

ANALYSE

Choisir une couverture complémentaire santé :
comment font les pays de l'OCDE ?

Dans les principaux pays de l'OCDE, les marchés de l'assurance santé privée sont d'ampleur variable mais partout dynamiques. Dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé, la concurrence sur l'assurance-santé doit pousser les organismes à mieux réguler l'offre de soins plutôt que de privilégier la sélection des meilleurs risques (les populations jeunes aisées). Les pouvoirs publics ont souvent introduit des mécanismes de régulation de l'assurance santé ainsi que des outils d'information et d'aide au choix d'une couverture complémentaire pour permettre aux assurés de jouer leur rôle d'aiguillon de la compétition. Quoique nécessaires et de nature à rendre plus efficace un marché segmenté, ces dispositifs ne constituent évidemment pas une recette miracle pour maîtriser les dépenses de santé. Ils peuvent cependant améliorer le service rendu aux assurés et contribuer à créer une émulation saine entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire.

Depuis le début des années 2000, les tarifs des complémentaires santé sont particulièrement dynamiques en France ; ils augmentent même plus vite que les dépenses de santé. L'existence d'un marché privé de l'assurance-santé, à côté de l'assurance-maladie obligatoire, suppose que celui-ci connaisse une concurrence réelle, sinon une telle dichotomie ne serait être ni légitime ni efficace. Or, **le cadre juridique du marché de l'assurance santé privée en France relève depuis 2001 du droit communautaire**¹ et se trouve donc réputé concurrentiel. En outre, l'offre de mutuelles, d'assurances et d'institutions de prévoyance est abondante et aucun acteur ne domine le marché.

Du point de vue de l'analyse économique², **le consommateur a une responsabilité cruciale pour favoriser la compétition entre les acteurs. En général, il dispose de trop peu de moyens pour exercer ce rôle d'aiguillon**, notamment parce qu'il éprouve souvent des difficultés à se forger une idée claire sur le « juste prix ». C'est pourquoi, **dans de nombreux pays de l'OCDE, les pouvoirs publics ont mis à sa disposition des outils d'information et d'aide à la décision.**

L'effort public total en faveur de l'accès à une complémentaire santé atteint **7,6 milliards d'euros en France** d'après la Cour des comptes, soit 35 % des prestations effectivement remboursées³. **Une concurrence insuffisante** qui impliquerait des marges ou des surcoûts trop importants aux intervenants sur ce marché **serait inefficace économiquement et socialement contre-productive**. L'absence d'accès à la couverture complémentaire constitue, en effet, le principal motif de renoncement aux soins et de report sur les urgences. L'accroissement des restes à charge et du rôle des complémentaires santé justifie **des interventions publiques**, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), créée en

¹ Troisième directive Assurance non-vie adoptée en 1992, transposée en droit français pour les mutuelles par l'ordonnance du 19 avril 2001.

² Dans le domaine de l'assurance-santé, la concurrence peut porter sur deux fonctions : la fonction d'assurance à proprement parler (tarification des primes ou contributions et définition des risques couverts : panier de biens et services assurés, niveau de remboursement...); la fonction de gestion du risque et l'achat de soins, qui concerne notamment la relation entre assureurs et prestataires de soins. La rationalité limitée des agents et les problèmes d'asymétrie d'information entre patient et professionnel de santé conduit à ce que, d'un point de vue économique, l'optimum réside dans une mise en concurrence des assureurs par les ménages de sorte qu'ensuite les organismes complémentaires mettent en concurrence les offreurs de soins. Cf. D. Polton et L. Rochaix, « Partage optimal entre assurance-maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères », *Économie Publique*, n° 14, 2004 ; P.-Y. Geoffard, « Concurrence en santé : marché des soins, marché de l'assurance », *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, 2009.

³ Cf. A. Vasselle, *Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages*, n° 385, Sénat, juin 2008.

1999, ou l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) mise en œuvre en 2004. Malgré ces aides, le taux d'effort des ménages pauvres est en général plus élevé que celui des ménages aisés, pour des contrats offrant moins de garanties⁴.

Il est donc utile de s'intéresser aux dispositifs publics de régulation des marchés de l'assurance-santé dans les pays de l'OCDE, ainsi qu'aux actions des pouvoirs publics pour **aider les consommateurs à choisir leur couverture**. C'est l'objet de cette note qui présente auparavant un panorama rapide de la place des assurances privées dans les systèmes de santé de nos principaux partenaires.

Des marchés de taille très variable pour l'assurance privée mais qui augmentent dans tous les pays de l'OCDE

Typologie des systèmes d'assurance-santé et des modèles de couverture et de répartition des risques

Si chaque système national de santé a ses spécificités, il est néanmoins possible de **regrouper les pays de l'OCDE en trois catégories**⁵ (les États-Unis étant considérés comme un modèle à part entière) suivant les fonctions qu'y occupent les assurances privées :

- les modèles avec une assurance sociale de base publique, où l'assurance privée joue un rôle complémentaire et supplémentaire : la France, le Canada, le Japon ;
- les pays avec une assurance sociale, mais où les assureurs privés opèrent dans un environnement concurrentiel sur l'assurance de base. Les citoyens ont le choix entre différentes caisses, privées aux Pays-Bas, publiques en Allemagne, privées mais très encadrées en Suisse (les profits leur sont interdits). L'intervention des organismes d'assurance est fortement régulée (*managed competition*) notamment parce qu'ils sont censés jouer un rôle important d'acheteurs de soins. Les assurances privées offrent aussi des couvertures complémentaires et supplémentaires. En Allemagne, les personnes à hauts revenus peuvent en outre souscrire à une assurance privée dite substitutive et sont soignées dans un circuit spécifique ;
- les modèles avec système national de santé où les assurances privées jouent un rôle duplicatif mais aussi complémentaire et supplémentaire. En Irlande ou en Italie, l'assurance privée est dite duplicative dès lors qu'elle couvre les mêmes soins que l'assurance de base mais chez des prestataires différents.

