Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé

RAPPORT

Établi par

Perrine FREHAUT
Mission d'évaluation des politiques publiques

Tristan KLEIN
Centre d'analyse stratégique

Philippe LAFFON
Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2009 -

Synthèse

[1] Par lettre en date du 3 octobre 2008, le Premier ministre a chargé le secrétaire d'État chargé de la prospective, de l'évaluation des politiques publiques et du développement de l'économie numérique d'une mission de comparaison internationale sur la couverture par une assurance santé complémentaire.

[2] Ce rapport a pour but d'apprécier la qualité de l'information dont disposent, en matière de protection complémentaire en santé, les particuliers et, s'agissant des contrats collectifs, les entreprises et partenaires sociaux. Il doit en outre examiner la perception qu'ont les assurés sociaux de leur risque de supporter des restes à charge, après intervention de l'assurance maladie obligatoire, en matière de soins et biens médicaux. Enfin, il doit analyser les conditions dans lesquelles s'opèrent les choix des particuliers et entreprises entre les nombreux contrats proposés par les divers organismes complémentaires.

1. AU REGARD DES COMPARAISONS INTERNATIONALES, LA FRANCE PRESENTE UN SYSTEME ORIGINAL DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DES DEPENSES DE SANTE

1.1. Les assurés bénéficient largement d'une couverture complémentaire santé, déterminante pour la consommation de certains biens et soins médicaux

[3] Près de 93% des Français bénéficient d'une couverture, soit dans le cadre de contrats individuels, soit par le biais d'accords collectifs d'entreprise ou de branche, soit enfin dans le cadre du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Ce taux croît depuis 2002 (90,5%). Ce sont les jeunes adultes, dès qu'ils cessent d'être ayants droit de leurs parents, les personnes âgées et les demandeurs d'emploi qui sont le moins fortement couverts.

[4] Les organismes complémentaires financent environ 13,5% de la consommation de soins et biens médicaux. Leur intervention est particulièrement importante en matière de soins délivrés en ville et de produits de santé : 8,7 milliards concernent les soins ambulatoires (dont 3,7 Mds€ sur les honoraires de médecins et 3,1 Mds€ sur les dentistes), 6 Mds€ les médicaments et 2,7 Mds€ les autres biens médicaux de la LPP, ce dernier poste connaissant la progression la plus vive.

1.2. Cette couverture, qui bénéficie d'encouragements des pouvoirs publics, est proposée selon des modalités et par des acteurs divers

[5] Il existe trois types d'organismes complémentaires : les mutuelles les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance (IP). Selon les données du Fonds CMU, le chiffre d'affaires réalisé par les organismes complémentaires en santé (mesuré par le montant des cotisations encaissées) s'élève en 2008 à 29 milliards d'euros. Entre 2001 et 2008, il a progressé au rythme annuel moyen de 7,4%. Avec 55 % du montant total des cotisations, soit 16,4 Mds€, les 748 mutuelles constituent le principal acteur du marché de la complémentaire santé, les 36 institutions de prévoyance représentant 17, 7% de ce marché et les 92 sociétés d'assurance, en croissance, 25,6%.

[6] En 2006, la moitié de la population est couverte par un contrat individuel (hors CMU-C) et un tiers par un contrat collectif. Enfin, 7% de la population bénéficie de la CMU-C. Les contrats individuels concernent essentiellement les fonctionnaires, les inactifs (notamment étudiants et retraités) et les personnes exerçant dans des petites entreprises ne proposant ou n'imposant pas de couverture collective. Les contrats collectifs peuvent être facultatifs ou obligatoires, cette dernière modalité ayant été fortement encouragée par les pouvoirs publics.

[7] La loi du 31 décembre 1989 dite « loi Evin » a eu pour objet de définir les garanties en matière de protection sociale et d'assurer une protection accrue de l'assuré. Ses principes encadrent fortement l'activité des organismes complémentaires au triple plan de la sélection médicale, de l'information et de la poursuite des garanties. En outre, elle a favorisé le maintien d'un contrat d'assurance santé pour les personnes quittant une entreprise pour une raison indépendante de leur volonté.

[8] L'absence de couverture par une complémentaire santé est le principal motif de renoncement aux soins. Ce constat a motivé une politique publique ambitieuse d'encouragement au développement de la protection sociale complémentaire, via la CMU-C, l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS) et les exonérations fiscales ou sociales associées aux contrats. Ces aides sont conditionnées au respect de certains engagements notamment dans le cadre dit des contrats responsables.

[9] Les niveaux de garanties et de prix sont cependant très hétérogènes. Les contrats couvrent globalement bien les tickets modérateurs laissés à la charge de l'assuré en matière de soins ambulatoires et de produits de santé, ainsi que les principaux frais en lien avec des hospitalisations (forfait journalier notamment). Néanmoins, les offres varient fortement sur le cœur de compétence des complémentaires : l'optique et le dentaire. En outre, elles s'avèrent plus hétérogènes encore en matière de prise en charge des dépassements d'honoraires (garantie dans un tiers des cas seulement de tout ou partie de ceux-ci, garantie dans 20% des cas des dépassements hors parcours).

