

Chapitre 5

Conclusions et recommandations pour l'orientation des politiques

Ce chapitre récapitule les principaux résultats de ce rapport. Il se concentre en particulier sur les enseignements que livre l'analyse de l'impact de l'assurance-maladie privée sur les systèmes de santé pour l'orientation des politiques, y compris les objectifs de politique publique tels que l'équité et l'accès, la réactivité et le choix, la qualité des soins, la maîtrise des coûts et l'efficacité. Ce chapitre met également en évidence les pratiques utiles qui peuvent aider les décideurs à faire en sorte que les marchés d'assurance-maladie privée apportent une contribution positive aux performances des systèmes de santé.

1. Introduction

Cette étude a passé en revue les données disponibles concernant les effets de l'assurance-maladie privée dans différents contextes nationaux. Elle a également tiré quelques conclusions sur ses avantages et ses inconvénients, alimentant ainsi le débat sur le rôle de l'assurance-maladie privée et ses implications pour les performances des systèmes de santé. Ce faisant, l'étude a identifié les facteurs qui sous-tendent les avantages et les déficiences des marchés d'assurance-maladie privée et l'impact global de l'assurance-maladie privée sur les systèmes de santé. Cette dernière section récapitule les principaux résultats et les leçons de l'étude pour l'orientation des politiques. Elle met également en évidence les pratiques utiles qui peuvent aider les décideurs à faire en sorte que les marchés d'assurance-maladie privée apportent une contribution positive aux performances des systèmes de santé.

2. L'analyse des marchés d'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE révèle une grande hétérogénéité

Ce rapport a mis en évidence la diversité des marchés d'assurance-maladie privée selon différents critères, tels que la taille du marché (en termes de population couverte ou de part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses totales de santé), la fonction exercée dans le système de santé, les types d'assureurs et leur conduite sur le marché, le cadre réglementaire et l'environnement fiscal.

2.1. La taille des marchés est variable, n'est pas corrélée avec le PIB et est faiblement corrélée avec les dépenses totales de santé

L'assurance-maladie privée représente en moyenne 6.3 %¹ des dépenses totales de santé et couvre en moyenne 30 % environ de la population des pays de l'OCDE. Cependant, son importance dans le financement des systèmes de santé et le niveau de la population qu'elle couvre sont très variables. On note une coïncidence partielle (mais pas totale) entre les pays où l'assurance-maladie privée contribue pour une large part au financement des dépenses totales de santé et ceux où une fraction importante de la population est assurée par le privé. Les pays où la part de l'assurance-maladie privée dans le financement est la plus élevée (supérieure à 10 %) sont également ceux où la part des paiements directs dans les dépenses totales de santé est la plus faible. Il ne semble toutefois pas y avoir de relation inverse étroite entre l'importance de l'assurance-maladie privée et la part des paiements directs dans le financement des dépenses de santé pour l'ensemble de la zone OCDE. La taille du marché – déterminée par la part dans les dépenses totales de santé ou la part de la population couverte – est manifestement peu corrélée avec le niveau de développement économique dans les pays de l'OCDE. Les pays où le marché de l'assurance-maladie privée est le plus développé, que ce soit en termes de population couverte ou de contribution aux dépenses totales de santé, sont généralement ceux où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées.

2.2. Les fonctions exercées par l'assurance-maladie privée dépendent de ses interactions avec les régimes publics

Pour l'essentiel, les marchés de l'assurance-maladie privée se sont développés autour des régimes de couverture publique. Les interactions entre couverture publique et couverture privée déterminent les fonctions exercées par l'assurance-maladie privée. Si elle constitue l'unique couverture santé de pans importants de la population dans quelques pays (fonctions primaire et substitutive), dans la plupart des pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée a pour rôle de soutenir le système public (fonction duplicative, complémentaire ou supplémentaire). Les différentes fonctions exercées par l'assurance-maladie privée suscitent des défis spécifiques pour l'orientation des politiques. C'est pourquoi ces fonctions représentent une bonne unité d'observation pour analyser l'impact de l'assurance-maladie privée sur les performances des systèmes de santé. Si l'assurance-maladie privée tend à couvrir certains services types, les services et les prestataires de soins de santé accessibles aux titulaires d'une assurance privée varient entre les pays de l'OCDE. Cette diversité est liée à la portée de la couverture publique et subit l'influence de la réglementation et des stratégies des assureurs. La diversité des garanties offertes par le privé semble montrer qu'aucun service n'est en soi plus ou mieux assuré par le public ou par le privé. On note cependant que les personnes confrontées à des dépenses de santé élevées, telles que les personnes âgées ou les malades chroniques, se tournent plus volontiers vers le régime public ou un régime privé subventionné, même lorsque l'assurance-maladie privée joue un rôle significatif ou constitue la garantie principale.

2.3. Le développement des marchés d'assurance-maladie privée est affecté par des facteurs historiques et d'autres liés aux politiques

L'hétérogénéité des expériences des pays de l'OCDE au regard de l'assurance-maladie privée est le résultat de plusieurs facteurs. Les facteurs historiques ont leur importance. Dans bon nombre de pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle dominant, il existe une tradition de prestation et de financement privés des services de santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la politique publique est donc le principal déterminant du rôle et de l'ampleur des dispositifs d'assurance-maladie privée. Les règles imposées par les régimes d'assurance-maladie publics et obligatoires délimitent le champ d'application de l'assurance-maladie privée et, dans une large mesure, déterminent son rôle. En général, l'assurance-maladie privée comble les lacunes du régime public en termes de personnes couvertes et de services de santé et de prestataires accessibles. La structure et la réglementation des systèmes de prestation de soins – par exemple, la réglementation des prix dans les secteurs public et privé, la possibilité pour les médecins d'exercer dans les deux secteurs, la possibilité pour les hôpitaux publics de prendre en charge des assurés privés et les dispositifs de financement des hôpitaux privés – ont également influé sur la taille et le rôle des marchés d'assurance-maladie privée. Dans plusieurs pays de l'OCDE, l'importance des marchés d'assurance-maladie privée s'est vue renforcée par les interventions des pouvoirs publics sur ces marchés. Pour les guider et les encourager, les gouvernements se sont servis de la réglementation et de la fiscalité. Les politiques visant à accroître la taille des marchés et à améliorer la qualité des résultats n'ont pas toutes eu la même efficacité, loin s'en faut. De même, devant le changement du niveau de couverture des régimes publics, les marchés privés n'ont pas tous réagi de la même manière. Le marché de l'assurance-maladie privée peut également augmenter en raison de la demande, de la part des consommateurs, d'accéder à un choix plus large et une couverture plus complète, même si les politiques exercent peu d'effets incitatifs en ce sens.