Tableau 1 : Fonctions de l'assurance santé

		Admissibilité à l'assurance-maladie publique	
		Personnes couvertes par le régime public	Personnes non couvertes par le régime public
Prestations maladie couvertes par le régime d'assurance-maladie privée	L'assurance privée couvre les soins curatifs nécessaires généralement couverts par le régime public	Duplicative	Assurance privée primaire : - substitutive - principale
	L'assurance privée couvre le ticket modérateur du régime public	Complémentaire	
	L'assurance privée couvre les prestations de santé non couvertes par les régimes publics ou l'assurance privée primaire	Supplémentaire	

Source : OCDE

Au-delà de cette typologie, les paniers de soins couverts par les assurances privées sont très variables, notamment parce que l'offre n'est pas identique ni en quantité ni en qualité⁶ mais aussi parce que les restes à charge des patients sont très différents, même s'ils tendent à augmenter⁷.

La place des assurances privées dans la couverture des dépenses de santé varie de 0,3 % en Suède à plus de 37 % aux États-Unis, à l'image des différences dans le recours aux financements socialisés ou publics (cf. tableau 2). Cependant, il faut aussi s'intéresser à la population couverte par ces organismes, car **quand l'assurance intervient de manière supplémentaire, elle peut couvrir des soins très courants mais peu coûteux**. À cet égard, la France se situe dans une position atypique, puisqu'elle se trouve parmi les pays où les assurances privées sont les plus présentes, selon les deux critères, malgré un niveau élevé de dépenses sociales.

⁴ B. Kambia-Chopin, M. Perronnin, A. Pierre et T. Rochereau, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132, IRDES, mai 2008.

⁵ F. Colombo, « Lessons for Developing Countries from the OECD », in Preker, Scheffler, and Bassett, *Private Voluntary Health Insurance. Friend or Foe ?*, Worldbank, 2007 ; OCDE, *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, OCDE, 2004.

⁶ Ce qui fonde les phénomènes de tourisme médical en Europe ou ailleurs.

⁷ HAS, *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens*, document de travail, septembre 2007.

Tableau 2 : Place des assurances privées dans les systèmes de santé de 13 pays de l'OCDE⁸

		Poids des assurances privées dans les dépenses de santé		
		< 5 %	5 % < x < 10 %	> 10 %
Poids de l'État et des systèmes socialisés dans les dépenses de santé	< 50 %			États-Unis
	50 % < x < 75 %		Suisse, Australie, Espagne	Pays-Bas, Canada
	> 75 %	Italie, Royaume-Uni, Suède, Japon	Allemagne, Irlande	France
Part de la population couverte par les assurances privées	< 25 %	Italie, Suède, Royaume-Uni, Japon	Allemagne, Espagne	
	25 % < x < 60 %		Irlande, Australie	
	> 60 %		Suisse	France , États-Unis, Pays-Bas, Canada

Source : OCDE, *Panorama de la santé 2008*

Soutenus par la croissance des dépenses de santé, **les marchés de l'assurance-santé sont partout en hausse régulière**, ce qui traduit la progression de l'assurance santé privée dans la prise en charge de ces dépenses. Parallèlement, les primes ont fortement augmenté (+ 25 % entre 2001 et 2007)⁹ dans tous les pays. Cette situation résulte parfois de l'extension de la couverture par le privé par désengagement de l'assurance-maladie obligatoire. Elle découle aussi de la croissance des mises en réserve selon une approche prudentielle. *A contrario*, il est difficile de retenir une tendance générale quant à la rentabilité des marchés.

Les dix plus gros assureurs mondiaux sont américains, les États-Unis étant le premier marché pour l'assurance-santé, mais les marchés nationaux demeurent très étanches, y compris en Europe, en raison de l'extrême diversité des systèmes de santé. Les statuts juridiques des organismes sont eux aussi variables, les mutuelles étant très présentes dans plusieurs pays (Italie, Belgique, France, etc.). Cependant, on observe globalement **une tendance à la réduction du nombre d'acteurs et à la concentration des marchés dans l'OCDE. Avec près de 900 organismes, la France apparaît de ce point de vue dans une situation atypique**, même si elle connaît le même phénomène de concentration, notamment parmi les mutuelles.

Les contrats collectifs d'entreprises ou associatifs sont très présents dans certains pays (États-Unis, Pays-Bas, Suède) et bénéficient alors d'avantages fiscaux et sociaux. Mais ils sont parfois interdits (Suisse) ou peu développés (Allemagne).

