-maladie, tels que les régimes de soins gérés, les régimes à caractère indemnitaire et les régimes à but non lucratif, ont conduit à l'application de lois et de normes différentes à différents types d'entreprises d'assurance-maladie. Mais, au fil du temps, ces entités ont commencé à effectuer des fonctions de plus en plus similaires. Un plus grand nombre de régimes d'assurance-maladie ont commencé à utiliser les outils des soins gérés pour tenter de maîtriser les coûts et l'utilisation des systèmes de santé ; dans le même temps, les régimes de soins gérés ont introduit une plus grande flexibilité en matière de choix des prestataires. En conséquence, les distinctions entre les organisations traditionnelles de soins de santé intégrés (« HMO ») et les autres types de régimes de rémunération à l'acte se sont de plus en plus estompées. Pourtant, en raison de leurs origines et de leur histoire distinctes, plusieurs textes de lois sur l'octroi de licences ont été parfois appliqués aux activités d'une seule et même entité ou des lois différentes ont été appliquées à des entités ayant des modes de fonctionnement similaires. Dans le cadre d'un effort de simplification de ces lois mais aussi d'une tentative d'établissement de règles de jeu uniformes pour les différents régimes concurrents, plusieurs États des États-Unis ont adopté de nouvelles lois regroupant et clarifiant l'applicabilité de leurs lois et les ont établies sur la base de la *structure et des fonctions des régimes* plutôt que du type de régime<sup>2</sup>. En conséquence, de nombreux États des États-Unis ont désormais une approche semblable à l'approche générale et uniforme adoptée dans d'autres pays de l'OCDE vis-à-vis de la réglementation de l'assurance-maladie privée.

## 2.3. Autofinancement

La plupart des pays de l'OCDE n'autorisent pas des entités à assumer le risque lié au financement privé des services de santé si elles n'ont pas une licence d'assureurs-maladie. A l'exception des employeurs s'autofinçant au Canada et aux États-Unis d'un nombre limité d'exemples dans d'autres pays de l'OCDE, l'autofinancement des dépenses de santé par des entités n'ayant pas de licence d'assureurs n'est pas autorisé. Le tableau 3.3 résume

Tableau 3.3. Entités d'assurance-maladie privée n'ayant pas leur licence d'assureurs-maladie

|                     | Entités de financement des dépenses de santé qui supportent le risque   |  |  | Entités ayant des fonctions administratives (se rapportant à l'AMP) qui ne supportent aucun risque   |   |
|---------------------|---|--|--|--|---|
|                     | Description de l'entité   | Normes garantissant la santé financière                                      | Structure réglementaire  | Description de leurs exigences réglementaires  |   |
| Australie           | Mécanismes de complément par l'employeur pour la couverture des franchises, copaiements et prestations accessoires. | Aucune   | Mécanismes soumis à l'approbation du ministère de la Santé.      | Un petit nombre d'entités (par exemple agences de facturation travaillant pour les médecins et les hôpitaux, chargées de coordonner les paiements, de promouvoir une facturation uniforme, souvent intégrées à l'hôpital). | Directives administratives relatives à la gestion et au maintien des fonds détenus en fiducie.                    |
| Autriche            | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Non  | n.d.  |
| Canada              | Régimes autofinancés par l'employeur.   | Les assureurs maladie sont soumis à un régime de surveillance réglementaire. | Organismes fédéraux et provinciaux de régulation de l'assurance. | Tiers administrateurs.   | Quelques normes semblables à celles applicables aux assureurs dans des domaines comme la confidentialité.         |
| Allemagne           | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Les fonctionnaires sont remboursés directement par leur employeur à hauteur d'au minimum 50 % des coûts des traitements médicaux et hospitaliers.  | Aucune  |
| Irlande             | Aucune <sup>1</sup>   | n.d.   | n.d.   | Aucune   | n.d.  |
| Mexique             | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Oui  | Aucune exigence spécifique.   |
| Pays-Bas            | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Aucune   | n.d.  |
| Pologne             | Système de cotisations patronales ; cliniques appartenant à l'employeur.  | Aucune   | Aucune   | Aucune   | n.d.  |
| Portugal            | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Oui  | Aucune exigence spécifique.   |
| République slovaque | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Aucune   |   |
| Espagne             | Aucune  | n.d.   | n.d.   | n.d.   | n.d.  |
| Suisse              | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Aucune   | n.d.  |
| Turquie             | Aucune  | n.d.   | n.d.   | Aucune   | n.d.  |
| Royaume-Uni         | Aucune <sup>2</sup>   | n.d.   | n.d.   | Oui  | Aucune exigence autre que la loi s'appliquant habituellement aux problèmes de consommation et aux intermédiaires. |

Tableau 3.3. **Entités d'assurance-maladie privée n'ayant pas leur licence d'assureurs-maladie (suite)**

| Entités de financement des dépenses de santé qui supportent le risque |  |  | Entités ayant des fonctions administratives<br>(se rapportant à l'AMP) qui ne supportent aucun risque  |     |   |
|---|--|--|--|-----|---|
| Description de l'entité   | Normes garantissant la santé financière  | Structure réglementaire  | Description de leurs exigences réglementaires  |     |   |
| États-Unis  | Employeurs qui s'auto-assurent et prestations maladie fournies en vertu d'autres accords d'assurance telles que l'indemnisation des travailleurs, une assurance biens et une assurance automobile. | Il existe une réglementation indirecte sous la forme d'exigences imposées aux régimes de santé sous licence traitant avec les groupes de prestataires. | À l'exception des HMO <sup>3</sup> , le cadre réglementaire des entités supportant le risque est habituellement le cadre réglementaire, légèrement modifié, mis en place dans l'État pour les assureurs maladie. Une certaine réglementation fédérale des normes de transférabilité et des régimes autofinancés. | Oui | La plupart des États imposent que les tiers administrateurs aient une licence. Bien souvent, les assureurs titulaires d'une licence se comportent comme des administrateurs pour d'autres entités supportant le risque, en particulier pour les employeurs auto-assurés (« services administratifs uniquement » ou contrats ASO). |

n.d. non disponible.

1. Sur le marché indemnitaire à tarification uniforme, un développement de ce type affaiblirait le système en réduisant le « pool de bons risques ». Toutefois, certains prestataires des régimes de prestations en espèces, qui ne sont pas des contrats d'assurance-maladie, se focalisent sur la couverture primaire des soins.
2. Mais un petit nombre de régimes d'employeurs auto-assurés sont constitués en « trusts », c'est-à-dire en fondations et les règles fiscales sont conçues de manière à assurer un traitement équivalent.
3. Les HMO sont des organisations de soins de santé intégrés qu'il est difficile de décrire en termes généraux, dans la mesure où elles vont des organisations sponsorisées par les prestataires et fournissant la plupart des services directement à des entités fonctionnellement identiques aux assureurs des régimes de soins gérés à tarifs préférentiels (« preferred provider »). En général, elles sont soumises à une réglementation comparable quoique différente sur certains points de celle des assureurs-maladie, et dans pratiquement tous les États c'est le département des Assurances qui s'en charge. En outre, du fait de leur statut hybride de prestataires-assureurs, elles sont souvent soumises à la réglementation concurrente (ou, dans un petit nombre de cas, exclusive) des ministères de la Santé des États. Pour les régimes exemptés de la réglementation des États, aucune licence fédérale n'est exigée et la réglementation fédérale de fond est extrêmement limitée ; en particulier, il n'y a aucune surveillance de la solvabilité (quoique les régimes Taft-Hartley aient quelques exigences de transparence financière en vertu de la législation fédérale du travail).

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

les détails spécifiques à chaque pays et les exemples d'exceptions à cette tendance. Les principaux sujets de préoccupation sont, notamment, l'absence de normes financières garantissant la bonne santé financière (par exemple, dans le cas des régimes d'employeur autofinancés aux États-Unis), son impact sur la concurrence entre entités ayant des fonctions similaires, les effets délétères que cette activité peut avoir sur les tentatives des pays pour promouvoir la solidarité entre catégories de risques.

Par ailleurs, la dérégulation essentielle d'un pan important du marché des régimes de santé des employeurs aux États-Unis démontre à la fois les possibilités et les limites des efforts pour exempter les entités de couverture de certaines réglementations de l'assurance-maladie. Cette dérégulation s'est produite lorsqu'une loi fédérale a exempté les régimes d'employeur autofinancés des réglementations des États en matière d'assurance-maladie pour les soumettre à des réglementations fédérales très minimales. Précision importante, cette exemption a donné aux organisations une plus grande souplesse pour l'offre de produits similaires dans différentes zones géographiques en leur permettant de se soustraire aux normes locales en matière de prestations d'assurance-maladie privée. Certains gros employeurs ayant un système plus élaboré d'autofinancement sont devenus les chefs de file des efforts privés de promotion de la rentabilité, de la transparence et de la qualité des régimes maladie. Ils profitent également d'économies d'échelle et leurs ratios de pertes médicales (ratios sinistres/primes) sont souvent élevés (de 80 à 90 %) (Hall, 2000, p. 174). En revanche, les opérateurs plus petits qui cherchent à bénéficier de cette exemption mais dont la taille est susceptible de limiter la capacité à supporter le risque de sinistres d'un coût élevé, sont confrontés à un risque plus grand d'insolvabilité et d'incapacité à honorer les demandes de paiement. En outre, les consommateurs ont perdu le bénéfice de certaines protections qui avaient été imposées par les décideurs, et les pools de risques d'assurance-maladie (Hall, 2000, p. 178)<sup>3</sup> sont devenus plus fragmentés. L'exemption a également conduit les employeurs à chercher à contourner les lois des États en réassurant une proportion importante de leurs dépenses de santé, ne conservant dans certains cas qu'une part infime du risque<sup>4</sup>. En conséquence, ces entités ne s'autofinanciaient pas véritablement mais elles ne participaient pas non plus à des pools de risques d'assurance.

En Australie et en Irlande, certains employeurs ont fait des efforts pour s'autofinancer mais ces efforts ont été jugés illégaux (Australie) ou stoppés par le biais d'une clarification de la loi (Irlande)<sup>5</sup>. Désormais, la loi irlandaise précise que toute couverture par un employeur des services d'hospitalisation constitue une assurance-maladie, reconnaissant qu'autrement cette activité de l'employeur pourrait enfreindre les principes et les exigences des lois nationales de l'assurance-maladie privée, notamment en matière de tarification uniforme. Actuellement, l'Australie n'autorise qu'un autofinancement limité par les employeurs, pour la couverture de prestations limitées (« régimes complémentaires »).

Dans certains pays, la collaboration des employeurs avec les assureurs-maladie comporte quelques-uns des avantages de l'autofinancement sans sortir les salariés concernés des pools de risques assurés. Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, par exemple, les primes des polices de groupe d'employeur sont parfois négociées de manière à refléter l'expérience des années précédentes, ce qui signifie qu'un employeur supporte un type de risque qui correspond à ses antécédents en termes de risque et que ses taux de prime peuvent refléter les sinistres en matière de santé de l'employeur en question plutôt que ceux de tous les employeurs assurés auprès d'un assureur donné, ce qui serait le cas dans un régime autofinancé. Un mécanisme analogue peut exister lorsque les assureurs offrent

différents produits aux employeurs et calculent les primes sur la base des antécédents de ces employeurs pour les différents produits. Aux États-Unis, les assureurs offrent souvent des produits sur mesure de ce type. En Australie, les assureurs-maladie offrent également des produits sur mesure présentant un intérêt particulier pour des groupes donnés, notamment pour les employeurs mais ces produits doivent être proposés à tous les membres de la collectivité au même taux de prime.

#### **2.4. Entités exerçant des fonctions administratives liées à l'assurance-maladie privée**

Dans au moins six pays de l'OCDE, il existe des entités qui ne supportent aucun risque financier mais exercent certaines fonctions administratives liées à l'assurance-maladie privée (tableau 3.4). En Australie, par exemple, des agences de facturation cherchent à coordonner la facturation entre prestataires et payeurs et à promouvoir une facturation uniforme ; ces agences sont souvent intégrées à un hôpital. Aux États-Unis, des tiers administrateurs exercent bien souvent des fonctions administratives pour les régimes d'employeur autofinancés ; des assureurs sous licence peuvent également exercer cette fonction. Aux États-Unis, la plupart des États ont, pour ces entités, un processus distinct d'octroi de licences qui, en général, n'est pas trop important ; d'autres pays font état d'exigences régissant certaines activités de ces entités, telles que celles relatives au maintien des fonds détenus en fiducie, d'exigences de confidentialité ou de lois relatives aux intermédiaires. Mais, de façon générale, les pays de l'OCDE ne signalent pas des exigences importantes pour ces entités. Néanmoins, il peut être nécessaire de suivre ces activités pour déterminer si elles développent des caractéristiques d'assurances et donc si elles doivent être soumises à des réglementations prudentielles et autres normes pertinentes en matière d'assurance-maladie.

#### **2.5. Polices dont les prestations ne sont pas liées au coût de services particuliers**

Plusieurs pays de l'OCDE, y compris des pays qui par ailleurs ont un marché très minimum en matière d'assurance-maladie privée, ont des marchés pour des politiques de prestations en espèces (voir chapitre 2). Ces polices, parfois appelées polices de prestations d'hospitalisation, sont souvent structurées pour verser une somme d'argent fixe dès la survenance d'un certain événement tel qu'une hospitalisation. Il existe également des polices d'assurance contre des maladies spécifiques dont les prestations peuvent être déclenchées, ou commencer à être déclenchées, dès que le diagnostic d'une certaine maladie est posé. Ces polices peuvent également faire pour l'essentiel double emploi avec d'autres polices si la personne possède déjà une couverture d'assurance-maladie privée pour le risque soins de santé dont la survenance déclenche le paiement de prestations en espèces. Leurs prestations ne sont pas liées au coût effectif des services de santé se rapportant à une maladie particulière mais constituent bien souvent un concours financier complémentaire pour aider les personnes à assumer certains des coûts pouvant accompagner un problème de santé. L'un des avantages de ces polices est, bien souvent, un montant de primes très faible. Toutefois, les coûts administratifs de ces polices ont été de tout temps élevés ; en réaction, les autorités de réglementation de nombreux États des États-Unis, entre autres celles de l'État de New York<sup>6</sup>, ont spécifié des taux de perte minimums pour ce type de couverture.

Certains pays ont limité ou interdit cette activité pour les assureurs-maladie. En Australie, les assureurs-maladie ont interdiction de proposer ce type de couverture, bien que d'autres assureurs puissent le faire. La vente de ces polices à des populations vulnérables, telles que les personnes âgées admises à bénéficier du régime Medicare aux États-Unis, peut

Tableau 3.4. Entités impliquées dans une couverture financée sur fonds publics

| Entités titulaires de licences en vertu des lois sur l'assurance-maladie privée fournissant une couverture financée sur fonds publics |  | Entités (principalement impliquées dans le financement d'une couverture financée sur fonds publics) offrant une couverture au-delà du champ d'une couverture financée sur fonds publics  |
|---|--|--|
| Australie   | Les caisses d'assurance-maladie privée peuvent fournir une couverture pour la différence entre les honoraires MBS (couverture publique) et le montant facturé par un praticien au titre d'actes effectués dans le cadre d'un traitement hospitalier.   | Aucune   |
| Autriche  | Aucune   | Aucune   |
| Canada  | Aucune   | Aucune   |
| Allemagne   | Aucune   | Aucune   |
| Irlande   | Les assureurs fournissent une couverture pour les traitements privés pouvant être reçus dans le cadre du système hospitalier public.   | Aucune <sup>1</sup>  |
| Mexique   | Aucune   | Aucune   |
| Pays-Bas  | Oui  | Oui  |
| Pologne   | Aucune   | n.d.   |
| Portugal  | Aucune   | n.d.   |
| République slovaque   | Aucune   | n.d.   |
| Espagne   | À l'intérieur du financement public, la plupart des fonctionnaires relèvent d'un régime spécial au sein du système de sécurité sociale géré par leurs mutuelles (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), appartenant à différents ministères (Administration publique, Justice et Défense). Le système de gestion de ces mutuelles permet à leurs bénéficiaires de choisir, en début de chaque année, de recevoir des services de soins à travers un organisme de soins privé ou à travers le système national de santé (choix entre offre publique et offre privée). Pour le reste de la population couverte, l'offre est assurée par le système national de santé qui, dans certains cas, suivant ses propres critères, passe contrat avec des centres privés. Ici, le bénéficiaire n'a pas le choix entre offre publique et offre privée. | En termes d'activité à l'intérieur de la catégorie des soins de santé, ces mêmes entités d'assurance ne se bornent pas à offrir ce type d'activité mais peuvent également étendre leur activité à la souscription de polices d'assurance privée dans la catégorie santé différentes du type précédent. |
| Suisse  | Oui  | Oui  |
| Royaume-Uni   | Aucune   | n.d.   |
| États-Unis  | Le programme Medicare (personnes âgées) et, dans bon nombre d'États, le programme Medicaid (démunis) comportent tous deux des options en vertu desquelles les prestations peuvent être fournies par des assureurs privés. Toutefois, la participation des assureurs au programme Medicare a considérablement diminué ces dernières années. De façon générale, le programme gouvernemental en question (par exemple, le programme fédéral en faveur des salariés ou le programme Medicaid et les programmes d'assistance médicale en faveur des pauvres, qui sont administrés par les États) aura entraîné une certaine surveillance.   | Non  |

n.d. non disponible.

1. Toutefois, les autorités sanitaires responsables de l'offre de services publics de santé fournissent également des services hospitaliers privés et les assureurs ont recours à ces services et à ceux fournis séparément par les hôpitaux privés.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

être particulièrement problématique car elle peut conduire des personnes peu familiarisées avec les offres des marchés de l'assurance-maladie privée à souscrire des polices inutiles ou faisant double emploi (US General Accounting Office, 1994). En Irlande, ces régimes ne sont pas soumis aux mêmes exigences statutaires (d'admission ouverte à tous, de tarification uniforme) que les régimes d'indemnités. Toutefois, le gouvernement irlandais surveille ce marché, étant donné en particulier que ces régimes peuvent refléter les prestations des régimes d'indemnités et risquent de menacer ce marché (Ireland Department of Health and Children, 1999). Dans la mesure où ce marché reflète le marché indemnitaire mais où il est soumis à des exigences moins strictes, il pourrait nuire à la mise en commun des risques sur ce marché. De même, les personnes ayant ce type de couverture et souhaitant passer à une couverture à caractère indemnitaire pourraient être confrontées à des délais d'attente (alors que si elles avaient eu auparavant une couverture à caractère indemnitaire il en aurait été tenu compte pour l'imposition de ces délais d'attente) (*op. cit.*).

### 3. Réglementation relative à l'accès à une couverture d'assurance-maladie privée et services couverts

#### 3.1. Normes assurant un large accès à une couverture d'assurance-maladie privée

En plus de déterminer le champ d'application et les conditions requises pour bénéficier du programme public, les gouvernements peuvent influencer l'éventail des risques maladie assumés par les marchés de l'assurance-maladie privée par le biais de normes concernant l'acceptation des candidats et la couverture de certains risques ou de certaines conditions. Le rôle joué par l'assurance-maladie privée influe sur le cours de ces discussions car les conséquences sociales d'une couverture privée sont différentes selon les configurations public/privé de l'assurance-maladie. Comme indiqué au chapitre 2, l'un des principaux objectifs de l'assurance est de regrouper les risques à travers différentes cohortes de risques. Par conséquent, la couverture offerte par l'assurance-maladie privée est plus en accord avec ce principe sous-jacent de l'assurance si elle regroupe les risques d'une vaste population ayant des risques maladie divers. Cela est particulièrement important lorsque l'assurance-maladie privée est considérée être l'un des principaux piliers d'un système de santé car les exigences de ce type visent à garantir un large accès à une telle couverture. De plus, ces exigences reflètent également les points de vue des décideurs sur l'éventail des risques maladie que doit couvrir l'assurance-maladie privée et/ou sur les conditions dans lesquelles il faut lui demander de couvrir un large éventail de risques maladie. Le risque d'antisélection (ou sélection négative) sur les marchés de l'assurance volontaire est une préoccupation légitime qu'il convient de pondérer lors de l'élaboration de ces normes d'accès. Enfin, les différences culturelles et les priorités des décideurs influencent les actions des pouvoirs publics.

L'une des principales sources de disparité entre les différentes approches réglementaires de l'assurance-maladie privée est le fait que les assureurs-maladie privés soient ou non autorisés à prendre en compte l'état de santé (ou des variables indirectes) dans leurs décisions d'acceptation et dans d'autres décisions comme le calcul des primes. Lorsque la prise en compte de l'état de santé dans l'établissement des primes est autorisée, on parle habituellement de primes établies selon le risque ; la tarification uniforme fait habituellement référence à l'interdiction de prise en compte de ces facteurs ou à la limitation de leur utilisation dans le calcul des primes (par exemple, lorsque la prise en compte de l'âge n'est pas permise ou l'est dans certaines limites). Alors que certains pays ne limitent pas ces activités, d'autres restreignent, voire interdisent formellement

l'utilisation par les assureurs d'informations liées à l'état de santé. La prise en compte de facteurs liés à l'état de santé dans les décisions d'acceptation des candidats et de fixation des prix alimente un vaste débat dans ce domaine : s'agit-il, comme dans certains pays, d'une activité appropriée pour les acteurs de l'assurance-maladie privée ou simplement d'un mécanisme (parfois appelé « écrémage ») permettant de s'assurer un avantage concurrentiel par une sélection de risques inappropriés. Cette question est intimement liée aux discussions portant sur le point de savoir si certaines pratiques courantes dans le domaine de l'assurance doivent être applicables à l'assurance-maladie privée.

### ***Exigences liées à l'émission de l'assurance-maladie privée***

En matière d'accès, une approche courante traite de la capacité des assureurs à accepter ou refuser les candidats à une couverture maladie privée. Les exigences d'admission garantie (également appelée parfois admission ouverte à tous) imposent généralement aux assureurs d'accepter tous les candidats à une couverture. Ces normes peuvent s'appliquer pendant une période restreinte (période d'admission ouverte à tous) ou s'appliquer tout le temps ; elles peuvent également être ciblées sur l'accès à un nombre ou à des types limité(s) ou illimité(s) de paquets de couvertures d'assurance-maladie privée. Dans certains pays, comme aux États-Unis et au Royaume-Uni, les assureurs sont autorisés à appliquer un délai d'attente unique avant d'accorder la couverture, même lorsqu'ils sont tenus par ailleurs d'accorder la couverture (comme cela est le cas aux États-Unis sur le marché des petits employeurs). Détail important, précisé dans d'autres sous-sections de ce document, la mise en œuvre de ces exigences est souvent assortie de protections connexes, technique qui peut améliorer l'efficacité et la viabilité des normes individuelles.

Sept pays de l'OCDE (Australie, Allemagne, Espagne, États-Unis, Irlande, Pays-Bas et Suisse) appliquent des exigences d'admission garantie à tout ou partie de leur marché de l'assurance-maladie privée<sup>7</sup>. Dans la plupart de ces pays, l'assurance-maladie privée joue un rôle primaire en termes de financement de la santé ou de population couverte, bien que dans certains (Allemagne et Espagne), elle ne joue un rôle primordial que pour une partie de la population. En outre, dans tous ces pays, l'assurance-maladie privée joue un rôle duplicatif ou primordial, ou les deux à la fois. Si d'autres pays (Espagne et Royaume-Uni, par exemple) dans lesquels il existe une double couverture n'appliquent pas ces exigences, en revanche il n'est pas de pays dans lequel l'assurance-maladie privée joue un rôle primaire qui n'applique pas ces exigences au moins à une partie de son marché de l'assurance-maladie privée. Cela semblerait indiquer que l'intervention des pouvoirs publics est déclenchée par l'étendue du rôle primordial joué par l'assurance-maladie privée dans un système de santé, en tant que source unique de couverture ou que source de couverture de services importants également couverts par une assurance publique, comme les services d'hospitalisation sur les marchés irlandais et australien de l'assurance-maladie privée.

Toutefois, ces exigences ne sont applicables de la même manière, à tout moment et à la plupart voire à tous les principaux produits de l'assurance-maladie, que dans le cas de l'Irlande et de l'Australie, des États-Unis pour la couverture de groupe des petits employeurs et de la Suisse pour la couverture privée obligatoire. Aux États-Unis, certains États comme celui de New York, imposent également cette exigence aux assureurs offrant une couverture individuelle. Dans les autres États, les exigences d'admission garantie sont adaptées à certains produits ou à des sous-marchés plus limités comme celui des fonctionnaires, ou ne s'appliquent que pendant un laps de temps limité, comme indiqué au tableau 3.5. En Australie, aux États-Unis et en Irlande, les exigences d'accès sont



Tableau 3.5. **Exigences d'admission garantie ou d'admission ouverte à tous**

| Exigences que les assureurs de l'AMP fournissent tous ou certains produits à tous les candidats à l'assurance (à tout moment ou pendant des périodes limitées) |   |
|--|---|
| Australie  | Oui, s'applique à tous les « assureurs maladie privés » (« caisses d'assurance-maladie privée »). Les prestations en espèces ne sont pas classées dans l'assurance-maladie.   |
| Autriche   | Non   |
| Canada   | Non   |
| Allemagne  | Oui, l'accès à une police à tarif standard doit être accordé aux personnes ayant eu une couverture substitutive pendant au minimum 10 ans et âgées de 65 ans ou aux personnes âgées de 55 ans mais ayant un revenu inférieur au niveau spécifié ou satisfaisant à quelques autres critères ciblés. Il doit être également accordé aux fonctionnaires ayant bénéficié d'une couverture publique antérieure qui adoptent ce type de police dans les six mois de leur accession au statut de fonctionnaires, s'ils risquent d'avoir un supplément à payer dans le cadre d'autres polices du fait de leur état de santé. Exigence indirecte pour certains produits : un paquet de normes substitutives (tarif standard) doit être offert pour que s'applique l'exigence d'une cotisation patronale (50 %). L'exigence relative à l'acceptation de personnes changeant d'assureur ne s'applique qu'un cas de changement pour une police leur offrant une couverture identique. |
| Irlande  | Oui   |
| Mexique  | Non   |
| Pays-Bas   | Oui, certains produits (paquet standard pour les personnes âgées et les personnes à haut risque).   |
| Pologne  | Non   |
| Portugal   | Non   |
| République slovaque  | Non   |
| Espagne  | Oui, uniquement pour les assureurs participant au programme en faveur des fonctionnaires qui choisissent de sortir d'une couverture publique.   |
| Suisse   | Oui pour une couverture de base privée obligatoire ; non pour une couverture volontaire.  |
| Turquie  | Non   |
| Royaume-Uni  | Non   |
| États-Unis   | Oui, certains produits/certains marchés.<br>Tous les produits proposés par le biais des petits employeurs (2 à 50 salariés, travailleurs indépendants dans certains États). Assurance complémentaire Medicare – Certains produits dans un laps de temps spécifié (certains États exigent une plus grande disponibilité).<br>Régimes de type Blue-Cross Blue Shield dans certains États.   |

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

également étendues à certaines couvertures complémentaires ou supplémentaires. Cela indique que les décideurs de certains pays ont établi que, même lorsque l'assurance-maladie privée joue un rôle plus limité, les marchés de l'assurance-maladie privée peuvent bénéficier d'interventions similaires. En revanche, ce n'est pas le cas pour la couverture complémentaire en Allemagne et aux Pays-Bas, ou pour la couverture duplicative en Espagne ; dans ce cas, les exigences se limitent aux produits de l'assurance-maladie privée offrant une couverture primaire. Cependant, ces tendances peuvent également résulter des restrictions imposées par la législation communautaire (discutées à la section 3.9.2 ci-dessous) et de la configuration des exceptions admises au lieu de résulter principalement du point de vue explicite des décideurs selon lequel seuls ceux qui souscrivent ces types d'assurance-maladie privée pourraient bénéficier de ces interventions.

### **Exigences d'accès plus restreint**

Dans un marché de l'assurance-maladie privée volontaire, il est légitime de craindre que des exigences d'accès large puissent conduire certains individus à attendre d'en avoir besoin pour souscrire une assurance, ce qui peut entraîner une antisélection et réduire les incitations à souscrire une assurance-maladie privée pour les personnes moins à risque en termes de santé. Mais, en même temps, les décideurs mettent souvent en balance cette préoccupation et le désir d'encourager l'accès à une couverture, qui peut être particulièrement difficile pour les individus à haut risque en l'absence d'une intervention

des pouvoirs publics<sup>8</sup>. Ils peuvent également se demander si certains marchés pourraient bénéficier au maximum de ces exigences tandis que celles-ci pourraient ne pas être appropriées pour d'autres, soit parce qu'ils ne sont pas confrontés à des problèmes analogues soit parce que leur cadre réglementaire cherche à encourager l'accès à une couverture *via* différents moyens.

Comme indiqué au tableau 3.5, certains pays (ou, comme aux États-Unis, certaines régions d'un même pays) concilient ces préoccupations contradictoires en assurant un accès plus limité. En Allemagne et aux Pays-Bas, par exemple, mais aussi dans certains États des États-Unis (comme le Massachusetts, l'Ohio et l'Iowa), l'accès à un nombre limité de produits d'assurances voire à un seul produit est garanti par la loi à certaines populations dans des circonstances particulières<sup>9</sup>, mais les assureurs ne sont pas tenus d'offrir tous leurs produits à tous les candidats à l'assurance. Sur le marché allemand de substitution de l'assurance-maladie privée, les assureurs-maladie allemands doivent proposer des contrats types (comparables à la couverture standard offerte dans le domaine de l'assurance sociale) pour un montant de primes fixé, aux personnes de 55 ans et plus dont le revenu est inférieur à un certain niveau et aux personnes de 65 ans et plus (dans la mesure où ces personnes ont au moins dix ans d'assurance primaire antérieure). Des contrats types doivent également être proposés aux fonctionnaires et aux handicapés (pour une période de six mois dans le cas des fonctionnaires). En outre, les assureurs désireux de bénéficier de l'exigence légale selon laquelle les employeurs doivent rembourser 50 % du coût de la couverture (sociale et privée) doivent proposer un produit standard conforme aux exigences tarifaires types.

En Espagne, les exigences d'un accès large se limitent aux mutuelles offrant une couverture aux fonctionnaires qui choisissent de sortir du système, mais ces mutuelles doivent également faire en sorte que tous leurs produits soient disponibles à l'ensemble de la population pertinente. Aux États-Unis, le marché des gros employeurs n'est pas soumis à de telles exigences, contrairement à ce qui se passe sur le marché des petits employeurs et les approches en matière d'accès au marché individuel ont varié considérablement. Cela est probablement dû au fait que le marché des gros employeurs a connu moins de difficultés en termes d'accès à une couverture d'assurance et que bon nombre de gros employeurs autofinancent leur couverture et donc s'en remettent moins aux produits d'assurance. Dans le même temps, dans le cas de son marché individuel, on continue de débattre de la meilleure façon de concilier le souci d'accès et le souci d'abordabilité sur ce petit secteur de marché volontaire qui ne cesse de se rétrécir. Aux États-Unis, la loi fédérale impose de proposer tous les régimes (qui doivent être normalisés) du programme « Medigap » de couverture complémentaire des personnes bénéficiant du programme Medicare à tous les candidats pendant les six mois suivant leur admissibilité au programme Medicare<sup>10</sup>.

### ***Problèmes et succès liés à ces exigences d'émission***

Les principaux débats en cours et les principaux problèmes relatifs aux exigences d'admission sur les marchés de l'assurance-maladie privée de certains pays de l'OCDE concernent les polices vendues sur les marchés individuels. En règle générale, aux États-Unis, la mise en œuvre de réformes a été moins controversée sur le marché des polices de groupe d'employeur que sur le marché individuel et la plupart des réformes des marchés de groupe se sont focalisées sur le marché plus vulnérable des petits groupes. Les réformes du marché de groupe des petits employeurs qui, bien souvent, ont également englobé des

**Encadré 3.1. Exemples d'approches de l'accès à une couverture maladie privée****Périodes d'admission ouverte à tous :**

- États-Unis : Couverture complémentaire du programme Medicare (« Medigap ») : admission garantie pendant six mois à compter de l'admissibilité au programme Medicare (polices complémentaires standards).
- Marché individuel de l'Ohio : période annuelle d'admission ouverte à tous (primaire ; deux polices standards).

**Admission garantie à tout moment pour des produits limités :**

- Pays-Bas, primaire/principal.
- Allemagne, primaire/de substitution (suppose l'offre de produits standards à certaines populations pour un montant de primes plafonné).
- Espagne, primaire/de substitution.

**Exigence d'admission large garantie (pour tous les produits/à tout moment) :**

- Australie et Irlande (Couverture duplicative et couverture complémentaire)
- Marché des petits employeurs aux États-Unis.
- Quelques marchés individuels ? des particuliers aux États-Unis.

**Programme distinct en dehors du marché de l'AMP :**

- Mise en commun des risques dans 29 États des États-Unis.

réformes de la tarification et une limitation des exclusions pour conditions préexistantes, n'ont pas entraîné un afflux important de souscripteurs à haut risque, comme d'aucuns le craignaient (Hall et Lawlor, 2001, pp. 638-655). En outre, des réformes concernant la fixation des primes ont accompagné plusieurs de ces réformes (pour s'attaquer à l'impact du prix sur l'accès) et alimenté une controverse plus importante que les exigences d'admission elles-mêmes, comme nous l'évoquons un peu plus loin. Cela est peut-être dû au fait que les assureurs pourraient tenir compte du risque dans la fixation des primes (Hall, 1999a) si les exigences d'admission ne sont pas suivies de réformes de la tarification. Les réformes opérées aux États-Unis sur le marché des petits groupes, qui ont concerné l'admission garantie, les limitations et restrictions imposées à l'exclusion pour conditions préexistantes et les restrictions pour prise en compte de l'état de santé dans les réformes de la tarification (avec différents degrés de rigueur), semblent avoir stoppé l'érosion des niveaux de couverture et du champ d'application des prestations sur ce marché (Hall, 1999b). Les évaluations de l'impact de ces réglementations sur les niveaux de couverture diffèrent, certains ne notant aucune amélioration de la couverture et d'autres des améliorations modestes, voire un certain déclin. Toutefois, ces réformes du marché des petits groupes n'ont pas accru de façon spectaculaire les niveaux de couverture (aux États-Unis) (Hing et Jensen, 1999, pp. 692-705)<sup>11</sup>.