2.4. La demande de contrats d'assurance privée est liée au revenu et aux lacunes des systèmes publics, et est encouragée par les employeurs

Bien que la taille des marchés d'assurance-maladie privée ne soit pas liée au niveau de croissance économique des pays, les catégories à revenu élevé sont plus susceptibles de souscrire une assurance-maladie privée dans la plupart des pays. Les insuffisances qualitatives réelles ou perçues de la couverture et des systèmes de prestations publiques constituent des incitations à souscrire un contrat d'assurance-maladie privée. Les délais d'attente, la demande croissante pour un choix élargi et l'inadéquation perçue des régimes publics sont les principaux facteurs de motivation dans certains pays de l'OCDE. Lorsque la couverture publique est inexistante, l'assurance-maladie privée sert de garantie primaire et a essentiellement pour fonction de minimiser les risques financiers associés à la maladie. Les facteurs culturels et les différences d'aversion pour le risque peuvent expliquer la plus grande prédisposition de certains pays pour l'assurance privée.

Un nombre important et croissant d'employeurs offrent à leurs salariés une couverture maladie privée qui entre dans le cadre des avantages sociaux liés à l'emploi. De fait, dans les pays de l'OCDE où la population couverte par l'assurance-maladie privée est la plus élevée, une grande partie des contrats d'assurance correspondants sont souscrits dans le cadre de l'emploi. Les employeurs semblent mieux placés que les particuliers pour faire jouer la concurrence entre assureurs et négocier des conditions de couverture favorables, et ils bénéficient d'une plus grande mutualisation des risques que les souscripteurs de contrats individuels (les grands groupes d'employeurs profitant tout particulièrement de cette mutualisation). Les régimes d'employeurs peuvent néanmoins présenter des inconvénients, car ils dissimulent aux assurés le coût réel de la couverture et des soins.

2.5. Il existe plusieurs marchés d'assurance-maladie privée mais la concurrence est limitée

Différents types d'assureurs opèrent sur les marchés privés de l'assurance-maladie de la zone OCDE. Les couvertures maladies privées peuvent être proposées par des caisses d'assurance-maladie spécialisées et des assureurs non spécialisés qui peuvent être à vocation commerciale ou sans but lucratif. Le nombre et le type des assureurs influent sur le degré de concurrence. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les marchés sont concentrés et dominés par une poignée d'assureurs, qui profitent généralement de la faible mobilité des assurés pour contrôler le marché. Dans les pays où coexistent régimes d'employeurs et régimes individuels, les premiers sont généralement plus compétitifs au niveau des prix que les seconds, car les employeurs disposent d'un pouvoir de négociation et, de leur côté, les assureurs souhaitent attirer des groupes importants. Il est aussi quelquefois difficile d'encourager l'instauration d'une concurrence « saine » et équitable entre les assureurs-maladie privés, ceux-ci étant incités à se concentrer sur les « bons » risques et donc à négliger les personnes plus vulnérables. La co-existence, sur certains marchés, d'assureurs à vocation commerciale et d'autres sans but lucratif a entraîné l'évolution des pratiques des assureurs, les institutions sans but lucratif et les mutuelles risquant de se voir pénalisées, car leurs pratiques se basaient davantage sur le principe de solidarité. Néanmoins, dans plusieurs pays de l'OCDE, les assureurs se comportent de manière identique quel que soit leur statut. Le fait que certains assureurs-maladie privés soient des filiales d'assureurs sociaux opérant sur des segments soumis à des réglementations différentes (assurance facultative et assurance obligatoire) limite la concurrence et la mobilité des consommateurs, tant dans le système public que dans le système privé.

3. L'assurance-maladie privée n'a pas partout apporté la même contribution aux performances des systèmes de santé

Les marchés d'assurance-maladie privée impliquent des arbitrages entre choix et innovation d'une part et accès et considérations de coût d'autre part.

3.1. L'assurance-maladie privée a amélioré l'accès aux soins et la protection financière mais pose des problèmes d'équité

L'assurance-maladie privée offre une garantie primaire à des groupes de population qui n'ont pas accès aux programmes publics et assure une protection contre des risques qui ne sont pas couverts par ces programmes. Elle a permis l'injection de ressources supplémentaires dans les systèmes de santé et, ce faisant, contribué à l'expansion des capacités et des services. Là où les listes d'attente dans le secteur public étaient très longues, elle a facilité l'accès à des soins rapides. La possibilité, pour les médecins exerçant dans le public par opposition au privé, de pratiquer un double niveau de rémunération améliore la productivité et le degré de satisfaction. Néanmoins, tous ces avantages sont tributaires de la structure et de la réglementation des systèmes de prestations, des comportements stratégiques des assureurs, du rôle de l'assurance-maladie privée et de la réglementation des couvertures publique et privée. L'assurance-maladie privée n'est pas toujours abordable ou accessible. Plusieurs obstacles entravent l'accès à ce marché, et le coût de l'assurance-maladie privée augmente plus vite que l'inflation générale. On ignore si la hausse du taux d'utilisation induite par la couverture privée correspond davantage à un aléa moral indésirable ou à un besoin latent, et les conséquences pour les résultats sanitaires n'ont pas encore été complètement analysées. En outre, certains arbitrages ont été nécessaires. Lorsque les ressources et l'offre sont rares, il peut être judicieux de rationner les services sur la base de la prédisposition des individus à payer pour leur utilisation, par exemple au travers d'une assurance-maladie privée volontaire. Cependant, on observe également le développement de certaines inégalités. L'un des corollaires des avantages offerts par l'assurance-maladie privée en termes d'accès aux soins est que les populations sans couverture privée se trouvent automatiquement désavantagées. Les décideurs doivent souvent effectuer un arbitrage entre les considérations d'équité et le désir de promouvoir le choix et l'accès au travers de l'assurance-maladie privée. Enfin, l'assurance-maladie privée constitue une source de financement potentielle pour les soins de longue durée, même si ce marché tarde à se développer en raison de la faiblesse de la demande et de la limitation de l'offre.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