Une régulation souvent importante des marchés d'assurance-santé mais qui mobilise des outils divers

Les acteurs de la régulation des marchés d'assurance-santé

La plupart des pays de l'OCDE confie la régulation et la surveillance des marchés privés de l'assurance-santé à des autorités publiques.

Dans sept des douze pays considérés, **ces autorités ne sont pas spécifiques à la santé**. La régulation recouvre essentiellement la **solvabilité** et des **critères prudentiels** des acteurs, domaines relevant des organismes de surveillance des marchés financiers comme en Allemagne¹⁰, en Suède, au Japon ou encore au Canada (*Office of the Superintendent of Financial Institutions*).

Dans les cinq autres pays (Pays-Bas, Irlande, Suisse, États-Unis, Australie), la spécificité de l'assurance-maladie privée a justifié la **création d'organismes publics de surveillance dédiés**. Leur **champ d'intervention dépasse alors la question de la surveillance financière** des organismes d'assurance pour couvrir la **régulation de l'ensemble du secteur de la santé**, y compris les offreurs de soins. Par exemple, aux **Pays-Bas**, l'Autorité de santé (*Nederlandse Zorgautoriteit* ou NZa) a été créée en 2006 pour établir de manière proactive les conditions du marché, avec pour objectif d'atteindre l'efficacité et d'étendre le choix, la qualité et l'accessibilité du marché des soins. **L'Autorité supervise à la fois les offreurs de soins et les assureurs**. Elle complète le travail du Conseil de l'assurance-santé, qui ajuste paiements et risques. De son côté, **la Suisse** a opéré, depuis le 1^{er} janvier 1996, **une distinction** claire en matière de régulation, au sein de l'assurance-maladie, **entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire**. Pour l'assurance maladie obligatoire, l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) est responsable de la surveillance de la loi

⁸ Cette note synthétise les investigations d'une équipe de consultants pilotée par le CAS. Le champ de l'analyse se restreint aux douze pays de l'OCDE, en-dehors de la France, retenus par le comité de pilotage de l'étude.

⁹ D'après les données d'Eurostat.

¹⁰ En Allemagne, la responsabilité dans le suivi de l'exécution des lois sur les contrats d'assurance et dans la surveillance de l'assurance incombe aux ministères fédéraux de la Justice et des Finances, tandis que le contrôle du marché privé revient à l'autorité fédérale de surveillance financière.

fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et notamment de l'approbation des primes. Enfin, l'Office fédéral des Assurances privées (OFAP) complète le contrôle exercé par l'OFSP, en surveillant les caisses maladie reconnues dans le domaine de l'assurance-maladie complémentaire. Il prépare les agréments, contrôle et approuve les produits d'assurance, vérifie les comptes annuels, inspecte les compagnies et prend, le cas échéant, des mesures pour remédier aux situations préjudiciables.

Les principaux types de réglementation et de régulation du marché

L'un des thèmes clés de la régulation concerne la **réglementation des contrats et l'encadrement des prestations fournies**. Par ce biais, les pouvoirs publics contrôlent que les organismes fournissent des niveaux de prestations minima aux assurés et que la comparaison entre les offres est facilitée. L'encadrement des prestations revêt trois formes dans les pays étudiés : les assureurs peuvent être contraints de fournir soit des **prestations identiques** à tous les assurés, soit des **prestations minimales**, soit des **paquets de prestations normalisés**. L'obligation d'offrir des **prestations identiques à tous les assurés** concerne, dans les pays où elle s'applique, uniquement l'assurance de base. **En Suisse**, depuis la réforme de 1996, le panier de prestations de base est défini par l'État. Chaque assurance doit par ailleurs offrir à tous ses clients des contrats uniformes précisant le reste à charge. **Les assurances ne se différencient donc que par le niveau des primes**, lequel varie en fonction du groupe d'assurés de chaque assureur de chaque canton et par la qualité du service administratif offert (temps de remboursement, assistance téléphonique, etc.). **En échange d'un rabais sur la prime de base, les assurés peuvent renoncer à la forme classique du contrat et choisir un contrat d'assurance de type *managed care***¹¹. Pour l'assurance complémentaire, l'obligation de prestations types ne s'applique pas : le catalogue de prestations n'est pas défini par la loi, chaque assureur offre donc ses propres combinaisons. Les pouvoirs publics peuvent également imposer des **minima de prestations**. **En Irlande**, les conditions minimales qui doivent figurer dans chaque contrat sont calquées sur le contrat historique de VHI, opérateur historique privatisé en 1994. Par ailleurs, les assureurs proposent des produits homogènes, ce qui facilite le choix et la comparaison par les assurés. **En Australie**, un minimum de prestations est exigé pour l'assurance complémentaire. Cela étant, le nombre de produits proposés est très important (plus de 30 000), ce qui ne facilite pas forcément le choix pour l'assuré. L'encadrement des contrats peut passer par l'obligation de fournir des **paquets de prestations normalisés**. Sont alors spécifiés le contenu des prestations, les services couverts et les normes se rapportant au partage des coûts. Les **paquets standards** peuvent également viser 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 hauts risques** (cas des Pays-Bas).