D'autre part, les limites se fondant sur la prise en compte des facteurs de santé dans les décisions d'admission des assureurs ont été quelque peu controversées sur le marché individuel américain. Plusieurs études indiquent une certaine diminution du nombre des assurances vie après la mise en œuvre des réformes de l'admission associée à une tarification uniforme pure (Hall, 1999c ; State Planning Grant Consultant Team, 2002, p. 11). Toutefois, comme nous l'exposons un peu plus loin dans les réformes de la tarification, les

causes de ces déclin font débat, en particulier lorsqu'on compare les résultats à l'évolution du nombre des admissions sur ces marchés en l'absence de ces réformes. Cela donne à penser que d'autres facteurs ont probablement contribué au déclin des niveaux de couverture. En outre, certains facteurs de mise en œuvre ont un impact sur les résultats des réformes à court et long terme. L'État du Kentucky, par exemple, a exempté de ses réformes la couverture des associations, induisant ainsi une évolution de son marché individuel vers ce type de couverture et conduisant les assureurs à sortir du marché à tarification uniforme (Kentucky Department of Insurance, 1997).

Par ailleurs, si des exigences d'admission sont mises en place en l'absence d'exigences liées à la tarification, elles seront probablement moins efficaces pour promouvoir l'accès à une couverture car les assureurs pourront faire varier les tarifs en fonction de l'état de santé des candidats à une couverture. Dans un cas où les normes d'admission n'ont pas été accompagnées d'exigences en matière de tarification, une règle fédérale imposant d'accorder l'accès à certaines personnes passant d'une couverture individuelle à une couverture de groupe, l'accès a parfois été sérieusement limité par le fait que les assureurs ont facturé des primes beaucoup plus élevées aux personnes à haut risque (140-600 % du tarif standard) (US General Accounting Office, 1998, p. 9).

Lorsqu'on mesure l'impact des différentes lois de réformes, les résultats souhaités en termes de politique ajoutent à la complexité. Faut-il donner la priorité à un accroissement des niveaux globaux de couverture, ou concentrer ses efforts sur une amélioration de la disponibilité et de l'abordabilité pour les personnes à haut risque, même si ces changements conduisent les personnes plus jeunes et en meilleure santé à résilier leur assurance ? Une étude a montré que dans l'État de New York les réformes des marchés individuels ont abouti à des augmentations de primes mais aussi à une large disponibilité pour les personnes à haut risque, transformant le marché en une sorte de pool de risques élevés. Ces réformes ont abouti à une couverture moindre des personnes plus jeunes et en meilleure santé. Néanmoins, le marché s'est stabilisé et n'a pas été confronté à l'antisélection de la « spirale fatale » comme cela a été le cas dans d'autres États des États-Unis (Hall, 1998a). En conséquence, la détermination du succès de ces réformes dépend en partie du fait que l'on examine le nombre global de personnes couvertes, ou la présence parmi les personnes couvertes de personnes à haut risque (Pauly et Nichols, 2002, pp. 325-344).

En Australie et en Irlande, les normes d'accès garanties sont bien acceptées et remontent à leur inclusion dans la législation d'origine sur l'assurance-maladie privée. En Australie, les débats récents ont été axés sur la structure des exigences en matière de tarification. En Irlande, la législation récente (2001) a donné au gouvernement le pouvoir de modifier la structure de tarification et de permettre une certaine modulation fondée sur l'âge, bien qu'à ce jour celle-ci n'ait pas été mise en œuvre. Il est intéressant de noter que la couverture individuelle est un élément important (Irlande) ou prépondérant (Australie) de leurs marchés de l'assurance-maladie privée et que, par conséquent, les pools de risques de l'assurance-maladie privée peuvent être moins fragmentés que ceux d'autres pays dans lesquels les marchés individuels sont plus limités, ce qui est le cas dans de nombreux États des États-Unis. La présence de marchés individuels importants peut également militer en faveur d'un rôle plus critique encore des exigences d'admission dans certains pays car un nombre moindre de personnes bénéficie de la mise en commun plus large des risques qui souvent accompagne les marchés des polices de groupe.

Des réformes plus limitées, telles que l'exigence que les assureurs proposent à tout le moins un paquet standard aux personnes à haut risque ou aux personnes âgées, semblent avoir un effet moins préjudiciable sur la mise à disposition d'une couverture moins chère aux personnes à risque moindre mais ne donnent pas un choix d'options de couverture aux personnes à risque plus important. Dans bon nombre de cas, ces polices imposent aux assurés le paiement d'une prime supérieure à celle que payent leurs homologues à niveau de risque moindre<sup>12</sup>. Selon que les niveaux de primes bénéficient ou non de subventions croisées, de telles exigences peuvent également fragmenter la mise en commun des risques sur le marché de l'assurance-maladie privée. Néanmoins, les expériences des différents pays sont très contrastées. Aux Pays-Bas, les exigences d'accès limité en vertu desquelles tous les assureurs doivent offrir des régimes standards à certains individus à haut risque (régimes WTZ), ont eu pour résultat un accès important des personnes à haut risque (680 000, soit environ 14 % de la population ayant une assurance privée). L'abordabilité de cette couverture et l'équité du financement à l'intérieur du marché sont facilitées par l'exigence d'un subventionnement croisé par les autres titulaires d'une assurance privée. Toutefois, sur le marché néerlandais de la couverture complémentaire, il est difficile pour certaines personnes désireuses de changer d'assureurs sociaux de souscrire, pour un prix comparable, des paquets d'assurances complémentaires (souvent proposés conjointement à une assurance sociale). Cela peut être dû à un changement de leur situation au regard du risque depuis l'acquisition initiale de la couverture. Certains de ces problèmes peuvent provenir, du moins pour partie, de l'absence d'exigences comparables d'admission sur ce marché de la couverture complémentaire.

En Allemagne, les personnes achetant le paquet à tarif standard sont beaucoup moins nombreuses (3 000 en 2000, soit 0.04 % des personnes ayant une assurance-maladie privée comme couverture primaire) (Gress *et al.*, 2002). Mais ce nombre moindre reflète la structure d'admissibilité à une couverture par un programme public et les limitations imposées à la possibilité de réintégrer un programme public une fois que les personnes ont choisi d'être couvertes par une assurance-maladie privée. En outre, en Allemagne, tous les secteurs de la population sont admis à bénéficier d'une assurance sociale, ce qui n'est pas le cas aux Pays-Bas. Certes, en Allemagne, les personnes à haut revenu peuvent opter pour une assurance-maladie privée mais il ne s'agit pas de leur unique source potentielle de couverture maladie ; les fonctionnaires, qui ne sont pas admis à bénéficier d'une assurance sociale sauf à avoir eu antérieurement ce type de couverture et à réunir certaines conditions, sont bien souvent couverts eux aussi par une assurance-maladie privée (voir Gress *et al.*, 2002, p. 8)<sup>13</sup>.

### ***Exigences d'accès relatives à l'interaction avec la couverture par un programme public***

Un petit nombre de pays de l'OCDE restreignent l'accès à une couverture publique en se fondant sur la situation des personnes au regard de l'assurance privée (tableau 3.6). Ces limites visent généralement à éviter que les programmes publics ne fassent l'objet d'une sélection négative des risques de la part des régimes d'assurance privés ou à éviter une réduction des niveaux existants de couverture privée. En Allemagne, la répartition public/privé est particulièrement sensible au risque de supporter un plus grand nombre de cas à risque que l'assurance-maladie privée car elle donne aux personnes à haut revenu la possibilité de choisir de ne pas bénéficier d'une couverture publique. Les personnes jeunes et en bonne santé satisfaisant au critère de seuil de revenu (en particulier, si elles n'ont aucune personne à charge) peuvent juger financièrement avantageux (du moins à court terme) de souscrire une assurance-maladie privée et, de fait, ce groupe choisit plus largement de ne pas bénéficier

Tableau 3.6. **Limitation du champ d'application ou de la disponibilité de l'assurance-maladie privée liée à une couverture par un programme public**

|                     | Les exigences relatives à l'accès à une couverture privée dépendent du fait qu'une personne dispose déjà d'une couverture financée sur fonds publics  | Limitation du champ d'application autorisé de l'AMP (services ou prestataires couverts) liée à la couverture du programme public  | Normes de transférabilité entre couverture publique et couverture privée  | Limitation de la capacité d'une personne de participer à une couverture publique ou privée (selon qu'elle dispose déjà d'une couverture émanant de l'une ou l'autre source ou qu'elle n'en dispose pas  |
|---------------------|---|---|---|---|
| Australie           | Non (la double couverture est autorisée et constitue un marché important).  | Oui   | Non   | Non   |
| Autriche            | Non   | Non   | Non   | Non   |
| Canada              | Non   | Oui. L'interdiction d'une couverture privée des services hospitaliers et des services médicaux est illégale dans six des dix provinces (Flood et Archibald, 2001, pp. 825-830). | Non   |   |
| Allemagne           | Oui. Seules les personnes disposant d'un revenu supérieur au seuil spécifié ci-dessus peuvent choisir de sortir de l'assurance sociale.   | Non   | Si une personne résilie son contrat d'assurance-maladie privée pour réintégrer le système public (en prenant un emploi rémunéré lui assurant un revenu inférieur à la limite) et si cette réintégration échoue (parce que la personne perd son emploi), l'assureur privé doit accepter de réintégrer la personne dans son ancien contrat, dans un délai de 12 mois à compter de la résiliation. | Oui. Lorsqu'une personne a choisi de sortir d'une couverture sociale, elle dispose d'une possibilité limitée de réintégration si son revenu tombe en-dessous du plafond. Passé 55 ans, les personnes ne peuvent réintégrer le système public même si leur revenu tombe en-dessous du plafond de cotisation ou en cas de chômage, <i>excepté</i> si les personnes ont été membres du système public pendant les cinq années précédentes, et leur temps d'affiliation obligatoire est d'au minimum 2.5 ans. |
| Irlande             | Non (la double couverture est autorisée et constitue un marché important).  | Non   | Non   | Non   |
| Mexique             | Aucune  | Non   | Non   | Non   |
| Pays-Bas            | Non   | Non   | Oui. Les assureurs maladie privés doivent accepter les personnes à haut risque pour le régime WTZ si elles satisfont à des critères spécifiés et ne sont pas admissibles à l'assurance sociale. Les personnes âgées à faible revenu ont une possibilité limitée de choisir d'intégrer un système d'assurance sociale.   | Les personnes sont tenues d'intégrer un système d'assurance sociale si leur revenu est inférieur au seuil ; elles ne sont pas autorisées à le faire si leur revenu est supérieur au seuil.  |
| Pologne             | Non   | Non   | Non   | Non   |
| Portugal            | Non   | Non   | Non   | Non   |
| République slovaque | Non   | Non   | Non   | Non   |
| Espagne             | Double couverture autorisée (les personnes bénéficiant d'un système financé sur fonds publics peuvent également avoir accès à une couverture privée).   | Non   | Non   | Non   |
| Suisse              | Non   | Non   | Non   | Non   |
| Turquie             | Non   | Non   | Non   | Non   |
| Royaume-Uni         | Non   | Non   | Non   | Non   |
| États-Unis          | Oui, selon les règles du programme Medicare, la couverture fournie par l'employeur doit être primaire, la différence étant comblée par le programme Medicare en tant que couverture secondaire. | La législation fédérale interdit une double couverture du programme Medicare.   | Une couverture publique est considérée constituer une « couverture antérieure » aux fins d'éviter de nouvelles exclusions dans la couverture privée.  | Oui. Le programme d'assurance-maladie des États en faveur des enfants ne couvre que les enfants n'ayant aucune couverture d'assurance-maladie.  |

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

d'une couverture publique. Une étude récente a montré que les personnes choisissant de ne pas en bénéficier sont constituées pour moitié de célibataires jeunes à haut revenu ou de couples mariés à deux apporteurs de revenus, et pour moitié de fonctionnaires (Gress et al. citant Mossialos et Thomson, 2001). La concentration de personnes à risque moindre sur le marché allemand de l'assurance-maladie privée primaire peut expliquer en partie les taux d'achat moindres du paquet à tarif standard dans la mesure où les personnes se trouvant sur ce marché sont moins susceptibles d'être confrontées à des refus d'accès ou à des primes plus élevées se fondant sur leur situation au regard du risque. Dans un effort partiel pour protéger son système public d'une migration ultérieure des risques moindres, la loi allemande interdit généralement aux personnes ayant choisi de ne pas bénéficier d'une couverture publique de réintégrer le régime d'assurance sociale. En Allemagne, les primes de la police standard sont liées au taux de cotisation moyen pour la couverture sociale et les déficits encourus peuvent être compensés par un mécanisme de mise en commun entre assureurs privés.

Aux Pays-Bas, les personnes âgées à faible revenu ayant eu une assurance-maladie privée n'ont qu'une possibilité limitée de choisir de bénéficier du régime d'assurance sociale. En Espagne, l'immense majorité des fonctionnaires choisit de ne pas bénéficier du système public ; en conséquence, leurs régimes d'assurance privée ont réussi à attirer un large profil de risques. Toutefois, en Espagne, les personnes couvertes par une assurance-maladie privée ne sont pas dispensées du paiement des impôts qui financent le système public et, par conséquent, elles ne peuvent pas choisir de ne pas financer le système public d'assurance-maladie.

Aux États-Unis, où une majorité de la population dépend de l'assurance-maladie privée pour sa couverture primaire, les décideurs ont structuré les conditions requises pour être admis à bénéficier d'une certaine couverture publique dans un effort pour minimiser le remplacement d'une assurance privée existante par une couverture publique. Ces efforts visent à cibler les ressources publiques sur ceux qui en ont le plus besoin. Pour les travailleurs ayant souscrit une assurance privée et pour leur conjoint, âgés de 65 ans et plus et admissibles par ailleurs à bénéficier d'une couverture publique en vertu du programme Medicare, de nombreux régimes privés d'employeur doivent d'abord couvrir les coûts liés à la santé avant que se déclenchent leurs prestations Medicare. Dans ce type de situation, Medicare est donc le « payeur secondaire » qui couvre les fractions de coûts non couvertes par les régimes privés. Toutefois, un examen de l'expérience de ce mandat a montré un faible respect de ses dispositions. Ce qui souligne la difficulté de faire appliquer de telles exigences dans un système diffus d'assurance-maladie, comme celui des États-Unis (Glied et Stabile, 2001, pp. 239-260). Dans le cas du programme d'État d'assurance-maladie des enfants de familles à faible revenu qui étend la couverture aux enfants des familles dont les revenus sont supérieurs aux limites imposées pour bénéficier du programme public Medicaid, les enfants ne sont pas admis à bénéficier de ce programme s'ils ont une assurance privée<sup>14</sup>.

### 3.2. Exigences de renouvellement

Dans la plupart des pays de l'OCDE, il est d'usage d'émettre les contrats d'assurance-maladie privée sur une base annuelle. Ce qui présente l'avantage de donner aux consommateurs une période de temps connue pendant laquelle ils peuvent compter sur un ensemble de prestations acquises pour un montant de primes convenu. Une première exception à signaler est celle de l'Australie où les contrats sont émis à titre perpétuel ; dans ce cas, le timing des modifications apportées aux polices, aux paquets de prestations sociales et aux primes est moins prévisible que dans le cas de contrats émis pour une durée

définie. (Toutefois, les exigences relatives à l'approbation de ces modifications par le gouvernement garantissent une certaine protection.) La deuxième exception à signaler est celle de l'Allemagne, où une couverture substitutive doit être émise sur une base d'assurance-vie ; les primes sont calculés en fonction de l'âge à l'entrée et des provisions (« provisions pour vieillissement ») sont constituées pour aider à faire face aux dépenses à engager plus tard dans la vie.

Dans un certain nombre de pays, il est d'usage que les assureurs offrent aux titulaires de polices le droit au renouvellement de leur police, en précisant parfois la période pendant laquelle celui-ci devra intervenir. C'est le cas en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. En Espagne, cette pratique est renforcée par la réglementation dans le cas des fonctionnaires. Certains gouvernements imposent aux assureurs de l'assurance-maladie privée de renouveler leur couverture (souvent à quelques exceptions près pour fraude ou défaut de paiement). L'objectif de ces interventions est de faire en sorte que les polices ne soient pas résiliées sur la base de l'expérience en matière de sinistres ou de divers autres facteurs liés à l'état de santé, ce qui pourrait compromettre à la fois l'accès continu à la couverture et la fonction recherchée de l'assurance, qui est la mise en commun des risques. Elles encouragent également les personnes à moindre risque à souscrire une assurance car il est réellement avantageux de prendre une assurance quand on est en bonne santé (Patel et Pauly, 2002, pp. 280-282). À l'instar de ce qui se passe pour les exigences relatives à l'admission, le renouvellement des polices d'assurance-maladie privée (ou de son équivalent effectif, la couverture à vie, dans le cas de l'Allemagne) est généralement exigé dans les pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle important [Irlande, États-Unis, Espagne (rôle duplicatif) et Allemagne (rôle substitutif)]<sup>15</sup> Dans les autres pays, des protections moins rigoureuses du renouvellement sont imposées. A titre d'exemple, dans le cas de certains types de polices complémentaires, l'Allemagne interdit l'annulation de la police dès lors que celle-ci a été en vigueur pendant un délai spécifié<sup>16</sup>. L'Allemagne et les États-Unis, mais aussi d'autres pays, autorisent l'émission de polices de courte durée. Ainsi, de nombreux pays européens, notamment certains pays d'Europe de l'Est, comme la Slovaquie, dans lesquels les marchés de l'assurance-maladie privée sont moins développés, proposent une assurance couvrant les risques liés aux voyages à l'étranger. Par ailleurs, les polices de courte durée peuvent couvrir un éventail plus complet de prestations ; aux États-Unis, par exemple, il est possible de souscrire ce type de couverture pour de courtes périodes entre deux emplois durant lesquels les personnes bénéficient d'une couverture offerte par l'employeur. Dans le cas de ces produits, les décideurs peuvent vouloir être certains que ces polices ne servent pas à contourner les normes de renouvellement imposées à la plupart des polices à prestations exhaustives. Pour plus de détails concernant les exigences de renouvellement dans de nombreux pays de l'OCDE, se reporter au tableau 3.7.

### ***Impact des exigences de renouvellement***

Certains éléments donnent à penser que les exigences de renouvellement, que celui-ci soit volontaire ou imposé, peuvent encourager la mise en commun des risques sur les marchés de l'assurance-maladie privée car la sécurité qu'elles offrent en termes de couverture accrue incite les personnes à risque moindre à souscrire une assurance. Avant même que cela ne soit imposé aux États-Unis, une étude montrait qu'une majorité (80 %) de souscripteurs d'assurances individuelles étaient disposés à payer une prime supplémentaire pour des contrats incorporant cette caractéristique (Patel et Pauly citant Pauly et al., 1999, pp. 28-44).



Tableau 3.7. **Exigences de renouvellement**

|                     | Durée générale des contrats émis   | Exigences des pouvoirs publics concernant la durée des contrats                 | Exigences relatives au renouvellement des contrats   | Exigences réglementaires différentes applicables aux polices de courte durée   | Benchmarking ou contrôle par les pouvoirs publics des activités des assureurs en matière de renouvellement |
|---------------------|--|---|--|--|--|
| Australie           | Perpétuelle  | Aucune  | n.d.   | Aucune   | Aucune   |
| Autriche            | Varie  | Non   | Non  | Non  | Non  |
| Canada              | Annuelle   | Aucune  | Aucune   | Aucune   | Aucune   |
| Allemagne           | Seule l'assurance souscrite pour un voyage à l'étranger est considérée comme étant de courte durée ; l'assurance-maladie substitutive est émise pour une longue durée (« à vie »). | Une assurance-maladie substitutive est émise pour une longue durée (« à vie »). | La résiliation par l'assureur n'est pas autorisée en cas de couverture substitutive émise « à vie ». Pour d'autres types de couverture, la résiliation par l'assureur est interdite après un certain nombre d'années (par exemple, 3 ans pour une assurance privée d'indemnités journalières).           | Des polices de courte durée peuvent être convenues pour une durée contractuelle fixée ; les exigences de financement différent pour ces polices. | Aucune   |
| Irlande             | Annuelle   |   | Oui. L'exigence de « couverture à vie » s'applique aux personnes dès lors qu'elles ont souscrit une assurance.   | n.d.   | n.d.   |
| Mexique             | Annuelle   | Aucune  | Impose aux assureurs de préciser si le renouvellement est obligatoire et, si l'est, d'indiquer la limite d'âge pour le renouvellement. Si l'assureur s'engage à renouveler la police conformément aux termes du contrat, il doit utiliser des critères établis pour éviter une discrimination sélective. | Aucune   | Aucune   |
| Pays-Bas            | Annuelle   | Aucune  | Sauf notification contraire envoyée par l'assuré deux mois avant l'expiration du contrat, les polices comportent généralement une extension automatique d'un an. (Une fois négociées, elles ne peuvent être résiliées sauf pour défaut de paiement.)   | Aucune   | Aucune   |
| Pologne             | Annuelle   | Aucune  | Aucune   | Aucune   | Aucune   |
| Portugal            | Annuelle   | Aucune  | Aucune   | Oui, si l'assurance-maladie utilise les techniques de l'assurance-vie, elle doit constituer une provision pour vieillissement.                   | Aucune   |
| République slovaque | Aucune information disponible.   | Aucune information disponible.  | Aucune information disponible.   | Aucune information disponible.   | Aucune information disponible.   |

Tableau 3.7. **Exigences de renouvellement** (suite)

|             | Durée générale des contrats émis  | Exigences des pouvoirs publics concernant la durée des contrats | Exigences relatives au renouvellement des contrats  | Exigences réglementaires différentes applicables aux polices de courte durée                         | Benchmarking ou contrôle par les pouvoirs publics des activités des assureurs en matière de renouvellement |
|-------------|---|---|---|--|--|
| Espagne     | Annuelle  | Aucune  | Oui, pour la couverture des fonctionnaires, l'assureur doit renouveler la couverture si l'assuré le souhaite.<br>Pour les autres polices, la pratique habituelle est la possibilité de renouveler le contrat, l'assuré et l'assureur ayant la faculté de refuser le renouvellement deux mois avant l'expiration de la période contractuelle. Habituellement, les polices d'assurance-maladie n'autorisent pas l'assureur à résilier le contrat alors que l'assuré est en cours de traitement. | Aucune   | Aucune   |
| Suisse      | Annuelle  | Aucune  | Aucune  | Aucune   | Aucune   |
| Royaume-Uni | Annuelle (contrats individuels)<br>(Les contrats d'entreprises peuvent être passés pour des durées plus longues). | Aucune (Pratique traditionnelle).                               | Non, mais c'est la pratique traditionnelle.<br>(On rapporte qu'un nouveau venu sur le marché impose une limite d'âge pour le renouvellement.)   | Aucune   | Aucune   |
| États-Unis  | Annuelle  | Aucune  | Oui   | Oui, dans certains États, la couverture en vertu de polices de courte durée est limitée à une année. | Aucune   |

n.d. non disponible.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

Lors du renouvellement d'une assurance, les assureurs peuvent avoir des comportements différents ; ils peuvent soumettre toutes les personnes ayant souscrit la même police aux mêmes ajustements de primes ou à des ajustements fondés sur leurs antécédents individuels en termes de santé ou de sinistres. Autrement dit, les pratiques des assureurs en matière de renouvellement incluent-elles un type de protection de la stabilité des primes ? Dans les pays de l'UE, les renouvellements se font sans nouvelle évaluation des risques liés à l'état de santé des individus ou de leurs antécédents en matière de sinistres. Toutefois, les primes peuvent augmenter avec l'âge, comme cela se fait au Royaume-Uni, ou sur la base des antécédents du groupe d'individus ayant souscrit cette police, comme cela se fait aux États-Unis, ou encore du fait de l'inflation générale des dépenses de santé<sup>17</sup>. A deux exceptions près, les législations des États américains en matière d'assurance intègrent généralement ce type de protections du renouvellement liées à la tarification (Patel et Pauly, 2002, p. 284), empêchant ainsi que leur exigence de renouvellement soit annulée par une pratique en matière de tarification. Une étude de la prévalence de ce type d'exigences aux États-Unis a montré qu'il est plus facile de faire appliquer des exigences explicites spécifiant cette protection de la tarification (*op. cit.*, pp. 286-287).

Pour les autres pays de l'OCDE, on dispose de moins d'éléments sur l'expérience en matière de renouvellement et de dispositions relatives au renouvellement. Le fait d'inclure ce type de dispositions dans plusieurs cadres réglementaires semblerait indiquer que les décideurs jugent parfois que le renouvellement garanti des polices d'assurance-maladie privée constitue une protection nécessaire et souhaitable.

### **3.3. Normes visant à protéger les assureurs contre l'antisélection tout en encourageant l'accès à une couverture par une assurance-maladie privée**

Les marchés de l'assurance-maladie privée volontaire (et donc la plupart des marchés de l'assurance-maladie privée) peuvent être particulièrement sensibles à l'antisélection. On peut citer, par exemple, le risque de voir certaines personnes souscrire une assurance-maladie privée lorsqu'elles anticipent un besoin particulier de services de santé ou lorsqu'elles tombent malades puis la résilient dès lors qu'elles en ont moins besoin. Ce type de comportement pourrait saper la capacité des assureurs d'avoir véritablement une fonction étendue de mise en commun des risques.

Le risque d'antisélection peut être accru si les assureurs sont soumis à des exigences d'accès généralisé, telles que les exigences d'admission décrites ci-avant. Pour tenter de réduire ce risque, les assureurs ont souvent recours à plusieurs outils qui sont notamment des délais de carence généraux, des exclusions de prestations ou des exclusions de couverture pour troubles médicaux préexistants. Les exclusions pour conditions préexistantes visent à se prémunir contre les achats au moment de l'existence d'un besoin en limitant la couverture de services pour une condition particulière qui existait à la date de la souscription. Mais ces outils peuvent avoir des implications indésirables en termes d'accès, en limitant indûment la capacité des personnes à s'assurer pour des services dont elles ont besoin. En conséquence, certains pays imposent des restrictions explicites à leur utilisation.

Au moins huit pays de l'OCDE<sup>18</sup> (Allemagne, Australie, Espagne, États-Unis, Irlande, Mexique, Pays-Bas et Suisse) ont fixé des limites à la faculté pour les assureurs d'imposer des exclusions de couverture de conditions préexistantes, des exclusions concernant des populations spécifiques (les nouveaux-nés) ou des exclusions plus générales pour au moins plusieurs types de couvertures ou plusieurs prestations (l'Allemagne, par exemple, limite dans le temps les exclusions relatives à des services spécifiés). Dans plusieurs de ces cas, les

décideurs cherchent également à éviter tout impact négatif que ces exclusions peuvent avoir sur la mobilité des consommateurs entre assureurs en n'autorisant pas la réimposition de certaines exclusions si les personnes maintiennent une couverture continue. En outre, certains de ces pays, mais pas tous, permettent aux assureurs d'imposer des exclusions ciblées si une personne opte pour une couverture plus généreuse. En moyenne, ces dispositions limitent les exclusions à douze mois maximum. Toutefois, l'Irlande autorise les exclusions pour conditions préexistantes pouvant atteindre cinq voire dix ans selon l'âge de l'assuré. En autorisant des exclusions aussi longues, les dispositions irlandaises ont mis l'accent sur la protection des assureurs contre l'antisélection mais elles restreignent beaucoup plus l'accès à une couverture pour conditions préexistantes que les dispositions similaires existant dans d'autres pays de l'OCDE. Les délais de carence et les exclusions ciblées pour conditions préexistantes sont parfois utilisés conjointement, comme cela est autorisé, par exemple, aux États-Unis, en Irlande et au Royaume-Uni. L'Allemagne autorise également les délais de carence mais elle limite leur durée à trois mois.

Tous les pays dans lesquels il existe des dispositions d'admission garantie ont assorti ces exigences de certains types d'exclusions pour condition préexistante, du moins pour le secteur du marché soumis à des dispositions strictes en matière d'accès (tableau 3.8). Comme dans le cas des dispositions liées à l'accès, ces limites sont groupées dans les pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle duplicatif ou primaire, ce qui révèle peut-être une attention accrue des décideurs et une plus grande surveillance des marchés de l'assurance-maladie privée lorsque ceux-ci jouent ces rôles plus importants. Dans certains pays, par exemple en Allemagne et aux États-Unis sur le marché des régimes d'employeur, ces limitations sont appliquées plus largement à l'ensemble du marché de l'assurance-maladie privée. L'Australie exempte spécifiquement de ces exigences toute couverture auxiliaire, ce qui reflète probablement un point de vue selon lequel une couverture de ces services est moins essentielle.

### ***Prestations et problèmes liés à la limitation des exclusions***

Même lorsqu'elles sont limitées, les exclusions pour conditions préexistantes peuvent être une source de confusion pour les consommateurs. En Australie, par exemple, le médiateur qui reçoit et traite les plaintes liées à l'assurance-maladie privée (PHIO), a constaté que les consommateurs continuent à avoir des problèmes avec ces limitations de produits (PHIO, 2002). De même, le commissaire préposé aux plaintes liées à l'assurance-maladie privée (PHICC) au sein de la Commission australienne de la concurrence et des consommateurs (Australian Competition and Consumer Commission – ACCC) a reçu de nombreuses plaintes en la matière. Ces plaintes indiquent qu'un grand nombre de membres ne sont probablement pas conscients qu'une limitation peut être imposée, qu'une maladie ait été ou non diagnostiquée ou que le membre ait ou non connaissance de la nécessité d'un traitement, et qu'ils l'apprennent lorsque les prestations leur sont refusées. Le commissaire a estimé qu'un accès accru des membres à la documentation des caisses d'assurance-maladie au moment de la souscription pourrait contribuer à une plus grande sensibilisation des consommateurs (PHICC, 1998, p. 13). Le secteur s'est engagé à titre officieux à établir des procédures accrues d'information des consommateurs dans ce domaine.