Les décideurs qui refusent l'émergence d'un régime d'accès à deux vitesses peuvent intervenir pour minimiser le risque de survenue de certaines inégalités. Ils peuvent fixer des règles explicites pour garantir l'égalité d'accès aux services, par exemple en imposant une liste d'attente unique pour les soins non urgents, valable pour les patients à couverture publique comme pour les assurés privés, ou en faisant en sorte que tous les prestataires reçoivent les patients dans le même cadre de soins et soient soumis à un niveau de remboursement unique. Les responsabilités des prestataires à l'égard des patients assurés auprès du régime public pourraient être clarifiées et régulièrement contrôlées. Par ailleurs, pour éviter que les prestataires n'accordent des traitements différenciés selon les catégories d'assurés, il pourrait être utile de confier la gestion des listes d'attente à un acteur neutre. Lorsque l'accès à l'assurance-maladie privé est limité,

divers programmes peuvent être adoptés pour offrir une assurance appropriée à ceux qui ont peu de chances d'accéder à une couverture abordable sur le marché de l'assurance-maladie privée. Par exemple, on peut citer les initiatives qui facilitent l'accès à une couverture, tels que les groupes à haut risque correctement financés, qui offrent une couverture abordable et appropriée, ou les autres « filets de sécurité » qui garantissent aux personnes à haut risque remplissant les conditions voulues une couverture privée standard. L'application de normes réglementaires à l'ensemble ou une partie du marché de l'assurance-maladie privée peut également améliorer l'accès. En l'absence de couverture publique des soins de longue durée, les décideurs pourraient être amenés à intervenir pour réglementer les conditions d'accès et les prestations et établir des mécanismes de protection des consommateurs. Ces mesures pourraient renforcer l'attrait de l'assurance privée pour les soins de longue durée aux yeux de la population.

3.2. Les marchés d'assurance-maladie privée ont amélioré le choix et l'innovation mais ont donné lieu à certains arbitrages qui compromettent l'accès

L'assurance-maladie privée élargit le choix offert aux patients à plus d'un titre. Premièrement, le simple fait de souscrire une assurance-maladie privée offre aux individus une option supplémentaire pour financer leurs soins de santé. Deuxièmement, l'assurance-maladie privée donne généralement aux patients une plus grande liberté pour choisir leur prestataire, leur traitement et le moment de l'intervention du praticien – bien que l'étendue et la nature de ce choix accru dépendent de la réglementation de l'offre dans le système public, des règles de pratique des assureurs ainsi que de leurs stratégies. Les marchés d'assurance-maladie privée proposent souvent un large éventail de garanties, caractérisées par différents avantages et différents niveaux de participation aux frais. Les assureurs ont répondu à la demande des consommateurs en personnalisant leurs produits, en mettant en œuvre des options de couverture souples et novatrices et en se hâtant de couvrir de nouvelles prestations. Cependant, cette liberté de choix accrue peut avoir une contrepartie et nécessiter l'intervention des pouvoirs publics, notamment concernant l'information sur les produits. Les décideurs ont parfois limité les initiatives des assureurs allant dans le sens de la flexibilité et de l'innovation, pour éviter d'entraver l'accès des groupes plus vulnérables à l'assurance-maladie privée. Les marchés d'assurance-maladie privée imposent de trouver un compromis entre considérations d'accès et innovation.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

L'assurance-maladie privée a étendu la liberté de choix des consommateurs dans plusieurs pays de l'OCDE, mais à des degrés variables qui dépendent de plusieurs facteurs. La structure du système de santé, les modalités de remboursement des prestataires et la latitude dont disposent les consommateurs pour choisir leur prestataire dans les régimes de couverture publics et privés sont autant de facteurs qui déterminent l'éventuel surcroît de liberté offert par l'assurance-maladie privée pour choisir prestations, prestataires et autres avantages. Sur de nombreux marchés d'assurance-maladie privée, l'absence de garde-fous réglementaires et d'informations comparatives adéquates sur les produits a limité le choix des individus. Dans certains pays, le gouvernement ou des organismes volontaires ont entrepris de diffuser des informations comparatives sur la qualité, les caractéristiques et le coût des différents régimes d'assurance-maladie. En l'absence d'efforts volontaires efficaces, la réglementation peut tout à la fois permettre à l'assurance-maladie privée d'améliorer le choix offert aux patients et préserver les

conditions d'accès des affiliés des régimes privés comme des régimes publics. La mise à disposition d'une gamme restreinte de produits d'assurance – que cette limitation soit le fait des assureurs ou soit dictée par la réglementation – ne pénalise pas nécessairement les consommateurs. En fait, confrontés à un choix limité, les individus sont parfois mieux à même de comprendre les produits qui leur sont proposés et plus confiants. Les décideurs doivent néanmoins trouver le juste équilibre entre deux objectifs, aider les consommateurs à choisir en connaissance de cause, et permettre aux assureurs d'innover en réponse à l'évolution du marché.