Selon les pays, les **modes de calcul des primes des assurances privées** peuvent être **très différents**, notamment concernant la possibilité de tenir compte de l'état de santé ou, au contraire, de restreindre la liberté tarifaire des assureurs. **Les réglementations les plus souples (Suède, Pays-Bas) permettent aux assureurs de tenir compte du niveau de santé des assurés pour calculer le niveau des primes**. **Aux États-Unis, les situations sont contrastées** : 4 États n'ont aucune forme de restriction sur la santé (Virginie, Pennsylvanie, Hawaï et District de Columbia) ; dans 37 autres, la fourchette au sein de laquelle les assureurs peuvent faire varier les primes pour chaque assuré en fonction de son état de santé est bornée (*rate bands*) tandis que 10 États ont mis en place des formes plus ou moins pures de *community rating*, où les primes d'assurance ne peuvent pas être déterminées selon les caractéristiques individuelles des personnes mais de façon mutualisée au niveau d'un groupe, l'état de santé étant exclu des critères pris en compte. Dans certains pays, les primes peuvent être calculées sur **d'autres critères** tels que l'âge ou le lieu de résidence. C'est notamment le cas en Australie, en Allemagne ainsi qu'en Suisse sur l'assurance de base (primes variant selon des tranches d'âge assez grossières : enfants, jeunes adultes, adultes) et la zone de résidence au sein du canton (rurale, semi-urbaine, urbaine). **Les exemples de pays où les primes sont fixées de manière identique pour tous les assurés sont peu nombreux** et comportent souvent des aménagements. **En Irlande**, le principe de *community rating* dispose que l'âge ne peut pas constituer un critère de détermination du montant de la prime. Il est néanmoins possible **d'augmenter les primes des personnes qui souscrivent tardivement à une assurance-santé privée**.

Dans les pays où les prix et les prestations proposés par les assureurs sont très encadrés, **un système de péréquation des risques** a été mis en place pour rétablir une certaine équité entre assureurs aux structures de risques différentes. Cette péréquation vise à transférer des sommes perçues par les assureurs disposant d'une structure de risque favorable (par exemple forte proportion de jeunes) vers les assureurs dont le portefeuille d'assurés comporte une part importante de personnes en mauvaise santé. De cette façon, **les pouvoirs publics incitent les assurances à ne pas mettre en place des pratiques de sélection des risques**. La majorité des pays de l'OCDE étudiés dispose de mécanismes de ce type,

¹¹ Selon la définition de l'Association américaine de Santé publique (*American Public Health Association*), le *managed care* (ou gestion intégrée des soins) désigne « *Tout système de financement et/ou de distribution organisé dans le but de contrôler l'utilisation des services de santé par ses affiliés, en vue de contenir les dépenses et/ou d'améliorer la qualité* ».

plus ou moins sophistiqués et plus ou moins efficaces (*cf. tableau 3*). Ils sont jugés compatibles avec les directives Assurance par les services de la Commission et conformes au droit communautaire¹². À l'exemple de la Suisse, la mise en place d'un tel dispositif n'a cependant pas empêché certains assureurs de développer **des pratiques fines de sélection des risques : campagnes de marketing visant les jeunes, les sportifs ou les utilisateurs d'Internet, offre de paquets d'assurances complémentaires intéressants pour les personnes en bonne santé (remboursant par exemple l'abonnement à un club de *fitness*)**.

Tableau 3 : Systèmes de péréquation des risques

Pays-Bas	Mise en place d'un système de péréquation des risques entre les caisses maladie publiques depuis 1992. Ce système est devenu sophistiqué avec la réforme de 2006	Un mécanisme qui, à l'heure actuelle, n'empêche pas des pratiques de sélection des risques
Suisse	Mise en place d'un système de péréquation des risques sur l'assurance de base depuis 1993	Un système rétrospectif de compensation, qui ne s'applique pas au niveau national mais seulement au niveau de chaque canton et qui ne concerne pas les contrats d'assurances complémentaires
Allemagne	Mise en place en 2001 d'un système de péréquation comprenant un <i>pool</i> de risques, de programmes de gestion thérapeutique et d'un système de compensation lié à la morbidité	Le niveau de seuil choisi pour le remboursement des frais liés au <i>pool</i> de risques (20 500 €) a soulevé un débat. Par ailleurs, les experts estiment que les assurances ont intérêt à inscrire le plus d'assurés possible dans ces programmes
Irlande	Volonté des pouvoirs publics de mettre en place un système de péréquation sur l'assurance privée volontaire	Le système a été mal accepté et considéré comme entravant la concurrence car les fonds transférés se dirigeaient vers l'opérateur historique VHI. Il n'a finalement jamais été mis en place. Une nouvelle réflexion est en cours et devrait aboutir à une nouvelle loi d'ici 3 ans
Australie	Répartition de la population en catégories d'âge. À partir de cette répartition, évaluation du risque associé à la tranche étudiée et réassurance (<i>Risk Equalization Fund</i>)	Le remboursement <i>a posteriori</i> sur la base des coûts effectifs favorise les assureurs les moins performants, puisqu'ils sont remboursés indépendamment du niveau de risque de leur population cliente
États-Unis	Création dans plusieurs États de programmes distincts (« <i>pool</i> de risques élevés ») subventionnés par un système de taxes sur les primes et parfois de taxes additionnelles (sur les cigarettes et le tabac, par exemple), pour assurer une couverture aux personnes incapables d'en acquérir une sur le marché de l'assurance individuelle	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 <i>pools</i> de risques ont besoin provient de fonds publics