Les limitations réglementaires des exclusions pour conditions préexistantes reflètent les tentatives des décideurs pour concilier la nécessité de prévenir l'antisélection et le désir de garantir l'accès aux services couverts. De fait, les différentes approches indiquent que les pays ont trouvé des arbitrages quelque peu différents entre ces préoccupations. On peut

Tableau 3.8. **Protections de la transférabilité (relatives aux exclusions pour conditions préexistantes)**

|                     | Limitation des exclusions de prestations particulières sur la base de pathologies antérieures ou en cours  | Définition des conditions préexistantes  | Transférabilité entre assureurs : durée autorisée d'interruption de la couverture sans réimposition d'exclusion pour conditions préexistantes   |
|---------------------|--|--|---|
| Australie           | Les assureurs maladie peuvent imposer un délai d'attente maximum de 12 mois pour un traitement hospitalier relatif à des pathologies jugées préexistantes <sup>1</sup> . Un délai d'attente de deux mois est autorisé pour les autres prestations.   | Une maladie préexistante est une maladie ou une pathologie dont les signes ou les symptômes, de l'avis d'un praticien désigné par la caisse d'assurance-maladie, existaient dans les six mois qui ont précédé l'hospitalisation du membre ou la souscription d'une couverture de niveau supérieur.   | En cas de transfert entre deux produits sensiblement comparables au sein d'un même assureur ou entre deux assureurs, les assurés doivent bénéficier d'un crédit pour tout délai d'attente leur ayant été notifié <sup>2</sup> . Un délai d'attente peut être imposé pour un niveau supérieur de prestations dans le cas d'une couverture nouvelle. Ces protections de la transférabilité ne sont pas tenues de s'appliquer aux prestations accessoires. |
| Autriche            | Non  | n.d.   | Non   |
| Canada              | Par pour l'AMP. Les directives du secteur protègent les personnes handicapées contre le risque de perte des prestations d'invalidité reçues de l'employeur lorsque ce dernier change d'assureur.   | n.d.   | Les normes volontaires découlant des directives de l'assurance de groupe (CLHIA) protègent le participant au régime contre la perte de couverture due à un changement d'assureur.   |
| Allemagne           | Délai maximum de trois mois par rapport au délai d'attente général et de huit mois pour certains services spécifiés (accouchement, psychothérapie, certains soins dentaires). S'applique à l'assurance-frais médicaux, à l'assurance indemnités journalières et aux allocations journalières d'hospitalisation). La couverture des nouveaux-nés est imposée.   | Les conditions particulières qui peuvent être exclues sont spécifiées dans la loi ; autrement, seul le délai d'attente général est admis.  | Si un assuré passe d'une assurance-maladie statutaire (publique) à une assurance-maladie privée, il est crédité d'une période de couverture continue s'il ne s'écoule pas plus de deux mois entre les deux couvertures. Pour toutes prestations complémentaires, un supplément pour risque et un délai d'attente peuvent être appliqués.  |
| Irlande             | Délai d'attente initial de 26 semaines, de 52 semaines en cas de maternité et de 52 semaines pour les personnes ayant entre 55 ans et 65 ans. En cas de conditions préexistantes : cinq ans pour les personnes de moins de 55 ans, sept ans pour les personnes de moins de 60 ans, dix ans pour les personnes ayant entre 60 et 65 ans. La couverture des nouveaux-nés est assurée (si la prime est payée dans les 13 semaines). | Une condition préexistante est l'état pathologique d'un assuré, dont on peut déterminer sur la base d'un avis médical que son apparition est antérieure à la date à laquelle, pour la première fois, le nom de l'assuré apparaît dans un contrat d'assurance-maladie sauf si l'assuré est un enfant et s'il a été inscrit dans les 13 semaines suivant sa naissance. | 13 semaines. En cas d'amélioration de la couverture : deux ans pour les personnes de moins de 65 ans et cinq ans pour les personnes de 65 ans et plus, par rapport à une couverture plus généreuse.   |
| Mexique             | Aucune, cela dépend des contrats. L'exclusion de couverture des femmes enceintes ou des nouveaux-nés pour condition préexistante n'est pas possible.   | Cela dépend des contrats.  | Cela dépend des contrats.   |
| Pays-Bas            | Aucune exigence légale pour la plupart des polices. La police WTZ n'admet pas les exclusions.  | n.d.   | Le code volontaire des assureurs exige que les conditions générales demeurent inchangées lorsque des polices de groupe sont transformées en polices individuelles.  |
| Pologne             | Non  | n.d.   | n.d.  |
| Portugal            | Non  | n.d.   | n.d.  |
| République slovaque | Aucune information.  | Aucune information.  | Aucune information.   |
| Espagne             | Les délais de carence sont admis dans la plupart des contrats et varient selon le contrat. Ils ne sont pas admis pour la couverture primaire de fonctionnaires par le biais de mutuelles.  | Conditions spécifiées dans le contrat excepté pour la couverture des fonctionnaires qui est soumise à des règles particulières et qui interdit les exclusions.   | n.d.  |

Tableau 3.8. **Protections de la transférabilité (relatives aux exclusions pour conditions préexistantes) (suite)**

|             | Limitation des exclusions de prestations particulières sur la base de pathologies antérieures ou en cours   | Définition des conditions préexistantes   | Transférabilité entre assureurs : durée autorisée d'interruption de la couverture sans réimposition d'exclusion pour conditions préexistantes  |
|-------------|---|---|--|
| Suisse      | Une assurance-maladie de base (obligatoire) doit couvrir les prestations standard et admettre sans réserve tous les candidats à l'assurance (Colombo, 2001). Aucune limitation pour une couverture autre que de base.   | n.d.  | n.d.   |
| Royaume-Uni | Pas de limites réglementaires. Les assureurs héritent souvent d'exclusions antérieures lors de l'entrée en vigueur d'une police, mais pas lors du renouvellement d'une police en cours. Les nouveaux-nés inscrits à la naissance sont généralement admis sans réserve.  | Aucune définition statutaire ou réglementaire. Varie d'un assureur à l'autre.   | n.d.   |
| États-Unis  | Oui, sur le marché des polices de groupe d'employeur, exclusion maximum de 12 mois ; dans certains États, les limites sont plus courtes. Aucune limite fédérale n'est imposée aux délais d'attente des régimes de groupe non liés à une condition préexistante. Sur le marché des polices individuelles, les limites varient d'un État à l'autre. Les polices de groupe ne peuvent exclure les femmes enceintes et doivent couvrir les nouveaux-nés ainsi que les enfants adoptés. Complémentaire du programme Medicare : exclusion maximum de six mois et crédit pour couverture antérieure. | Pour les régimes de groupe, il s'agit d'une condition pour laquelle un avis médical, un diagnostic, des soins ou un traitement ont été recommandés ou reçus durant la période de six mois (ou une période plus courte dans certains États) prenant fin à la date d'affiliation de la personne au régime. Pour la couverture individuelle, les normes varient d'un État à l'autre. | Afin d'éviter la réimposition d'une exclusion pour conditions préexistantes lors d'un changement de couverture, l'interruption de couverture ne doit pas être égale ou supérieure à 63 jours. Lorsqu'un assuré souscrit une couverture plus généreuse, une exclusion pour conditions préexistantes peut être imposée si le régime antérieur ne couvrait pas les médicaments délivrés sur ordonnance, la santé mentale, la toxicomanie, les soins dentaires ou les frais d'optique. |

n.d. non disponible.

1. Règles relatives aux maladies préexistantes. Ces règles sont les conditions imposées aux caisses d'assurance-maladie pour leur permettre d'établir des délais d'attente de nature à dissuader les cotisants souffrant d'une maladie préexistante de souscrire une assurance-maladie privée temporaire pour la durée du traitement puis de la résilier ensuite et pour limiter la discrimination à l'encontre des cotisants souffrant d'une maladie préexistante. Ces règles permettent aux caisses d'assurance-maladie d'imposer un délai d'attente maximum de 12 mois pour le traitement hospitalier des maladies ou pathologies considérées comme préexistantes. Une maladie préexistante est une maladie ou une pathologie dont les signes ou les symptômes, de l'avis d'un praticien désigné par la caisse d'assurance-maladie, existaient dans les six mois qui ont précédé l'hospitalisation du participant ou la souscription d'une couverture de niveau supérieur.
2. Toutefois, dans le cas d'une couverture maladie à vie où des montants différents sont facturés aux personnes en fonction de leur âge à la souscription de l'assurance, la continuité de l'adhésion entre caisses et au sein d'une même caisse peut être maintenue pendant une période cumulée de deux ans sur la durée de vie d'une personne.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

arguer que l'exigence australienne va au-delà de la prévention de l'antisélection car elle autorise les caisses à faire figurer parmi les causes d'exclusion des conditions dont le membre n'a pas nécessairement conscience<sup>19</sup>. L'exigence de l'Irlande a un potentiel analogue. Dans les deux cas, celui-ci est atténué par l'exigence qu'un médecin praticien détermine l'existence ou non de la condition six mois auparavant. L'Australie exige également que le médecin praticien détermine l'existence de signes ou de symptômes des conditions existant à l'époque où la police a été émise, problème que n'aborde pas l'exigence irlandaise ; on peut arguer qu'elle cherche ainsi à s'assurer que les consommateurs avaient une certaine conscience de l'éventualité d'un problème médical. Une autre approche est celle adoptée pour les polices de groupe aux États-Unis, où la condition doit avoir été diagnostiquée ou traitée (ou avoir fait l'objet d'un avis médical) pour être considérée comme « préexistante »<sup>20</sup>. Cette approche est assurément plus objective mais elle n'inclut pas les conditions dont les symptômes existent mais pour lesquelles l'avis d'un médecin n'a pas encore été sollicité. Dans quelques autres cas, les décideurs interdisent toutes les exclusions de ce type (police type WTZ aux Pays-Bas, couverture des fonctionnaires en Espagne).

Ces limitations constituent un type de contrainte qui restreint la capacité des assureurs à limiter l'accès aux prestations pour les personnes à haut risque. Mais, en même temps, elles donnent aux assureurs une certaine protection et cherchent à encourager des personnes qui ne prévoient peut-être pas d'avoir un besoin de soins particulier à souscrire une assurance-maladie privée. Elles ont été appliquées, en particulier, dans les pays qui ont également imposé des normes d'accès à une couverture plus large. Il est intéressant de noter que, dans certains cas, l'application de ces limites a conduit certains régimes à supprimer totalement les exclusions ou à imposer des périodes d'exclusion plus courtes. Aux États-Unis, après avoir imposé une période d'exclusion maximum de 12 mois, plusieurs régimes d'employeur ont totalement éliminé les exclusions (peut-être dans un souci de simplification administrative). Quarante-deux pour cent seulement des régimes ont imposé la durée de limitation maximum, 22 % ont imposé une période plus courte et 36 % n'ont imposé aucune exclusion (Huth, 1999).

Ces limitations peuvent également bénéficier aux personnes qui changent d'emploi dans les systèmes où l'assurance-maladie est souvent liée à l'emploi, comme aux États-Unis par exemple. En fait, on a estimé qu'aux États-Unis, 21 à 25 millions de personnes pouvaient être affectées par les normes fédérales de transférabilité adoptées en 1996 (US General Accounting Office, 1995, pp. 6-7). Ces normes protègent désormais les personnes changeant d'emploi de la ré-imposition d'exclusions pour conditions préexistantes si elles maintiennent leur couverture sans période de péremption importante. Cela confère une certaine mobilité professionnelle à des personnes qui autrement pourraient ne pas changer d'emploi de crainte de perdre le bénéfice de la couverture de conditions préexistantes<sup>21</sup>. Toutefois, la loi n'impose pas aux employeurs d'offrir une assurance-maladie, de sorte qu'un certain blocage peut subsister pour des personnes qui pourraient changer d'emploi, n'était le fait que leur éventuel employeur ne leur propose aucune couverture maladie.

Parmi les normes imposées aux marchés de l'assurance-maladie privée aux États-Unis, les protections de la transférabilité, qui limitent les exclusions pour conditions préexistantes, semblent être parmi les exigences les plus controversées (Hall, 1999d, p. 12).

### 3.4. Exigences relatives aux primes de l'assurance-maladie privée

Les restrictions en matière de primes que les pays de l'OCDE imposent aux assureurs-maladie (tableau 3.9) varient sur des bases similaires à celles des exigences relatives à l'admission. Tous les pays dans lesquels l'assurance-maladie privée joue un rôle primaire imposent certaines exigences à une partie au moins de leurs marchés de l'assurance-maladie privée<sup>22</sup>. Cela est vrai également pour deux pays (Australie, Irlande), dans lesquels l'assurance-maladie privée joue un rôle duplicatif de même que dans le cas d'une couverture complémentaire ou supplémentaire du programme Medicare dans certains États des États-Unis. Dans certains cas, ces limites restreignent ou interdisent la prise en compte de l'état de santé des individus dans les calculs de primes sur l'ensemble du marché de l'assurance-maladie privée (Australie, Irlande, marché des petits employeurs dans plusieurs États des États-Unis et certains marchés individuels). D'autres pays imposent un plafonnement des primes, lié aux coûts moyens sur le marché privé (Pays-Bas) ou dans le système de couverture publique (système allemand de couverture substitutive pour les paquets à tarif standard)<sup>23</sup>. Aux Pays-Bas, les titulaires d'une assurance privée payent une majoration de prime qui contribue au financement des coûts plus élevés des personnes âgées titulaires d'une assurance privée (ainsi que d'autres personnes à haut risque). Toujours aux Pays-Bas, une majoration de prime additionnelle est imposée aux titulaires d'une assurance privée pour compenser la proportion plus importante de personnes âgées dans le système d'assurance sociale. Dans tous les cas, les limites imposées sont assorties d'exigences relatives à l'admission. Cela semblerait souligner la prise de conscience par les décideurs du fait que ces types de limites peuvent être associées à d'autres normes pour aider à assurer l'accès à une couverture.

En Allemagne, les primes de l'assurance-maladie privée à fonction substitutive sont financées sur une base d'assurance vie. Ce qui signifie que les primes sont calculées selon un modèle mathématique impliquant des provisions pour vieillissement ; les primes doivent donc intégrer un montant d'épargne pour prendre en compte l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge. Les composantes de l'épargne sont cumulées séparément et génèrent des intérêts<sup>24</sup>.

La prévalence des restrictions relatives à la tarification sur les marchés où l'assurance-maladie privée joue un rôle primaire et sur certains marchés additionnels où son rôle dans le système de santé peut être considéré comme primordial, souligne dans quelle mesure les pouvoirs publics ont choisi d'intervenir dans ce domaine. Sur certains marchés où de telles exigences n'existent pas, des problèmes d'accès pour les personnes à haut risque ont été mis en évidence. Cela a été le cas aux Pays-Bas dans les années 80 avant la création du régime WTZ pour les personnes à haut risque. Dans le cas du marché individuel de l'assurance-maladie aux États-Unis, les personnes en mauvaise santé ont toujours eu, et ont toujours actuellement, des difficultés à avoir accès à une couverture privée<sup>25</sup>.

#### Arbitrages et problèmes

Pour évaluer l'impact et l'opportunité des différents types d'exigences relatives aux primes, il faut prendre en considération les objectifs des politiques et les arbitrages qu'impliquent les différentes approches. Les deux principales approches utilisées pour offrir aux personnes à haut risque une couverture abordable, par le biais du marché de l'assurance-maladie privée : prime plafonnée pour un paquet standard ou exigences en termes de primes imposées à tous les produits proposés sur le vaste marché de l'assurance-maladie privée, présentent certains avantages et certains inconvénients. Lorsque les



Tableau 3.9. Exigences relatives à la tarification des primes : prise en compte des facteurs liés au risque de maladie<sup>1</sup>

|           | Permise  | Permise mais avec des limites  | Interdite         | Existence de mécanisme(s), imposé(s) par la loi ou par les pouvoirs publics pour répartir ou ajuster le risque entre les assureurs maladie privés ?  |
|-----------|--|--|-------------------|--|
| Australie | Non, à l'exception de l'âge.                                       | L'assurance-maladie à vie stipule le transfert d'une caisse d'assurance-maladie à une autre de l'âge certifié à la souscription. La continuité de l'affiliation (à cet effet) peut être maintenue pendant les périodes de non-affiliation pour une période cumulée de deux ans sur la durée de vie d'une personne.   | Pas complètement. | Oui. Un mécanisme de péréquation finance les prestations des personnes de plus de 65 ans et des personnes hospitalisées pendant plus de 35 jours par an. Tous les membres des caisses d'assurance-maladie contribuent, pour une partie de leurs primes, au financement de ce mécanisme.  |
| Autriche  | Oui, aucune limitation ne s'applique.                              | n.d.   | n.d.              | Non  |
| Canada    | Oui  | Les normes actuarielles exigent le préfinancement des services.  | Non               | Au Québec, tous les régimes privés d'assurance-médicaments sont couverts par un mécanisme privé de mise en commun des demandes de remboursement de médicaments d'un prix élevé excédant des montants en dollars spécifiés.   |
| Allemagne | Oui, mais une couverture substitutive est exigée.                  | Une couverture substitutive doit être offerte à vie ; la prime est déterminée par l'âge à la souscription, le sexe (et les prestations) ; un supplément pour risque lié à l'état de santé peut être imposé (excepté pour les fonctionnaires passant d'une couverture publique à une couverture à tarif standard). Les primes (n'incluant pas les provisions pour vieillissement) des nouveaux entrants ne peuvent être inférieures à celles des personnes du même âge déjà assurées. Le sexe ne peut être pris en compte dans les calculs des primes d'assurance pour soins de longue durée. La prime pour une couverture standard (substitutive) ne peut être supérieure à la cotisation moyenne maximum pour une couverture publique (à 150 % de ce maximum pour les couples) ; les primes obligatoires des assurances pour soins de longue durée sont également limitées à un montant de prime maximum pour l'assurance sociale des soins de longue durée (limite analogue pour la couverture non obligatoire après cinq années de couverture). | Non               | Oui. Les contrats d'AMP incluent la possibilité d'imposer le paiement d'un supplément pour financer le plafond de prime du paquet de prestations standards mais, jusqu'ici, cette option n'a jamais été utilisée. Les compagnies d'assurance participent toutefois au mécanisme de péréquation pour le paquet de prestations standards car le nombre des assurés âgés varie d'une compagnie à l'autre. Les assureurs offrant une assurance obligatoire pour soins de longue durée doivent également participer à un système de péréquation pour les primes (sur la base de l'âge pour les primes mais aussi du sexe pour les provisions pour vieillissement). Une répartition équitable des risques est également possible pour les demandes de paiement mais jusqu'ici elle n'a pas été nécessaire. |
| Irlande   | Non  | L'introduction de primes différenciées en fonction de l'âge à la souscription de la police est autorisée par la loi mais une réglementation est exigée pour sa mise en œuvre.  | Oui               | Mise en œuvre d'un système de péréquation. L'âge et le sexe sont utilisés dans un premier temps comme variables indirectes du profil de risque ; l'utilisation des dépenses de santé peut être examinée à une date ultérieure.   |
| Mexique   | Oui  | La modulation des primes fondée sur l'âge est limitée par le biais d'une fourchette de primes spécifiée.   | Non               | Non  |
| Pays-Bas  | Oui, excepté pour la couverture standard (primaire) du régime WTZ. | La prime du régime WTZ est plafonnée. La limite est supérieure aux niveaux de primes moyens sur le marché de l'AMP. Les polices autres que celle du régime WTZ peuvent prendre en compte les facteurs de risque.   | Non               | Mécanisme de compensation entre l'assurance sociale et l'AMP dans lequel les titulaires d'une assurance privée payent une cotisation destinée à financer une assurance sociale couvrant davantage les dépenses de santé des personnes âgées. Le mécanisme de mise en commun du système WTZ met en commun les coûts excédant les primes WTZ puis divise et répartit ces coûts en imposant un supplément à tous les titulaires d'une assurance privée.   |

Tableau 3.9. Exigences relatives à la tarification des primes : prise en compte des facteurs liés au risque de maladie<sup>1</sup> (suite)

|                     | Permise   | Permise mais avec des limites  | Interdite   | Existence de mécanisme(s), imposé(s) par la loi ou par les pouvoirs publics pour répartir ou ajuster le risque entre les assureurs maladie privés ?  |
|---------------------|---|--|---|--|
| Pologne             | Oui   | Non  | Non   | Non  |
| Portugal            | Oui   | Non  | Non   | Non  |
| République slovaque | Oui   | Non  | Non   | Non  |
| Espagne             | Oui   | Pas de critères de tarification préétablis. Certaines entreprises segmentent leur portefeuille et fixent leurs tarifs en fonction des groupes d'âge, des régions géographiques, etc. ; d'autres appliquent les mêmes tarifs à l'ensemble de leur portefeuille.   | Non, excepté pour les primes maximums de la couverture substitutive (tarif standard).   | Non  |
| Suisse              | Oui pour la couverture complémentaire ou supplémentaire ; non pour la couverture (primaire obligatoire) de base.  | Oui, une certaine modulation est admise pour refléter la disparité géographique des dépenses de santé.   | Les primes ne peuvent varier en fonction du risque maladie pour l'assurance-maladie (obligatoire) de base.  | Oui. Un fonds de péréquation indemnise les assureurs pour les différences de coût de la couverture primaire résultant du risque et calculées sur la base de facteurs d'âge et de sexe.   |
| Royaume-Uni         | Oui   | Oui  | Non, les primes peuvent être calculées sur la base de l'expérience du groupe employeurs, ou de groupes d'assurés auxquels ont été attribués des classes de tarification différentes en fonction des résultats de questionnaires médicaux ; en général, les primes n'augmentent qu'à l'intérieur de ces groupes et non pas sur la base de l'expérience individuelle. | Non  |
| États-Unis          | Pas pour les régimes de groupe importants (plus de 50 salariés). Pour les régimes des petits groupes et les polices individuelles, les exigences varient d'un État à l'autre. | De nombreux États restreignent la tarification fondée sur l'état de santé (« tarification personnalisée ») sur le marché des petits groupes et certains exigent une tarification uniforme tout en admettant des degrés variables de modulation en fonction de l'âge, du sexe et de la région géographique. Les exigences des marchés individuels varient. Certains États imposent une tarification uniforme ou réglementent de toute autre façon le calcul des primes sur le marché de l'assurance complémentaire du programme Medicare. | Cela dépend du sous-marché.   | De nombreux États ont des mécanismes volontaires de péréquation sur leurs marchés des petits groupes ; certains sont obligatoires. Certains États ont un mécanisme de péréquation sur leurs marchés individuels. Trente États proposent des pools de risques élevés (couverture offerte par des pools distincts, souvent financée par les frais facturés aux assureurs ou par d'autres taxes). Ces pools de risques élevés limitent bien souvent les primes (souvent entre 125 % et 200 % du tarif standard du marché) (Chollet, 2002, pp. 349-352). |

n.d. non disponible.

1. Ce tableau détaille principalement les pratiques de tarification à l'époque de la souscription de la police mais parfois il spécifie également les pratiques à l'époque du renouvellement de la police.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

plafonds de primes sont limités à un paquet standard, les polices proposées aux personnes dont le risque est moindre sont moins affectées par les exigences en termes de primes et peuvent demeurer plus abordables pour ces personnes, ce qui peut présenter l'avantage de maintenir un plus grand nombre de personnes à faible risque dans le pool de l'assurance étendue. Mais, dans ce cas, le fait que les personnes à haut risque bénéficient d'une mise en commun plus large des risques dépend de l'existence d'un subventionnement croisé ou d'autres mécanismes par lesquels les primes des personnes dont le risque est moindre contribuent au financement des primes des personnes à haut risque. (Voir ci-dessous la discussion des mécanismes de péréquation des risques.) Dans le cas d'exigences applicables plus largement au marché de l'assurance-maladie privée, il faut prendre garde au risque d'antisélection des nouveaux candidats ou de ceux qui souhaitent acquérir une couverture plus généreuse, sur un marché volontaire. Des exigences de ce type présentent l'avantage de garantir l'équité des frais pour tous les groupes de population ayant souscrit une assurance privée et d'offrir à tous les assurés un choix plus vaste. Mais les personnes jeunes ou en bonne santé peuvent n'être guère disposées à subventionner les coûts des personnes à risque plus important et choisir de sortir du marché, ou de ne jamais y entrer ; il en résulte alors une mise en commun plus restreinte des risques et des coûts plus élevés pour les personnes restant dans le pool. Ce problème est relativement courant dans les systèmes de tarification uniforme applicables aux marchés individuels, qu'il s'agisse de marchés à fonction principale ou de marchés à fonction duplicative.

En Australie et dans certains États des États-Unis, par exemple, une modulation des primes en fonction de l'âge a été introduite dans les normes de tarification uniforme afin d'encourager les personnes à souscrire une couverture plus tôt et à la conserver. Aux États-Unis, les États qui ont admis dans leur système de tarification uniforme une certaine flexibilité fondée sur l'âge ou sur d'autres critères ont fait mieux en termes de participation continue des assureurs et d'antisélection que ceux qui ont appliqué un système de tarification uniforme pure (Hall et al., 1999). En Australie, cette modification de la réglementation (« couverture à vie ») s'est accompagnée d'une vaste campagne de publicité et l'on porte généralement à son crédit la forte augmentation du nombre de personnes titulaires d'une assurance-maladie privée après la mise en œuvre de ces normes en 2000<sup>26</sup>. C'est le temps qui dira si ce mécanisme permet de maintenir les niveaux de couverture. L'Irlande a adopté récemment une législation (Health Insurance Amendment Act, 2001) autorisant l'introduction d'une modulation des primes en fonction de l'âge (à l'entrée dans le régime uniquement) mais celle-ci n'a pas encore été mise en œuvre.

Le succès des exigences relatives aux primes dépend également de la structure de la répartition public/privé et de facteurs culturels ; dans certains cas, ces exigences peuvent réduire le risque d'antisélection des candidats à l'assurance. En Allemagne, les personnes à haut revenu éligibles à une couverture publique et ne choisissant pas d'en sortir restent dans le système public. En outre, des limites strictes restreignent la faculté pour les titulaires d'une assurance-maladie privée de réintégrer le système public. En conséquence, le système ne permet généralement pas aux personnes d'entrer et de sortir à leur guise des systèmes d'assurances public et privé, ce qui protège ces systèmes contre l'antisélection que pourraient engendrer les allers et retours incessants de personnes entre les deux systèmes en fonction de la perception de leur intérêt financier. En Suisse, le caractère obligatoire de la couverture primaire de base évite l'antisélection (encore que le risque puisse subsister lorsque les personnes choisissent entre différents produits d'assurance de base). Aux Pays-Bas, même sans mandat, l'immense majorité des personnes non éligibles

à une couverture publique souscrivent une assurance-maladie primaire privée et la plupart des bénéficiaires de l'assurance sociale souscrivent une couverture complémentaire privée<sup>27</sup>. En outre, la pyramide des âges au sein de la population assurée et de la population au sens large affecte le risque de spirales de primes, comme en a connu l'Australie avant la mise en place de la couverture à vie. En Irlande, on a observé une tendance à une progression de l'assurance-maladie privée depuis 1980 et le pays a été confronté à des augmentations de primes moins spectaculaires. Une population globalement plus jeune contribue probablement à cette situation (Colombo et Tapay, 2004a).

Lorsqu'on évalue l'impact des exigences relatives aux primes, la difficulté de dissocier l'impact des réformes des effets d'autres changements affectant le système de santé ou l'économie est un facteur de confusion supplémentaire. Aux États-Unis, par exemple, l'État de New York a adopté en 1993 un système de pure tarification uniforme (aucune modulation des primes en fonction des risques n'est admise) sur son marché des petits employeurs et de l'assurance-maladie privée individuelle. Le déclin modeste des niveaux de couverture sur le marché des petits groupes et sur le marché individuel suite à la mise en œuvre de ces réformes est souvent attribué à la rigueur des réformes, en particulier au fait que celles-ci ont entraîné une augmentation importante des primes des jeunes. Toutefois, les tendances observées dans les États qui n'ont voté aucune réforme ou que des réformes plus limitées sont analogues à celles observées dans l'État de New York, ce qui conduit à se demander dans quelle mesure les réductions des taux de couverture peuvent être attribuées aux réformes (Buchmueller et DiNardo, 1999).

En dépit des efforts déployés pour stabiliser et limiter la disparité des primes de l'assurance-maladie privée, la plupart des pays de l'OCDE sont confrontés aux problèmes engendrés par les augmentations globales des primes, qui sont souvent présentées comme étant un sujet de préoccupation essentiel dans le domaine de l'assurance-maladie privée.

### *Systèmes de péréquation des risques*

La plupart des pays de l'OCDE qui imposent des restrictions ou des plafonds de tarification pour tout ou partie de leur marché de l'assurance-maladie privée assortissent ces exigences de mécanismes de redistribution des risques entre les assureurs. De tels mécanismes existent sur certaines parties au moins des marchés de l'assurance-maladie privée en Australie, en Allemagne, aux États-Unis, en Irlande et aux Pays-Bas. Dans la province canadienne du Québec, un pool spécialisé dans les demandes de remboursement de médicaments très chers a été également mis en place pour tous les assureurs privés sur le marché de l'assurance-maladie complémentaire. Ce type de mécanisme peut contribuer à dissuader toute concurrence fondée sur la sélection des risques et protéger certains assureurs qui couvrent une proportion plus importante de personnes ayant des dépenses de santé élevées. Il peut également faciliter la transition vers des exigences d'accès plus rigoureuses en donnant certaines assurances aux assureurs qui peuvent craindre un afflux de candidats à haut risque dans le cadre de ces réformes<sup>28</sup>. La prévalence de ces mécanismes sur les marchés primaires de l'assurance-maladie privée indique également un consensus entre certains pays de l'OCDE qui s'accordent à penser que les restrictions de primes ne suffiront pas à elles seules à répartir uniformément les risques entre les assureurs<sup>29</sup>. Dans certains cas, ces mécanismes cherchent également à rendre l'assurance plus abordable en subventionnant son coût pour les populations à haut risque.

Sur le marché des petits groupes aux États-Unis, plusieurs États ont mis en place des pools volontaires à travers lesquels les assureurs peuvent céder à titre prospectif certains

risques individuels dont ils prévoient qu'ils dépasseront un niveau donné de demandes d'indemnisation. Ces pools regroupent bien souvent une très infime proportion du marché assuré. D'autres États, comme le Connecticut, imposent une participation et ont abouti à une plus grande répartition des risques sur le marché des petits groupes car l'évaluation obligatoire pour la couverture des excédents de pertes par le pool encourage les assureurs à céder au pool les risques importants (Hall et Lawlor, 2001, p. 649). Dans certains cas, les pools peuvent encourager les subventionnements croisés entre les marchés de groupe et les marchés individuels. Sur son marché individuel et sur son marché des petits groupes, l'État de New York a deux mécanismes d'ajustement en fonction du risque : l'un prend en compte la disparité démographique (avec les facteurs d'âge et de sexe) et l'autre met les risques en commun sur la base de l'occurrence de certains sinistres d'un coût élevé (par diagnostic). Le pool lié à la démographie ne saisit pas pleinement l'étendue de la différenciation des risques et une méthodologie plus élaborée est actuellement à l'étude. Le pool lié au diagnostic, dont les coûts administratifs sont élevés, n'est pas pleinement utilisé (Hall, 1998a). Si ces mécanismes peuvent générer des tensions, ils ont aidé à redistribuer une partie au moins du risque entre les assureurs et ont apparemment contribué à une certaine stabilisation du marché des petits groupes (Hall et Lawlor, 2001, p. 653).

L'État du New Jersey a assorti ses exigences de tarification uniforme d'un programme d'évaluation des pertes pour le partage des pertes sur le marché individuel ; il a également imposé aux assureurs de groupe de proposer des polices individuelles et d'enregistrer un nombre cible de personnes ou d'assumer une partie du coût des pertes encourues sur le marché individuel. L'ensemble des réformes, qui incluait l'émission garantie de six produits standards (les assureurs ne peuvent proposer que ces produits), le renouvellement garanti, la tarification uniforme et la limitation des exclusions pour conditions préexistantes, a abouti à un marché individuel élargi et actif, avec un plus grand nombre d'assureurs, un meilleur choix et les signes d'une concurrence par les prix (Swartz et Garnick, 2000, pp. 45-70).

Aux Pays-Bas, une majoration de prime imposée au marché plus vaste de l'assurance-maladie privée interfinance et contribue à compenser le coût plus élevé des assurés couverts par le régime WTZ. Près de la moitié des coûts de ce régime sont couverts par cette majoration. En Allemagne, la loi confère au gouvernement le pouvoir d'imposer aux assureurs de groupe d'offrir une couverture substitutive pour participer à un système de péréquation des risques afin de contribuer au financement du coût des soins aux personnes âgées couvertes par le pack à tarif standard, bien que cela n'ait pas été nécessaire jusqu'ici. En Australie, le système de péréquation des risques met en commun 79 % du coût des membres et des assurés de plus de 65 ans qui ont été hospitalisés pendant plus de 35 jours et le répartit entre des caisses ayant des structures de risque différentes<sup>30</sup>. Il a été reproché aux mécanismes australien et néerlandais de péréquation des risques de ne guère encourager les assureurs à gérer les coûts car le système rembourse *a posteriori* les différences de coût effectif, dédommageant ainsi les assureurs moins performants au même titre que ceux dont les structures de risques sont inférieures à la moyenne. En Australie, les assureurs conservent une partie du risque lié aux soins d'un coût élevé ; le système australien risque probablement moins de compenser l'inefficacité des assureurs que le système néerlandais WTZ. La Suisse a également mis en place un système d'ajustement en fonction du risque pour son assurance privée obligatoire de base. Si ce mécanisme se limite à un petit nombre de facteurs de risque, il est admis qu'il réduit, quoiqu'en partie seulement, les incitations pour les assureurs à accepter les candidats

dont le profil de risques est plus favorable et à éviter d'assurer les personnes dont l'état de santé est médiocre, contribuant ainsi à la promotion d'une concurrence loyale entre les assureurs (Colombo, 2001, p. 41).

La mise en place du système irlandais a été très controversée, même s'il est à présent entré dans la pratique. La présence sur ce marché de deux grandes compagnies d'assurance et l'identification probable de la compagnie pour recevoir de l'argent à travers un tel mécanisme ont probablement contribué à la discorde politique. Pour comparer les profils de risques d'un assureur à l'autre, le système irlandais utilisera, dans un premier temps, l'âge et le sexe comme variables de mesure indirecte du profil de risques, puis il dédommagera les assureurs en fonction de l'écart entre leur profil de risques et le profil global du marché. Si le système peut prendre en considération les facteurs d'utilisation dans l'avenir, il faut tenir compte du fait que ce facteur conduira les assureurs à partager leur efficacité (Ireland's Health Insurance Authority, 2003, p. 14), plutôt qu'à tirer parti de leurs efforts individuels pour limiter une utilisation inappropriée des services de santé. La création d'un tel facteur entraîne également des difficultés techniques. En tout état de cause, le système irlandais ne sera pas déclenché si le différentiel entre les assureurs est inférieur à 2 % et le gouvernement irlandais disposera d'un pouvoir discrétionnaire lorsque les différences seront comprises entre 2 et 10 %, ou supérieures à 10 %<sup>31</sup>. Étant donné sa mise en place récente, qui demeure inachevée à ce jour, il faudra attendre de disposer d'une plus longue expérience pour analyser l'impact du mécanisme irlandais.

### ***Pools de risques élevés***

Une autre approche mise en place dans 29 États des États-Unis consiste à créer un programme distinct (« pool de risques élevés ») pour assurer une couverture aux personnes dans l'incapacité d'en obtenir une sur le marché de l'assurance individuelle. Ces programmes sont souvent subventionnés par un système de taxes sur les primes et parfois de taxes additionnelles (sur les cigarettes et le tabac, par exemple). Dans certains États, les niveaux d'inscription à ces programmes sont élevés (Minnesota : 6 % de la population assurée à titre individuel ; Nebraska et Oregon : environ 3 %), tandis que les niveaux d'inscription aux autres programmes sont bien inférieurs. Les niveaux de couverture (en termes de prestations et de partage des risques) varient également et certains coûts liés à des risques élevés ne peuvent être couverts. Les primes pour ces pools sont généralement supérieures de 125 à 200 % (Chollet, 2002, pp. 349-352) aux tarifs du marché et habituellement elles ne couvrent que 40 à 60 % du fonds de roulement de ces pools (Abbe, 2002, pp. 345-348). Dans les États où les niveaux d'inscription sont plus élevés, le financement est mieux assuré et les produits tendent à refléter les produits proposés sur le marché de groupe (Chollet, *op. cit.*). Il est important de noter que si les adeptes d'une approche plus privée des problèmes sur le marché individuel américain sont souvent favorables à ces pools, il s'agit effectivement d'une approche plus publique que les programmes reposant sur le subventionnement croisé dans un marché financé uniquement par des primes privées parce que la moitié environ des ressources dont les pools de risques ont besoin proviennent de fonds publics. Certains ont prôné un rôle accru des pouvoirs publics dans la couverture des demandes de remboursement élevées. D'autres ont argué qu'une entité gouvernementale de réassurance pour les personnes dont les dépenses de santé se situent dans les 2-3 % supérieurs de la pyramide des soins de santé réduirait les incitations à la sélection des risques pour les assureurs et encouragerait l'efficacité (Swartz, 2002, pp. 380-382).