3.3. À quelques exceptions près, l'assurance privée n'a pas déclenché d'amélioration qualitative

Les assureurs-maladie privés peuvent encourager la fourniture de soins de grande qualité en utilisant des outils qui influencent la fourniture des soins de santé, tels que l'adjudication sélective des contrats basée sur des indicateurs de qualité ou d'autres méthodes. Cependant, dans la majorité des pays de l'OCDE, cela n'a pas été le cas – à l'exception des activités d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre par les régimes de soins gérés aux États-Unis, où les données font état de résultats mitigés. La pression exercée par les employeurs et les acheteurs, soucieux d'en avoir « pour leur argent », a encouragé le développement de ces techniques sur les marchés d'assurance-maladie privée américains, tout comme les exigences réglementaires imposées dans certains États. Dans les autres pays, les assureurs n'ont pas encore essayé de modifier les pratiques cliniques ni d'encourager la prestation de soins fondés sur des preuves. Cela n'est pas entièrement surprenant, compte tenu du fait que dans la majorité des pays de l'OCDE, les assureurs-maladie privés participent peu aux décisions entourant la prestation de soins de santé, soit à cause de la structure du système de santé, soit à cause du rôle et des activités que les assureurs sont autorisés à exercer, soit encore à cause du manque d'encouragements financiers et réglementaires. Le manque d'incitations adéquates rétribuant la qualité des soins, telles que les modes de paiement des prestataires basés sur la valeur, et le manque d'informations font partie des raisons qui expliquent le peu d'implication des assureurs dans ce domaine.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

Il n'existe pas de solution unique pour améliorer la qualité des soins et il est difficile de dire quelles approches fonctionnent le mieux. L'assurance-maladie privée n'est peut-être pas le meilleur instrument pour améliorer la qualité des soins de santé, notamment dans les pays où elle joue un rôle restreint dans le système de santé. La question de savoir si les assureurs sont les acteurs les mieux placés pour promouvoir l'amélioration de la qualité dépend de la structure des systèmes de santé des pays et des choix des décideurs. Certains assureurs privés ont mis en œuvre des activités portant sur la qualité, mais faute d'être soutenues par un cadre d'incitations approprié, celles-ci ont provoqué des changements incohérents dans les procédures cliniques et les pratiques médicales. Ces activités ont parfois été accompagnées de restrictions impopulaires concernant le choix des prestataires et l'accès aux soins et certaines ont donné des résultats regrettables – soulignant la nécessité d'un contrôle réglementaire qui garantisse la prestation des soins médicalement nécessaires dans des conditions appropriées. Un contrôle réglementaire est de fait indispensable pour garantir le respect de normes de qualité minimum et la prestation des soins médicalement nécessaires dans des conditions appropriées. Des

incitations financières ou budgétaires idoines pourraient également se révéler nécessaires pour inciter les assureurs à prendre des initiatives dans le domaine de la qualité. Les décideurs peuvent montrer l'exemple en révisant les modalités de rémunération au sein des programmes publics de manière à rétribuer la qualité des soins. Les systèmes d'information sur la qualité doivent être renforcés, ce qui nécessitera des interventions directes ou des subventions de la part du secteur public. Enfin, les décideurs devront déterminer quel est le meilleur moyen d'encourager et coordonner les efforts d'amélioration qualitative des secteurs public et privé.

3.4. L'assurance-maladie privée a entraîné une augmentation des dépenses de santé publiques et totales

L'assurance-maladie privée n'a pas entraîné de transfert significatif des coûts du secteur public vers le secteur privé. Ce transfert a eu lieu dans les systèmes où l'assurance-maladie privée apporte une couverture duplicative, mais même dans ce cas, son impact a été limité car les assurés continuent souvent d'utiliser le système public pour les services les plus onéreux. Dans les pays où les marchés d'assurance-maladie privée sont peu développés, le transfert des coûts a été plus limité encore, et dans d'autres pays, il a été neutralisé par les subventions publiques. Dans la mesure où les services déremboursés concernent essentiellement des prestations accessoires ou marginales, leur impact sur les coûts du régime public a été limité. En outre, dans la plupart des pays où elle joue un rôle dominant, l'assurance-maladie privée a conduit à une augmentation des dépenses de santé publiques et totales, due à la hausse du prix des services de santé (y compris l'augmentation des niveaux de remboursement, qui peut se répercuter sur les programmes publics), ainsi qu'à l'augmentation du taux d'utilisation ou à ces deux facteurs réunis. À l'évidence, la désirabilité ou l'acceptabilité de la majoration des coûts dépendent des avantages induits par la hausse des dépenses de soins de santé.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

L'impact de l'assurance-maladie privée sur les pressions financières auxquelles sont soumis les systèmes de santé dépend de plusieurs facteurs. Le transfert des coûts s'opère probablement mieux lorsque les affiliés aux régimes privés renoncent à utiliser le système de santé public pour les services couverts par l'assurance privée. Par ailleurs, il faut mettre en balance les économies générées par le transfert des coûts et le coût des subventions versées aux régimes d'assurance-maladie privée. Le rôle de l'assurance-maladie privée dans le système de santé, et plus particulièrement la nature des interactions entre les couvertures maladie publique et privée, affectent également les coûts au sein du système de santé global. L'interdiction, pour les régimes d'assurance-maladie privée, de prendre en charge la totalité ou une partie du ticket modérateur favorise la maîtrise des dépenses car elle rend les individus sensibles aux coûts. Cependant, en l'absence d'exonérations adéquates pour les catégories à faible revenu, le maintien du ticket modérateur pourrait compromettre les objectifs d'accès aux soins. Enfin, les coûts globaux des systèmes de santé sont affectés par la réglementation de l'assurance-maladie privée, et notamment par la structure des contrôles éventuellement pratiqués sur les coûts. Les mesures de maîtrise des coûts mises en œuvre au niveau du système de santé dans son ensemble pourraient contribuer à une meilleure maîtrise des coûts sur les marchés d'assurance-maladie privée.