Le rôle des pouvoirs publics en matière de transparence de l'information sur le marché

L'encadrement de la communication entre assureurs et assurés

Renforcer la transparence de l'information sur le marché permet aux pouvoirs publics d'en améliorer le caractère concurrentiel au profit des assurés qui disposent alors de moyens pour comparer les offres et choisir les assurances les mieux adaptées à leurs besoins. **En Suisse**, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit un ensemble de mesures destinées à assurer la transparence au niveau de l'assurance obligatoire des soins. Les assureurs-maladie ont une obligation de communication à l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) de leurs rapports annuels, de leurs budgets et de leurs comptes annuels. **Le niveau des primes est approuvé au niveau confédéral**. Le grand public est tenu au fait des comptes annuels, du niveau des réserves et des provisions. Dans son rapport annuel, le Médiateur (*ombudsman*) de l'assurance-maladie sociale rend compte en toute transparence des contraventions commises par les assureurs. De même, **aux Pays-Bas**, la loi de 2006 sur l'assurance Soins de santé (Zvw) exige des assureurs une transparence de l'information sur les prix et les prestations, pour que les assurés puissent comparer les offres. L'autorité de santé néerlandaise, la NZa, définit les normes à respecter en matière d'information des assurés, elle en surveille l'application et le respect. Elle réalise une enquête annuelle sur la transparence de l'information fournie par les assureurs : elle examine si l'information sur les sites Internet et dans le courrier envoyé aux assurés lors du renouvellement des contrats est disponible, exhaustive et exacte.

En revanche, **dans certains pays, l'encadrement de l'information et de la communication ne passe pas forcément par une intervention de l'État**. Au Royaume-Uni, le *General Insurance Standards Council* (GISC), organisme de réglementation volontaire, créé en 2000 par le secteur de l'assurance et géré de manière indépendante, a par exemple produit des codes de bonnes pratiques et des standards opposables

¹² Arrêt BUPA, TPICE, 12 février 2008, T289/03.

aux sociétés qui en sont membres. Ces normes portent sur la qualité des produits d'assurance, la qualité de service, la tarification mais également sur le marketing, la documentation et l'information à destination du public. L'activité de cette association professionnelle a cependant cessé quand les pouvoirs publics ont créé un organisme de régulation, la *Financial Services Authority*, incluant la régulation du secteur de l'assurance et de l'assurance-santé.

Informé de manière large et générique pour s'assurer que la population dispose d'une connaissance de base sur le système de santé cohérente et partagée

Dans tous les pays envisagés, les pouvoirs publics jouent un rôle crucial dans la diffusion d'informations sur le système de santé et d'assurance-santé à destination du grand public. Souvent nationales, ces initiatives sont également, dans les États fortement décentralisés, relayées par des acteurs publics locaux. Par exemple, en Suisse, l'OFSP, l'un des principaux relais d'information publics, rappelle sur son site l'organisation et les principes de l'assurance-maladie. Au Royaume-Uni, les pouvoirs publics se concentrent sur la diffusion d'informations *via* la presse (BBC News, *Health Service Journal*) ou des organes de prévention de santé comme le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) ou encore *via* le ministère de la Santé.

Dans de nombreux pays, cette information vise aussi à expliquer l'évolution de la législation dans un contexte de réformes nombreuses, mais rend également compte de la jurisprudence de façon à mettre clairement à disposition des assurés le droit applicable. C'est notamment le cas au Québec, en Suisse ou en Allemagne, où les pouvoirs publics proposent des brochures, voire des **lignes téléphoniques dédiées**, très pédagogiques.

Informé de manière ciblée pour aider les consommateurs à faire un choix

Les pouvoirs publics aident également les consommateurs à décider de souscrire ou non à une assurance-santé privée en identifiant leurs besoins en la matière. Ainsi, en Irlande, une brochure de la *Health Insurance Authority* (HIA) présente de manière facilement compréhensible l'assurance-santé privée. Dans une perspective plus radicale, l'aide des pouvoirs publics au consommateur vise à questionner le principe même d'un recours à l'assurance privée. Dans ce cas, l'information diffusée n'incite pas forcément à la souscription d'une assurance complémentaire. En Suisse par exemple, l'OFSP invite les assurés à se poser la question de la nécessité d'une couverture complémentaire. Il précise ainsi sur son site : « *Si vous êtes convaincu/e de n'avoir pas besoin d'une assurance complémentaire, vous pouvez la résilier* ». Par ce biais, l'OFSP souhaite notamment **prévenir les risques de sur-couverture** dans le secteur de l'assurance-santé : il conseille aux assurés de veiller à ce que leurs différentes assurances complémentaires ne couvrent pas les mêmes prestations.

Par ailleurs, différents dispositifs aident les consommateurs dans **le choix de leur police d'assurance-santé** : des **comparateurs** de prix et des niveaux de couverture, des enquêtes de satisfaction publiques, des forums en ligne. **Ces outils** sont parfois mis en œuvre par les pouvoirs publics, mais plus **souvent par le secteur privé, entreprises ou associations**.