La plupart des pays de l'OCDE désignent les augmentations des primes de l'assurance-maladie privée comme l'une des plus grandes difficultés qu'ils rencontrent sur ce marché. Dans cette section, nous avons résumé l'éventail des outils et des approches utilisés par les pays de l'OCDE pour tenter de remédier à certains des problèmes d'accès et d'équité posés par la différenciation et par les augmentations des primes de l'assurance-maladie privée. Lorsque l'assurance-maladie privée joue un rôle particulièrement primordial dans un système de santé, les décideurs jugent particulièrement important d'intervenir dans ce domaine. Toutefois, aucun consensus ne se dégage clairement autour d'une pratique ou d'un ensemble de pratiques permettant de traiter au mieux ces problèmes. Les approches sont diverses et variées : contrôles des primes à l'échelle du marché, plafonnement des primes pour un nombre ou un type limité de polices, mécanismes de répartition équitable (péréquation) des risques, utilisés seuls ou associés à l'un des outils précédents et pools de risques élevés. Comme indiqué dans ce document, chacune de ces approches comporte ses avantages et ses inconvénients mais chacune a quelques succès à son actif. Si certaines des augmentations résultent des primes différentes facturées aux différents groupes de risques ou sont liées à certaines réformes touchant aux primes, les augmentations des primes de l'assurance-maladie privée sont également liées à l'accroissement des dépenses de santé qui constitue un véritable problème dans la plupart des pays. Il est donc important que les décideurs examinent ce lien lorsqu'ils cherchent à remédier aux augmentations indésirables des primes de l'assurance-maladie privée, reconnaissant qu'il s'agit là d'un problème à la fois spécifique à ce marché et lié au problème plus vaste des dépenses de santé.

#### 4. Normes en matière de prestations pour les polices d'assurance-maladie privée

La plupart des pays de l'OCDE ne réglementent pas les prestations que doivent offrir les assureurs de l'assurance-maladie privée. Cela peut s'expliquer, notamment, par leur désir de promouvoir une flexibilité maximale des assureurs, une structure généralement légère de régulation de l'assurance-maladie privée ou par les restrictions légales de l'UE à l'imposition de telles normes sur les marchés de l'assurance-maladie privée en général (avec quelques exceptions). Toutefois, certains gouvernements interviennent dans ce domaine, notamment pour garantir l'offre de certaines prestations, répartir sur l'ensemble du marché la charge des prestations plus coûteuses, éviter la segmentation des risques et encourager la comparabilité des produits. Lorsqu'ils interviennent, ce qui est le cas dans plusieurs pays, les réglementations prennent généralement l'une des deux formes suivantes :

- Des exigences de « prestations minimums » imposant aux entreprises d'assurance de couvrir certains soins de santé spécifiés. L'Irlande et l'Australie imposent de telles exigences pour la couverture duplicative et la plupart des États des États-Unis le font pour la couverture primaire.
- Des exigences de « paquets de prestations normalisés » qui consistent à spécifier le contenu précis des paquets de prestations et incluent parfois les services couverts et les normes se rapportant au partage des coûts. Les assureurs doivent parfois se borner à offrir ces paquets de prestations ; c'est le cas, par exemple, sur le marché individuel de l'assurance complémentaire du programme Medicare américain et dans certains États des États-Unis ; dans d'autres cas, les paquets standards visent à assurer la disponibilité d'une couverture à un prix abordable souvent axée sur les personnes âgées (comme en Allemagne) ou sur les personnes à haut risque (comme aux Pays-Bas), mais on peut également trouver d'autres produits sur le marché. Cet outil est moins largement utilisé.

Hormis le fait qu'elle spécifie les prestations à inclure dans l'assurance-maladie privée, l'approche des normes de prestations minimums ne restreint pas la faculté pour les assureurs d'offrir différents paquets de prestations ni de modifier la structure de couverture de diverses façons. Cette approche peut donc offrir un choix plus large en termes de couverture tout en assurant la couverture de certains services. Mais, parallèlement, ces normes ne traitent pas de la capacité des consommateurs à comparer les couvertures et les coûts d'un assureur à l'autre ou chez un même assureur.

Sur le marché américain de l'assurance-maladie privée, les normes de prestations autorisées au niveau des États ont été très controversées mais apparemment elles l'ont moins été en Australie et en Irlande. Aux États-Unis, ces exigences sont souvent citées comme étant l'une des causes de primes plus élevées. Les estimations de l'impact sur les primes varient ; des études récentes l'ont estimé à 12.2 % (Novak, 2003) pour l'État de New York dont les lois sur les prestations autorisées sont parmi les plus rigoureuses des États-Unis, tandis que pour le Texas l'impact des normes sur l'augmentation des primes d'assurance-groupe a été estimé à environ 6.2-6.5 % (Albee et al., 2000). Toutefois, ces estimations sont difficiles à effectuer car les assureurs peuvent avoir volontairement proposé ces prestations même s'ils n'étaient pas tenus de le faire, du fait de la demande ou d'autres facteurs tels que l'encouragement de certains soins préventifs. Il est donc probable qu'en réalité cet impact ne soit pas aussi important que certains le prétendent parfois. Comme certaines prestations ont des degrés différents d'impact potentiel sur la santé (*op. cit.*), les décideurs doivent pondérer également ces facteurs.

En Irlande, les exigences en termes de prestations issues des normes imposées à l'origine à l'assureur public, VHI, ont été étendues aux nouveaux arrivants sur le marché (un seul nouvel assureur, à ce jour). Elles portent essentiellement sur la couverture hospitalière mais incluent également des échéanciers de paiement détaillés. Les échéanciers actuels pourraient être simplifiés pour donner plus de souplesse aux conventions de remboursement entre assureurs et prestataires (Irish Department of Health and Children, 1999, p. 55). Le gouvernement irlandais considère également les prestations minimums comme une composante importante du système de tarification uniforme car elles limitent le champ de variation des paquets de prestations qui pourraient être ciblés sur les personnes à faible risque. Ces préoccupations sont mises en balance avec le désir d'éviter d'interférer indûment avec la liberté de commerce des assureurs (*op. cit.*, p. 56).

L'historique du marché peut également jouer un rôle important dans la détermination de l'éventail des options du régime de prestations de l'assurance-maladie privée sur un marché donné. Par exemple, si l'Australie et l'Irlande régulent leurs marchés de l'assurance-maladie privée duplicative en imposant des exigences en matière de prestations autorisées, les expériences des deux pays diffèrent pour ce qui est de l'éventail des produits offerts par les assureurs. En Australie, les consommateurs peuvent choisir entre de nombreux produits différents et novateurs mais l'existence d'un grand nombre de produits peut être pour les consommateurs une source de confusion et, ce faisant, restreindre effectivement leur choix<sup>32</sup>. Les assurés semblent également déconcertés par les exclusions et les limitations de prestations car ils peuvent ne pas comprendre les règles relatives aux différents produits (Colombo et Tapay, 2003). Le gouvernement australien a pris plusieurs initiatives pour permettre aux consommateurs de mieux comprendre les politiques en matière d'assurance-maladie privée<sup>33</sup>. En Irlande, au contraire, les deux principaux assureurs offrent un petit nombre de produits, avec chacun un paquet d'environ cinq prestations principales ; ces régimes se ressemblent dans une large mesure,



ce qui facilite les comparaisons et le choix pour les consommateurs. En dépit de ce choix relativement étroit de régimes, les consommateurs se déclarent satisfaits de l'éventail de produits et de services offerts par leurs assureurs-maladie privés<sup>34</sup>. En conséquence, une certaine limitation du nombre de produits peut avoir un impact positif sur la capacité des consommateurs à comparer les produits disponibles en matière d'assurance-maladie privée et n'engendrer aucune insatisfaction. En revanche, un grand nombre d'offres de paquets de prestations peut être une source de confusion et d'insatisfaction.

Les paquets normalisés de prestations définies résultent parfois du désir de faire en sorte qu'au moins un paquet complet de prestations soit à la disposition de tous dans les pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle primordial. Ils peuvent également contribuer aux efforts déployés pour améliorer la capacité des consommateurs à comparer les offres et les prix des assureurs, et aussi quelquefois pour réduire la sélection des risques par des prestations bien conçues, en particulier si tous les paquets standards comportent des prestations relativement comparables attractives aussi bien pour les personnes à faible risque que les personnes à haut risque. En dehors des Pays-Bas où des paquets de prestations doivent être offerts aux personnes à haut risque pour un niveau de prime fixe ou de l'Allemagne où ils doivent être offerts à certaines catégories définies de personnes âgées, les États-Unis sont le seul pays de l'OCDE dans lequel certains pans du marché de l'assurance-maladie privée exigent l'offre de paquets normalisés. Très peu de marchés cantonnent les assureurs dans la vente de paquets autorisés de prestations, comme cela est le cas dans le New Jersey sur le marché des polices individuelles. Toutefois, sur ce marché, ces exigences associées à d'autres réformes ont abouti effectivement à un choix accru de compagnies d'assurance. La normalisation s'est accompagnée de l'élaboration, par un bureau chargé de superviser les réformes du marché individuel, d'un guide à l'intention des acheteurs contenant des informations comparatives sur les primes. Le fait que les primes d'un grand nombre de régimes se situent dans une fourchette de 15 % par rapport aux primes les plus basses donne à penser que les compagnies se sont engagées dans une concurrence sur les prix (Swartz et Garnick, 2000).

Sur le marché américain des petits employeurs, de nombreux États imposent l'offre de deux régimes normalisés mais ne restreignent pas l'offre des assureurs à ces paquets. L'accès à ces options de couverture ne semble pas avoir sensiblement augmenté car ces régimes ne se sont pas bien vendus<sup>35</sup>.

Sur le marché de l'assurance complémentaire du programme américain Medicare (« Medigap »), les polices vendues à des particuliers doivent figurer parmi les dix paquets normalisés<sup>36</sup>. Les objectifs de la normalisation des polices étaient notamment de rendre les produits plus comparables et de limiter les ventes de polices d'assurance-maladie privée faisant double emploi. Avant la mise en œuvre des exigences de normalisation, la vente inutile de polices multiples d'assurance-maladie aux personnes âgées bénéficiant du programme Medicare était un sujet de préoccupation. En fait, on a estimé qu'en 1991 quelque 3 millions de bénéficiaires âgés ont dépensé environ 1.8 milliard de dollars pour souscrire des polices constituant probablement une couverture duplicative (US General Accounting Office, 1994). En 1990, la vente de polices faisant double emploi a été interdite, de même que l'imposition d'exigences de normalisation. Un examen de l'expérience des régimes Medigap dix ans après l'imposition des exigences de normalisation montre que ces exigences ont permis une meilleure compréhension des consommateurs mais qu'elles n'ont pas entraîné une baisse des primes du fait d'une concurrence accrue sur les prix. Le nombre des plaintes reçues par les représentants de l'État au titre du programme Medigap

a diminué et en conséquence les effectifs consacrés à ce marché par les pouvoirs publics ont également diminué (Fox et al., 2003, pp. 132-133). Cela est particulièrement important pour la couverture des populations plus vulnérables, telles que les personnes âgées, pour lesquelles le choix d'un régime maladie peut poser des difficultés particulières.

En résumé, le choix de produits peut fournir aux assureurs un autre moyen de fragmenter le pool d'assurances en l'absence de prestations normalisées, ce qui risque d'avoir un effet préjudiciable. Les assureurs peuvent, par exemple, chercher à éviter les participants qui leur coûtent cher en offrant une couverture généreuse pour certains types de services attractifs pour les personnes à faible risque comme les soins préventifs et en limitant la couverture plus onéreuse dont ont besoin les personnes en moins bonne santé. Ils peuvent également adapter les franchises des polices et les exigences de partage des coûts aux préférences de types spécifiques de personnes (Swartz, 2001, pp. 133-145) de manière à pouvoir segmenter les assurés en fonction du risque, dans la mesure où les personnes à haut risque voudront probablement éviter une participation aux coûts plus importante. Lorsqu'il s'agira de décider de réglementer ou non les prestations offertes par les assureurs de l'assurance-maladie privée, les décideurs devront mettre en balance leur désir de promouvoir un choix plus large, le risque pour les consommateurs d'être dans l'incapacité de faire des comparaisons significatives entre les offres des assureurs et le risque d'affaiblir la solidarité via une segmentation ultérieure du marché par produit.

#### **4.1. Normes en matière de prestations relatives à l'interaction avec la couverture offerte par le programme public**

La plupart des pays de l'OCDE ne restreignent pas le champ ou l'éventail des prestations que peuvent offrir les assureurs de l'assurance-maladie privée. Mais certains pays l'ont fait, en particulier pour orienter l'interaction du marché avec la couverture publique. Une majorité de provinces canadiennes interdisent la couverture par une assurance-maladie privée des soins externes, hospitaliers et dentaires couverts par leurs programmes publics (à l'exception de la couverture pharmaceutique externe). L'Australie n'autorise pas l'assurance-maladie privée à couvrir les services médicaux externes couverts par son programme public. Mais, en Australie, les caisses sont à même d'effectuer un montant illimité de remboursement au-delà du barème fixé par les pouvoirs publics pour des frais médicaux liés aux séjours hospitaliers des patients privés. Aux États-Unis, les régimes de prestations pour la couverture complémentaire et supplémentaire privée offerte aux bénéficiaires individuels du programme Medicare sont normalisés et généralement conçus pour couvrir le partage des coûts dans le programme public, avec différents degrés de générosité en matière de prestations. Les Pays-Bas n'autorisent pas l'assurance-maladie privée à couvrir les services de soins de longue durée et de soins à domicile, lesquels sont couverts par un programme public universel.

En Australie et au Canada, les limitations relatives aux prestations n'ont pas modéré la capacité de l'assurance-maladie privée à couvrir un niveau important de services sur ces marchés. En Australie, notamment, les services hospitaliers d'un coût élevé peuvent être couverts par l'assurance-maladie privée et, en fait, celle-ci couvre un niveau de dépenses de santé analogue à celui de l'Irlande où l'assurance-maladie privée joue un rôle duplicatif similaire. Au Canada, en dépit des larges interdictions auxquelles sont soumises les prestations que peut offrir l'assurance-maladie privée, celle-ci couvre une proportion des dépenses nationales totales de santé parmi les plus importantes de la zone OCDE. Cela peut être attribué au degré considérable de couverture des médicaments par les

compagnies d'assurance-maladie privée et à l'importance du marché de l'assurance de groupe d'employeur.

En Australie, les restrictions en matière de prestations imposées par le gouvernement résultent du désir de promouvoir l'équité de l'accès aux soins et d'éviter la création d'un système à deux vitesses. Mais cette politique n'a pas été étendue aux soins médicaux reçus à l'hôpital ; elle ne traite donc qu'une partie de la couverture et du marché des prestataires. En fait, la politique du gouvernement en matière d'assurance-maladie privée encourage assurément le développement des hôpitaux privés en remboursant les actes des spécialistes effectués dans les hôpitaux privés. Au Canada, l'interdiction des prestations étendues semble résulter du désir d'éviter d'inciter les médecins à sortir du système public ou à facturer aux patients des montants supérieurs à ceux remboursés par le régime public en restreignant la capacité des patients à s'assurer pour de telles facturations. Au Canada, l'interdiction qui frappe l'assurance-maladie privée est associée à l'exigence que les actes effectués par les médecins dans le privé ne puissent être remboursés par le régime public (Flood et Archibald, 2001, pp. 825-830), ce qui est une incitation forte en faveur d'une médecine publique. En conséquence, l'approche du gouvernement canadien a mis les systèmes financés sur fonds publics à l'abri des influences susceptibles de réduire leur universalité.

## 5. Exigences en matière de fourniture d'informations

La complexité des marchés de l'assurance-maladie privée et son impact sur le fonctionnement d'un marché concurrentiel et sur la sensibilisation des consommateurs, est souvent citée comme étant l'un des principaux problèmes rencontrés sur les marchés de l'assurance-maladie privée<sup>37</sup>. En révélant aux souscripteurs les termes et conditions des polices et en leur fournissant un résumé des termes clés dans un langage aisément compréhensible, on peut contribuer largement à l'atténuation de ces problèmes. Si les informations sont présentées sous des formes aisément comparables, les acheteurs seront mieux à même de comparer les produits et les prix et de comprendre les prestations qu'ils achètent. Cela peut également permettre d'éviter que les consommateurs ne prennent conscience des termes moins favorables d'une police que lorsqu'une demande de paiement est rejetée ou soumise à conditions d'une manière inattendue.

En général, les exigences de fourniture d'informations sur l'assurance-maladie privée varient d'un pays de l'OCDE à l'autre : certains ont des exigences ciblées et très spécifiques, d'autres s'en remettent aux pratiques du secteur ou appliquent des normes volontaires (tableau 3.10). La plupart des pays de l'OCDE font obligation aux assureurs d'indiquer aux souscripteurs potentiels les termes et conditions de leurs contrats d'assurance-maladie privée. Dans certains cas, ces termes et conditions résultent d'exigences de fourniture d'information applicables aux assureurs en général. L'Allemagne, l'Australie, les États-Unis et le Portugal ont des exigences en matière de fourniture d'information spécifiquement ciblées sur l'assurance-maladie. Nonobstant, en Australie, les règlements des caisses d'assurance-maladie sont généralement très longs et ne sont pas fournis aux assurés dans leur version intégrale lorsqu'ils souscrivent un contrat d'assurance-maladie privée. Apparemment, il s'agit là d'une exception à la tendance généralement observée dans les autres pays de l'OCDE, où des contrats complets contenant tous les termes additionnels pertinents sont fournis aux souscripteurs.

Tableau 3.10. Exigences en matière de fourniture d'informations

|           | Exigences (établies par les pouvoirs publics) relatives à l'information que les assureurs maladie privés doivent fournir aux acheteurs individuels (avant/après la vente d'une police)   | Incitations gouvernementales pour encourager la fourniture d'information sur le marché de l'AMP   | Organismes gouvernementaux fournissant des brochures d'information (un site web ou tout autre mécanisme) pour expliquer aux consommateurs leurs options en matière d'AMP   | Exigences relatives aux informations que les assureurs doivent fournir aux employeurs/acheteurs de polices de groupe | Organisme gouvernemental de surveillance <sup>1</sup> des assureurs maladie privés  |
|-----------|--|---|--|--|---|
| Australie | Les caisses d'assurance-maladie doivent prendre des mesures raisonnables pour notifier à chaque cotisant concerné, et avant leur entrée en vigueur, les changements apportés au règlement des dites caisses ; exigences du Trade Practices Act de 1974 en matière de fourniture d'information sur les produits. Les pouvoirs publics et le secteur ont élaboré un modèle de guide volontaire décrivant les principales caractéristiques de l'AMP et désormais la grande majorité des caisses proposent un tel guide.   | Le gouvernement a proposé que le secteur de l'assurance élabore un code de conduite volontaire pour régir la fourniture d'informations aux consommateurs. Le gouvernement est disposé à réglementer dans ce domaine si un code volontaire national n'est pas mis en œuvre d'ici la fin de l'année 2004. | Brochures sur les réformes de l'assurance-maladie privée effectuées par l'État .<br>Charte à l'intention des patients privés des hôpitaux.<br>Brochure d'information sur le délai d'attente en cas de maladie préexistante dans l'assurance-maladie privée.<br>Site web du gouvernement : <a href="http://www.health.gov.au">www.health.gov.au</a> .<br>Autres organisations aidant les consommateurs dans ce domaine :<br>PHIAC <sup>2</sup><br>PHIO <sup>3</sup> | Aucune   | DOH : A la responsabilité primaire de la surveillance des caisses d'assurance-maladie.<br>PHIAC : Supervise les opérations financières et les détails de l'adhésion des compagnies d'assurance-maladie.<br>PHIO : Gère le règlement des litiges et des plaintes à l'encontre des caisses d'assurance-maladie. |
| Autriche  | Non  | Non   | Non  | Non  | Autorité des marchés financiers.  |
| Canada    | Aucune   | Aucune  | Aucune   | Aucune   | OSFI <sup>4</sup>   |
| Allemagne | Des exigences types de fourniture d'information existent pour toutes les catégories d'assurances, en particulier pour celles relatives à l'assurance-maladie (substitutive).<br>Exigences pré-contractuelles : les assureurs doivent fournir une fiche d'information expliquant les différents principes sur lesquels reposent les systèmes publics et privés d'assurance-maladie ;<br>Exigences contractuelles : les titulaires de polices âgés de plus de 60 ans doivent être bien conscients que les tarifs incluent des catégories de prestations identiques à celles des termes contrats convenus antérieurement <sup>5</sup> . | Si l'assureur ne fournit pas au consommateur les informations exigées par la loi, le titulaire de la police est en droit de contester le contrat.   | Fiche d'information officielle de l'autorité de surveillance :<br>site web – <a href="http://www.bav.bund.de/de/fuer-verbraucher/faq">www.bav.bund.de/de/fuer-verbraucher/faq</a> .  | Les exigences sont les mêmes pour les acheteurs de polices individuelles et pour les acheteurs de polices de groupe. | FSA <sup>6</sup>  |
| Irlande   |  |   |  |  |   |
| Pays-Bas  | Aucune   | Aucune  | Aucune   | Aucune   | MOF, MOH  |
| Mexique   | Article 36 de la loi sur les assurances. Les ISES (compagnies d'assurance-maladie spécialisées) doivent remettre une brochure d'information au titulaire de la police en plus de la police.  | Aucune  | CONDUSEF <sup>7</sup> (travaille actuellement à l'élaboration d'une page web).   | Oui  |   |

Tableau 3.10. Exigences en matière de fourniture d'informations (suite)

|                     | Exigences (établies par les pouvoirs publics) relatives à l'information que les assureurs maladie privés doivent fournir aux acheteurs individuels (avant/après la vente d'une police)  | Incitations gouvernementales pour encourager la fourniture d'information sur le marché de l'AMP  | Organismes gouvernementaux fournissant des brochures d'information (un site web ou tout autre mécanisme) pour expliquer aux consommateurs leurs options en matière d'AMP | Exigences relatives aux informations que les assureurs doivent fournir aux employeurs/acheteurs de polices de groupe  | Organisme gouvernemental de surveillance <sup>1</sup> des assureurs maladie privés  |
|---------------------|---|--|--|---|---|
| Pologne             | Les termes généraux du contrat d'assurance doivent être fournis volontairement par la compagnie d'assurance avant la conclusion du contrat.   | Aucune   | Bureau du médiateur des assurés.   | Aucune  | La Commission de surveillance des caisses d'assurance et de retraite ne supervise que les compagnies d'assurance. Les autres entités privées offrant une couverture maladie privée échappent à la juridiction de la Commission. |
| Portugal            | Toutes les conditions doivent être rédigées clairement et être parfaitement intelligibles. En outre, il existe des clauses particulières lorsque l'acceptation est conditionnée à un examen médical <sup>8</sup> . Il existe également des exigences spécifiques qui sont fonction du type de contrat : contrats renouvelables <sup>9</sup> et contrats de longue durée <sup>10</sup> . | Aucune   | Aucune   | Outre les exigences applicables aux polices individuelles, la police doit également indiquer clairement les droits et les obligations du titulaire de la police, de l'assuré, du bénéficiaire et de l'assureur, la date à laquelle le contrat prendra effet et la durée du contrat. |   |
| République slovaque | Aucune  | Aucune   | Aucune   | Aucune  | Aucune  |
| Espagne             | Aucune exigence spécifique pour l'assurance-maladie. Toutefois, les dispositions de l'assurance générale, comme celles de la loi sur les contrats d'assurances spécifiant le contenu minimum des polices, c'est-à-dire spécifiant les dates des contrats, etc., s'appliquent.   | Aucune   | Aucune   | Aucune exigence spécifique pour l'assurance-maladie. Mais les exigences générales spécifient que les informations peuvent parvenir à l'assuré soit directement par l'assureur soit <i>via</i> le détenteur de la police, selon l'accord.  | Ministère de l'Économie ; directeur général des caisses d'assurance et de retraite. Si l'assureur offre des « prestations en nature », un rapport du ministère de la Santé est exigé.   |
| Suisse              | Aucune  | Aucune   | Aucune   | Aucune  | Office fédéral des Assurances privées, Département fédéral de Justice et de Police, pour l'assurance complémentaire.  |
| Royaume-Uni         | Aucune  | Oui, des exigences de ce type sont appliquées aux membres de l'Association des assureurs britanniques. Les « codes de pratiques » sont une condition de l'adhésion. Certaines exigences de ce type deviendront applicables <i>via</i> le Conseil général des normes en matière d'assurances (General Insurance Standards Council). | Aucune   | Aucune  | Aucune  |

Tableau 3.10. Exigences en matière de fourniture d'informations (suite)

|            | Exigences (établies par les pouvoirs publics) relatives à l'information que les assureurs maladie privés doivent fournir aux acheteurs individuels (avant/après la vente d'une police) | Incitations gouvernementales pour encourager la fourniture d'information sur le marché de l'AMP | Organismes gouvernementaux fournissant des brochures d'information (un site web ou tout autre mécanisme) pour expliquer aux consommateurs leurs options en matière d'AMP | Exigences relatives aux informations que les assureurs doivent fournir aux employeurs/acheteurs de polices de groupe  | Organisme gouvernemental de surveillance <sup>1</sup> des assureurs maladie privés   |
|------------|--|---|--|---|--|
| États-Unis | Variet d'un État à l'autre.  | Aucune  | Les ministères de l'Assurance d'un grand nombre d'États publient des guides à l'intention des acheteurs.   | Les lois des États varient mais la plupart exigent la fourniture de documents telle qu'une description résumée du régime, des preuves de l'existence d'une couverture, des formulaires de demande, etc. | Oui, les ministères de l'Assurance des États, les ministères de la Santé de certains États ; juridiction limitée pour le ministère de la Santé et des Services humains (DHHS), le ministère du Travail (DOL) et le ministère des Finances. |

1. A autorité pour demander et recevoir des informations des compagnies d'assurance-maladie ou d'autres entités privées offrant une couverture maladie privée.
2. Private Health Insurance Administration Council.
3. Private Health Insurance Ombudsman.
4. Office of the Superintendent of Financial Institutions.
5. Tous les détails sont précisés dans la Loi 10 a section 1 VAD.
6. Financial Supervisory Authority
7. La Commission nationale pour la protection et la défense des utilisateurs des services financiers (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros – CONDUSEF) est un organisme public décentralisé dont l'objectif est de promouvoir, conseiller, protéger et défendre les droits et les intérêts des personnes qui utilisent un produit ou un service financier proposé par les institutions financières opérant sur le territoire mexicain, dans le but de créer mais aussi de promouvoir parmi les utilisateurs une culture adéquate concernant lesdits services et lesdites opérations financières.
8. Avant de procéder à l'examen, l'entreprise d'assurance fournira au candidat les informations suivantes : une liste exhaustive des examens médicaux, tests et analyses à effectuer ; les entités qui peuvent ou doivent effectuer lesdits actes cliniques ; lui indiquer si les coûts de ces actes doivent être ou non supportés par l'entreprise d'assurance et, si tel est le cas, comment l'argent sera remboursé ; les circonstances dans lesquelles, le cas échéant, l'entreprise d'assurance est en droit de demander le remboursement des frais qu'elle a encourus ou de refuser de régler les frais d'un candidat à l'assurance et l'entité à laquelle les résultats ou les comptes-rendus des actes cliniques devront être envoyés.
9. Le contrat doit indiquer que l'assureur garantit uniquement les remboursements acceptés pendant la durée du contrat et les modalités de la compensation si le contrat n'est pas renouvelé.
10. En plus de ce qui précède, le contrat doit également indiquer les modalités de l'extinction du droit à la garantie de l'extension de la garantie au-delà du terme du contrat et de l'ajustement des primes.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

Dans certains cas, les exigences de fourniture d'information sont ciblées sur des aspects spécifiques des pratiques des assureurs-maladie, en particulier lorsqu'il y a eu un précédent ou lorsqu'il existe un risque de confusion pour les consommateurs. À titre d'exemple, les consommateurs australiens ont fait part de leurs préoccupations concernant la qualité de l'information fournie sur les produits de l'assurance-maladie privée aux points de vente et d'utilisation et sur la vente de produits non pertinents pour l'acheteur. Plusieurs initiatives des pouvoirs publics et du secteur ont cherché à améliorer l'information liée aux caisses d'assurance-maladie. Ainsi, les publications que diffusent les caisses, les prestataires et le médiateur de l'assurance-maladie privée fournissent des informations conçues pour aider les consommateurs à prendre des décisions relatives à l'assurance-maladie privée en Australie. Les caisses doivent également notifier aux assurés tous changements affectant les régimes de prestations des caisses avant leur entrée en vigueur. En Australie, toutefois, le médiateur de l'assurance-maladie privée publie également plusieurs brochures sur des domaines spécifiques de la couverture d'assurance-maladie telles que les règles relatives aux maladies préexistantes. Certains s'inquiètent également que les consommateurs ne soient pas très informés de la possibilité d'avoir à supporter le coût du ticket modérateur (« medical gap »). Pour répondre à cette inquiétude, l'Australie impose désormais à toutes les caisses de proposer une police n'incluant pas l'éventualité de coûts non prévus dus aux différences entre les coûts et charges encourus et les montants remboursés par le régime public et par les assureurs (police « no gap »)<sup>38</sup>. Le gouvernement publie également une brochure sur la question et sur plusieurs autres domaines liés aux politiques en matière d'assurance-maladie privée. Le Portugal impose des exigences spécifiques de fourniture d'information aux assureurs-maladie qui conditionnent l'acceptation d'un candidat à l'assurance aux résultats d'un examen médical.

Dans certains cas, les exigences particulières de fourniture d'information varient selon le rôle joué par l'assurance-maladie privée. En Allemagne, dans le cas d'une couverture substitutive, l'assureur doit fournir une fiche d'information sur les différences entre couverture publique et couverture privée et les pouvoirs publics ont rédigé une fiche d'information officielle sur la question, qui est disponible sur leur site web.

En Irlande, la fourniture d'information a été influencée par l'existence sur ce marché d'un assureur unique, VHI, et l'arrivée relativement récente d'un nouveau venu. L'assureur dominant offre, de manière générale, un nombre limité de produits et son tout nouveau concurrent offre des produits analogues. Chaque assureur distribue une information résumée sur ses produits. Un examen a montré qu'en Irlande peu de consommateurs comprennent dans le détail leurs régimes d'assurance-maladie ; les demandeurs et les personnes âgées sont plus au fait du détail des modalités de leur régime. Nonobstant, la plupart des consommateurs se déclarent satisfaits de leur niveau de compréhension de leur assurance-maladie privée (Amarach Consulting, 2003, pp. 27-31).

Une meilleure compréhension par les consommateurs de leur couverture en matière de dépenses de santé implique un effort important et ciblé. Aux États-Unis, l'État du New Jersey s'est lancé récemment dans une initiative concertée d'amélioration de l'information disponible sur les régimes d'assurance-maladie. Le gouverneur de l'État a dégagé des moyens pour une action de formation sur l'assurance-maladie ; un numéro vert a été mis en place ; un guide comparant les différentes primes a été élaboré à l'intention des acheteurs ; un site web a été créé et divers autres efforts de vulgarisation ont été entrepris. S'il existe sur ce marché une concurrence par les prix, les intéressés semblent encore mal comprendre la

couverture dont ils bénéficient, et ce plusieurs années après la mise en œuvre des réformes et les efforts d'information qui l'ont accompagnée. Cette expérience témoigne de la difficulté persistante d'aider les consommateurs à comprendre les options qui leur sont offertes en matière d'assurance-maladie (Garnick et Swartz, 1999, pp. 456-470).

## 6. Normes de qualité

La plupart des pays de l'OCDE imposent peu, voire aucune, exigence à leurs assureurs-maladie concernant la qualité des soins qu'ils financent (tableau 3.11). Les exigences relatives à la qualité ont été de tout temps du ressort de l'autorégulation professionnelle, au même titre que les normes imposées aux prestataires par les pouvoirs publics ; d'où l'application conjuguée de normes imposées par les pouvoirs publics et de normes professionnelles volontaires. Cette approche, axée sur les prestataires plutôt que sur les organismes de financement des systèmes de santé, est cohérente avec l'implication limitée des assureurs-maladie dans les décisions relatives aux prestations de soins dans la plupart mais pas dans tous les pays de l'OCDE.

Les États-Unis, où les assureurs, en particulier les entreprises de « soins gérés », ont été plus impliqués dans l'orientation et la surveillance de certains aspects de l'offre de soins, constituent l'exception la plus notable à cette tendance. Dans un petit nombre d'autres pays, une minorité d'assureurs se sont impliqués dans la qualité des services qu'ils financent, élaborant des mesures du résultat clinique et des normes de qualité pour les prestataires sous contrat. En conséquence, aux États-Unis, les autorités de régulation ont jugé approprié d'aborder certains aspects de l'implication des assureurs privés dans la qualité des soins. De nombreux États imposent, par exemple, aux assureurs d'accréditer les prestataires participants, ce qui implique bien souvent de vérifier qu'ils se conforment à certaines exigences professionnelles. En outre, il existe des normes relatives aux délais et à l'expertise des assureurs qui exigent l'approbation préalable de certains services, tels que les services d'hospitalisation. Ces normes exigent bien souvent une grande rapidité d'exécution pour les décisions impliquant des soins urgents et imposent également un calendrier de prise de décisions ; bien souvent, elles spécifient également un type requis d'expertise pour les décideurs. Ces interventions réglementaires résultent du lien existant entre les activités de certains types d'assureurs-maladie, la prestation des soins de santé et leur qualité.