3.5. Les marchés d'assurance-maladie privée ont peu contribué à l'efficience des systèmes de santé

Bien que l'assurance-maladie privée soit souvent perçue comme un moyen d'améliorer l'efficience du système de santé, les données examinées révèlent que sa contribution dans ce domaine a été limitée. Cela tient à plusieurs raisons. Premièrement, les assureurs doivent supporter des coûts administratifs et de transaction plus élevés pour attirer et retenir les clients et leur offrir une large palette d'options d'assurance. La multiplication des négociations contractuelles avec les prestataires a également amplifié les coûts administratifs des assureurs. Deuxièmement, la volonté des assureurs de ne pas restreindre le choix individuel, l'obligation qui leur est faite, dans certains pays, de rembourser tous les prestataires et les coûts induits par tout effort majeur de gestion efficiente des soins ont dissuadé ce secteur de déployer des efforts significatifs pour influencer le rapport coût-efficacité des soins dans la plupart des pays de l'OCDE. Inversement, dans les pays où un système de soins gérés est ou était opérationnel depuis plusieurs années, comme les États-Unis dans les années 90, les prestataires et les consommateurs se sont opposés à un grand nombre des pratiques les plus restrictives – dont certaines avaient préalablement contribué à la maîtrise des coûts. La difficulté pour les marchés d'assurance-maladie privée de générer des gains d'efficience tient en partie aux incitations créées par la concurrence entre assureurs. Il s'est révélé difficile d'instaurer une concurrence basée sur la valeur. En l'absence de réglementation, et parfois même malgré la réglementation, les assureurs se font souvent concurrence sur la base d'un transfert des coûts et d'une sélection des risques.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

Des incitations ou des obligations réglementaires pourraient se révéler nécessaires si l'on veut maintenir un équilibre adéquat entre les efforts de maîtrise des coûts des assureurs et la prestation des services de santé indispensables dans des conditions appropriées – objectif particulièrement important sur les marchés d'assurance primaire. De même, les décideurs devront peut-être recourir à la réglementation s'ils veulent se servir des marchés d'assurance-maladie privée pour améliorer le rapport coût-efficacité des soins – par exemple en autorisant l'adjudication sélective des contrats, en supprimant l'obligation de travailler sous contrat avec l'ensemble des prestataires ou en offrant des incitations aux assureurs qui participent à des programmes de soins préventifs ou de gestion des soins. En effet, en l'absence de réglementation, les assureurs ne seront guère incités à investir dans ces activités ou à maintenir des normes adéquates dans ce domaine. Les décideurs chargés d'élaborer les systèmes de péréquation des risques devront également effectuer un arbitrage minutieux entre les objectifs de mutualisation équitable des risques et de maintien d'incitations à l'efficience pour les assureurs. S'il est difficile de trouver l'équilibre entre ces deux objectifs dans la pratique, certains principes pourraient faciliter l'élaboration des systèmes de péréquation. Par ailleurs, les gardes-fous réglementaires et les dispositions en matière de divulgation d'informations doivent être améliorés si l'on veut instaurer une concurrence loyale sur le marché de l'assurance-maladie privée, car le marché souffre de certaines imperfections telles que l'asymétrie de l'information et l'incitation qu'ont les assureurs à sélectionner les risques. Les consommateurs ont besoin d'informations transparentes et d'une réglementation protectrice pour être dûment informés et pouvoir acheter en toute confiance les produits qui leur sont proposés. L'amélioration de l'information des consommateurs peut

encourager l'instauration d'une concurrence plus pertinente entre les assureurs, même si elle ne peut pas, en elle-même, éliminer le risque que des groupes vulnérables soient privés d'accès pour des raisons de prix.

4. Les interventions des pouvoirs publics sur les marchés d'assurance-maladie privée : les défis à relever pour réaliser les objectifs de politique publique

La contribution de l'assurance-maladie privée à la réalisation des objectifs de santé dépend largement de la structure du système de santé, des comportements stratégiques des assureurs et des interventions des pouvoirs publics. Certaines caractéristiques intrinsèques des marchés d'assurance-maladie privée non réglementés, telles que l'asymétrie de l'information, le déficit d'informations et les incitations qu'ont les assureurs à sélectionner les risques, représentent des défis importants.

Les décideurs se sont employés à résoudre ces problèmes en déployant différentes mesures et ont obtenu des résultats mitigés. En général, les pays où les marchés de l'assurance-maladie privée ont un rôle prédominant réglementent ces derniers plus strictement, même si la législation de l'UE limite (avec quelques exceptions) la possibilité de la plupart des États membres d'imposer des normes non financières aux marchés de l'assurance-maladie privée. Les réglementations permettent de résoudre certains problèmes mais en posent d'autres. Les interactions entre les différentes interventions ainsi que les éventuelles « failles » qui peuvent réduire leur efficacité peuvent également exiger le recours à la réglementation. Enfin, l'occurrence dans le temps et les modalités de mise en œuvre peuvent aussi influencer l'impact et le succès des interventions.

4.1. La réglementation peut améliorer l'accès à l'assurance-maladie privée

Les pays de l'OCDE ont employé une large palette d'outils réglementaires pour promouvoir l'accès de différents groupes de population à l'assurance-maladie privée, en particulier l'accès des personnes pour lesquelles on anticipe des dépenses de santé plus élevées. Les marchés d'assurance-maladie privée qui ne sont pas soumis à ces obligations ou qui ne font pas l'objet d'interventions ciblées posent souvent des problèmes d'accès aux personnes à risque élevé. L'impossibilité d'accéder à une couverture maladie privée est particulièrement problématique lorsque l'assurance privée joue un rôle primaire ou lorsque les décideurs estiment qu'il est important de proposer aux individus une solution de rechange à la couverture publique. Les obligations de mise sur le marché sont l'un des principaux instruments qui permettent d'améliorer l'accès à la couverture maladie privée. Cependant, les obligations de mise sur le marché ne sont pas suffisantes pour promouvoir l'accès à une couverture. Pour cette raison, les pays associent généralement aux exigences d'accès des normes de fixation des primes. D'autres instruments réglementaires peuvent renforcer l'efficacité des exigences en matière d'accès et de primes. Par exemple, les obligations de reconduction constituent un moyen utile et relativement simple de promouvoir la continuité de la couverture et la mutualisation des risques. Les normes d'accès posent des problèmes particuliers car elles sont inextricablement liées au problème de l'accessibilité économique – lui-même lié à la préoccupation plus générale de la maîtrise des coûts de santé.