Graphique 1 : Comparateur d'assurance-santé sur le site www.primes.admin.ch



En Suisse, plusieurs comparateurs publics sont disponibles¹³, tant au niveau confédéral qu'au niveau cantonal. Le site Internet www.primes.admin.ch de l'Office fédéral de la Santé publique permet de comparer les primes de l'assurance-maladie obligatoire avec les différents paliers de franchises des caisses maladie, les primes des modèles HMO (Health Maintenance Organization) et médecin de famille. Il s'agit d'un comparateur interactif permettant de calculer le niveau de primes. Une ligne téléphonique est également disponible pour que les consommateurs puissent obtenir une version papier des primes de l'assurance de base par canton.

Les informations à renseigner : code postal, catégorie d'âge (3 groupes), modèle d'assurance (dont HMO)

Le résultat : un tableau avec la liste des assureurs, par ordre alphabétique et par canton, offrant une couverture correspondant aux critères, et, pour chaque assureur, le montant de la prime en fonction du niveau de franchise choisi

¹³ Des initiatives privées existent également : le site www.bonus.ch propose un outil comparatif pour l'assurance-maladie obligatoire et un outil pour l'assurance complémentaire hospitalière. Ce comparateur n'est pas exhaustif mais il est relativement sophistiqué dans la mesure où il permet d'obtenir le montant précis des gains et des pertes qui pourraient découler d'un changement d'assurance, par rapport à la situation actuelle et de demander en ligne une offre / un devis à l'assurance choisie.

Informer pour protéger les assurés

Le taux de rotation et le changement de contrat sont un enjeu-clé dans le secteur de l'assurance-santé privée. C'est pourquoi tant les pouvoirs publics que les assureurs eux-mêmes essaient d'informer davantage les assurés sur les modalités de changement d'assurance et sur les droits afférents.

Les pouvoirs publics encouragent fortement les assurés à faire jouer la concurrence pour changer d'assurance. En 2006, la *Health Insurance Authority* irlandaise constatait que 1 % seulement des assurés changeait de compagnie d'assurance par an et que 40 % d'entre eux ne connaissaient pas leurs droits en la matière. Elle a donc lancé une campagne d'information publicitaire grand public ciblant les magazines de programmes de télévision et les quotidiens nationaux. Les encarts publicitaires s'intitulaient : « *Vos besoins en matière d'assurance-santé peuvent changer – c'est pourquoi vous avez le droit de changer d'assurance quand vous le désirez* ». Sur le site Internet du Service de la santé publique du canton du Valais (Suisse), on peut trouver un guide détaillant les modalités de changement d'assurance. Il est introduit par le paragraphe suivant : « *Il se peut que votre assureur-maladie propose une prime bien supérieure à celle de la concurrence, ou qu'il ne propose pas le modèle d'assurance qui vous intéresse pour réaliser des économies ou que ses services ne vous donnent pas satisfaction. Vous pouvez alors changer de caisse maladie. Voici comment procéder.* ».

Par ailleurs, en tant qu'indicateurs du niveau de protection des assurés, **les processus de réclamations** peuvent aussi faire l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics et des compagnies d'assurance-santé. Les pouvoirs publics australiens se sont emparés de ce sujet en créant, en 2007, un organisme dédié, le *Private Health Insurance Ombudsman* (PHIO), chargé d'accompagner les assurés dans la gestion des démarches de réclamations dans le secteur de la santé et de jouer un rôle de médiateur.

Informer pour responsabiliser les assurés sur les coûts de la santé

Le principe même de l'assurance peut engendrer une hausse des coûts de santé en raison des phénomènes d'aléa moral observés chez les assurés. **La responsabilisation des assurés sur l'impact pour la collectivité des dépenses de santé est essentielle** afin de garantir la soutenabilité du système de soins. Par la diffusion d'information sur les dépenses de santé, les **pouvoirs publics** peuvent chercher à faire prendre conscience des économies qui peuvent être réalisées par une consommation raisonnable de soins. Ainsi, le Conseil canadien de la santé anime un débat public sur la valorisation de l'argent *via* le site www.valeurdelasantecanada.ca.

Graphique 2 : Brochure publiée par le Centre canadien de santé sur la valorisation de l'argent

Fin mai 2009
La valorisation de l'argent :
Renforcer le système canadien de soins de santé
www.valeurdelasantecanada.ca

Sommaire : Si vous n'avez que cinq minutes, lisez ce qui suit

Avant-propos : Une invitation

Partie 1
Pourquoi « la valorisation de l'argent » ?
Pourquoi maintenant ?

Partie 2
Qu'est-ce que « la valeur » ?

Partie 3
Doubler, encore doubler !

Partie 4
Comprendre les apports et les résultats

Partie 5
Faire plus, ce n'est pas toujours faire mieux

Résumé : Quoi faire maintenant ?

Health Council of Canada / Conseil canadien de la santé

Actuellement, les gouvernements financent environ 70 pour cent de toutes les dépenses de santé, ce qui veut dire que la plus grande partie des augmentations survenues au cours de la dernière décennie a été tirée de nos impôts. Outre les fonds publics, chaque Canadien a dépensé en moyenne près de 400 dollars de plus en soins de santé en 2007 qu'en 1997, soit de sa propre poche, soit par le biais d'une assurance santé privée.

Au Canada, nous semblons constamment aux prises avec des décisions à propos de l'inclusion ou de l'exclusion des services, crovant apparemment que si nous pouvons décider quels services doivent relever du régime public d'assurance santé et quels autres doivent relever des régimes privés, nous pourrions résoudre nos crises perpétuelles de financement et de durabilité. Mais c'est une approche simpliste pour une question nuancée.