Les pratiques des régimes de soins gérés qui sont directement liées aux décisions relatives à la prestation de soins, en particulier les exigences d'approbation préalable pour l'hospitalisation et certains services de soins, mais aussi les restrictions du choix des prestataires, ont été parmi les principales causes des réactions défavorables des prestataires et des consommateurs à ces régimes observées entre le milieu et la fin des années 90 aux États-Unis. De nombreux régimes ont réexaminé l'efficacité et les économies générées par certaines de leurs activités de gestion de l'utilisation et apporté certaines modifications au champ d'application ou aux exigences de ces régimes. À titre d'exemple, une enquête réalisée sur les régimes de soins gérés aux États-Unis a montré que 44 % d'entre eux ont modifié de manière importante leurs activités de gestion de l'utilisation depuis 1998, assouplissant et renforçant à la fois certains contrôles. Les changements les plus courants ont consisté à supprimer les exigences d'approbation préalable pour les admissions dans les hôpitaux et pour certaines procédures en ambulatoire ainsi que pour l'orientation vers des spécialistes. Dans le même temps, de nombreux régimes ont associé à ces changements des exigences renforcées d'examen



Tableau 3.11. Normes imposées aux assureurs concernant la qualité des soins financés par l'assurance-maladie privée

|                     | Normes concernant la qualité des soins fournis aux assurés de l'AMP   | Réglementation de l'approbation préalable des services de soins par les assureurs de l'AMP   | Réglementation du suivi par les assureurs de l'AMP de la qualité des soins dispensés par les prestataires sous contrat     | Normes relatives à la qualité des soins pour les HMO et les régimes de soins gérés | Mesures de la performance établies par les pouvoirs publics et se rapportant à la qualité des soins financés par l'AMP  | Mesures de la performance non établies par les pouvoirs publics et se rapportant à la qualité des soins financés par l'AMP |
|---------------------|---|--|--|--|---|--|
| Australie           | Oui. La Conférence australienne des ministres de la Santé et le Conseil australien pour la sécurité et la qualité des soins surveillent la qualité du système de santé australien. En 1999, le comité national des performances en matière de santé a été créé pour élaborer et maintenir un cadre national de mesure de la performance pour l'amélioration du système de santé. Dans le secteur privé, le Comité pour la qualité et la sécurité de l'industrie privée de la santé a élaboré des dispositifs d'évaluation de la qualité dans les hôpitaux privés. | Non, en général, les caisses d'assurance-maladie ne fournissent pas une approbation préalable des services de soins ; elles ne déterminent pas non plus si les soins sont nécessaires d'un point de vue médical, excepté dans le cas d'un membre qui n'est pas couvert pour un traitement relatif à une maladie préexistante (s'applique dans les 12 premiers mois de la police) ; dans ce cas, le praticien de la caisse décidera si la maladie était préexistante. | Les prestataires doivent avoir un numéro de prestataire hospitalier délivré par l'administration de l'État/ du Territoire. | Non  | Oui, en cours : les pouvoirs publics travaillent avec le secteur de l'assurance à l'élaboration de repères nationaux de performances pour les caisses d'assurance-maladie. Possibilité d'y inclure les plaintes, la population couverte, les prestations versées et les frais de gestion. | Non  |
| Autriche            | Non   | Non  | Non  | Non  | Non   | Non  |
| Canada              | Non   | Non  | Non  | Non  | Non   | Non  |
| Allemagne           | Non   | Non  | Non  | Non  | Non   | Non  |
| Irlande             | Non   | Non, mais des délais d'attente spécifiques sont fixés concernant la couverture de conditions préexistantes.  | Non, mais les prestataires doivent se conformer aux normes relatives aux services fournis et à la qualité de l'hôtellerie. | Non  | Oui, certains hôpitaux publics pratiquent un système d'agrément et une action de formation médicale et de perfectionnement des médecins et des consultants dans le système public (cette dernière est menée également dans le système privé).   | Oui, certains hôpitaux privés pratiquent également un système d'agrément.  |
| Mexique             | Oui   | Oui, établie par le ministère de la Santé avec obligation d'en aviser la Commission de la Sûreté nationale.  | Oui, une autorisation correspondante doit être accordée par le Conseil général de la Santé.                                | Non  | Oui   | Non  |
| Pays-Bas            | Non   | Non  | Non  | Non  | Non   | Non  |
| Pologne             | Non   | Non  | Non  | Non  | Non   | Non  |
| Portugal            | Non   | Non  | Non  | Non  | Non   | Non  |
| République slovaque | Non   | n.d.   | n.d.   | n.d.   | n.d.  | n.d.   |

Tableau 3.11. Normes imposées aux assureurs concernant la qualité des soins financés par l'assurance-maladie privée (suite)

|             | Normes concernant la qualité des soins fournis aux assurés de l'AMP   | Réglementation de l'approbation préalable des services de soins par les assureurs de l'AMP   | Réglementation du suivi par les assureurs de l'AMP de la qualité des soins dispensés par les prestataires sous contrat | Normes relatives à la qualité des soins pour les HMO et les régimes de soins gérés | Mesures de la performance établies par les pouvoirs publics et se rapportant à la qualité des soins financés par l'AMP | Mesures de la performance non établies par les pouvoirs publics et se rapportant à la qualité des soins financés par l'AMP  |
|-------------|---|--|--|--|--|---|
| Espagne     | Il n'existe pas de normes des assureurs ; Oui normes de qualité applicables à la fois aux prestataires publics et aux prestataires privés de soins de santé.  |  | n.d.   | n.d.   | n.d.   | n.d.  |
| Suisse      | Non   | Non  | Non  | Non  | Non  | Non   |
| Royaume-Uni | Non, mais les installations des prestataires utilisées par des patients ayant une assurance privée doivent se conformer aux normes de soins statutaires, politique que soutiennent fermement les assureurs. | Non, les assureurs ont commencé à négocier avec les professionnels de la santé et avec d'autres catégories des filières de soins privilégiées, et à incorporer des codes pratiques similaires dans leurs accords non contractuels avec les prestataires. | Non, mais les assureurs ont élaboré leurs propres normes d'agrément.   | n.d.   | n.d. mais les dispositions générales de protection des consommateurs s'appliquent aux « performances » des assureurs.  | Non, mais certains assureurs contrôlent les « résultats » des prestataires utilisés et le degré de satisfaction des consommateurs.  |
| États-Unis  | Oui   | Oui, varie d'un État à l'autre mais, en général, il est d'abord fait appel aux professionnels de la médecine, puis à un spécialiste. En général, les décisions d'utilisation doivent être prises en deux jours.  | Oui, il existe des normes spécifiques pour la vérification des états de services des prestataires.                     | Pas de réponse.  | Non  | Oui, certaines organisations privées établissent des normes volontaires pour la qualité des régimes maladie. Le régime doit se conformer à ces normes pour obtenir l'agrément de l'organisation. Certains États considèrent les régimes maladie certifiés comme se conformant aux normes de l'État. |

n.d. non disponible.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

pour des procédures spécifiées, et élargi ou affiné les programmes de gestion des soins thérapeutiques (Felt-Lisk et Mays, 2002, pp. 211-213). Toutefois, dans la mesure où les régimes de soins gérés conservent des procédures directement liées à la qualité des soins, comme l'examen de leur utilisation, les normes applicables à l'activité de l'assureur dans ce domaine semblent être appropriées. La conjugaison de normes d'agrément par les pouvoirs publics et de normes d'agrément volontaire représente l'état actuel de surveillance du régime de soins gérés et des efforts de réglementation aux États-Unis.

### Encadré 3.2. Efforts volontaires d'encouragement de la qualité des soins

Aux États-Unis, plusieurs organismes d'agrément volontaire surveillent les performances en termes de qualité des régimes de santé. Il s'agit notamment du National Committee on Quality Assurance (NCQA) et de la Utilization Review Accreditation Commission (URAC). Certains États ont intégré les processus d'examen de ces organismes dans leur législation. Dans ce cas, l'administration de l'État exerce une certaine fonction de surveillance mais s'en remet largement aux examens effectués par ces entités extérieures. Certaines administrations se sont également efforcées de préparer de fiches de rapport comparant les performances des régimes (voir la fiche de rapport du NCQA sur les régimes de santé).

## 7. Incitations fiscales ou monétaires relatives à l'assurance-maladie privée

En plus, ou en lieu et place d'une régulation directe d'un marché de l'assurance, un gouvernement peut vouloir orienter ou façonner le marché de l'assurance-maladie privée en offrant certaines incitations fiscales. Par exemple, en accordant certains avantages fiscaux, il peut régler partiellement les préoccupations concernant l'abordabilité et donc l'accès. En outre, les incitations ciblées sur une partie du marché, comme le marché de groupe d'employeur, peuvent influencer l'orientation générale, la forme et la taille d'un marché de l'assurance-maladie privée, comme cela a été le cas aux États-Unis pour les incitations fiscales à l'assurance-maladie financée par l'employeur (Joint Economic Committee, 2003). Toutefois, les incitations fiscales peuvent coûter cher et les pouvoirs publics peuvent choisir de ne pas y recourir s'ils jugent que le coût de ces mesures est supérieur à leurs avantages. Cela peut être particulièrement vrai dans les pays où le marché de l'assurance-maladie privée étant étroit la pertinence d'une telle politique est minime. Nonobstant, la moitié au moins des pays de l'OCDE a choisi de faire bénéficier les particuliers ou les employeurs de toute une série de mesures incitatives et d'aides pour les encourager à souscrire une assurance-maladie privée. Au moins quinze pays de l'OCDE (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique<sup>39</sup>, Canada, Espagne, États-Unis, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Mexique, Pays-Bas et Portugal) accordent un certain type d'incitations fiscales aux personnes qui souscrivent une assurance-maladie privée (tableau 3.12). Ces incitations peuvent être très importantes comme en Australie (abattement fiscal de 30 % sur le montant de la prime) ou moins importantes (les primes de l'assurance-maladie privée sont déductibles de l'impôt sur le revenu). La déductibilité des primes du revenu imposable constitue la forme la plus courante d'incitation offerte aux souscripteurs, bien que certains pays, comme l'Allemagne, l'Autriche, la Grèce, l'Italie et le Luxembourg, limitent le montant déductible ou le type de police ouvrant droit à une déductibilité. Le Portugal accorde des réductions directes du

Tableau 3.12. **Incitations fiscales ou monétaires**

| Incitations fiscales pour les souscripteurs d'une AMP |   |
|---|---|
| Australie   | Ristourne de prime de 30 % accordée aux souscripteurs individuels d'une assurance-maladie privée. Supplément frappant le revenu imposable des personnes à haut revenu qui ne souscrivent pas une assurance-maladie privée (Medicare Levy Surcharge) <sup>1</sup> .  |
| Autriche  | Les célibataires (avec un plafond de déductibilité et jusqu'à un certain seuil de revenu) et les ménages à revenu unique (dans certaines limites) peuvent déduire de leur revenu imposable 25 % des primes de l'assurance-maladie privée. Les entreprises peuvent déduire de leur impôt les primes payées par l'employeur (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).  |
| Belgique  | Les travailleurs indépendants peuvent déduire de leur revenu imposable les primes correspondant à une assurance-maladie privée à fonction substitutive. Les entreprises peuvent déduire de leur impôt les primes payées par l'employeur (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).  |
| Canada  | Crédits d'impôts, abattements, déductions et exclusions.  |
| Danemark  | Les entreprises peuvent déduire de leur impôt les primes payées par l'employeur (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).  |
| Finlande  | Aucune (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).   |
| France  | Les salariés peuvent déduire de leur revenu imposable le montant des primes d'AMP payées par l'employeur (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).   |
| Allemagne   | Les primes de l'assurance-maladie privée et les cotisations au titre de l'assurance sociale sont déductibles dans une certaine limite. Les dépenses de santé qui n'ont pas été couvertes par l'entreprise d'assurance peuvent être déduites à hauteur d'un montant maximum qui dépend du revenu. (Pour les personnes nées après 1957, les cotisations à un régime volontaire de soins infirmiers bénéficient d'un montant maximum de déduction supplémentaire de 184 €).  |
| Grèce   | Les primes de l'assurance-maladie privée sont déductibles du revenu imposable jusqu'à concurrence d'un plafond de déductibilité de 587 € par an.  |
| Irlande   | Abattements d'impôts : applicables à tous les contribuables, déduits par les assureurs au taux d'imposition standard, limités aux primes d'assurance-maladie pour les entreprises d'assurance-maladie dûment enregistrées. Un dégrèvement fiscal est également accordé, au taux marginal supérieur, pour les dépenses médicales au titre du ticket modérateur non couvertes par l'AMP. Ristournes : si elles ne sont pas réclamées sous la forme d'un abattement d'impôt. À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2004, les employeurs sont tenus de payer des charges sociales sur un large éventail de prestations en nature accordées à leurs salariés, notamment sur les primes d'assurance-maladie payées par l'employeur.   |
| Italie  | Pour les polices commerciales de groupe et pour toutes les polices (de groupe et individuelles) souscrites auprès de mutuelles, les primes de l'assurance-maladie privée sont déductibles du revenu imposable au taux d'imposition standard jusqu'à concurrence d'un plafond de 1250 € (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).   |
| Luxembourg  | Les particuliers peuvent déduire les primes d'une AMP souscrite auprès d'une mutuelle de leur revenu imposable jusqu'à concurrence d'un plafond (plafond applicable à toutes les primes d'assurances) (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91).  |
| Mexique   | Abattements d'impôts : le montant de l'abattement est égal au montant de la prime ; il n'y a ni limitation ni exigences supplémentaires.  |
| Pays-Bas  | Crédits d'impôt : crédit d'impôt pour les personnes handicapées de moins de 65 ans. Le montant du crédit est déduit de l'impôt que les personnes relevant de la loi Wajong doivent payer : 500 € en 2002. Abattements d'impôts : les coûts directement liés à une maladie ou à une invalidité sont déductibles de l'impôt sur le revenu. Pour devenir déductibles, ils doivent dépasser un certain seuil (11.2 % du revenu avec un maximum de 5 594 € en 2002). Les primes pour invalidité (professionnelle) privée sont déductibles.   |
| Portugal  | Abattements d'impôts (déduction de l'impôt à payer et non pas du revenu imposable) (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91) : 25 % du montant des primes avec une limite de 71.75 € pour les célibataires, de 143.50 € pour les personnes mariées et de 35.88 € supplémentaires par enfant.  |
| République slovaque                                   | Aucune disposition.   |
| Espagne   | Les primes d'assurances ne sont pas imposables (pour tous les souscripteurs de polices). Employés/travailleurs (impôt sur le revenu) : les primes ou quotas payés par les entreprises aux compagnies d'assurance ne sont pas considérés comme des gains en nature dans une certaine limite fixée à 360.61 € par an pour une personne seule et 1 202.02 € par an si l'assurance englobe le conjoint ou les personnes à charge. L'excédent est considéré constituer un revenu en nature. Employeurs : (impôt sur les sociétés) les primes payées sont considérées comme des dépenses déductibles. Si le contribuable (dans les activités commerciales) est l'assuré (impôt sur le revenu), le montant de la prime est déductible dans le régime d'estimation directe selon les mêmes modalités que pour l'impôt sur les sociétés. |
| Royaume-Uni   | Aucune incitation pour les particuliers comme pour les entreprises (depuis 1997) (Mossialos et Thomson, 2002, tableau 16, p. 91), bien que les entreprises puissent déduire les primes de leur bénéfice imposable.  |
| États-Unis  | Crédit d'impôt : 60 % de la prime applicable aux personnes déplacées sur les produits d'assurance-maladie qualifiés (les assureurs-maladie doivent être titulaires d'une licence). Abattement d'impôt, déductions ou exclusions : déductibilité à 100 % pour les employeurs et les employés pour des polices d'assurance groupe ; 85 % pour les travailleurs indépendants ; les autres dépenses de santé (y compris les primes) peuvent être déduites si elles dépassent un certain seuil de revenu.  |

1. Le système MLS (Medical Levy Surcharge) a été introduit en 1997 pour encourager les personnes à haut revenu à souscrire une assurance-maladie privée et alléger un peu la charge du système hospitalier public. Ce supplément s'ajoute au montant obligatoire de payer au titre du programme Medicare.

Source : Sauf mention contraire, Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

montant d'impôt à payer plutôt qu'une réduction du revenu imposable, mais cette réduction est limitée à 25 % des primes ou à un montant fixe (qui varie selon la taille de la famille). Les Pays-Bas et les États-Unis (pour leur marché individuel uniquement) limitent, en outre, les déductions d'impôts aux dépenses de santé excédant un certain seuil de revenu et incluent les primes dans les coûts déductibles. Au moins huit pays de l'OCDE (Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Irlande et Italie) incitent fortement les employeurs à offrir une assurance-maladie en sortant du résultat les cotisations patronales au titre de la couverture des dépenses de santé de leurs salariés (du moins jusqu'à concurrence d'un montant maximum, comme en Espagne) pour le calcul de la taxe sur les salaires, de l'impôt fédéral et de l'impôt des États (Custer, 1999, pp. 13-26). Peut-être plus importante encore est la question de savoir si les salariés sont imposables sur les primes acquittées par leur employeur. Dans plusieurs pays, les salariés ne sont pas imposés sur ces primes, ce qui rend la prestation particulièrement attractive pour eux et donc les encourage à en bénéficier ; ces pays sont notamment l'Espagne (dans une certaine limite), les États-Unis et la France. Au Royaume-Uni, les cotisations sont déductibles pour l'employeur mais la prestation générée par la prime peut être imposée au niveau du salarié au même titre qu'un salaire.

### **7.1. Impact des incitations fiscales liées à l'assurance-maladie privée**

***Pour décider de la mise en place ou de la poursuite de ces mesures incitatives, les pays doivent mettre en balance le coût des avantages fiscaux liés à l'assurance-maladie privée et leurs avantages***

Dans certains pays, les coûts et les avantages des avantages fiscaux liés à l'assurance-maladie privée ont alimenté un vaste débat. Il est difficile d'évaluer l'impact des mesures incitatives sur la souscription d'assurances dans la mesure où le fait de souscrire une assurance dépend non seulement de l'élasticité-prix de la demande mais aussi de la réactivité à d'autres facteurs tels que la qualité perçue de l'assurance, publique et privée. En outre, les avantages fiscaux, en particulier lorsqu'ils sont importants, ont des coûts d'opportunité et ont souvent un impact régressif sur le financement des dépenses de santé.

L'expérience des États-Unis souligne à la fois l'impact des aides fiscales dans le développement d'un marché de l'assurance-maladie privée mais aussi leur coût potentiel si l'assurance-maladie privée tient lieu de source de couverture primaire pour la majorité de la population. Aux États-Unis, le fait que les prestations maladie ne soient pas imposables pour l'employeur a soutenu le marché de la couverture maladie privée qui a fortement progressé au sein du marché de groupe entre les années 40 et la fin des années 80. Le marché de la couverture par l'employeur est la source primaire de couverture des américains non âgés (90 % de la population non âgée ayant une assurance-maladie privée l'a acquise en 2000 par le biais de régimes fondés sur l'emploi)<sup>40</sup>. Certains éléments donnent à penser que la sensibilité de la demande au prix est relativement faible, même lorsque des subventions importantes à caractère fiscal sont proposées aux salariés (Gruber et Washington, 2003). Inversement, on estime que la suppression de la subvention entraînerait une perte de couverture pour environ 16.5 millions de personnes (20 millions de personnes n'auraient plus d'assurance fondée sur l'emploi mais 3.5 millions en souscriraient une sur le marché individuel) (Custer, 1999, pp. 13-17).

Mais le coût de cette influence est élevé. Pour le gouvernement fédéral, l'exonération d'impôt constitue le principal manque à gagner ; pour l'année 1999, ce manque à gagner a été estimé à 76.2 milliards de dollars. Certains arguent également que la préférence fiscale est régressive en ce sens qu'elle profite aux personnes à haut revenu car, du fait de la

progressivité de l'impôt, la valeur potentielle de la déduction augmente avec le revenu. Toutefois, une autre analyse suggère que les personnes à faible revenu et celles dont l'état de santé est médiocre en profitent de manière disproportionnée car autrement elles pourraient demeurer sans aucune assurance (*op. cit.*, pp. 13-14).

La déductibilité fiscale de l'assurance-maladie pour l'employeur peut également avoir un impact important dans les systèmes ayant une couverture publique primaire universelle. Au Canada, les cotisations patronales aux régimes d'assurance-maladie sont déductibles de la base imposable de l'employeur (elles ne sont pas non plus imposables pour les particuliers) au titre de l'impôt fédéral mais aussi de l'impôt de la plupart des provinces. Entre autres prestations, l'assurance-maladie privée couvre les médicaments délivrés sur ordonnance en dehors de l'hôpital, les soins dentaires et le coût des chambres d'hôpital à un ou deux lits. On a constaté que les subventions à caractère fiscal ont un impact important sur la demande d'assurance-maladie privée et l'on estime que leur suppression entraînerait une baisse de 20 % des niveaux de l'assurance-maladie complémentaire (Stabile, 2001, pp. 941-942).

Dans certains pays européens, la présence d'un important marché de l'assurance-maladie privée de groupe d'employeur est parfois corrélée à l'existence d'avantages fiscaux pour les employeurs offrant une couverture d'assurance-maladie privée ou pour les salariés par rapport aux cotisations patronales. Au Danemark, par exemple, où l'assurance de groupe représente au minimum 75 % des polices souscrites, sinon plus, le gouvernement autorise les employeurs à déduire le coût des primes de leur impôt à payer. En Suède, l'immense majorité (90 %) du petit marché de l'assurance-maladie privée représente des polices de groupe et les salariés peuvent déduire de leurs coûts les primes acquittées par l'employeur (Mossialos et Thomson, 2002). En Belgique, plus de 60 % des polices commerciales d'assurance-maladie privée sont offertes par l'employeur qui bénéficie également d'avantages fiscaux. L'Autriche et l'Espagne accordent également des avantages fiscaux aux employeurs offrant une assurance-maladie privée mais leur marché de groupe est de taille plus modeste (21 % à 15-18 %, respectivement) [Questionnaire statistique de l'OCDE sur l'assurance-maladie privée, données 2000 (Autriche), données 1998 (Espagne), et Mossialos et Thomson (2002)].

En Irlande, en cas de couverture duplicative, la faculté pour les particuliers de déduire de leur impôt leurs primes d'assurance-maladie a été limitée au taux standard d'imposition afin d'améliorer l'équité de cet avantage fiscal qui auparavant était accordé aux taux marginaux d'imposition<sup>41</sup>. Aucune modification du traitement fiscal de l'assurance-maladie privée pour les assurés n'est actuellement envisagée.

### ***Pour atteindre certains objectifs, des interventions réglementaires peuvent être plus efficaces que les incitations fiscales***

L'Australie a mis en œuvre un système de ristourne et certaines réformes de la tarification dans un laps de temps très court de sorte que l'on s'interroge sur leur impact individuel. Même si ces questions alimentent un vaste débat, de nombreux analystes pensent que la ristourne de 30 % accordée a moins encouragé la souscription d'une assurance-maladie privée que l'introduction (désignée en Australie sous le nom de « couverture à vie ») de primes ajustées en fonction de l'âge<sup>42</sup>. Étant donné le coût élevé de la ristourne accordée, on a également beaucoup discuté de son efficacité et de son coût d'opportunité<sup>43</sup>. Dans la mesure où plusieurs changements ont été apportés à la réglementation et où plusieurs mesures incitatives ont été mises en place en Australie dans un laps de temps très court, les effets des facteurs de prix et des facteurs autres que le prix ont pu s'additionner (Colombo et Tapay, 2003). Globalement, il est probable que tant les

facteurs de prix (pénalité fiscale, ristourne, primes majorées au-delà de 30 ans) que des facteurs autres que le prix (crainte que la couverture offerte par le programme Medicare soit inadéquate, conviction que les primes n'augmenteront pas pour ceux qui souscrivent une assurance-maladie privée, attrait commercial accru des produits) ont contribué à la forte progression du nombre des titulaires d'une assurance-maladie privée (*ibid.*). De plus, l'impact sur la souscription durable d'une assurance-maladie privée des polices comportant des mesures incitatives, est incertain. Des données récentes montrent un léger recul de la couverture par une assurance-maladie privée, qui est passée de 45.6 % au 30 septembre 2000 à 43.3 % au 30 septembre 2003. En Australie, en revanche, la couverture maladie financée par l'employeur est soumise à une taxe sur les avantages sociaux, ce qui a joué contre le développement d'un marché important de l'assurance-groupe dans ce pays.

Subventionner le coût d'une couverture financée par l'employeur n'est pas nécessairement un moyen efficace de cibler l'action sur ceux qui, dans certains pays, demeurent dépourvus de toute assurance. En outre, si les avantages fiscaux accordés pour l'acquisition individuelle d'une couverture peuvent aider à s'attaquer aux problèmes que pose un défaut d'assurance sur les marchés primaires de l'assurance-maladie privée, ils ne permettront probablement pas de les résoudre. Aux États-Unis, par exemple, il est peu probable qu'ils permettent à eux seuls de régler le problème car certains éléments donnent à penser que même des crédits d'impôt relativement généreux ne conduiront qu'une partie des personnes actuellement dépourvues de toute couverture à souscrire une assurance. Une analyse suggère, par exemple, qu'un crédit d'impôt de 2 000 dollars pour un célibataire et de 4 000 dollars pour une famille, mis en place pour répondre à certaines préoccupations, conduirait probablement environ 30 % de la population non assurée à souscrire une assurance (Gruber et Levitt, 2000, pp. 72-85).

En somme, l'octroi d'avantages fiscaux pour une couverture financée par l'employeur peut promouvoir considérablement la croissance de ce marché de l'assurance-maladie privée. Mais l'utilisation de mesures incitatives individuelles en tant que moyen de promouvoir l'accès et l'abordabilité a eu certes un effet, mais un effet limité. Pour promouvoir une forte augmentation de la souscription d'une assurance-maladie privée individuelle, des subventions importantes des pouvoirs publics sont probablement nécessaires. Et même dans ce cas, à moins que les personnes ne soient en mesure de souscrire une police sur le marché de l'assurance-maladie privée, un large accès pour les différentes cohortes de risques ne se produira pas, comme nous l'indiquons à la section 3.1. En conséquence, une stratégie associant des subventions ou des incitations fiscales et des normes réglementaires semblerait la plus susceptible d'accroître considérablement l'accès à l'assurance-maladie privée dans plusieurs pays. Cela est particulièrement important en termes de politique pour les nations dans lesquelles l'assurance-maladie privée joue un rôle primordial et où certains groupes de population n'ont pas accès à une couverture publique.

## **8. Normes imposant un commerce loyal et mécanismes visant à remédier aux préoccupations des consommateurs**

### **8.1. Normes relatives à la concurrence**

Dans la plupart des pays de l'OCDE, l'assurance-maladie est soumise aux mêmes lois sur la concurrence et lois antitrust que les autres secteurs d'activité (tableau 3.13). En Australie, toutefois, outre les activités de la Australian Competition and Consumer

Tableau 3.13. Politique en matière de concurrence

|           | Les exigences relatives à la promotion de la concurrence s'appliquent-elles aux assureurs-maladie ?   | Les lois et procédures antitrust généralement applicables s'appliquent-elles aux assureurs-maladie ?   | Les fusions et acquisitions entre assureurs-maladie et régimes maladie doivent-elles être approuvées ?   | Processus applicables, organismes gouvernementaux ayant juridiction et description générale des catégories de critères appliquées  | Existe-t'il des règles en matière de concurrence spécifiquement applicables aux assureurs-maladie ? | Existe-t'il des procédures ou des exigences particulières pour la transformation de sociétés d'assurance-maladie à but non lucratif en sociétés d'assurance-maladie à but lucratif ou de mutuelles d'assurances en compagnies d'assurances n'ayant pas le statut mutualiste ?  |
|-----------|---|--|--|--|---|--|
| Australie | L'ACCC est l'autorité statutaire indépendante responsable de l'application et du respect du Trade Practices Act (1974), qui vise à améliorer le bien-être des australiens en encourageant la concurrence, les pratiques commerciales loyales et la protection des consommateurs. La loi proscrie certains comportements anticoncurrentiels et certaines pratiques commerciales abusives, trompeuses ou mensongères. Pour plus d'informations sur le rôle de l'ACCC, se reporter au glossaire joint à la présente étude. | Oui  | Oui<br>Le ministre de la Santé et du Vieillessement doit approuver la fusion des caisses d'assurance-maladie. Mais les prises de contrôle n'ont pas à être approuvées. | Processus réglementé par la National Health Act (NHA) : pour le transfert d'une caisse à une autre caisse ou pour le transfert de l'activité d'une caisse à une autre, les caisses d'assurance-maladie enregistrées conformément à cette loi doivent adresser une demande au PHIAC (dans le format approuvé) et fournir dans la demande des détails sur le schéma de transfert proposé ; le PHIAC doit approuver le transfert, excepté dans certaines circonstances (par exemple, si la caisse est mise en liquidation, fait l'objet d'une enquête ou a été placée sous administration judiciaire). Le schéma de transfert proposé dans le cadre de la demande de fusion doit veiller au transfert des cotisants d'une caisse à une autre ou à d'autres questions prescrites ; et le PHIAC peut refuser d'approuver un schéma de transfert tant que celui-ci n'a pas été modifié pour se conformer aux exigences du Conseil. | n.d.  | Oui.<br>La NHA impose aux caisses de d'assurance-maladie de notifier au ministre toute modification de leurs statuts, de leur acte de constitution ou de leur règlement. Une notification est exigée pour passer d'un statut à but non lucratif à un statut à but lucratif. Un Comité d'enregistrement constitué en vertu de la NHA peut également être réuni pour examiner ces propositions. Une notification est également requise pour passer d'un statut mutualiste à un statut non mutualiste mais dans les réformes proposées le gouvernement n'examinera plus dans le détail les modifications apportées aux statuts ou à l'acte de constitution des caisses. |
| Autriche  | Aucune information fournie.   | Aucune information fournie.  | Aucune information fournie.  | Aucune information fournie.  | Non   | Oui  |
| Canada    |   | Oui. La loi sur la concurrence s'applique aux assureurs maladie, comme elle s'applique à d'autres entreprises, pour interdire les accords limitant la concurrence en matière de prix ou de marchés.  | Oui  | Inclut l'OSFI et le gouvernement, y compris le ministère des Finances.   | Non   | Oui, il faut adresser une demande au ministre des Finances.  |
| Allemagne | La loi sur la concurrence déloyale s'applique aux assureurs maladie comme elle s'applique à tout autre secteur d'activité.  | Oui. Une coopération nationale entre tous les assureurs maladie opérant sur le marché allemand, aux termes de laquelle ils refuseraient, par exemple, d'offrir une couverture des franchises dans le système statutaire, serait considérée comme une restriction illicite des forces du marché. Il en irait de même si les assureurs maladie s'entendaient pour ne plus rembourser certaines procédures médicales, pour limiter le remboursement des honoraires des médecins, etc. | Oui  | Autorité fédérale antitrust. Une fusion ne sera pas approuvée si la nouvelle compagnie contrôle le marché.   | Non   | Oui, l'accord de l'autorité financière fédérale est nécessaire.  |



Tableau 3.13. Politique en matière de concurrence (suite)

|          | Les exigences relatives à la promotion de la concurrence s'appliquent-elles aux assureurs-maladie ?   | Les lois et procédures antitrust généralement applicables s'appliquent-elles aux assureurs-maladie ?          | Les fusions et acquisitions entre assureurs-maladie et régimes maladie doivent-elles être approuvées ? | Processus applicables, organismes gouvernementaux ayant juridiction et description générale des catégories de critères appliquées  | Existe-t'il des règles en matière de concurrence spécifiquement applicables aux assureurs-maladie ? | Existe-t'il des procédures ou des exigences particulières pour la transformation de sociétés d'assurance-maladie à but non lucratif en sociétés d'assurance-maladie à but lucratif ou de mutuelles d'assurances en compagnies d'assurances n'ayant pas le statut mutualiste ? |
|----------|---|---|--|--|---|---|
| Irlande  | L'adoption en 1994 du Health Insurance Act a ouvert le marché à la concurrence. Le cadre législatif comporte désormais une disposition qui autorise l'octroi aux nouveaux entrants sur le marché d'une exemption de peréquation des risques de trois ans. Lorsqu'ils examineront si la mise en œuvre du mécanisme de peréquation est garantie, l'autorité et le ministre responsables de l'assurance-maladie seront tenus de veiller aux intérêts des consommateurs de l'assurance-maladie, notamment à la nécessité de maintenir l'application de la tarification uniforme à l'ensemble du marché, et de faciliter la concurrence entre les entreprises. | Oui, les assureurs maladie sont soumis aux mêmes règles en matière de concurrence que les autres entreprises. | Oui  | Le cas ne s'est pas posé, mais le ministre des Entreprises, du Commerce et de l'Emploi et les bureaux correspondants, par exemple l'autorité de la concurrence, aura des responsabilités spécifiques par rapport aux fusions proposées entre organisations/ entreprises. | Non   | Non   |
| Mexique  | Non   |   |  |  |   |   |
| Pays-Bas |   | Oui   | Oui  | Oui  | Non   | Non   |
| Pologne  | Aucune réglementation spécifique pour les assureurs maladie.  | Oui   | Oui  | Commission de surveillance des caisses d'assurance et de retraite.<br>Office de la concurrence et de la protection des consommateurs.<br>Les organismes mentionnés approuvent les fusions et acquisitions selon les dispositions spécifiées dans les textes de lois.     | Non   | Non   |
| Portugal |   | Oui   | Oui  | De même que pour toutes autres fusions et acquisitions entre compagnies d'assurance.   | Non   | Non   |

Tableau 3.13. Politique en matière de concurrence (suite)

|             | Les exigences relatives à la promotion de la concurrence s'appliquent-elles aux assureurs-maladie ?  | Les lois et procédures antitrust généralement applicables s'appliquent-elles aux assureurs-maladie ?   | Les fusions et acquisitions entre assureurs-maladie et régimes maladie doivent-elles être approuvées ? | Processus applicables, organismes gouvernementaux ayant juridiction et description générale des catégories de critères appliquées  | Existe-t'il des règles en matière de concurrence spécifiquement applicables aux assureurs-maladie ? | Existe-t'il des procédures ou des exigences particulières pour la transformation de sociétés d'assurance-maladie à but non lucratif en sociétés d'assurance-maladie à but lucratif ou de mutuelles d'assurances en compagnies d'assurances n'ayant pas le statut mutualiste ?  |
|-------------|--|--|--|--|---|--|
| Espagne     | Réglementation générale sur la protection de la concurrence.   | Celles-ci sont également le résultat de l'application de la réglementation générale.   | Oui  | Les fusions entre sociétés d'assurance requièrent une autorisation administrative. La législation spécifique en matière d'assurance s'applique et pour les questions non prévues par cette dernière c'est la législation relative aux sociétés de capitaux qui s'applique.<br>Pour ce qui est du régime de participation d'une entreprise d'assurance, c'est la législation spécifique en matière d'assurance (laquelle inclut la législation communautaire) qui s'applique. | Non   | Oui, une législation spécifique à l'assurance traite de la transformation des entreprises. Comme dans le cas de fusions entre sociétés d'assurance, les questions qui ne sont spécifiquement traitées par cette législation sont traitées conformément à la législation relative aux sociétés de capitaux.   |
| Suisse      | Droit de la Concurrence.   | Oui, la loi anti-trust est applicable.   | Oui  | Commission de la Concurrence.  | Non   | Ou, le Droit commercial.   |
| Royaume-Uni | Après en avoir référé aux autorités de la concurrence, le plus gros assureur maladie s'est vu empêché d'accroître encore la participation de sa société holding dans les hôpitaux britanniques. Des restrictions subsistent au sein de cette compagnie concernant le partage d'informations commercialement sensibles entre la compagnie d'assurance et ses filiales hospitalières (existantes). | Oui, la police est conçue pour éviter l'abus de position dominante. Cela n'implique pas qu'on ne puisse faire un usage loyal d'une position dominante sous réserve qu'il ne soit pas préjudiciable à la concurrence ou que l'on puisse démontrer son intérêt pour le public. | Non, pas dans le principe général.   | Comme pour toutes les assurances, les autorités de surveillance s'intéresseront de près à l'activité en matière de fusions et pourraient souhaiter examiner les plans d'activités révisés comme elles le font pour les start up.   | Non   | Non, les exigences de ce type ne sont pas spécifiques aux assureurs maladie ou aux amicales proposant une assurance-maladie. Certains types d'assureurs impliqués dans l'assurance-maladie devront faire approuver par un tribunal tout changement de statut entraîné par une fusion ; là encore, cela découle de leur structure d'organisation particulière et non pas de leur activité en matière d'assurance maladie. |

n.d. non disponible.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

Commission (ACCC) qui encourage la concurrence et le commerce loyal en général, certains processus cherchent à encourager et à protéger la concurrence à l'intérieur du secteur de l'assurance-maladie privée. Le Private Health Insurance Administration Council se concentre sur plusieurs domaines d'activités de l'assurance-maladie privée et doit approuver les transferts d'activité d'une caisse à l'autre ou les transferts d'une caisse à une autre caisse. En outre, le ministre de la Santé et du Vieillissement doit approuver les fusions entre caisses d'assurance-maladie. En Irlande, l'autorité responsable de l'assurance-maladie cherche également à faciliter la concurrence entre les assureurs-maladie avec la mise en œuvre dans le pays d'un système de péréquation des risques.