4.2. La réglementation peut améliorer le degré de confiance des consommateurs vis-à-vis des marchés d'assurance-maladie privée

Les pouvoirs publics peuvent définir le champ d'application de l'assurance-maladie privée en imposant des normes ou en fixant des limites aux prestations des assureurs privés. A cet égard, les décideurs des pays de l'OCDE ont généralement adopté deux

grandes catégories d'approches. Premièrement, ils peuvent spécifier les prestations devant être fournies au moyen de normes de prestations minimales. Une deuxième méthode de réglementation des prestations qui, elle, contribue à améliorer la comparabilité des produits, consiste à obliger les assureurs à offrir une gamme limitée de prestations définies. Combinées aux normes de prestations, les obligations de divulgation peuvent aider les consommateurs à mieux comprendre les produits et les options de couverture qui leur sont proposés. Pour améliorer la confiance des consommateurs vis-à-vis des marchés d'assurance-maladie privée et de leurs produits, une autre solution consiste à mettre à la disposition des assurés des outils gratuits ou peu coûteux leur permettant de contester certaines décisions de leur régime d'assurance – dans les cas où le différend n'aura pu être réglé au moyen de la procédure d'appel ou de dépôt de plainte interne du régime.

4.3. Pour être efficace, la réglementation exige un suivi permanent et doit pouvoir être facilement adaptée

L'efficacité des instruments réglementaires dépend en définitive du degré de conformité qui prévaut dans le secteur de l'assurance et de la capacité des gouvernements à surveiller le respect des normes et à imposer des sanctions en cas de non-conformité. Les pays de l'OCDE emploient différents outils pour y parvenir, tels que l'examen des politiques, l'imposition de sanctions monétaires au civil et l'obligation de mise en œuvre d'actions correctives (entre autres). En outre, les marchés de l'assurance-maladie privée sont souvent réglementés par des agences multiples. Ce faisant, ils tirent le meilleur parti de l'expertise et de l'efficacité des efforts de mise en application des services gouvernementaux concernés. Les marchés d'assurance-maladie privée sont fréquemment soumis à des normes de concurrence plus générales. La répartition des responsabilités entre services gouvernementaux peut varier sans compromettre l'efficacité réglementaire dès lors qu'elle ne s'oppose pas à l'élaboration de réglementations adéquates et qu'elle encourage le gouvernement à réagir rapidement et avec souplesse aux développements du marché.

4.4. Les autorités peuvent employer d'autres instruments et approches pour atteindre les objectifs recherchés

Les incitations fiscales et les avantages associés à l'achat ou à l'offre d'une couverture maladie privée ont encouragé et orienté le développement des marchés d'assurance-maladie privée dans plusieurs pays de l'OCDE, bien que l'élasticité-prix de la demande de contrats d'assurance-maladie privée varie considérablement entre les pays. L'impact et la désirabilité des incitations fiscales individuelles ont néanmoins suscité des débats, centrés sur des considérations d'équité et de coût. Bien que ces incitations puissent faire évoluer les comportements d'achat, il est peu probable qu'elles puissent à elles seules apporter une solution aux défis plus profonds que posent les marchés d'assurance-maladie privée – à savoir les problèmes d'accès dus aux pratiques de souscription-tarification des assureurs (en particulier celles consistant à limiter l'acceptation et à majorer les primes en fonction de l'état de santé de l'assuré ou du demandeur). Les approches réglementaires pourraient s'appuyer sur des normes volontaires ou des normes de référence (moins strictes), même si l'efficacité potentielle de ces dernières reste à démontrer. Plusieurs programmes d'ombudsman et normes de divulgation, entre autres, ont été institués à titre volontaire par décision du secteur, ou régime par régime. Cette approche novatrice pourrait offrir au gouvernement un modèle de contrôle intéressant et mérite d'être suivie de plus près. La déréglementation présente l'avantage de consommer un volume moindre de ressources

publiques et de laisser au secteur la liberté d'innover. Par ailleurs, les décideurs peuvent ne pas attacher la même importance aux considérations d'accès et d'équité sur les marchés d'assurance complémentaires et supplémentaires, et décider de laisser ces marchés largement déréglementés. Comme on l'a vu plus haut, cette décision pourrait engendrer des problèmes d'accès et de sélection des risques si le secteur ne décide pas de son propre chef d'adhérer à certains principes de solidarité.

Pratiques utiles et recommandations pour l'orientation des politiques

L'association de réformes relatives à la mise sur le marché et d'autres portant sur la tarification peut atténuer certains problèmes d'accès à l'assurance-maladie privée. Néanmoins, les problèmes liés au prix et à l'accessibilité de l'assurance-maladie privée risquent de persister car ils sont souvent le résultat d'interactions complexes à la fois au sein du marché de l'assurance-maladie privée, et également entre ce marché et les autres payeurs des systèmes de santé. Les décideurs doivent donc continuer à élaborer des solutions inventives à ces problèmes. Les réglementations – notamment si elles sont soigneusement conçues et mises en œuvre – peuvent contribuer à stabiliser les marchés et promouvoir l'étalement des risques et l'instauration d'une concurrence équitable. Les incitations fiscales et les subventions budgétaires peuvent également encourager l'achat de polices d'assurance et donner corps au marché en faisant baisser le prix net de la souscription d'une assurance. Cependant, les subventions non ciblées ne permettent pas les subventions croisées entre individus présentant différents profils de risque, et le ciblage des subventions budgétaires est difficile à mettre en œuvre. En outre, compte tenu de l'élasticité-prix de la demande, éliminer ou réduire sensiblement les disparités d'accès à l'assurance-maladie privée entre catégories à haut revenu et à bas revenu et entre catégories n'ayant pas les mêmes besoins de santé, peut nécessiter d'investir des ressources financières substantielles, supérieures parfois au niveau des avantages fiscaux ou budgétaires actuels. Lorsque les systèmes publics garantissent un accès adéquat aux services de santé requis, la nécessité de ces interventions réglementaires et budgétaires est discutable. Mais lorsque l'assurance-maladie privée est la seule couverture disponible, ces actions sont indispensables si l'on veut garantir une couverture maladie abordable pour tous.

5. Conclusions

L'assurance-maladie privée est porteuse à la fois d'opportunités et de risques si l'on se place dans la perspective des objectifs de performance du système de santé. Par exemple, dans les pays où elle joue un rôle prépondérant, l'assurance-maladie privée a injecté des ressources dans les systèmes de santé, élargi le choix offert aux consommateurs et rendu ces systèmes plus réactifs. Cependant, dans la plupart de ces pays, elle a souvent engendré de sérieux problèmes d'équité et alourdi la facture des dépenses de santé (totales et, dans certains cas, publiques).