[10] Les contrats collectifs offrent globalement des garanties supérieures, ce qui est naturel au regard de la contribution de l'employeur (qui fait défaut pour les contrats individuels). Selon la Drees, la prime mensuelle moyenne par bénéficiaire en 2006 s'élève à 38€, tous contrats modaux et tous financeurs confondus. Ce montant dépend fortement de l'âge du bénéficiaire et, dans une moindre mesure, du niveau de garantie offert. Des populations demeurent exclues d'une protection complémentaire pour des motifs financiers. En outre, des inégalités très fortes tant au plan du caractère contributif que des prestations versées demeurent, cette inégalité étant accrue par un dispositif d'aides publiques coûteux mais dont le ciblage peut être contesté.

1.3. La satisfaction des assurés à l'égard de leur complémentaire santé doit être tempérée par leur relative myopie sur le fonctionnement et les missions des organismes complémentaires

[11] Éprouvant des difficultés objectives à arbitrer entre le coût des contrats et les garanties offertes, les particuliers et les entreprises expriment une opinion positive de l'organisme choisi. Cette vision positive s'inscrit dans un contexte où ils considèrent à une quasi-unanimité comme important d'avoir une couverture complémentaire. Les Français ont largement confiance dans leur complémentaire santé et les organismes complémentaires leur apparaissent très majoritairement soucieux d'offrir à leurs assurés le meilleur rapport qualité-prix et équitables. La satisfaction recouvre plusieurs dimensions (les délais de remboursement, le niveau de remboursement, etc.), qui dépassent toutes 90% d'opinions positives.

[12] De fait, les ménages semblent assez captifs en matière de couverture complémentaire santé, notamment quand leur situation professionnelle ou familiale est stable. Le taux de changement de contrat d'une année sur l'autre est assez faible. Une enquête effectuée par l'Irdes l'estime à environ 12% sans faire de distinction en fonction de la nature des contrats complémentaires. Le changement d'assurance complémentaire se concentre sur des périodes particulières de rupture de la vie, notamment des changements de statut socio-économique » et, plus particulièrement, le passage à la retraite. Le marché est donc éloigné du schéma d'un consommateur rationnel d'assurance santé qui fait pression sur l'offre en changeant de contrat.

[13] Enfin, l'attachement au contrat de complémentaire santé se traduit par une faible élasticité-prix des assurés. Ainsi, en cas d'augmentation de 10% des cotisations, 74% des assurés interrogés conserveraient le même organisme, dont la plupart (68%) en gardant les mêmes garanties et donc en payant l'augmentation. Il faudrait une hausse de 20% des cotisations pour entraîner des changements plus profonds de contrat, voire d'organisme.

[14] Les entreprises sont massivement satisfaites de leur complémentaire santé (96%), quels que soient la taille ou le secteur d'activité : elles y voient un outil de gestion des ressources humaines, complément de rémunération utile pour attirer et fidéliser la main-d'œuvre. C'est également un objet de dialogue social consensuel dans l'entreprise. Le taux de rotation n'est pas nettement plus fort pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels. Néanmoins, les changements de contrats sans changer d'organisme indiquent une plus forte pression sur les prix.

[15] Cette satisfaction masque une méconnaissance des dépenses de santé et des risques de reste à charge. En particulier, les Français sous-estiment la part des dépenses des régimes de base et sur-estiment celle des complémentaires. Une forte proportion s'estime mal informée sur le coût des soins et la prise en charge. Il en résulte que peu conduisent une analyse comparative des différentes offres. En effet, les offres sont si disparates que la comparaison à partir des documents commerciaux est difficile, voire impossible, d'autant plus que les offres des OC s'appuient sur un vocabulaire peu accessible et parfois équivoque. Pour conduire une réelle comparaison, il faut partir des contrats détaillés et construire des cas-types concrets de dépenses et de remboursements. Du fait de la profusion d'offres, cela s'avère une tâche quasi impossible pour un particulier, d'autant que, hors des comparatifs publiés régulièrement par les associations de consommateurs, peu d'aides au choix sont disponibles.

[16] Pour partie, le recours à une couverture complémentaire n'est donc pas rationnel et le taux de couverture actuel ne répond pas à une logique économique. Les associations de consommateurs soulignent largement ce paradoxe dans leurs analyses comparatives.

2. ELEMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

[17] La mission a étudié douze pays de l'OCDE : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Etats-Unis, Irlande, Italie, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse. Si chaque pays présente des spécificités, des problématiques communes sont clairement à l'œuvre, notamment en matière de régulation de l'offre, de transparence du marché et d'information des assurés.

2.1. Des problématiques communes apparaissent dans les marchés de l'assurance privée en santé des douze pays examinés

[18] Le poids financier du marché de l'assurance santé privée est croissant et une tendance à la réduction du nombre d'acteurs et à la concentration du marché est clairement à l'œuvre. Dans la plupart des pays, le marché est segmenté entre les contrats collectifs et les contrats individuels et l'offre de produits d'assurance santé est diversifiée et innovante. Comme en France, les assurés sont très attachés à leur prestataire et en changent peu souvent ; comme en France encore, les assurés semblent avoir une mauvaise connaissance à la fois du produit auquel ils ont souscrit et du marché. Il apparaît donc que les assurés n'ont pas une bonne connaissance du système mais surtout que les gains associés à un changement d'assureur sont minorés tandis que les coûts de transaction de ce changement sont surestimés.