Comme indiqué ci-avant, plusieurs types de normes se rapportant à l'accès à l'assurance-maladie privée cherchent à promouvoir une concurrence loyale entre les assureurs-maladie en limitant la possibilité pour ces derniers de chercher à attirer les candidats ayant le meilleur profil de risques.

### ***Mécanismes visant à remédier aux préoccupations des consommateurs***

La plupart des pays de l'OCDE ont à la fois des mécanismes gouvernementaux et des mécanismes réglementaires pour répondre aux plaintes des consommateurs concernant les assureurs-maladie (tableau 3.14). Dans un grand nombre de cas, des organes complémentaires indépendants, souvent appelés « médiateurs », ont été mis en place (soit volontairement soit par un texte de loi) pour aider les consommateurs à régler leurs litiges avec les assureurs. Dans plusieurs pays (par exemple, Australie, Allemagne, Suisse et la plupart des États des États-Unis)<sup>44</sup>, ces entités se concentrent exclusivement sur les plaintes liées à l'assurance-maladie.

Ces mécanismes peuvent constituer une voie de recours moins coûteuse qu'une procédure et contribuer à donner confiance dans l'assurance et dans les marchés de l'assurance-maladie privée. A titre d'exemple, les résultats d'une enquête effectuée auprès de personnes ayant eu recours aux services du médiateur australien en matière d'assurance-maladie privée font état d'un indice de satisfaction très élevé (PHIO, 2002, p. 29). Ce type de mécanisme peut également fournir aux responsables un retour d'information sur les domaines dans lesquels une intervention ultérieure peut être nécessaire. En dépit d'un pourcentage relativement faible d'appels à des entités externes d'examen, les États-Unis ont à leur actif un bilan satisfaisant en matière de règlement des plaintes et les résultats ne penchent pas lourdement en faveur des consommateurs ou de l'assurance-maladie privée. Dans la plupart des États examinés, environ la moitié (voire moins de la moitié) des jugements ont été rendus en faveur des consommateurs. Dans un petit nombre d'États, plus de 60 % des litiges ont été réglés in fine en faveur des consommateurs (Pollitz et al., 1998, tableau 1). Dans le cas du médiateur irlandais, qui examine toute une série de griefs liés à des problèmes d'assurances (y compris, sans toutefois s'y limiter, aux problèmes d'assurance-maladie), 59 % des jugements ont été rendus en faveur de l'entreprise et 41 % en faveur du plaignant (Insurance Ombudsman of Ireland, 2001, p. 17).

Tableau 3.14. Mécanismes traitant les questions et les plaintes des consommateurs en matière d'assurance-maladie privée

| Mécanismes en place pour la gestion par le gouvernement des questions ou des plaintes concernant les activités des sociétés d'assurances et leurs pouvoirs |  |   | Sont-ils spécialisés dans l'assurance-maladie ? | Le système établit-il une distinction entre les questions et les plaintes, leur classement ou non en catégories et leur mode de classement ?   |
|--|--|---|---|--|
| Suivi gouvernemental   |  | Programmes de médiateur indépendant ou programmes d'examen externe des plaintes des consommateurs   |   |  |
| Australie  |  | Un système de médiateur en matière d'assurance-maladie privée (Private Health Insurance Ombudsman) a été créé en 1995 pour offrir aux consommateurs et aux prestataires médicaux (décisions non exécutoires) un service de grande qualité en matière de fourniture d'information et de règlement des litiges. La Commission australienne de la concurrence et des consommateurs a également une responsabilité étendue en matière d'élimination des pratiques commerciales déloyales et anticoncurrentielles ainsi que de protection des consommateurs. | Oui, non (ACCC).                                | Le PHIO classe les plaintes en fonction du degré d'effort que nécessite leur règlement. Les catégories établies sont les suivantes : Litiges : (plaintes du niveau le plus élevé nécessitant une intervention importante) <sup>1</sup> . Griefs : plaintes de niveau modéré <sup>2</sup> . Problèmes : plaintes de niveau modéré ne nécessitant pas une médiation <sup>3</sup> . (Une législation a été adoptée récemment pour élargir les pouvoirs du PHIO).  |
| Autriche   | Oui, notamment une assistance téléphonique par le personnel s'occupant des questions réglementaires. | Oui.  |   |  |
| Belgique   | Office de Contrôle des Assurances.   | Ombudsman de l'Union professionnelle des Entreprises d'assurances.  | Non   | Aucune distinction.  |
| Canada   |  | Canadian Life and Health Insurance OmbudService : rend des décisions mais celles-ci ne sont pas exécutoires.  | Non   | Le système établit une distinction entre les questions et les plaintes qui sont classées en différentes catégories dans le rapport annuel.   |
| Allemagne  | Autorité fédérale de surveillance financière.  | En 2001, l'Association des assureurs maladie privés a mis en place un programme de médiateur.   | Non/Oui   | Le système établit une distinction entre les questions et les plaintes. Les plaintes émanant des pouvoirs publics sont classées comme suit :<br>– assureur concerné<br>– nombre de plaintes<br>– motif de la plainte (élaboration du contrat, questions contractuelles, gestion des plaintes, résiliation du contrat). Les plaintes se décomposent comme suit :<br>– plaintes justifiées/non justifiées<br>– plaintes dans lesquelles le plaignant a pu/n'a pas pu être aidé<br>– plaintes pour lesquelles l'autorité de surveillance n'était pas l'organisme compétent. |
| Irlande  | Ministère de la Santé et de l'Enfance.   | The Office of the Insurance Ombudsman est financé par le secteur de l'assurance et se prononce sur les affaires qui lui sont soumises. L'adhésion à ce bureau est libre mais ses décisions sont opposables aux assureurs participant au programme. Le plaignant n'est pas tenu par la décision. L'autorité en charge de l'assurance-maladie reçoit également les demandes de renseignements et les plaintes.  | Oui   | Le système n'établit aucune distinction mais les demandes de renseignements/commentaires/ plaintes sont soumis au ministère et à l'autorité en charge de l'assurance-maladie. Processus de plainte auprès du médiateur. Les deux assureurs-maladie sont membres de l' Office of the Insurance Ombudsman.   |

Tableau 3.14. **Mécanismes traitant les questions et les plaintes des consommateurs en matière d'assurance-maladie privée** (suite)

|             | Mécanismes en place pour la gestion par le gouvernement des questions ou des plaintes concernant les activités des sociétés d'assurances et leurs pouvoirs   |  | Sont-ils spécialisés dans l'assurance-maladie ? | Le système établit-il une distinction entre les questions et les plaintes, leur classement ou non en catégories et leur mode de classement ?   |
|-------------|--|--|---|--|
|             | Suivi gouvernemental   | Programmes de médiateur indépendant ou programmes d'examen externe des plaintes des consommateurs  |   |  |
| Mexique     | La Commission nationale pour la protection et la défense des utilisateurs des services financiers (CONDUSEF) est un organisme public décentralisé <sup>4</sup> .   |  | Non   | Cette agence établit une distinction entre les questions et les plaintes.  |
| Pays-Bas    |  | Le programme de médiation « Ombudsman Schadeverzekeringen » est un programme entièrement privé qui opère en dehors de l'autorité réglementaire. Il donne des conseils ou fait de vives recommandations aux compagnies d'assurance privées qui, en général, les exécutent. L'autorité du médiateur n'est pas définitive. On peut toujours décider d'aller devant les tribunaux.   | Non   | Non  |
| Pologne     | L'Office de la Commission de surveillance des caisses d'assurance et de retraite et le ministre des Finances sont chargés d'éclaircir les malentendus portant sur des plaintes à l'encontre d'entreprises d'assurances.    | Un médiateur est nommé pour examiner les plaintes des assurés à l'encontre des entreprises d'assurances.   | Non   | Non  |
| Portugal    | Oui (mais aucun détail n'est fourni dans le Questionnaire).  | Aucun  | Non   | Le système établit une distinction entre les questions et les plaintes.  |
| Espagne     | Il existe depuis des années un département des plaintes au sein de la direction générale des caisses d'assurance et de retraite. C'est l'autorité de surveillance qui analysera et règlera les litiges en dernier ressort. | En 1995 a été créé le « Defensor del Asegurado », programme qui permet à des entreprises d'assurances, agissant individuellement ou regroupées par type d'assurance, proximité géographique, volume des primes ou selon tout autre critère, de désigner des entités ou des experts indépendants renommés comme défenseurs des assurés, chargés de se prononcer sur les plaintes à l'encontre d'entreprises d'assurances qui leur sont soumises de plein gré <sup>5</sup> . | Non   |  |
| Suisse      | Oui  | L'Ombudsman de l'assurance-maladie sociale peut régler les litiges relatifs à l'AMP obligatoire.   | Non   | Aucune information.  |
| Royaume-Uni | Les règles de la FSA imposent à toutes les entreprises d'avoir des procédures internes de traitement des plaintes émanant des consommateurs et de coopérer pleinement avec l'Ombudsman.                                    | Le Financial Ombudsman Service (FOS) offre aux consommateurs un service indépendant et gratuit de règlement des litiges avec les entreprises de services financiers. Ses décisions sont opposables à l'assureur mais pas au consommateur.  | Non   | Tentative de règlement par la voie de la médiation puis par la voie judiciaire. L'Association nationale des assureurs procède au suivi formel des plaintes (qui lui sont adressées ou dont les assurés font état) pour parvenir à un règlement et établir des statistiques. Dans ce domaine, les plaintes non résolues sont relativement peu nombreuses. |

Tableau 3.14. Mécanismes traitant les questions et les plaintes des consommateurs en matière d'assurance-maladie privée (suite)

| Mécanismes en place pour la gestion par le gouvernement des questions ou des plaintes concernant les activités des sociétés d'assurances et leurs pouvoirs |  | Sont-ils spécialisés dans l'assurance-maladie ? | Le système établit-il une distinction entre les questions et les plaintes, leur classement ou non en catégories et leur mode de classement ?   |
|--|--|---|--|
| Suivi gouvernemental   | Programmes de médiateur indépendant ou programmes d'examen externe des plaintes des consommateurs  |   |  |
| États-Unis   | Chaque État et chaque agence fédérale a ses propres mécanismes pour traiter les plaintes émanant des consommateurs et leurs expériences en matière de polices/régimes d'assurance-maladie. | Oui   | Le ministère du Travail dispose de nombreux mécanismes à travers lesquels peuvent être traitées les questions et les plaintes concernant l'assurance-maladie. Au niveau ministériel, l'Office d'aide au respect des lois répond aux demandes de renseignements concernant toutes les agences du ministère du Travail, y compris l'EBSA <sup>7</sup> .<br>32 États et le District de Columbia disposent de mécanismes leur permettant de traiter les plaintes relatives aux régimes de soins gérés. |

1. En cas de litiges, on prend contact avec l'assureur-maladie, l'hôpital, le médecin ou autre prestataire de services pour discuter du problème. Entrent dans cette catégorie les problèmes ayant fait précédemment l'objet d'un litige, non résolu, entre le plaignant et le défendeur. Le médiateur tente de régler le litige par la voie de la conciliation, par téléphone ou par écrit.
2. Les griefs sont examinés directement et on fournit au plaignant des informations complémentaires ou des explications plus claires. La fourniture d'une explication par le médiateur en tant que tiers indépendant suffit généralement pour clore l'affaire.
3. En cas de problèmes, le plaignant est renvoyé auprès de la caisse d'assurance-maladie ou du prestataire de services. Il en va ainsi lorsque le médiateur considère que le plaignant n'a pas fait suffisamment d'effort pour régler le problème avec le prestataire ou lorsque le médiateur suggère une autre approche du problème.
4. Dont l'objectif est de promouvoir, de conseiller et de protéger les droits et les intérêts des personnes qui utilisent un produit ou un service financier proposé par les institutions financières opérant sur le territoire mexicain. Son objectif est également de créer et d'encourager parmi les utilisateurs une culture adéquate concernant lesdits services et lesdites opérations financières.
5. Un changement législatif majeur est intervenu en 2000 dans le domaine des formalités et de la gestion des plaintes. Les grandes lignes de ce changement peuvent se résumer ainsi : tous les assureurs doivent (obligatoirement) concevoir un système qui leur permette de traiter les plaintes à leur encontre, sur la base de l'une des options visées par la loi sur l'assurance privée (Défenseur de l'assuré - Département service clients) et, si aucune de ces options n'existe ou si les assureurs ne sont investis pas de l'autorité requise pour se prononcer sur les plaintes qui leur sont soumises, la partie concernée, le titulaire de la police/l'assuré/le bénéficiaire ou le tiers concerné doit déposer sa plainte auprès des services centraux de la compagnie.
6. Les programmes d'examen externe procèdent à un examen indépendant à de la décision d'un régime de santé de refuser, de réduire ou d'arrêter des soins. Ils sont censés remédier aux inquiétudes concernant les incitations aux soins gérés qui pourraient aboutir à un refus de soins inapproprié, et contribuer au rétablissement de la confiance du public dans les soins gérés. En mai 2000, de tels programmes existaient dans 32 États et dans le District de Columbia. De plus, le National Committee on Quality Assurance (NCQA), organisme privé qui accrédite les HMO, a élargi ses normes d'agrément pour imposer aux régimes de mettre à sa disposition un examen externe des dénis de nécessité médicale, à compter de juillet 2000. En octobre 1999, la American Accreditation Healthcare Commission/URAC, autre organisme privé d'agrément, a annoncé son intention d'agrément les organismes d'examen afin d'encourager leur utilisation volontaire par les régimes d'assurance-maladie privée (Source : Pollitz et al., 1998).
7. Au niveau des agences, l'EBSA (organisme chargé au sein du ministère du Travail de l'administration de la sécurité des avantages salariaux) s'efforce d'aider les participants, les bénéficiaires, les employeurs, les sponsors des régimes, les prestataires de services et le public en général à recevoir et à fournir les prestations de santé régies par l'ERISA. Il le fait à travers différents programmes de respect des lois, de vulgarisation, de formation et d'assistance technique à l'attention des participants. En particulier, l'EBSA apporte aux participants et bénéficiaires des régimes maladie et autres consommateurs une formation et une aide concernant leurs droits aux termes de la loi et leur indique où s'adresser pour obtenir les prestations qui leur ont été indûment refusées. Les activités de l'EBSA en matière de respect des lois, de vulgarisation et d'éducation des participants sont conduites par dix bureaux régionaux et par différentes composantes du bureau national. Les services d'éducation et de vulgarisation sont assurés par différents moyens : sites web de l'EBSA, communiqués dans les médias, publications, feuillets d'information, allocutions, séminaires, etc. L'assistance technique aux participants est principalement fournie par des conseillers en prestations implantés dans les bureaux régionaux et dans le Bureau de la communication et de l'assistance aux participants (Office of Participant Assistance and Communications, OPAC) de la Division de l'assistance technique et des demandes de renseignements du bureau national. En outre, le bureau de l'EBSA s'occupant des normes des régimes maladie et de l'assistance en matière de respect des lois (Office of Health Plan Standards and Compliance Assistance, OHPSCA) administre la Partie 7 du Titre I de l'ERISA. L'OHPSCA fournit une assistance en matière de respect des lois et répond aux questions et aux plaintes reçues de particuliers dans l'ensemble de la collectivité réglementée. Le bureau de l'EBSA s'occupant des réglementations et interprétations répond aux demandes de renseignements, en vertu des autres parties du Titre I de l'ERISA, qui souvent sont posées concernant la couverture des régimes maladie de groupe.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

## 9. Cadres d'exécution et de respect des lois, normes transnationales et compétence partagée

### 9.1. Cadres d'exécution et de respect des lois

Les responsables gouvernementaux peuvent être en mesure d'invoquer toute une panoplie d'outils pour surveiller et encourager le respect des lois et pénaliser leur non-respect, s'ils sont investis de l'autorité pour le faire (tableaux 3.15 et 3.16). Dans la plupart des pays, l'autorité de surveillance de l'assurance-maladie peut infliger des sanctions administratives pécuniaires et ordonner la cessation d'activité. Plusieurs pays peuvent également placer une entité sous mandat de séquestre, lui infliger des sanctions pénales ou lui imposer des mesures correctrices. Les pouvoirs publics peuvent également contrôler la conformité des produits d'assurance-maladie privée aux exigences légales en matière de pratiques standards. Dans cinq pays au moins [Australie, Irlande (pour le plus gros assureur)], Mexique, Suisse et certains États des États-Unis], l'organisme de réglementation examine également certains, voire tous les produits de l'assurance-maladie privée avant leur vente<sup>45</sup>. Ces exigences, ou d'autres similaires, étaient en place dans un plus grand nombre de pays avant l'adoption des directives de l'UE sur les assurances, qui interdisent désormais de manière générale ce type de contrôle des contrats. En Allemagne, toutefois, les produits de substitution de l'assurance-maladie privée doivent être enregistrés auprès de l'organisme de réglementation avant de pouvoir être vendus, quoiqu'une approbation réglementaire préalable ne soit pas exigée.

Plusieurs pays de l'OCDE n'ont pas pris de mesures importantes à l'encontre des assureurs-maladies privés. En Australie, toutefois, l'ACCC a pris des mesures à l'encontre de huit caisses d'assurance-maladie pour publicité mensongère, trompeuse et/ou déloyale. En outre, aux États-Unis, les questions relatives à la faculté pour les consommateurs d'intenter des actions en justice à l'encontre des régimes maladie ont alimenté un intense débat politique et entraîné une intervention des politiques au niveau des États, en particulier lorsque leurs actions sont censées affecter les résultats médicaux, ce qui peut être le cas pour les régimes de soins gérés (Butler, 2001)<sup>46</sup>.

Outre les actions formelles, les organismes de réglementation sont souvent en mesure de régler les problèmes par le biais de discussions et d'investigations informelles avec les entreprises.

### 9.2. Normes transnationales (législation de l'UE)

La législation de l'UE a eu une influence importante sur l'ampleur des marchés européens de l'assurance-maladie privée, en particulier dans les dix dernières années. Dans le domaine de l'assurance-maladie privée comme dans d'autres domaines, les décideurs des pays membres de l'Union doivent concevoir toute politique et toute réglementation dans le cadre de la structure autorisée et des normes communautaires. La principale norme applicable aux marchés de l'assurance-maladie privée, qui est la troisième directive communautaire d'assurance non-vie, cherche à promouvoir la concurrence tout en préservant certains intérêts des consommateurs.

Selon les termes spécifiques de cette directive, les pays membres doivent, sous certaines conditions, autoriser des assureurs basés dans d'autres États membres à proposer leurs produits d'assurance. La Directive s'attache à protéger la situation financière des entreprises et, ce faisant, à assurer la capacité des entités d'assurance, notamment des compagnies d'assurance-maladie, à continuer à fournir les prestations qu'elles se sont engagées par contrat à fournir.

Tableau 3.15. Mécanismes et cadres d'exécution et de respect des lois

|                     | Description de l'examen de la conformité aux lois des produits   | Description de l'examen et/ou de l'approbation des primes des polices   | La vente/la commercialisation des produits est-elle surveillée ?   | Existe-t'il des exigences en matière d'examen et d'antécédents pour les agents ?  |
|---------------------|--|---|--|---|
| Australie           | Actuellement, toutes les modifications apportées par les caisses aux produits d'assurance-maladie privée sont évaluées pour s'assurer de leur conformité au National Health Act <sup>1</sup> .   | En vertu du NHA, les caisses de l'assurance-maladie privée sont tenues de soumettre toute notification de modifications apportées aux primes au Secrétaire du ministère de la Santé et du Vieillessement pour examen par le ministre <sup>2</sup> .<br>Le ministre peut refuser les augmentations pour des raisons particulières. Examen limité pour les augmentations inférieures ou égales à l'indice des prix à la consommation (IPC). | Oui, le NHA inclut des normes pour les déclarations relatives à l'AMP. La vente et la commercialisation des produits (y compris les actions des agents et courtiers) sont également réglementées via l'ACCC et le Trade Practices Act de 1973. | Non, mais le secteur de l'assurance-maladie privée a admis d'élaborer un code volontaire de conduite conçu pour faire en sorte que le personnel du service clients, les agents et les courtiers aient une formation appropriée et qu'ils disposent d'informations actualisées lorsqu'ils traitent avec les consommateurs. |
| Autriche            | Les produits sont examinés et un dossier doit être constitué avant leur mise en vente mais une approbation préalable à la vente n'est pas exigée.  | Aucun examen.   | Non.   | Oui.  |
| Belgique            | Examen des produits mais aucune approbation préalable à la vente n'est exigée.   | Non   | Se référer à la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et à la distribution d'assurances.   | Oui   |
| Canada              | Non  | Non   | Sur la base des plaintes.  | Oui   |
| Allemagne           | Examen préalable pour l'assurance-maladie substitutive.<br>Pour les autres produits, constitution d'un dossier mais pas d'examen préalable. (Avant la troisième directive non-vie de l'UE, une approbation préalable était nécessaire pour tous les produits). | Oui, pour ce qui concerne l'assurance-maladie substitutive. Les bases de calculs techniques sont examinées.<br>Non, pour les autres produits (avant la troisième directive non-vie de l'UE, une approbation préalable des primes était nécessaire).   | Non. Pas par le FSA, mais les exigences générales de surveillance du secteur sont applicables.   | Non, mais les compagnies d'assurances et leurs associations professionnelles assurent la formation professionnelle et délivrent des certificats.  |
| Irlande             | Examen mais aucune approbation préalable n'est exigée.   | Oui, pour les mécanismes proposés par le bureau de l'assurance-maladie volontaire (Voluntary Health Insurance Board).<br>Non <sup>3</sup>   | Oui, le Health Insurance Act permet la mise en œuvre des réglementations relatives à la publicité et à la promotion des activités d'assurance-maladie.   | n.d.  |
| Mexique             | Approbation préalable exigée.  | Oui   | Oui : l'article 23 de la loi sur l'assurance établit que l'agent d'assurance doit avoir une autorisation de la Commission nationale de l'Assurance et de la Sûreté.  | Oui: la capacité technique des agents d'assurance est évaluée par des examens.  |
| Pays-Bas            | Aucun examen.  | Non   | Non  | Non   |
| Pologne             | Oui : un dossier doit être constitué avant la mise en vente du produit sans qu'une autorisation préalable soit exigée.   | Oui : un contrat d'assurance est examiné pour contrôler sa conformité au Code Civil et son activité en matière d'assurance.   | Non  | Les agents doivent avoir un permis de la Commission de surveillance des caisses d'assurance et de retraite.   |
| Portugal            | Aucun examen.  | Aucune  | Aucune   |   |
| République slovaque | Aucune information.  | Aucune information.   | Aucune information.  | Aucune information.   |



Tableau 3.15. Mécanismes et cadres d'exécution et de respect des lois (suite)

|             | Description de l'examen de la conformité aux lois des produits   | Description de l'examen et/ou de l'approbation des primes des polices | La vente/la commercialisation des produits est-elle surveillée ?   | Existe-t'il des exigences en matière d'examen et d'antécédents pour les agents ?  |
|-------------|--|---|--|---|
| Espagne     | Examen des produits mais aucune exigence d'approbation préalable ou d'enregistrement et d'utilisation. | Pas de réponse.   | Oui : la vente et la commercialisation des produits sont soumises à la surveillance de la direction générale des caisses d'assurance et de retraite. | Oui, des examens sont exigés pour les courtiers et les compagnies doivent former les agents <sup>4</sup> .  |
| Suisse      | Oui, une approbation préalable est exigée.   | Non   | Oui  | Non   |
| Turquie     | Non  | Non   | Non  | Non   |
| Royaume-Uni | Aucune approbation préalable n'est exigée.   | Non   | Oui : la vente et la commercialisation sont régies par des codes de pratiques industrielles supervisés par l'ABI et le GISC.                         | Non, mais certains assureurs ont leurs propres règles de conduite et traiteront uniquement avec des agents et intermédiaires se conformant à ces règles.                            |
| États-Unis  | L'exigence ou non d'une approbation préalable dépend de l'État.  | Varie d'un État à l'autre.  | Oui : de nombreux États exigent un enregistrement de la documentation publicitaire.  | Oui, en général, les agents doivent passer un examen avant d'obtenir leur première licence. L'agent peut ensuite obtenir sa licence dans un autre État sur une base de réciprocité. |

1. Lorsque le ministre de la Santé et du Vieillessement est d'avis qu'une modification : conduirait ou pourrait conduire à enfreindre le NHA ou l'une des conditions de l'enregistrement d'une caisse ; imposerait une condition déraisonnable ou inéquitable affectant les droits des cotisants ; ou pourrait, eu égard aux conseils du PHIAC, avoir un impact défavorable sur la stabilité financière de la caisse, il peut déclarer, par écrit, que la modification ne sera pas mise en œuvre. Toutefois, le 11 septembre 2002, le ministre a annoncé que le gouvernement allait prendre des mesures pour permettre aux caisses d'assurance-maladie d'être plus innovantes et de répondre davantage aux besoins de leurs membres en rationalisant les dispositions existantes en matière de réglementation des produits. Dans ces nouveaux accords, l'obligation faite aux caisses de solliciter l'approbation du ministère de la Santé et du Vieillessement pour chaque modification apportée aux produits sera supprimée. Les nouvelles dispositions réduiront le poids de l'administratif pour les caisses, améliorant ainsi leur efficacité. Les intérêts des membres seront protégés par des mesures qui incluent le renforcement des pouvoirs du PHIO et augmentent l'examen minutieux des performances globales des caisses pour un certain nombre d'indicateurs clés, notamment le nombre d'adhérents, le pourcentage des dépenses de gestion, les rapports du médiateur et les primes. Sous réserve que le processus parlementaire soit terminé, les nouvelles dispositions devraient entrer en vigueur en juillet 2003.
2. En résumé, le ministre peut refuser d'accorder des augmentations de prime s'il considère que le fait de modifier une prime pourrait conduire à enfreindre la loi ou l'une des conditions de l'enregistrement d'une caisse, serait préjudiciable aux droits des adhérents, aurait un impact défavorable sur la stabilité financière d'une caisse ou serait contraire à l'intérêt public.
3. Le contrôle du montant des primes ne s'inscrit pas dans le cadre réglementaire global. Mais les Voluntary Health Insurance Acts, qui s'appliquent uniquement au Bureau de l'assurance-maladie volontaire, lui imposent de soumettre à l'avance les augmentations de primes proposées au ministre de la Santé et de l'Enfance qui a le pouvoir d'empêcher les augmentations proposées en fournissant au Bureau des raisons de ne pas les mettre en œuvre.
4. Dans le cas des courtiers, des examens sont exigés. Dans le cas des agents, les sociétés d'assurance prendront les mesures nécessaires à leur formation, établissant à cet effet des programmes de formation, énonçant les exigences auxquelles devront satisfaire les agents d'assurance visés par ces programmes et les ressources à affecter à leur mise en œuvre. La documentation relative aux programmes de formation et à leur mise en œuvre doit être mise à la disposition de la direction générale des caisses d'assurance et de retraite qui peut exiger que soient apportées toutes modifications qu'elle jugera nécessaires de leur contenu et des moyens indispensables à leur organisation et les répartir de manière à les adapter à l'exigence de formation visée précédemment. En termes de médiation, il existe un texte de loi 9/1992, du 30 avril, sur la médiation dans l'assurance privée, qui doit être adapté sur certains points après l'entrée en application de la Directive communautaire sur la médiation.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

Tableau 3.16. Outils réglementaires utilisés par les pouvoirs publics en cas de non-respect

|             | Description des outils réglementaires utilisés en cas de non-respect |                                     |                     |                   |  |  | Parmi ces outils, en est-il qui sont spécifiques à l'AMP ?  |
|-------------|--|-------------------------------------|---------------------|-------------------|--|--|---|
|             | Sanctions administratives pécuniaires                                | Ordonnances de cessation d'activité | Mise sous séquestre | Sanctions pénales | Autres   |  |   |
| Australie   | Oui  | Oui                                 | Oui                 | Oui               | Oui <sup>1</sup>   |  | Avec la mise en œuvre de la législation sur la réforme des services financiers, le secteur de l'assurance « non-maladie » a été soumis à un processus d'examen qui a établi des régimes réglementaires nettement différents pour les organismes d'assurance « non-maladie ».  |
| Autriche    | Oui  | Oui                                 |                     | Oui               |  |  | Non   |
| Canada      | Oui  | Oui                                 | Oui                 | Oui               | Non  |  | Non   |
| Allemagne   | Non  | Oui                                 | Non <sup>2</sup>    | Oui               | Oui <sup>3</sup>   |  | Oui <sup>4</sup>  |
| Irlande     | Oui  | Oui                                 |                     |                   |  |  | Oui : Étant donné le caractère de bien d'intérêt général de l'assurance-maladie privée volontaire en Irlande, le cadre réglementaire applicable aux assureurs maladie (autres que les dispositions relatives à la solvabilité qui relèvent du ministère de l'Entreprise, du Commerce et de l'Emploi) concerne principalement la protection du bien d'intérêt général. |
| Mexique     | Oui  | Oui                                 | Non                 | Oui               | Oui : intervention de la compagnie et/ou révocation de l'autorisation correspondante.                                    |  | Non   |
| Pays-Bas    | Oui  | Oui                                 | Non                 | Oui               | Non  |  | Non   |
| Pologne     | Oui  | Oui                                 | Oui                 | Non               | Non  |  | Non   |
| Portugal    |  | Oui                                 |                     | Non               | Oui, les politiques administratives monétaires.  |  | Non   |
| Espagne     | Non  | Oui                                 | Oui                 | Non               | Oui <sup>5</sup>   |  | Non   |
| Suisse      | Oui  | Oui                                 | Non                 | Non               | Non  |  | Oui, les réglementations des États sur les lois en matière de santé.  |
| Royaume-Uni | Non  | Non <sup>6</sup>                    | Non                 | Non               | Non <sup>7</sup>   |  | Non   |
| États-Unis  | Oui  | Oui                                 | Oui                 | Oui               | Oui le département de l'assurance de l'État peut prendre une ordonnance pour imposer l'adoption de mesures correctrices. |  | Non, les mêmes outils s'appliquent aux autres lignes d'assurance.   |

1. S'il y a clairement infraction à ces exigences, les dispositions relatives à l'exécution établies dans le NHA peuvent s'appliquer. Ces dispositions incluent le pouvoir de mettre à l'amende les responsables des caisses d'assurance-maladie récalcitrantes ; la radiation d'une caisse qui modifie son règlement de sorte qu'elle ne peut plus exercer ses activités de caisse d'assurance-maladie conformément au NHA ; la nomination d'inspecteurs, le placement sous administration judiciaire, la mise en faillite des caisses d'assurance-maladie et toute une série d'autres amendes spécifiques.
2. Toutefois, la demande d'instruction d'une procédure d'insolvabilité à l'encontre d'une entreprise d'assurance ne peut être déposée que par l'autorité de surveillance (§ 88 VAG).
3. L'autorité de surveillance peut prendre toutes ordonnances appropriées et nécessaires pour prévenir ou remédier à des irrégularités.
4. Dans le cas où les affectations adéquates aux provisions pour remboursements de primes liés à des profits ne seront pas effectuées, l'autorité de surveillance peut exiger que l'assureur soumette un plan garantissant les affectations appropriées (§ 81d , section 2 de VAG fait référence à une assurance-maladie privée exploitée de la même façon qu'une assurance-vie).
5. À titre d'exemple, les mesures pouvant être adoptées sont notamment les suivantes : demande à l'entreprise d'assurance de présenter des plans de restructuration, de financement, d'assainissement ; gel d'actifs, remplacement temporaire des organes administratifs de l'entreprise d'assurance ; sanctions administratives ; les sanctions prises à l'encontre de l'entreprise d'assurance, ou de ses administrateurs peuvent l'être de manière indépendante ou être associées à des mesures spéciales de contrôle.
6. Un assureur défaillant, de quelque catégorie que ce soit, sera dans un premier temps contrôlé, puis tenu de cesser d'accepter de nouvelles affaires. Un transfert de portefeuille sera alors négocié avec une intervention officielle, à défaut de quoi la couverture existante cessera sans recours.
7. Selon la spécificité de l'affaire, des principes de morale, de publicité, de restitution, de dommages-intérêts ou de performances spécifiques peuvent s'appliquer comme pour tout contrat de consommation.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée.