Aux États-Unis, dans le Massachusetts, l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI), **organisation à but non lucratif et indépendante** (<http://www.ihl.org/ihl>), dénonce les gaspillages qui se produisent à tous les échelons du système de santé, de l'administration des services jusqu'à la prestation des soins.

Cette orientation traduit l'apparition d'un *post managed-care*, où les assurés ont davantage de liberté dans le choix des professionnels de santé, ce qui suppose **l'introduction d'une plus grande responsabilisation des patients**, par exemple sous la forme de co-paiements accrus en cas de consultation hors réseau de soins.

Des outils accessibles d'information et d'aide au choix d'une couverture complémentaire sont des **dispositifs nécessaires** pour **faire de chaque assuré un consommateur rationnel d'assurance-santé** capable de jouer son rôle d'aiguillon et de favoriser une concurrence plus forte sur ce marché. En créant l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam), **la loi du 13 août 2004 accorde plus de place aux organismes complémentaires dans la gouvernance des dépenses de santé**. Les pouvoirs publics souhaitent que ces acteurs s'investissent davantage dans la maîtrise des dépenses, dépassant leur rôle traditionnel de « payeur aveugle ». Cette perspective ne saurait advenir sans une plus grande compétition sur le marché de l'assurance-santé, car comme le montrent les exemples américain, suisse et néerlandais, la régulation de l'offre de soins reste un exercice difficile et coûteux à court terme pour les organismes d'assurance.

Mais, à partir des exemples étrangers rapportés dans cette note, une régulation accrue du marché de l'assurance santé apparaît nécessaire pour **accompagner la mise en œuvre d'outils d'information et d'aide à la décision** et pour en renforcer l'efficacité. À défaut, tout accroissement de la concurrence se traduira par une exclusion de la couverture complémentaire santé des populations présentant les risques les plus élevés (seniors et pauvres). En outre, les exemples suisse et néerlandais rappellent qu'un système favorisant très largement l'information du consommateur ne se traduit pas par un surcroît de concurrence sur le marché de l'assurance santé. La santé est un objet économique spécifique, pour lequel il est difficile de postuler la rationalité des agents et où les mécanismes de socialisation sont appelés à demeurer prédominants.

> *Tristan Klein, Département Travail, Emploi, Formation*

BRÈVES

> UN PARTENARIAT EUROPÉEN POUR LUTTER CONTRE LE CANCER

Chaque année, ce sont environ **3,2 millions de cancers**, deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires, qui sont diagnostiqués en Europe. L'Union européenne, par la voix d'Androulla Vassiliou, commissaire européenne à la Santé, vient de lancer, à la veille du renouvellement de la Commission, une nouvelle initiative : la création d'un « partenariat européen pour la lutte contre le cancer » afin de **réduire la disparité des taux de mortalité dans l'Union en améliorant la coopération entre États membres**. Depuis 1985, la lutte contre le cancer figure parmi les priorités de la politique européenne de santé publique et s'est traduite par trois programmes d'action successifs intitulés « L'Europe contre le cancer » (de 1987 à 2002) suivis de recommandations relatives au dépistage et à sa mise en œuvre, formulées en 2003 et en 2008. Prévu pour être opérationnel à l'automne 2009, ce partenariat vise à mettre en place **un cadre permettant le recensement et l'échange des informations, des capacités et des compétences en matière de prévention de la maladie et de lutte contre celle-ci et à définir les priorités pour la recherche**. La Commission supervisera les travaux et fournira une aide administrative et scientifique aux États membres. L'UE s'est également fixé pour objectif **une réduction de 15 % du nombre de nouveaux cas d'ici à 2020**, ce qui représente quelque 510 000 personnes. Si l'échelon européen est pertinent pour les coopérations médicales et scientifiques, le défi s'annonce considérable étant donné l'augmentation des cas de cancer liée au vieillissement de la population européenne.

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/996&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en>

> J.-J. D.

> QUELLES AMÉLIORATIONS POUR LE PROCESSUS NORMATIF EUROPÉEN ?

Des experts européens et américains (institutions, *think tanks*, OCDE, entreprises) viennent de publier les résultats d'une réflexion lancée par la Confederation of Swedish Enterprise et le *think tank* bruxellois Centre for European Policy Studies (CEPS) sur les moyens de produire une norme européenne de qualité adaptée aux réalités économiques. S'ils soulignent à plusieurs reprises l'intérêt d'études d'impact précisant les coûts et les bénéfices des propositions européennes, les auteurs complètent cette analyse par diverses recommandations. Pour ce qui est de la **subsidiarité**, ils recommandent principalement à la Commission européenne de s'inspirer du **réseau ad hoc mis en place par le Comité des régions** pour faciliter l'échange d'informations avec les niveaux nationaux et régionaux et de **fournir des lignes directrices aux Parlements nationaux** appelés à jouer un rôle plus important avec le traité de Lisbonne. **L'extension du mécanisme de la corégulation**, visant à associer les acteurs économiques à la fabrication de la norme, est promue au titre d'une meilleure **proportionnalité** entre la norme et les situations particulières à traiter secteur par secteur. Recommandant aux autorités nationales de **multiplier les tables de concordance** entre directives européennes et droits nationaux, les auteurs louent en particulier les méthodes britanniques en matière de transposition et « *l'exemple positif* » du guide publié en 2007. Ils soulignent par ailleurs les bons résultats de SOLVIT, **réseau en ligne de résolution des conflits entre les administrations nationales d'une part, les citoyens et les entreprises d'autre part**, comme alternative à des procédures judiciaires longues et coûteuses.

http://shop.ceps.eu/BookDetail.php?item_id=1854

> M.-C. M.