L'impact de l'assurance-maladie privée sur les systèmes de santé de l'OCDE dépend en partie des incitations que les marchés d'assurance-maladie privée créent pour différents acteurs du système de santé. Néanmoins, plusieurs variables telles que les caractéristiques et la structure de ces marchés, la fonction de l'assurance-maladie privée au sein du système de santé et les interventions des pouvoirs publics exercent une influence majeure sur les performances du système. Dans de nombreux cas, le degré et la nature des interventions gouvernementales peuvent entraîner l'apparition de problèmes ou au contraire aider à les maîtriser.

L'assurance-maladie privée est l'un des nombreux instruments qui peuvent contribuer à améliorer la réactivité des systèmes de santé, faciliter la concrétisation des objectifs de santé des pouvoirs publics et répondre aux demandes des consommateurs et de la société. Cependant, comme les arbitrages sont inévitables dans ce domaine, certains gouvernements peuvent considérer que les avantages de l'assurance-maladie privée ne justifient pas les coûts correspondants. Malgré tout, la plupart des pays de l'OCDE sont dotés d'un marché d'assurance-maladie privée, et celui-ci n'est pas voué à disparaître. Pour beaucoup, une question clé est de déterminer comment utiliser au mieux les marchés d'assurance-maladie privée – c'est-à-dire quel doit être leur rôle et leur importance au sein du système de santé – plutôt que se demander si ces marchés doivent exister ou non. Les réponses des pays à cette question sont forcément variables puisqu'elles dépendent des priorités des politiques du contexte historique et du système de santé. Par exemple, les décideurs peuvent avoir des objectifs explicites pour les marchés d'assurance-maladie privée offrant une garantie primaire et concevoir et imposer des politiques ciblées sur ce type de couverture. Ce faisant, ils peuvent décider de ne pas investir de ressources significatives dans la réglementation des autres types d'assurance-maladie privée, préférant encourager l'équité d'accès par le biais de la couverture publique. La demande des consommateurs influencera elle aussi l'évolution du marché et guidera la réflexion des décideurs.

Comme le souligne ce rapport, les avantages et les inconvénients de l'assurance-maladie privée dépendent souvent du rôle qu'elle joue au sein du système de santé et de la manière dont elle interagit avec la couverture publique. Les principaux points forts et points faibles associés aux différents rôles de l'assurance-maladie privée sont les suivants :

- La présence, sur le marché de l'assurance-maladie primaire, de plusieurs assureurs privés concurrents est de nature à améliorer la réactivité du système et le choix des consommateurs, mais en contrepartie d'un coût accru. Lorsque l'assurance-maladie privée constitue la garantie primaire de certains groupes de population, l'accès à une couverture abordable pour tous est un aspect important à prendre en compte pour les décideurs. Toutefois, les réglementations visant à corriger les défaillances courantes du marché de l'assurance primaire et à promouvoir l'équité ont un coût, que ce soit en termes de ressources publiques ou de réduction de la souplesse et de la capacité d'innovation des assureurs. En outre, garantir l'accès des populations vulnérables à une couverture privée adéquate peut être particulièrement ardu.
- Les décideurs peuvent se servir des marchés d'assurance-maladie privée duplicatifs pour améliorer la réactivité du système de santé lorsqu'ils jugent utile, à des fins d'efficience, de rationner les dépenses publiques de santé. Pourtant, ce type d'assurance entraîne généralement des disparités d'accès aux soins et à la prise en charge entre titulaires et non-titulaires. L'ampleur de ces disparités et la mesure dans laquelle elles sont perçues comme des menaces pour l'équité varient, notamment en fonction des mesures utilisées pour réglementer l'assurance-maladie privée. En outre, bien qu'elle contribue à atténuer les problèmes de capacité auxquels est confronté le système de santé public, cette forme d'assurance ne réduit pas sensiblement les dépenses publiques de santé.
- Lorsque le régime public impose un ticket modérateur élevé, l'assurance-maladie complémentaire peut faciliter l'accès aux soins nécessaires. Cependant, la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur par l'assurance privée encourage l'utilisation induite par l'aléa de moralité. Si un ticket modérateur modeste n'est pas maintenu pour

sensibiliser les individus aux coûts, l'assurance-maladie privée entravera les efforts de maîtrise des dépenses publiques.

- Contrairement aux autres formes d'assurance-maladie privée, les marchés d'assurance supplémentaire sont moins étroitement liés aux systèmes de couverture publique. La couverture supplémentaire des services déremboursés ou supprimés de la couverture publique peut contribuer au transfert des dépenses du public vers le privé. Cependant, l'utilisation de ces services par les assurés peut rester liée aux services financés par le régime public, et ce faisant, peser sur les dépenses publiques. De même, comme les marchés d'assurance-maladie privée assurent généralement une couverture moins universelle que les régimes publics, toute décision de dérembourser certains services doit être prise sur la base d'un arbitrage entre la volonté de réduire les coûts du secteur public et les implications de la suppression de la couverture publique de ces services en termes d'équité.

L'assurance-maladie privée soulève également un certain nombre de problèmes qui sont indépendants du rôle qu'elle joue dans le système de santé. Par exemple, l'accès à l'assurance-maladie privée peut être un objectif social important dans les systèmes à couverture universelle lorsque les décideurs souhaitent offrir aux consommateurs une solution de rechange à la couverture universelle publique, ou dans les pays où certains services de santé et produits médicalement nécessaires ne sont pas pris en charge par le système public. Les décideurs seront obligés d'intervenir pour garantir l'accès des groupes à haut risque à l'assurance-maladie privée. Ils disposent de plusieurs instruments pour y parvenir. Il leur faudra mettre en balance les objectifs parfois contradictoires d'accès et de maintien d'un groupe de risques couverts large et diversifié, en particulier sur les marchés volontaires. En outre, pour permettre aux consommateurs de choisir en connaissance de cause entre plusieurs produits d'assurance-maladie privée concurrents, les pouvoirs publics et les assureurs devraient prendre des mesures supplémentaires pour expliciter les modalités des polices d'assurance et diffuser plus efficacement l'information. Cela aurait l'avantage d'éclairer les consommateurs, d'améliorer la transparence et de rendre la concurrence plus pertinente. Même dans ces conditions, un choix trop large peut empêcher les acheteurs de prendre leur décision en connaissance de cause. Les décideurs doivent s'attaquer à ces questions s'ils ne veulent pas compromettre leurs objectifs déclarés.