Cette focalisation sur la surveillance prudentielle a imposé à certains pays européens de modifier la portée et la focalisation de leur réglementation en matière d'assurance-maladie privée. Avant l'application de la troisième directive européenne sur l'assurance non-vie, les assureurs-maladie privés étaient assujettis à deux modèles fondamentaux de réglementation : le contrôle des contrats ou la surveillance prudentielle. Le contrôle des contrats inclut des exigences quant aux types de contrats et aux primes qui peuvent être proposés (Mossialos et McKee, 2002, pp. 149-153). Désormais, les exigences importantes concernant les contrats d'assurance-maladie privée sont interdites par la législation communautaire, excepté dans un petit nombre de pays où certains types de couverture maladie privée sont exemptés de ces restrictions ou peuvent être justifiés sur la base de certaines normes juridiques de l'UE. Comme nous l'exposons plus en détail un peu plus loin, dans ces pays, la Directive cherche à donner aux gouvernements une certaine flexibilité pour faire en sorte que les produits d'assurance-maladie privée ne sapent pas, mais au contraire s'imbriquent parfaitement avec, la structure et le financement des systèmes nationaux de santé<sup>47</sup>. Comme indiqué en détail dans ce chapitre, l'évolution des réglementations liées à l'AMP dans les directives de l'UE souligne les avantages et les limites d'une structure réglementaire principalement prudentielle pour l'assurance-maladie privée. Elle souligne également les points forts et les faiblesses du fait de lier la flexibilité réglementaire au rôle particulier de l'assurance-maladie privée dans la répartition public/privé du financement de la santé.

Comme mentionné ci-dessus, la directive comporte certaines dispositions prenant en compte les spécificités nationales et le rôle joué par l'assurance-maladie privée à l'intérieur du système communautaire. La condition que les produits d'assurance « ne soient pas en opposition avec les dispositions légales protégeant dans cet État membre l'intérêt général »<sup>48</sup> est particulièrement pertinente dans le domaine de l'assurance-maladie. Toutefois, cette disposition ne donne pas aux États membres un pouvoir totalement discrétionnaire quant aux exigences qu'ils peuvent imposer aux assureurs-maladie. Elle exige que ces dispositions soient appliquées *sans discrimination* et qu'elles soient *objectivement nécessaires et pas hors de proportion par rapport à l'objectif poursuivi*.

En outre, la Directive confère une flexibilité particulière concernant la couverture qui peut se substituer entièrement ou partiellement à la couverture fournie par les régimes nationaux de sécurité sociale (voir note 48). L'annexe 24 de cette directive indique de façon spécifique que les mesures visant à protéger l'intérêt général « peuvent stipuler l'admission ouverte à tous, la tarification sur une base uniforme en fonction du type de police et la couverture à vie... en exigeant que les entreprises [assurance-maladie privée volontaire] proposent des polices types conformes à la couverture fournie par les régimes légaux de sécurité sociale pour un taux de prime inférieur ou égal à un maximum établi et qu'elles participent aux systèmes de compensation des pertes ». Ainsi, il apparaîtrait que la Directive souligne la permissivité potentielle de plusieurs dispositions irlandaises relatives au marché de l'assurance-maladie privée, notamment l'admission ouverte à tous, la tarification uniforme et le système de péréquation des risques. En fait, les systèmes (ou du moins une partie des systèmes) irlandais (duplicatif), allemand (substitutif) et néerlandais (primaire) d'assurance-maladie privée ont conservé plusieurs protections du fait de la flexibilité offerte par ces dispositions.

Toutefois, l'interprétation de la signification du terme « intérêt général », en particulier lorsqu'il s'applique à des exigences proposées mais pas encore examinées en profondeur par la Commission ou la Cour de Justice de l'Union européenne, demeure un domaine de

grande incertitude et pose, en conséquence, des difficultés pour la rédaction des modifications suggérées des régimes existants de réglementation de l'assurance-maladie privée dans les États membres. Plus précisément, toute modification ou toute exigence contractuelle supplémentaire de l'assurance-maladie privée peut soulever des questions conformément aux exigences de l'UE en fonction de leurs contours spécifiques et par rapport au système national de santé. Cela peut être vrai même dans les cas où la permissivité d'un système existant en vertu de la législation communautaire est bien acceptée ou bien comprise<sup>49</sup>.

Outre les questions décrites ci-dessus et se rapportant à la portée permise de l'exception de « l'intérêt général », il est un autre domaine de la législation de l'UE qui peut affecter l'action des gouvernements par rapport aux marchés de l'assurance-maladie privée. Certaines règles communautaires, notamment celles relatives aux « aides d'État » et aux marchés, visent à s'assurer que les gouvernements n'interdisent pas les marchés nationaux ou ne restreignent pas la concurrence de manière injustifiée. Pour ce faire, elles assujettissent à des restrictions sérieuses les actions directes et indirectes des États (via l'attribution préférentielle de marchés) (Hatzopoulos, 2002, p. 138). Les règles relatives aux aides d'État s'appliquent lorsqu'un organisme public offre un avantage financier direct ou indirect à une entreprise. Certaines actions de l'État accordant des avantages aux assureurs-maladie privés mais aussi à d'autres types de caisses d'assurance-maladie peuvent être considérées comme des aides d'État et, par conséquent, être interdites de manière générale par la législation communautaire, si elles satisfont à certains critères juridiques<sup>50</sup>. De fait, d'aucuns se sont interrogés sur la compatibilité de certaines réglementations de l'assurance-maladie privée avec les règles des aides d'État de l'UE<sup>51</sup>.

La Commission européenne a déclaré récemment le mécanisme irlandais de péréquation des risques conforme aux règles relatives aux aides d'État. L'argumentation de cette décision apporte un certain éclairage sur la portée autorisée de l'action des gouvernements de l'UE par rapport aux marchés de l'assurance-maladie privée, dans les principes des aides d'État de l'UE. Détail important, la Commission a fait observer que ce mécanisme pouvait être qualifié d'aide d'État au sens où l'entend le Traité de l'Union [Article 87(1)] de la Communauté européenne. Il s'agit notamment de la création, à l'initiative de l'État, d'une caisse devant être financée par un système de cotisations obligatoires et dédommageant certains régimes pour les coûts qu'ils doivent supporter dans des conditions de marché normales. Si l'on peut considérer que cette mesure accorde un « avantage » à ces régimes<sup>52</sup>, après examen de sa fonction et de sa structure, la Commission a conclu que le mécanisme irlandais de péréquation ne constituait pas une aide d'État au sens où l'entend l'Article 87(1) du Traité de l'Union. La Commission a également déclaré que si l'on supposait que la compensation accordée par le mécanisme de péréquation constituait une aide d'État, ces éléments d'aide pouvaient être considérés comme compatibles avec le marché commun [conformément à l'Article 86(2) du Traité]. La Commission a jugé que le mécanisme de péréquation est un soutien nécessaire des politiques des gouvernements à l'égard de l'assurance-maladie privée (admission ouverte à tous, tarification uniforme et couverture à vie). Il assure un partage approprié des risques sur l'ensemble du marché et encourage des règles du jeu uniformes pour les différents concurrents à l'intérieur de la structure et des contraintes particulières du système irlandais d'assurance-maladie privée. Elle a également déclaré que le mécanisme est conçu pour effectuer ces transferts au prorata de ses objectifs et qu'il n'exige pas de dédommager nécessairement les assureurs pour tout déséquilibre. Le mécanisme comporte également des dispositions qui cherchent à continuer à inciter les assureurs à couvrir les actes dans des

conditions de coût-efficacité en limitant la possibilité pour eux d'utiliser l'état de santé comme facteur de risque et en calculant tous les transferts à l'aide des coûts de l'assureur effectuant le paiement. Par conséquent, pour déterminer si l'intervention d'un gouvernement constitue un avantage indu violant les règles en matière d'aides d'État, la Commission adopte une approche concertée et contextuelle. Elle examine notamment la nature des interventions particulières, l'impact des règles à l'intérieur de la structure réglementaire et du marché spécifique de l'assurance-maladie privée et établit dans quelle mesure les interventions sont étroitement adaptées à la réalisation de leur objectif<sup>53</sup>.

Globalement, la législation de l'UE fixe les limites et les paramètres de la réglementation publique dans le domaine de l'assurance en général avec des implications particulières pour le domaine de l'assurance-maladie privée. Dans leur construction actuelle, la plupart des marchés de l'assurance-maladie privée de l'Union européenne ne réunissent pas les conditions requises pour bénéficier des exceptions pour lesquelles une réglementation publique à plus grande échelle est admise. En tant que telle, la réglementation du contenu des contrats d'assurance-maladie privée et des pratiques des assureurs en matière d'émission et de tarification est, pour l'essentiel, interdite. Ces limites entravent de façon significative la capacité des décideurs à envisager un rôle accru pour l'assurance-maladie privée et restreignent également leur capacité à s'attaquer aux problèmes d'accès et autres qui peuvent se poser sur les marchés de l'assurance-maladie privée. Étant donné les défis uniques à relever sur les marchés de l'assurance-maladie privée, une flexibilité accrue permettant d'imposer aux sociétés d'assurance-maladie privée des normes de fond ciblées pourrait améliorer la capacité des responsables à réagir aux problèmes qui se posent dans ce domaine.

### **9.3. Organismes gouvernementaux ou niveaux de gouvernement ayant autorité pour réglementer l'assurance-maladie privée**

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la régulation des marchés de l'assurance-maladie privée est assurée au niveau national ou fédéral par un ou plusieurs organismes de réglementation, auxquels s'ajoutent, dans le cas des pays membres de l'UE, les normes communautaires et une surveillance au niveau de l'Union (tableau 3.17). Les États-Unis, où la fonction de régulation des assurances demeure du ressort (non fédéral) des gouvernements des États et le Canada, où elle est exercée à la fois par le gouvernement fédéral (normes prudentielles) et par les gouvernements des Provinces (normes de protection des consommateurs et autres normes) constituent toutefois deux exceptions notoires à cette tendance. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral peut intervenir sur les marchés de l'assurance et il l'a fait mais en l'absence d'intervention spécifique, l'autorité reste aux mains des États. Aux États-Unis, la transférabilité de l'assurance-maladie et l'assurance complémentaire du programme Medicare sont deux exemples de normes fédérales minimums dans le domaine de l'assurance-maladie privée. Et les régimes de santé d'employeur autofinancés sont également exemptés de la réglementation de l'assurance-maladie au niveau des États. En outre, les Provinces canadiennes peuvent imposer des exigences différentes dans le domaine de l'assurance-maladie privée et, de fait, on observe que d'une Province à l'autre les assureurs-maladie privés sont autorisés à couvrir, dans des proportions variables, les services externes et les services hospitaliers également couverts par une assurance publique.

Toutefois, même lorsque les gouvernements fédéraux ont le pouvoir exclusif de réglementer l'assurance-maladie privée, bien souvent de multiples organismes gouvernementaux se partagent l'autorité dans ce domaine. Précision intéressante, lorsque

Tableau 3.17. **Division des responsabilités entre les organismes gouvernementaux impliqués dans la réglementation de l'assurance-maladie privée**

|           | Description des principaux organes de réglementation de l'AMP   | L'AMP est-elle soumise à la réglementation des autorités de surveillance des couvertures financées sur fonds publics ?  | Associations quasi gouvernementales, non gouvernementales, volontaires ou industrielles impliquées dans l'établissement de normes pour le secteur  |
|-----------|---|---|--|
| Australie | Le ministère de la Santé et du Vieillessement assume la responsabilité première de la réglementation de l'AMP.<br>Le PHIAC (Conseil chargé de l'administration de l'assurance-maladie privée) est l'autorité de réglementation prudentielle des caisses d'assurance-maladie.<br>Le PHIO (médiateur de l'assurance-maladie privée) fournit des informations et offre ses services en matière de règlement des litiges aux consommateurs et aux prestataires médicaux.<br>L'ACCC (Commission australienne de la concurrence et des consommateurs).<br>L'ASIC (Commission australienne des valeurs mobilières et de l'investissement) est un organisme indépendant qui administre la législation sur les sociétés et les marchés financiers australiens.<br>La HIC (Commission de l'assurance-maladie) gère les ristournes sur primes. | Oui, le ministère de la Santé et du Vieillessement est en charge de la réglementation de l'AMP et des services et couvertures financés sur fonds publics.<br>Le HIC administre le programme (public) de soins médicaux et toute une série d'autres programmes de santé et programmes connexes, notamment le programme de prestations pharmaceutiques et la ristourne de 30 % sur les primes de l'AMP. | Activités gouvernementales – Exigences d'enregistrement de l'AMP ; le NHA (National Health Act) réglemente également le standard de traitement assuré dans les hôpitaux, publie une charte des hôpitaux à l'intention de leurs patients privés et a adopté des directives de pratiques exemplaires pour les délais d'attente pour maladie préexistante.<br>Activités non gouvernementales – Comité qualité et sécurité du secteur de l'assurance-maladie privée (Private Health Industry Quality and Safety Committee – AMPQS)<br>Associations volontaires/industrielles – De nombreux organismes du secteur de l'assurance-maladie ont élaboré toute une panoplie de codes de pratiques industrielles qui établissent des normes volontaires pour le secteur. |
| Autriche  | Le 1 <sup>er</sup> avril 2002, la FMA (autorité autrichienne des marchés financiers) a pris ses fonctions en vertu de la Loi de surveillance des marchés financiers ; l'une de ses tâches consiste à superviser le domaine de l'assurance.  | Aucune information fournie.   | Aucune information fournie.  |
| Canada    | L'OSFI (Bureau du surintendant des institutions financières) est en charge des normes et de la surveillance dans le domaine des normes prudentielles acceptées par toutes les provinces excepté le Québec ; les autorités provinciales de réglementation imposent des normes de commercialisation et de protection des consommateurs au même titre que d'autres normes.   | Non   | Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.  |
| Danemark  | La loi sur les activités en matière d'assurance réglemente la surveillance des compagnies d'assurance.  |   |  |
| Finlande  | La loi sur les contrats d'assurance s'applique aux contrats d'assurance-maladie privée. Les prestataires sont régis par la Loi sur les compagnies d'assurance et la Loi sur les caisses d'assurance.  |   |  |
| France    | Les entreprises d'assurances sont régies par le Code de l'assurance (sociétés commerciales). Les sociétés de prévoyance sont régies par le Code de la sécurité sociale (entités privées à but non lucratif). Les mutuelles d'assurance sont régies par le Code de l'assurance (organismes à but non lucratif).  |   |  |

Tableau 3.17. **Division des responsabilités entre les organismes gouvernementaux impliqués dans la réglementation de l'assurance-maladie privée (suite)**

|                     | Description des principaux organes de réglementation de l'AMP  | L'AMP est-elle soumise à la réglementation des autorités de surveillance des couvertures financées sur fonds publics ?  | Associations quasi gouvernementales, non gouvernementales, volontaires ou industrielles impliquées dans l'établissement de normes pour le secteur  |
|---------------------|--|---|--|
| Allemagne           | Loi sur les contrats d'assurance : ministère fédéral de la Justice<br>Loi sur la surveillance de l'assurance : ministère fédéral des Finances<br>Surveillance des assureurs privés : Autorité fédérale de surveillance financière <sup>1</sup> .   | Non   | Association des assureurs-maladie privés.  |
| Grèce               | Directives de l'UE.  |   |  |
| Hongrie             | Autorité de surveillance des services financiers.  |   |  |
| Irlande             | Ministre et ministère de la Santé et de l'Enfance : protection de l'intérêt général (cad tarification uniforme, adhésion ouverte à tous et couverture à vie).<br>Ministère de l'Entreprise, du Commerce et de l'Emploi, et de l'assurance en général et exigences de solvabilité des assureurs maladie (à l'exception de VHI).<br>Autorité en charge de l'assurance-maladie, rôle de conseiller auprès du ministre de la Santé et de l'Enfance et fonctions importantes liées aux dispositions de péréquation. | Oui : le ministre et le ministère de la Santé et de l'Enfance sont en charge du système public de santé mais aussi de l'AMP.  | L'Office du médiateur de l'assurance, financé par le secteur de l'assurance, tranche les litiges qui lui sont soumis par les deux parties et ses décisions sont opposables aux assureurs.  |
| Italie              | Autorité de surveillance de l'assurance.   |   |  |
| Japon               | Autorité de surveillance financière.   |   |  |
| Mexique             | Commission nationale de l'Assurance et de la Sécurité.   | Oui : le ministère de la Santé.   | L'Association mexicaine des compagnies d'assurance (AMIS) et les associations médicales établissent des normes <i>via</i> des comités et des groupes de travail. Le gouvernement consulte ces normes bien que celles-ci ne soient pas considérées comme des données officielles. |
| Pays-Bas            | Ministère des Finances, le Bureau de surveillance de l'assurance supervise les compagnies d'assurance non-vie.<br>Application de la loi sur la Concurrence par l'Autorité néerlandaise de la concurrence.  | Le ministère de la Santé réglemente les primes des polices WTZ.   | L'Association des assureurs-maladie néerlandais (ZN) établit des directives sur la gouvernance de l'assurance-maladie pour les caisses d'assurance-maladie. Le Bureau de surveillance de l'assurance supervise les compagnies d'assurance non-vie.                               |
| Pologne             | Aucune information.  | Non   | Non  |
| Portugal            | Aucune information.  | Non   | Non  |
| République slovaque | Aucune information.  | Non   | Non  |
| Espagne             | Les entreprises d'assurance opérant dans le secteur de l'assurance-maladie privée sont englobées dans la loi 30/1995 sur la réglementation et la surveillance de l'assurance privée. Toutefois, l'autorité de surveillance est la direction générale des caisses d'assurance et de retraite (qui dépend du ministère de l'Économie).   | Oui : si l'assureur offre des prestations en nature, le plan d'activité doit inclure les moyens techniques dont dispose la compagnie pour assurer cette couverture. Pour ce qui est de l'ajustement de ces moyens techniques en matière d'offre en nature de l'assureur, un rapport du ministère de la Santé est exigé. | Non  |
| Suède               | Autorité de surveillance financière (Finansinspektionen).  |   |  |

Tableau 3.17. **Division des responsabilités entre les organismes gouvernementaux impliqués dans la réglementation de l'assurance-maladie privée (suite)**

| Description des principaux organes de réglementation de l'AMP | L'AMP est-elle soumise à la réglementation des autorités de surveillance des couvertures financées sur fonds publics ?  | Associations quasi gouvernementales, non gouvernementales, volontaires ou industrielles impliquées dans l'établissement de normes pour le secteur   |
|---|---|---|
| Suisse  | Office fédéral des Assurances sociales et Office fédéral des Assurances privées.  | Le Bureau scientifique pour l'éthique médicale et l'Association des assureurs maladie privés.   |
| Turquie   | Direction générale de l'assurance (sous-secrétariat du Trésor).   | Non   |
| Royaume-Uni   | Autorité de surveillance financière.  | L'ABI (Association des assureurs britanniques) produit différents Codes de bonnes pratiques qui lient ses sociétés membres. Ces dernières réalisent environ 95 % de l'activité d'assurance du Royaume-Uni.<br>En outre, le GISC (Conseil général des normes en matière d'assurances) est un organisme de réglementation volontaire créé à l'origine, en 2000, par le secteur de l'assurance mais géré de manière indépendante. Il exploite également des codes de bonnes pratiques opposables aux sociétés membres du GISC qui affectent pratiquement tous les assureurs médicaux privés du Royaume-Uni. De volontaire, l'adhésion au GISC devrait devenir obligatoire. |
| États-Unis  | L'assurance-maladie privée est régie presque intégralement par les autorités de réglementation des États. Toutefois, les régimes d'assurance d'employeur autofinancés relèvent de la juridiction du ministère du Travail et, dans bon nombre d'États, des agences autres que les départements des assurances (généralement les ministères de la Santé) sont partiellement ou totalement responsables des HMO. Les Centres fédéraux pour les services Medicaid et Medicare, mais aussi le ministère des Finances et le ministère du Travail ont également une certaine autorité concernant les normes de transférabilité et, dans le cas du ministère des Finances, les normes correspondantes régissant l'impôt et les régimes d'employeur. | Oui, dans certains cas, le ministère de la Santé d'un État peut régir les HMO et le programme Medicaid. La réglementation des HMO des États s'applique généralement à ceux offrant une couverture via le programme Medicare Plus Choice. Les Centres pour les services Medicaid et Medicare supervisent les programmes Medicaid (conjointement avec les États) et Medicare mais ont également une responsabilité par rapport à l'assurance complémentaire du programme Medicare et aux normes de transférabilité si les États ne réglementent pas les assureurs maladie privés conformément aux normes fédérales.   |

1. Toutefois, un très petit nombre d'assureurs privés sont supervisés par les autorités des Länder (autorités locales).

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée et OCDE (2000) pour l'Autriche, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce et la Hongrie.



l'assurance-maladie privée joue un rôle plus instrumental dans les systèmes de santé des pays, l'autorité de contrôle des assurances, qui est bien souvent le ministère des Finances, partage fréquemment le pouvoir avec l'organisme responsable de la santé. Dans ce cas, le contrôle prudentiel est souvent assuré par l'autorité en charge des assurances, tandis que la surveillance de certaines normes spécifiées liées aux politiques de santé est souvent déléguée au ministère de la Santé. Des pays comme l'Australie, l'Espagne, les États-Unis, l'Irlande et les Pays-Bas sont des exemples d'autorité partagée<sup>54</sup>. Dans tous ces pays, l'assurance-maladie privée joue un rôle primordial. Mais dans d'autres pays, comme l'Allemagne, le Royaume-Uni et quelques autres, l'autorité de contrôle du secteur de l'assurance en général est la seule à détenir le pouvoir de réglementer ce marché.

L'implication de multiples agences présente l'avantage de tirer parti de l'expertise diverse des différents organes du gouvernement. Mais les chevauchements de juridiction imposent également une plus grande coordination.

## Notes

1. Arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes du 16 décembre 1999, Commission des Communautés européennes contre République française. Manquement d'État. Non-transposition des Directives 92/49/CEE et 92/96/CEE. Assurance directe autre que l'assurance sur la vie et assurance directe sur la vie. Affaire C-239/98. Recueil de jurisprudence 1999, p. I-08935.
2. Voir, par exemple, le Ohio's Managed Care Uniform Licensure Act, qui octroie des licences aux « sociétés d'assurance-maladie » par fonction. *Assuring Financial Solvency: From Risk-Based Capital Standards to Oversight of Down-Stream Risk*, Exposé de Stephanie Lewis, Institute for Health Policy Solutions, et Kip May, Deputy Director, Ohio Dept. of Insurance, 1998 Workshop, « Structuring Health Insurance Markets: Protecting Consumers and Promoting Competition », Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD ([www.ahrq.gov/news/ulp/ulpmarkt.htm](http://www.ahrq.gov/news/ulp/ulpmarkt.htm)).
3. Les pools de risques d'assurance-maladie font référence au groupe d'individus pour lesquels les coûts de l'assurance-maladie sont mis en commun. Lorsque ceux-ci deviennent plus nombreux (c'est-à-dire si le pool de risques étendus se fragmente et, en particulier, si ces pools deviennent petits, comme cela se passe lorsque les coûts sont répartis uniquement entre les membres de l'un des nombreux produits d'assurance), le risque d'instabilité du marché et des prix augmente.
4. Voir également le NAIC Stop Loss Insurance Model Act, qui énonce des normes pour tenter de restreindre ces activités en limitant la possibilité pour les assureurs de transférer le risque sur des réassureurs en excédent de taux de sinistres. Toutefois, les États adoptant ce type de lois ou des lois similaires ont été confrontés dans certains cas à des difficultés d'ordre juridique et la législation n'est pas fixée dans ce domaine.
5. Health Insurance (Amendment) Bill (2001), Irlande, Section 4, « Tout accord conclu par un employeur aux termes duquel il/elle s'engage à rembourser ou acquitter tout ou partie des honoraires ou des charges ayant été ou pouvant être encourus par un employeur au titre de l'offre à l'employé ou à une personne à charge de services d'hospitalisation sera considéré, aux fins de la présente Loi, comme étant un contrat d'assurance-maladie... ».
6. Voir 11 NYCRR 52, 22<sup>e</sup> amendement à la Réglementation 62.
7. Les informations fournies sont tirées des réponses de 18 pays au questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée et de Colombo (2001). En Australie, le concept de tarification uniforme englobe une garantie d'accès aux services offerts par les caisses d'assurance-maladie.
8. Dans les années 80, aux Pays-Bas par exemple, l'accès à une couverture était problématique pour les individus à haut risque avant la mise en place du programme WTZ en faveur de ces personnes. Voir Okma (1997, pp. 105-106).
9. Dans l'État du Massachusetts, par exemple, les assureurs doivent offrir des régimes normalisés à tous les candidats à l'assurance ; dans l'Ohio, ils doivent leur offrir deux régimes pendant la période d'admission ouverte à tous ; dans l'Iowa, ils doivent offrir un programme type aux candidats pouvant se prévaloir de 12 mois de couverture antérieure.

10. La période d'admission ouverte à tous démarre au début du premier mois où les personnes ont atteint l'âge de 65 ans et sont inscrites à la partie B du programme Medicare. Centres de services Medicare et Medicaid et National Association of Insurance Commissioners (2003).
11. Hing et Jensen (1999) ont constaté des améliorations de couverture tandis que d'autres études n'ont constaté aucun effet de ces réformes sur la couverture.
12. L'État de l'Ohio, par exemple, autorise les assureurs proposant des assurances à caractère indemnitaire à facturer un supplément de 250 % pour les régimes à admission ouverte. Voir Hall (1998b).
13. En Allemagne, environ 7.5 millions de personnes sont couvertes par une assurance-maladie privée substitutive.
14. L'Academy for Health Services Research and Health Policy (2001) énonce quelques-uns des problèmes liés à l'évaluation de l'éviction de la couverture du programme public, de même que les implications en termes de politique pour les extensions de couverture.
15. Dans le cas des Pays-Bas, les polices comportent généralement une extension automatique d'un an et ne peuvent être résiliées sauf pour non-paiement.
16. En Allemagne, la durée spécifique depuis laquelle les polices doivent être détenues avant de pouvoir être renouvelées dépend du type de police.
17. Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée, réponse du Royaume-Uni.
18. Ce chiffre inclut les pays qui ont répondu au questionnaire de l'OCDE sur la réglementation.
19. La loi australienne définit une condition préexistante comme une condition dont les signes ou les symptômes, de l'avis du médecin praticien nommé par la caisse d'assurance-maladie, existaient dans les six mois précédant l'affiliation du membre à la caisse.
20. La loi fédérale américaine définit ces conditions comme des conditions pour lesquelles un avis médical, un diagnostic, des soins ou un traitement ont été recommandés ou obtenus dans la période de six mois (ou dans certains États dans une période plus courte) prenant fin à la date d'immatriculation d'une personne.
21. Selon certains rapports, environ 20 % des personnes se déclarant bloquées dans un emploi pour cause de soins de santé invoquent les conditions préexistantes comme raison de ne pas changer d'emploi (US General Accounting Office, 1995, pp. 8-9).
22. Aux États-Unis, les normes varient d'un État à l'autre et cela n'est pas vrai dans tous les États ; on note une disparité particulière sur le marché des polices individuelles.
23. En Allemagne, il est prévu un système de péréquation des risques entre les assureurs à fonction substitutive pour aider à couvrir les coûts du maintien du plafond de primes en dessous du tarif standard si le supplément actuellement imposé à cet effet n'est pas suffisant. Mais jusqu'ici cela n'a pas été nécessaire (Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation de l'assurance-maladie privée, réponse de l'Allemagne).
24. Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation, réponse de l'Allemagne.
25. Voir, par exemple, Beauregard (1991) cité dans GAO HEHS-95-257, qui a constaté qu'en 1987, 1.6 million de personnes de moins de 65 ans s'étaient vu refuser l'accès à une assurance-maladie privée en raison de leur mauvaise santé ; Pollitz et al. (2001) met en lumière les difficultés que rencontrent les personnes souffrant de certaines pathologies pour obtenir une couverture maladie.
26. Le pourcentage de la population australienne couverte par une assurance-maladie privée est passé de 30 % en 1999 à 45 % en 2001 (Colombo et Tapay, 2003).
27. Ce fait, conjugué au faible niveau moyen du ticket modérateur pour les produits de l'assurance-maladie privée et à un taux généralement élevé de souscription d'autres types d'assurances, peut également souligner une tendance culturelle générale à s'assurer contre le risque de maladie mais également contre d'autres risques.
28. Hall et Lawlor (2001, pp. 638-655), font remarquer que les petits assureurs pourraient être plus susceptibles de rester dans un État pratiquant la tarification uniforme ajustée et l'admission garantie s'il existe un consortium de réassurance.
29. Les experts ont reconnu qu'il est important d'associer ces mécanismes. Des experts néerlandais, par exemple, ont indiqué que « pour éliminer les effets défavorables de la sélection induits par les restrictions tarifaires, il faut compléter ces restrictions par un mécanisme adéquat d'ajustement en fonction des risques » (Van de Ven et al., 2000, p. 337).

30. En avril 2003, le gouvernement australien a annoncé une actualisation des accords actuels de réassurance avec un système de « capitation fondée sur le risque ». Ce système vise à soutenir la tarification uniforme tout en fournissant des incitations accrues à améliorer l'efficacité des caisses d'assurance-maladie ; dans ce modèle, le soutien au titre de la réassurance se fait sur la base des coûts moyens d'hospitalisation plutôt que sur la base des coûts effectifs. Dans ce système, les caisses qui font tomber les coûts d'une cohorte particulière d'âge ou de sexe en dessous de la moyenne empêcheront la différence entre leurs coûts effectifs et les coûts moyens.
31. Dans ce dernier cas, contrairement à ce qui se passe lorsque les différences se situent entre 2 et 10 %, l'Autorité responsable en matière d'assurance-maladie n'est pas tenue d'élaborer et de soumettre une recommandation au ministre. Ce dernier devra néanmoins consulter ladite Autorité et prendre en considération les observations des assureurs (Ireland's Health Authority, 2003, p. 10).
32. En Australie, l'offre de produits est confinée aux États ou Territoires particuliers dans lesquels les produits sont émis. Ainsi, un assureur offrant le même produit dans différents États aura plusieurs produits d'un point de vue réglementaire même s'il s'agit en fait de la même offre. Cette caractéristique du marché australien signifie que le nombre total de produits d'un assureur, au niveau national, peut être supérieur au nombre réel de paquets de prestations qu'il offre. Ceci étant, de nombreuses parties du marché australien de l'assurance-maladie privée se caractérisent de fait par un choix important de régimes.
33. Les initiatives du gouvernement australien incluent : 1) la publication d'une charte à l'intention des patients privés des hôpitaux contenant des informations sur les responsabilités des cotisants et sur ce qu'ils peuvent raisonnablement attendre des prestataires et des assureurs-maladie (« Private Patients' Hospital Charter ») ; 2) l'élaboration avec le secteur d'un guide d'information accompagnant les produits de l'assurance-maladie privée pour aider les consommateurs à choisir leur régime (« Key Features Guide ») ; et 3) une proposition imposant au médiateur de l'assurance-maladie privée de publier un rapport annuel sur les performances des caisses pour toute une série d'indicateurs (« State of the Health Funds Report »).
34. Selon une étude récente, la plupart des consommateurs irlandais se déclarent satisfaits, voire très satisfaits, de l'éventail de produits et services d'assurance-maladie privée offerts par leur assureur (Amarach Consulting, 2003, p. 32).
35. Hall et al. (1999). Ces normes sont désormais moins significatives compte tenu de l'exigence fédérale que toutes les polices d'assurance de petits groupes soient délivrées à tous les candidats.
36. Les polices vendues via les employeurs ne sont pas soumises à ces exigences, pas plus que la couverture offerte via le régime de soins gérés « Medicare+Choice », qui inclut les services couverts par le programme Medicare et la couverture complémentaire laissée à la discrétion des régimes. Ce résumé n'inclut pas les modifications à venir des exigences de normalisation pouvant être ou non prescrites ou entraînées par la législation fédérale adoptée récemment en matière de soins médicaux.
37. Dans sa réponse au Questionnaire de l'OCDE sur la réglementation, l'Australie a indiqué avoir reçu des plaintes de consommateurs faisant état de leur difficulté à comparer les produits des différentes caisses. En 1996 et 1998, le UK Office of Fair Trading a publié deux rapports dans lesquels il étudie la compréhension par les consommateurs des produits de l'assurance-maladie privée. Ces deux rapports ont jugé important de fournir une meilleure information. Ils recommandent de résumer clairement les termes des polices dans un format standard. Ils suggèrent également une claire mise en garde contre l'augmentation probable des primes de l'assurance-maladie privée (Office of Fair Trading, 1998). Sur le marché américain, un expert a observé que l'absence de sensibilisation aux coûts des couvertures (Où se les procurer ? Quelles sont les polices appropriées ?) constitue une barrière fondamentale à la croissance du marché de l'assurance-maladie individuelle. Une assistance des pouvoirs publics, des procédures d'inscription facilitées et des services d'aide aux souscripteurs favoriseraient la croissance de ce marché (Patel, 2002, pp. 367-371).
38. Aux termes de ces polices, les caisses comblent la différence (« medical gap ») entre les honoraires facturés par les médecins pour des actes médicaux privés et l'ensemble des prestations reçues de l'assurance-maladie et du programme Medicare pour ces actes (Colombo et Tapay, 2003).
39. En Belgique, la déduction est limitée aux travailleurs indépendants.
40. Henry J. Kaiser Family Foundation (2002), Chartbook, Annexe 2.1, citant la Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured and the Urban Institute sur la base de données vérifiées tirées des enquêtes sur la population actuelle de mars 2000 et 2001 (États-Unis). Le chiffre de 90 % tiré du pourcentage total de personnes non âgées bénéficiant d'une couverture par leur employeur ou d'une autre couverture qui ne soit pas le programme Medicaid divisé par le pourcentage total de personnes non âgées bénéficiant d'une couverture par leur employeur.
41. Le taux standard d'imposition a été récemment abaissé de 27 % à 20 %.