> PROCHE SORTIE DE CRISE POUR L'INDUSTRIE ALLEMANDE ? LE CAS DE LA BRANCHE ÉLECTROTECHNIQUE-ÉLECTRONIQUE

Une étude réalisée par la Deutsche Bank, en partenariat avec la Fédération de l'industrie de l'électrotechnique et de l'électronique (ZVEI), montre comment cette branche se projette déjà dans l'après-crise. Certes, elle anticipe un énorme recul de la production – 19 % en termes réels – pour l'année en cours. Elle table cependant sur un rebond progressif à partir de l'automne et sur **une progression de 6 % sur l'année 2010, grâce notamment aux dépenses d'infrastructures consenties dans les plans de relance** mis en place en Allemagne et dans divers pays. Au cours de la décennie 2011-2020, le **sentier de**

croissance retrouverait le **rythme moyen annuel de 3 %** qu'il a enregistré sur le long terme depuis le début des années 1990, c'est-à-dire après l'unification allemande. Cette reprise serait fondée sur le **redémarrage attendu de la demande mondiale en biens d'équipement**, sachant que ces derniers, très cycliques, constituent près de 80 % de la production de la branche en question. Il est vrai que, pour celle-ci, **le taux d'exportation se monte à près de 46 %** et dépasse même ce niveau en termes indirects : les biens considérés sont souvent incorporés dans des biens qui, telles les machines, relèvent d'autres branches et sont eux-mêmes exportés. En outre, les entreprises de la branche bénéficient en moyenne d'**une situation financière relativement saine**, avec un taux de capitaux propres plus élevé (35 % en 2007) qu'au début de la précédente crise (30 % en l'an 2000) et avec un taux de faillites plus faible que la moyenne de l'ensemble de l'industrie allemande, sur la période 2003-2007. **Au sein de l'industrie allemande**, cette branche occupe une position centrale : le **deuxième rang en termes d'effectifs employés** (derrière la construction mécanique) et le troisième en termes de chiffre d'affaires (derrière la construction automobile).

www.dbresearch.de/...EN.../PROD000000000243015.pdf

> R. L.

> VERS UNE FONCTION PUBLIQUE CHINOISE « VERTE »

Le gouvernement chinois a décidé le 1^{er} juillet de **réviser le système d'évaluation de la fonction publique**. Les performances des fonctionnaires du gouvernement et du parti communiste chinois devraient être liées à leur **contribution à la protection de l'environnement**, à l'efficacité énergétique et au maintien de la **stabilité sociale** du peuple chinois. Depuis 1993, les objectifs se focalisaient principalement autour de la croissance économique, du planning familial et des conditions de sécurité au travail. En mars dernier, le besoin de réformer la fonction publique avait déjà été souligné lors la conférence sino-canadienne sur l'évaluation du personnel et des résultats dans la fonction publique. De plus, les **effets de la crise financière** et la **préparation du XII^e plan quinquennal** pour 2011-2016 incitent le gouvernement chinois à modifier sa politique de gestion de la fonction publique et à **réformer son mode de gouvernance**. Ce système permettra de **garder les gouvernements locaux en phase avec la politique du gouvernement central**, engagé en faveur de l'économie d'énergie et du contrôle des émissions de polluants. La Chine avait fixé un **objectif de réduction de la consommation d'énergie de 20 % entre 2005 et 2010** mais les gouvernements locaux éprouvent beaucoup de difficultés à maîtriser leur consommation et à répondre aux **objectifs fixés**, sauf pour Beijing. Ce système d'évaluation a été approuvé par le Bureau politique du Comité central du Parti communiste chinois ; néanmoins, les performances des fonctionnaires devraient être évaluées sur cinq ans plutôt que sur une seule année. La Commission nationale des réformes et du développement n'a toujours pas prévu de calendrier quant à la mise en application du nouveau système d'évaluation des fonctionnaires, dont les détails seront bientôt publiés.

http://french.news.cn/chine/2009-07/01/c_137273.htm, XINHUA, 01/07/2009

http://www.french.xinhuanet.com/french/2009-03/03/content_828760.htm, XINHUA, 4/03/2009

> A. B.

Rédacteurs des brèves : Adélaïde Bernier (VPI), Jean-Jacques Denis (DRTDD), Rémi Lallement (DAEF), Marie-Cécile Milliat (DIS)

Directeur de la publication :
René Sève, directeur général

Rédactrice en chef de la Note de veille :
Nathalie Bassaler, chef du Service Veille,
Prospective, International

Pour consulter les archives
de la Note de Veille
en version électronique :
[http://www.strategie.gouv.fr/
rubrique.php?id_rubrique=12](http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php?id_rubrique=12)

Centre d'analyse stratégique
18, rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
Téléphone 01 42 75 61 00
Site Internet :
www.strategie.gouv.fr