Ce rapport a présenté certains des instruments et dispositifs les plus efficaces qu'emploient les pays de l'OCDE dotés de régimes d'assurance panachés pour résoudre les problèmes liés aux sources de financement mixtes, encourager l'accès à l'assurance-maladie privée et améliorer la confiance des consommateurs dans ces produits. Il a mis en évidence les avantages et inconvénients des différentes approches, y compris les forces et faiblesses avérées de certains instruments budgétaires et réglementaires, ainsi que les implications du choix d'un instrument par rapport à un autre. Les interventions des pouvoirs publics peuvent atténuer les problèmes induits par les marchés d'assurance-maladie privée, mais certaines questions restent difficiles à résoudre – celle, par exemple, de savoir comment maximiser l'efficacité de certaines mesures. Le rapport a par ailleurs attiré l'attention sur les arbitrages auxquels doivent procéder les décideurs lorsqu'ils cherchent la meilleure méthode pour promouvoir leurs choix particuliers au travers d'un système d'assurance mixte public/privé.

Il est important de ne pas se faire d'illusions sur les avantages potentiels de marchés d'assurance-maladie privée concurrentiels et, surtout, d'être conscient ce qu'ils *ne peuvent*

pas réaliser. Par exemple, l'expansion du rôle de l'assurance-maladie privée est rarement le meilleur moyen de maîtriser les coûts au sein des systèmes de santé. Par ailleurs, les marchés d'assurance-maladie privée non réglementés ne sont pas idéalement placés pour promouvoir l'accès des malades chroniques ou des personnes à haut risque à une couverture maladie – notamment en l'absence d'autres mécanismes permettant aux personnes à risque élevé d'accéder à une couverture abordable. D'un autre côté, il ne faut pas négliger l'aspect de la réactivité des systèmes de santé, un domaine dans lequel l'assurance-maladie privée a apporté une contribution positive. Qu'on le veuille ou non, les marchés d'assurance-maladie privée interagissent avec les systèmes de prestation de soins de différentes manières, dont certaines sont bénéfiques et d'autres non. Le rôle de l'assurance-maladie privée doit être structuré autour des objectifs de la politique publique en matière de financement des dépenses de santé mais aussi des objectifs plus généraux assignés au système de santé, afin de garantir la cohérence des politiques. Par ailleurs, la politique publique doit être souple pour pouvoir réagir rapidement aux problèmes ou effets indésirables éventuels qui pourraient découler des interactions entre les marchés d'assurance-maladie privée et les systèmes publics.

Certaines questions importantes, par ailleurs, méritent un examen approfondi. Par exemple, peu de recherches ont été consacrées à l'impact de l'assurance-maladie privée sur la qualité des soins. De même, les mécanismes au travers desquels la concurrence sur les marchés d'assurance-maladie privée peut améliorer l'efficacité du système de santé sont mal compris. On dispose d'informations limitées sur le rôle des marchés d'assurance-maladie privée dans l'adoption et la diffusion des technologies médicales nouvelles et émergentes et sur la manière dont ce processus interagit avec l'évaluation technologique dans les systèmes publics. Les avantages et les inconvénients de l'assurance privée pour les soins de longue durée, par opposition à leur financement public, méritent également des recherches plus poussées, tout comme, à l'évidence, les liens entre les retraites et pensions d'invalidité privées et les marchés d'assurance-maladie privée. Le public dans son ensemble gagnerait à être plus et mieux informé sur les options de couverture maladie dont il dispose et les implications des différents choix de couverture. Par ailleurs, l'amélioration de la disponibilité des données sur les marchés d'assurance-maladie privée faciliterait l'élaboration des politiques et l'analyse comparative de l'assurance-maladie privée entre les pays de l'OCDE. Enfin, il y a matière à réfléchir au meilleur moyen de concilier les objectifs parfois antagonistes d'équité, de promotion de la flexibilité et de maintien des incitations à l'efficacité sur les marchés d'assurance-maladie privée. Si le choix du rôle que l'on souhaite voir tenir par l'assurance-maladie privée – et qu'elle peut être autorisée à tenir – appartient aux décideurs de chaque pays, les réponses à ces questions (entre autres) feraient progresser l'élaboration des politiques dans ce domaine en l'appuyant sur des données concrètes.

Note

1. Moyenne non pondérée des 22 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles ou ont été estimées pour 2000. Sont exclus les pays suivants : Belgique, Corée, Grèce, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Turquie.

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.
- 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

Préface	11
Résumé	13
Chapitre 1. Introduction	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
Chapitre 2. Le rôle de l'assurance-maladie privée dans les systèmes mixtes de financement des soins de santé	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 de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE ?	88
Notes	93
Bibliographie	98
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	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 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 aux préoccupations des consommateurs	157
9. Cadres d'exécution et de respect des lois, normes transnationales et compétence partagée	165
Notes	175
Bibliographie	178

Chapitre 4. L'impact de l'assurance-maladie privée sur les performances des systèmes de santé	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. Conclusions et recommandations pour l'orientation des politiques	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
Liste des acronymes	259
 Liste des encadrés	
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

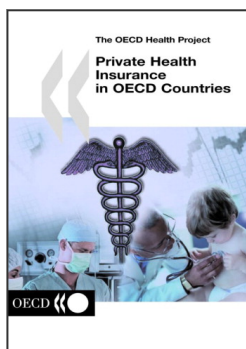
2.1. Différents modes de financement des soins de santé	30
2.2. Fonctions autorisées de l'assurance-maladie privée	39
2.3. Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE	41
2.4. Dépenses de santé par source de financement en 2000	46
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), « Conclusions et recommandations pour l'orientation des politiques », dans *Private Health Insurance in OECD Countries*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264015661-7-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. 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 ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.