42. Plusieurs analystes ont souligné l'impact relativement moindre de la ristourne par rapport à la couverture à vie. Butler, par exemple, estime que la PHIIS (Private Insurance Incentive Schemes) n'a eu qu'un impact très faible sinon nul et que la ristourne a fait passer de 30 % à 32.2 % le nombre des titulaires d'une assurance-maladie privée. Voir également Hall et al. (1999), Hopkins et Frech (2001), Willcox (2001) et Deeble (2003). Mais d'autres argumentent que la ristourne est un élément important et significatif de la politique gouvernementale pour encourager la souscription d'une assurance-maladie privée. Voir, par exemple, Harper (2003) et Access Economics (2002).
43. Il peut être souhaitable de subventionner l'assurance-maladie privée si elle finance une offre hospitalière efficace. Les chercheurs ont beaucoup débattu de l'efficacité plus ou moins grande des hôpitaux publics par rapport aux hôpitaux privés. Duckett et Jackson (2000) considèrent que pour un groupe de maladies analogues, les hôpitaux publics sont moins chers de 10 % que les hôpitaux privés. D'autres argumentent que pour soutenir l'offre de soins privés, il serait plus efficace de subventionner les hôpitaux privés qu'une couverture privée (Deeble, 2003 ; Vaithianathan, 2002).
44. Les programmes de revue externe mis en place dans 32 États des États-Unis se concentrent en particulier sur les plaintes liées aux régimes de soins gérés.
45. Pour promouvoir l'innovation en matière de produits d'assurance-maladie privée et l'efficacité du secteur, l'Australie a adopté une législation destinée à remplacer plusieurs aspects du système actuel de réglementation par un système de suivi des performances des caisses d'assurance-maladie, via l'identification et l'utilisation de plusieurs indicateurs clés.
46. L'assurance médicale pose des problèmes distincts de réglementation et de politique et a fait l'objet d'interventions des politiques dans certains pays de l'OCDE.
47. La couverture maladie comprise dans le régime légal de sécurité sociale est explicitement exclue des directives de l'UE dans le domaine des assurances. Mossialos et McKee (2002, p. 151) citant l'Article 2(1)(d) de la Directive 73/239/CEE (Conseil des Communautés européennes, 1973).
48. Communication interprétative de la Commission des Communautés européennes (2000/C 43/03), « Liberté de prestation de services et intérêt général dans le secteur des assurances ».
49. Il est généralement admis que le régime WTZ actuel des Pays-Bas est autorisé par la législation communautaire mais la légalité des changements apportés à la réglementation de son marché de l'assurance-maladie privée n'est peut-être pas aussi claire.
50. Déterminer si une caisse d'assurance-maladie est une « entreprise » au sens ou l'entend la législation de l'UE est une question complexe qui impose d'apprécier plusieurs facteurs dont l'objectif de l'organisation, son caractère obligatoire ou non, le degré d'octroi des prestations en fonction des besoins plutôt qu'en fonction du montant des cotisations, la libre fixation du montant des cotisations et le niveau de contrôle exercé par l'État sur le processus décisionnel, le degré de gestion active de la caisse et le fait qu'elle soit ou non en concurrence avec des compagnies d'assurance privées (Hatzopoulos, 2002).
51. Voir, par exemple, la lettre envoyée le 9 octobre 2002 par les autorités irlandaises à M. David Deacon de la DG Marché intérieur de la Commission européenne, exposant en détail le point de vue du gouvernement irlandais sur la légalité du système de péréquation des risques dans plusieurs domaines de la législation de l'UE.
52. Commission européenne, Aide d'État n° 46/2003, « Risk equalisation scheme in the Irish health insurance market », lettre de la Commission européenne au ministre irlandais des Affaires étrangères, Brian Cowen, TD, p. 9.
53. Voir CE, Aide d'État n° 46/2003.
54. Aux États-Unis, ce partage de l'autorité se produit au niveau des États, en particulier pour les régimes de soins gérés ; de nombreux ministères de la Santé partagent la surveillance des régimes de santé avec les ministères en charge des assurances. Il se produit également au niveau fédéral où les Centres de services Medicare et Medicaid, le ministère des Finances et le ministère du Travail se partagent l'autorité liée à certains régimes de santé.

## Bibliographie

Abbe, B. (2002), *Using Tax Credits and State High-Risk Pools to Expand Health Insurance Coverage*, *Health Affairs*, Web Exclusive, [www.healthaffairs.org/](http://www.healthaffairs.org/).

Academy for Health Services Research and Health Policy (2001), *Understanding the Dynamics of « Crowd-Out » : Defining Public/Private Coverage Substitution for Policy and Research*, Produced for

- The Robert Wood Johnson Foundation's Changes in Health Care Financing and Organization (HCFO) Programme, accessed as of 17 February 2004, [www.academyhealth.org/](http://www.academyhealth.org/).
- Access Economics (2002), *Striking a balance: Choice, Access and Affordability in Australian Health Care*, Report commissioned by the Australian Private Hospital Association, Canberra, octobre.
- Albee, S.K., E. Blount, M.G. Hansen, T.D. Lee, M. Litow et M. Sturm (2000), *Cost Impact Study of Mandated Benefits in Texas: Report No. 2*, Milliman and Robertson.
- Amarach Consulting (2003), *The Private Health Insurance Market in Ireland*, Report prepared for the Health Insurance Authority, Irlande, mars.
- Arrêt de la Cour européenne de justice du 16 décembre 1999 : Commission des Communautés européennes contre République française, « Manquement d'État – Non-transposition des directives 92/49/CEE et 92/96/CEE – Assurance directe autre que l'assurance sur la vie et assurance directe sur la vie », dans l'Affaire C-239/98 (Bruxelles 1999), Rapport de la Cour européenne, Page I-08935.
- Beauregard, K. (1991), *Persons Denied Private Health Insurance Due to Poor Health*, AHCPR Pub. No. 92-0016, National Medical Expenditure Survey Data Summary 4, AHCPR, Public Health Service, Rockville, MD.
- Buchmueller, T. et J. DiNardo (1999), *Did Community Rating Induce an Adverse Selection Death Spiral? Evidence from New York, Pennsylvania and Connecticut*, National Bureau of Economic Research, Working Paper, n° 6872.
- Butler, P. (2001), *Key Characteristics of State Managed Care Organisation Liability Laws: Current Status and Experience*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.
- CE, Aide d'État N. 46/2003.
- CE Traité (Article 87(1) CE) et Article 86(2).
- Centers for Medicare and Medicaid Services and the National Association of Insurance Commissioners (2003), *Choosing a Medigap Policy, 2003 Guide to Health Insurance for People with Medicare*, Developed by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) jointly with the National Association of Insurance Commissioners, Publication No. CMS – 02110, US Department of Health and Human Services, Baltimore, MD.
- Chollet, D. (2002), « Expanding Individual Health Insurance Coverage: Are High-Risk Pools The Answer? », *Health Affairs*, Web Exclusive.
- Colombo, F. (2001), *Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 53, OCDE, Paris.
- Colombo, F. et Tapay, N. (2003), « Private Health Insurance in Australia. A Case Study », OECD Health Working Paper, n° 8, OCDE, Paris.
- Colombo, F. et Tapay, N. (2004), « Private Health Insurance in Ireland. A Case Study », OECD Health Working Paper, n° 10, OCDE, Paris.
- Communication interprétative de la Commission européenne (2000/C 43/03), *Liberté de prestation de services et intérêt général dans le secteur des assurances*.
- Commission européenne, Aide d'État N. 46/2003, « Risk Equalisation Scheme in the Irish Health Insurance Market », Lettre de la Commission européenne au ministre irlandais des Affaires étrangères, Brian Cowen, TD.
- Custer, W. (1999), « The Tax Preference for Employment-Based Health Insurance Coverage », *Severing the Link Between Health Insurance and Employment: What Happens if Employers Stop Offering Health Benefits?*, Employee Benefit Research Institute-Education and Research Fund (EBRI-ERF) Policy Forum, Washington, DC, mai.
- Deeble, J. (2003), *The Private Health Insurance Rebate*, Report to State and Territory Health Ministers, National Centre for Epidemiology and Population Health (NCEPH), Australian National University (ANU), Canberra, ACT.
- Duckett, S. et Jackson, T.J. (2000), « The New Health Insurance Rebate: An Inefficient Way of Assisting Public hospitals », *Medical Journal of Australia*, n° 172, pp. 439-442.
- Felt-Lisk, S. et G.P. Mays (2002), « Back to the Drawing Board: New Directions in Health Plans' Care Management Strategies », *Health Affairs*, sept./oct.

- Flood, C.M. et T. Archibald (2001), « The Illegality of Private Health Care in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6.
- Fox, P.D., R.E. Snyder et T. Rice (2003), « Medigap Reform Legislation of 1990: A 10-year Review », *Health Care Financing Review*, vol. 24, n° 3, citant McCormack et al. (1996).
- Garnick, D. et K. Swartz (1999), « Meeting Information Needs: Lessons Learned from New Jersey's Individual Health Insurance Reform Program », *Medical Care Research and Review*, vol. 56, n° 4.
- Glied, S. et M. Stabile (2001), « Avoiding Health Insurance Crowd-out: evidence from the Medicare as secondary payer legislation », *Journal of Health Economics*, vol. 20.
- Gress, S., G.H. Okma et J. Wasem (2002), « Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries. Market Outcomes and Policy Implications », Discussion Paper, n° 1, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, février.
- Gruber, J. et L. Levitt (2000), « Tax Subsidies for Health Insurance: Costs and Benefits », *Health Affairs*, vol. 19, n° 1.
- Gruber, J. et E. Washington (2003), *Subsidies to Employee Health Insurance Premiums and the Health Insurance Market*, Working Paper, n° 9567, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Mass.
- Hall, M. (1998a), « An Evaluation of New York's Health Insurance Reform Laws », Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC ([www.phs.wfubmc.edu/insure](http://www.phs.wfubmc.edu/insure)).
- Hall, M. (1998b), *An Evaluation of Ohio's Health Insurance Market Reforms*, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC.
- Hall, M. (1999a), « Health Insurance Market Reforms: Introduction and Background Analysis », Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC.
- Hall, M. (1999b), *An Evaluation of Health Insurance Reform Laws: The Views of National Insurers, The Effects of Health Insurance Market Reforms*, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC.
- Hall, M. (1999c), *An Evaluation of Health Insurance Reform Laws: Summary of Findings*, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC.
- Hall, M. (1999d), *An Evaluation of Health Insurance Reform Laws: The Views of National Insurers*, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC.
- Hall, M. (2000), « The Geography of Health Insurance Regulation », *Health Affairs*, mars/avril.
- Hall, M. et J. Lawlor (2001), « Reinsurance Pools for Small Group Health Insurance », *Journal of Insurance Regulation*, vol. 19, n° 4.
- Hall, M., E. Wicks et J. Lawlor (1999), *Summary of Findings: Wake Forest University Health Insurance Market Reform Study*, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC.
- Harper, I.R. (2003), « Preserving Choice. A Defence of Public Support for Private Health Care Funding in Australia », commissioned by Medibank Private Limited, Harper Associates.
- Hatzopoulos, V.G. (2002), « Do the Rules on Internal Market Affect National Health Care Systems ? », in M. McKee, E. Mossialos et R. Baeten (dir. pub.), *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, Chapter 5.
- Health Insurance Amendment Act (2001), Ireland.
- Henry J. Kaiser Family Foundation (2002), *Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace*, Menlo Park, CA.
- Hing, E. et G.J. Jensen (1999), « Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996: Lessons from the States », *Medical Care*, vol. 37, n° 7.
- Hopkins, S. et Frech, H.E. (2001), « The Rise of Private Health Insurance in Australia: Early Effects on Insurance and Hospital Markets », *Economics and Labour Relations Review*, vol. 12, n° 2, pp. 225-238.
- Huth, S. (1999), « Plan Design Changes Are Modest in Second Year of HIPAA Implementation », *Employee Benefit Plan Review*, Charles D. Spencer and Associates, Inc., septembre.
- Insurance Ombudsman of Ireland (2002), *Annual Report*.
- Ireland's Health Insurance Authority (July 2003), *Risk Equalisation: Guide to the Risk Equalisation Scheme, 2003 as prescribed in Statutory Instrument n° 261 of 2003*.
- Irish Department of Health and Children (1999), *White Paper: Private Health Insurance*.

- Joint Economic Committee, US Congress (2003), « How the Tax Exclusion Shaped Today's Private Health Insurance Market », Washington, DC.
- Kentucky Department of Insurance (George Nichols III, Commissioner) (1997), *Market Report on Health Insurance*.
- Lawlor, J. S. (2001), « Reinsurance Pools for Small Group Health Insurance », *Journal of Insurance Regulation*, vol. 19, n° 4, pp. 638-655.
- McCormack, L.A., P.D. Fox, T. Rice et M.L. Graham (1996), « Medigap Reform Legislation of 1990: Have the Objectives Been Met ? », *Health Care Financing Review*, vol. 18, n° 1.
- Miller, T. (2003), « How the Tax Exclusion Shaped Today's Private Health Insurance market », Joint Economic Committee Report, Washington, DC, <http://jec.senate.gov/>.
- Mossialos, E. et M. McKee (avec W. Palm, B. Karl et F. Marhold) (2002), *EU Law and the Social Character of Health Care*, PIE-Peter Lang, Bruxelles, chapitre 6.
- Mossialos M. et S. Thomson (2001), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Discussion Paper, n° 19, London School of Economics, Londres.
- Mossialos, E. and Thomson, S. (2002), « Voluntary Health Insurance in the European Union », report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, London School of Economics and Political Science, Londres.
- Novak, D. (2003), *New York State Mandated Health Insurance Benefits*, Novarest Consulting, mai.
- OCDE (2000), « L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE. Compilation de rapports nationaux », Paris.
- OCDE (2002), *Le contrôle de la solvabilité des compagnies d'assurance : Panorama des pays de l'OCDE*, Paris.
- Okma, G.H. (1997), *Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law*.
- Palm, W. (2002), « Voluntary Health Insurance and EU Directives: Between Solidarity and the Market », in M. McKee, E. Mossialos et R. Baeten (dir. pub.), *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, chapitre 7, PIE-Peter Lang, Bruxelles.
- Patel, V. (2002), « Raising Awareness of Consumers' Options in the Individual Health Insurance Market », *Health Affairs*, Web Exclusive.
- Patel, V. et M.V. Pauly (2002), « Guaranteed Renewability and the Problem of Risk Variation in Individual Insurance Markets », *Health Affairs*, 28 août.
- Pauly, M.V. et L. Nichols (2002), « The Nongroup Health Insurance Market: Short on Facts, Long on Opinions and Policy Disputes », *Health Affairs*, Chevy Chase, MD, Web Exclusive.
- Pauly, M.V., A. Percy et B.J. Herring (1999), « Individual versus Job-Based Health Insurance: Weighing the Pros and Cons », *Health Affairs*, nov./déc.
- Pollitz, K., G. Dallek et N. Tapay (1998), *External Review of Health Plan Decisions: An Overview of Key Program Features in the States and Medicare*, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Pollitz, K., R. Sorian, R. et K. Thomas (2001), *How Accessible is Individual Health Insurance for Consumers in Less-than-Perfect Health?*, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Private Health Insurance Ombudsman (Australia) (2002), *Annual Report*.
- Private Health Insurance Complaints Commissioner, Australian Competition and Consumer Commission (1998), *Guide to the Trade Practices Act for the Promotion of Private Health Insurance*.
- Stabile, M. (2001), « Private Insurance Subsidies and Public Health Care Markets: Evidence from Canada », *Canadian Journal of Economics*, vol. 34, n° 4.
- State Planning Grant Consultant Team (University of Washington Health Policy Analysis Program, Rutgers University Centre for State Health Policy, RAND, William M. Mercer, Inc., The Foundation for Health Care Quality) (2002), *Market and Regulatory Reforms to Expand Health Insurance Coverage*, Submitted to Washington State Planning Grant on Access to Health Insurance, funded by the US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (HRSA), Research Deliverable 4.1.5.
- Swartz, K. (2001), « Markets for Individual Health Insurance: Can We Make Them Work with Incentives to Purchase Insurance? », *Inquiry*, vol. 38.
- Swartz, K. (2002), « Government as Reinsurer for Very High Cost Persons in Nongroup Health Insurance Markets », *Health Affairs*, Web Exclusive.

- Swartz, K. et D. Garnick (2000), « Lessons from New Jersey », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 25, n° 1.
- UK Office of Fair Trading (OFT) (1996), *Health Insurance: A report by the Office of Fair Trading*, OFT, Londres, [www.oft.gov.uk/](http://www.oft.gov.uk/).
- UK Office of Fair Trading (OFT) (1998), *Health Insurance: A second report by the Office of Fair Trading*, OFT, Londres, [www.oft.gov.uk/](http://www.oft.gov.uk/).
- US General Accounting Office (1994), *Health Insurance for the Elderly: Owning Duplicate Policies is Costly and Unnecessary*, GAO/HEHS-94-185.
- US General Accounting Office (1995), *Health Insurance Portability: Reform Could Ensure Continued Coverage for up to 25 Million Americans*, HEHS-95-257.
- US General Accounting Office (1998), *Health Insurance Standards: New Federal Law Creates Challenges for Consumers, Insurers, Regulators*, GAO/HEHS-98-67.
- Vaithianathan, R. (2002), « Will Subsidising Private Health Insurance Help the Public Health System? », *The Economic Record*, vol. 78, n° 242, pp. 277-283.
- Van de Ven, W., R. van Vliet, F.T. Schut et E.M. van Barneveld (2000), « Access to Coverage for High-risks in a Competitive Individual Health Insurance Market: via premium rate restrictions or risk-adjusted premium subsidies? », *Journal of Health Economics*, vol. 19, pp. 311-339.
- Willcox, S. (2001), « Promoting Private Health Insurance in Australia. Do Australia's latest health insurance reforms represent a policy in search of evidence? », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, pp. 152-161.



## Bibliographie

- Baggott, Rob (1989), *Regulatory Reform in Britain: The Changing Face of Self-Regulation*, hiver, vol. 67.
- Beatson, J. et Matthews, M.H. (1989), *Administrative Law Cases and Materials*, Clarendon Press, Oxford.
- Cabinet Office (1999), *Policy Makers Checklist*, [www.cabinet-office.gov.uk/regulation/1999/checklist/intro.htm](http://www.cabinet-office.gov.uk/regulation/1999/checklist/intro.htm).
- Disney, R., J. Haskel et Y. Heden (2000), « Restructuring and productivity growth in UK manufacturing », document de recherche GLM 2000/13 de l'Université de Nottingham.
- Griffith, R. (2001), « Product market competition, efficiency and agency costs: an empirical analysis », document de travail WP01/12 de l'Institut des études fiscales.
- HMT (1999), *The UK approach to Utility Regulation*, août.
- HMT (2001), *External Efficiency Review of Utility Regulators*, WS Atkins Management Consultants et OXERA.
- HMT (2001), *Pre-budget Report*, novembre.
- OCDE (1997), *Rapport de l'OCDE sur la réforme de la réglementation*, Paris.
- OFGEM (2002), *Transmission Access and Losses under NETA: Revised proposals*, février.
- Paul Schreyer et Dirk Pilat (2001), « Mesurer la productivité », *Revue économique de l'OCDE*, n° 33, février.

## Table des matières

|  |     |
|--|-----|
| <b>Préface</b> .....   | 11  |
| <b>Résumé</b> .....  | 13  |
| <b>Chapitre 1. Introduction</b> .....  | 23  |
| 1. Pourquoi une étude de l'OCDE sur l'assurance-maladie privée ? .....   | 24  |
| 2. Cadre analytique et portée de l'étude .....   | 24  |
| 3. Méthodologie de l'étude .....   | 26  |
| 4. Structure du rapport .....  | 26  |
| Notes .....  | 27  |
| Bibliographie .....  | 28  |
| <b>Chapitre 2. Le rôle de l'assurance-maladie privée dans les systèmes mixtes<br/>de financement des soins de santé</b> .....                                | 29  |
| 1. Introduction .....  | 30  |
| 2. Classification des types d'assurance-maladie .....  | 30  |
| 3. Caractéristiques de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE .....  | 35  |
| 4. La demande d'assurance-maladie privée .....   | 65  |
| 5. L'offre d'assurance-maladie privée et les caractéristiques du marché .....  | 73  |
| 6. Pourquoi cette hétérogénéité de taille et de fonction des marchés<br>de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE ? .....                        | 88  |
| Notes .....  | 93  |
| Bibliographie .....  | 98  |
| <b>Chapitre 3. La régulation de l'assurance-maladie privée par l'État dans les pays<br/>de l'OCDE : champ de la réglementation, tendances et défis</b> ..... | 103 |
| 1. Introduction .....  | 104 |
| 2. Applicabilité de la réglementation de l'assurance-maladie privée .....  | 108 |
| 3. Réglementation relative à l'accès à une couverture d'assurance-maladie privée<br>et services couverts .....   | 117 |
| 4. Normes en matière de prestations pour les polices d'assurance-maladie privée .....  | 141 |
| 5. Exigences en matière de fourniture d'informations .....   | 145 |
| 6. Normes de qualité .....   | 150 |
| 7. Incitations fiscales ou monétaires relatives à l'assurance-maladie privée .....   | 153 |
| 8. Normes imposant un commerce loyal et mécanismes visant à remédier<br>aux préoccupations des consommateurs .....   | 157 |
| 9. Cadres d'exécution et de respect des lois, normes transnationales<br>et compétence partagée .....   | 165 |
| Notes .....  | 175 |
| Bibliographie .....  | 178 |

|  |     |
|--|-----|
| Chapitre 4. <b>L'impact de l'assurance-maladie privée sur les performances des systèmes de santé</b> .....   | 183 |
| 1. Introduction .....  | 184 |
| 2. Impact de l'assurance-maladie privée sur l'accès à la couverture maladie et aux soins .....   | 184 |
| 3. Influence de l'assurance-maladie privée sur la réactivité des systèmes de santé aux besoins des consommateurs .....   | 205 |
| 4. Les marchés d'assurance-maladie privée et la qualité des soins .....  | 208 |
| 5. Impact de l'assurance-maladie privée sur les coûts des systèmes de santé .....  | 210 |
| 6. L'assurance-maladie privée et l'efficacité du système de santé .....  | 221 |
| Notes .....  | 232 |
| Bibliographie .....  | 238 |
| Chapitre 5. <b>Conclusions et recommandations pour l'orientation des politiques</b> .....  | 243 |
| 1. Introduction .....  | 244 |
| 2. L'analyse des marchés d'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE révèle une grande hétérogénéité .....  | 244 |
| 3. L'assurance-maladie privée n'a pas partout apporté la même contribution aux performances des systèmes de santé .....  | 247 |
| 4. Les interventions des pouvoirs publics sur les marchés d'assurance-maladie privée : les défis à relever pour réaliser les objectifs de politique publique ..... | 252 |
| 5. Conclusions .....   | 254 |
| Note .....   | 257 |
| <b>Liste des acronymes</b> .....   | 259 |
| <br><b>Liste des encadrés</b>  |     |
| 2.1. Exemple de la complexité de classement de l'assurance-maladie en publique ou privée .....   | 33  |
| 2.2. Définition des fonctions de l'assurance-maladie privée .....  | 35  |
| 2.3. Rôle primaire de l'assurance-maladie privée en Belgique, en Espagne et en Autriche .....  | 36  |
| 2.4. Prestations couvertes par les assurances-maladie privées .....  | 64  |
| 2.5. Les marchés des assurances groupe des petites et des grandes entreprises aux États-Unis .....   | 73  |
| 2.6. Assurance traditionnelle et soins gérés aux États-Unis .....  | 78  |
| 2.7. Rôle potentiel de l'assurance-maladie privée en Slovaquie .....   | 91  |
| 3.1. Exemples d'approches de l'accès à une couverture maladie privée .....   | 121 |
| 3.2. Efforts volontaires d'encouragement de la qualité des soins .....   | 153 |
| 4.1. Améliorer l'accès à l'assurance-maladie privée dans les contextes où la couverture publique est lacunaire .....   | 187 |
| 4.2. L'antisélection sur certains marchés d'assurance-maladie privée .....   | 189 |
| 4.3. Les soins privés de longue durée dans une sélection de pays de l'OCDE .....   | 191 |
| 4.4. L'assurance-maladie privée réduit-elle les délais d'attente ? .....   | 193 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.5. Promouvoir l'équité d'accès aux services de santé et étendre le choix à l'aide d'une combinaison d'options de couverture publiques et privées : ces deux objectifs sont-ils compatibles ? | 198 |
| 4.6. L'extension du choix et le renforcement de la responsabilité individuelle vis-à-vis des dépenses de santé aux États-Unis  | 201 |
| 4.7. Les mesures adoptées en Australie pour limiter les versements nets imprévus restant à la charge des assurés privés  | 203 |
| 4.8. Les initiatives qualitatives des assureurs maladie privés aux États-Unis  | 211 |
| 4.9. L'assurance-maladie privée et les dépenses hospitalières sur deux marchés d'assurance-maladie privée parallèles   | 213 |
| 4.10. Les soins gérés aux États-Unis : impact sur les dépenses de santé  | 218 |
| 4.11. L'impact de l'assurance-maladie privée complémentaire sur l'utilisation en France  | 220 |
| 4.12. La concurrence sur les marchés de l'assurance-maladie obligatoire : quelques expériences européennes   | 222 |
| 4.13. La concurrence entre régimes privés au sein du programme américain Medicare+Choice   | 225 |
| 4.14. Avantages et inconvénients de la concurrence sur les marchés d'assurance : comparaison du régime américain Kaiser Permanente et du National Health Service au Royaume-Uni                | 226 |
| 4.15. Mécanismes de compensation des risques   | 229 |

### Liste des tableaux

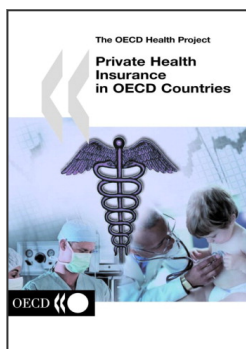
|  |     |
|--|-----|
| 2.1. Différents modes de financement des soins de santé  | 30  |
| 2.2. Fonctions autorisées de l'assurance-maladie privée  | 39  |
| 2.3. Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE | 41  |
| 2.4. Dépenses de santé par source de financement en 2000   | 46  |
| 2.5. Montant des primes d'assurance-maladie privée et des demandes de remboursement, 2000                                | 48  |
| 2.6. Versements nets des ménages, assurance privée et régimes publics, 1990 et 2000                                      | 50  |
| 2.7. Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000                         | 56  |
| 2.8. Exemples de prestations couvertes par les régimes publics et privés   | 61  |
| 2.9. Caractéristiques des souscripteurs d'assurance-maladie privée dans les différents pays de l'OCDE                    | 68  |
| 2.10. Souscripteurs d'assurance-groupe et d'assurance individuelle privée en matière de santé                            | 70  |
| 2.11. Caractéristiques des assureurs qui proposent des assurances-maladie privées  | 74  |
| 2.12. Interactions entre les assureurs privés et les prestataires de soins   | 82  |
| 3.1. Principales lois et réglementations liées à l'assurance-maladie privée  | 106 |
| 3.2. Champ d'application et diversité de la réglementation des entités d'assurance-maladie privées                       | 109 |
| 3.3. Entités d'assurance-maladie privée n'ayant pas leur licence d'assureurs-maladie                                     | 112 |
| 3.4. Entités impliquées dans une couverture financée sur fonds publics   | 116 |
| 3.5. Exigences d'admission garantie ou d'admission ouverte à tous  | 119 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.6. Limitation du champ d'application ou de la disponibilité de l'assurance-maladie privée liée à une couverture par un programme public ..... | 124 |
| 3.7. Exigences de renouvellement .....  | 127 |
| 3.8. Protections de la transférabilité (relatives aux exclusions pour conditions préexistantes) .....   | 131 |
| 3.9. Exigences relatives à la tarification des primes : prise en compte des facteurs liés au risque de maladie .....                            | 135 |
| 3.10. Exigences en matière de fourniture d'information .....  | 146 |
| 3.11. Normes imposées aux assureurs concernant la qualité des soins financés par l'assurance-maladie privée .....                               | 151 |
| 3.12. Incitations fiscales ou monétaires .....  | 154 |
| 3.13. Politique en matière de concurrence .....   | 158 |
| 3.14. Mécanismes traitant les questions et les plaintes des consommateurs en matière d'assurance-maladie privée .....                           | 162 |
| 3.15. Mécanismes et cadres d'exécution et de respect des lois .....   | 166 |
| 3.16. Outils réglementaires utilisés par les pouvoirs publics en cas de non-respect ...   | 168 |
| 3.17. Division des responsabilités entre les organismes gouvernementaux impliqués dans la réglementation de l'assurance-maladie privée .....    | 172 |
| 4.1. Dépenses totales et publiques consacrées à différents services de santé, 2000 ...  | 215 |
| 4.2. Décomposition des dépenses des assureurs privés et des ménage par type de soin .....   | 216 |
| 4.3. Décomposition des dépenses affectées à différents types de soin par source de financement (assureurs privés et ménages) .....              | 217 |

### Liste des graphiques

|  |    |
|--|----|
| 1.1. Cadre analytique de l'étude de l'OCDE sur l'assurance-maladie privée .....  | 25 |
| 1.2. Variables clés pour une analyse des marchés de l'assurance-maladie privée .....   | 25 |
| 2.1. Typologie des dispositifs d'assurance-maladie .....   | 31 |
| 2.2. Les fonctions de l'assurance-maladie privée par rapport aux régimes publics ...   | 34 |
| 2.3. Répartition des financements privés des dépenses de santé, 2000 .....   | 47 |
| 2.4. Versements nets des ménages et assurance-maladie privée, 2000 .....   | 47 |
| 2.5. Dépenses de santé par source de financement, 2000 .....   | 48 |
| 2.6. Dépense d'assurance-maladie privée par habitant, 2000 .....   | 49 |
| 2.7. Assurance-maladie privée et dépenses totales de santé par habitant, 2000 .....  | 49 |
| 2.8. Dépenses totales de santé par habitant et part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses totales de santé, 2000 .....   | 50 |
| 2.9. Évolution en pourcentage de la part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses totales de santé entre 1990 et 2000 .....   | 51 |
| 2.10. Évolution du financement par l'assurance-maladie privée dans une sélection de pays, 1990-2000 .....  | 51 |
| 2.11. Croissance réelle moyenne des dépenses de l'assurance-maladie privée, de versements nets des ménages, et des dépenses publiques de santé par habitant, 1990-2000 ..... | 52 |
| 2.12. Part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses totales de santé et PIB par habitant, 2000 .....  | 53 |
| 2.13. Assurance-maladie privée par habitant et PIB par habitant, 2000 .....  | 53 |

|  |     |
|--|-----|
| 2.14. Taux moyens de croissance réelle de l'assurance-maladie privée, en pourcentage des dépenses totales de santé et du PIB par habitant, 1990-2000 ..... | 54  |
| 2.15. Taux moyens de croissance réelle de l'assurance-maladie privée et du PIB par habitant, 1990-2000 .....   | 54  |
| 2.16. Population couverte par l'assurance-maladie privée et part de celle-ci dans les dépenses totales de santé, 2000 .....                                | 59  |
| 2.17. Population couverte par l'assurance-maladie privée, 2000 .....   | 59  |
| 4.1. Équité d'accès aux consultations de médecins .....  | 196 |
| 4.2. Dépenses de santé publiques et privées en pourcentage du PIB et dépenses financées par l'assurance-maladie privée, 2000 .....                         | 221 |
| 4.3. Ratios de pertes dans une sélection de pays de l'OCDE, dernière année disponible 2000-2002 .....  | 231 |



Extrait de :  
**Private Health Insurance in OECD Countries**

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264007451-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2006), « La régulation de l'assurance-maladie privée par l'État dans les pays de l'OCDE : Champ de la réglementation, tendances et défis », dans *Private Health Insurance in OECD Countries*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264015661-5-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).