2.2. Des outils de régulation et d'information divers

[19] Tous les pays du panel confient la régulation et la surveillance des marchés privés de l'assurance santé à des autorités publiques, plus ou moins indépendantes et plus ou moins spécifiques à l'assurance santé. Dans sept pays sur douze, les autorités de régulation de l'assurance ne sont pas spécifiques à la santé. La régulation recouvre essentiellement les domaines de la solvabilité et des critères prudentiels des acteurs. Dans les cinq autres pays étudiés cependant, 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, et porte aussi parfois sur la régulation de l'ensemble du secteur de la santé, y compris les offreurs de soins (Pays-Bas, Irlande, Suisse notamment)

[20] Les modes de régulation sont divers :

2.2.1. L'encadrement des prestations remboursées

[21] Par ce biais, les pouvoirs publics s'assurent que les assurances fournissent des niveaux de prestations minimums aux assurés et que la comparabilité des offres est facilitée. L'encadrement des prestations prend 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.

2.2.2. L'encadrement des modes de calcul des primes et l'approbation de leur niveau

[22] Selon les pays, les modes de calcul des primes des assurances privées peuvent être très différents, notamment sur 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 permettent aux assureurs de tenir compte du niveau de santé des assurés pour calculer le niveau des primes. Dans d'autres pays, les primes peuvent être calculées sur d'autres critères que l'état de santé, comme l'âge ou le lieu de résidence. Enfin, dans des cas plus rares, les primes sont fixées de manière identique pour tous les assurés

[23] Dans les pays où les prix et les prestations proposés par les assureurs sont très encadrés, un système de péréquation des risques est mis en place pour rétablir une certaine équité entre assureurs aux structures de risques différentes. Cette **péréquation des risques** vise à transférer des sommes perçues par les assureurs disposant d'une structure de risque favorable (forte proportion de meilleurs risques) vers les assureurs dont la structure de risque est dégradée par la part élevée de risques de haut niveau. En neutralisant l'impact de la structure de risque, les pouvoirs publics incitent les assurances à ne pas mettre en place des pratiques de sélection des risques. La majorité des pays du panel dispose d'un système de compensation des risques.

2.2.3. L'encadrement de la communication entre assureurs et assurés

[24] Renforcer la transparence de l'information sur le marché doit permettre aux pouvoirs publics en effet 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.

[25] L'information donnée aux consommateurs – qu'ils soient sur le point de s'assurer ou assurés – vise différents domaines: le fonctionnement général du système de santé public et privé, l'offre d'assurance et comment faire le bon choix (polices, prix), la protection du consommateur (capacité à changer d'assureur, recours), l'utilisation responsable du système de santé

[26] Hormis l'Irlande, la plupart des pays ne poursuivent pas l'ensemble de ces objectifs dans l'information offerte aux consommateurs. Internet est le vecteur principal de cette information dans tous les pays, mais certains pays ont pu développer d'autres approches avec des campagnes de communications dans les grands médias (Irlande), des distributions de dépliants papiers (Irlande) ou des lignes téléphoniques pour ne pas exclure les populations moins aisées avec internet (Suisse).

3. PROPOSITIONS

[27] Si la lettre de mission est centrée sur la perception qu'ont les ménages de leur reste à charge et de leurs besoins en santé, ainsi que sur les dispositifs susceptibles d'améliorer leur connaissance du marché et des offres des complémentaires santé, les entretiens menés par la mission ont systématiquement évoqué des sujets touchant, de manière plus générale, aux objectifs et missions assignés aux organismes complémentaires.

[28] De ce fait, la mission a souhaité préciser les termes du débat existant sur la place des organismes complémentaires et suggérer des pistes d'études complémentaires avant de formuler des préconisations plus précises sur les seules questions soulevées par la lettre de mission.

3.1. Les choix en matière de régulation ne peuvent être faits indépendamment d'une réflexion préalable sur les finalités assignées aux complémentaires santé

[29] Quatre sujets sont en débat.

3.1.1. Est-il souhaitable d'étendre voire de généraliser la couverture de la population par les complémentaires ?

[30] Une partie de la population ne dispose pas d'une couverture complémentaire, notamment pour des motifs financiers, bien que les pouvoirs publics aient au cours des quinze dernières années fortement encouragé l'acquisition d'une complémentaire. La généralisation de la couverture complémentaire sur le modèle des retraites complémentaires poserait cependant plusieurs difficultés. En premier lieu, il n'apparaît guère envisageable de systématiser la protection complémentaire sans revenir sur l'architecture même de notre système et en particulier les partages entre AMO et AMC et entre contrats collectifs et individuels. En outre, la généralisation poserait des difficultés juridiques si elle s'accompagnait d'un renforcement supplémentaire de l'encadrement des garanties. Enfin, au regard du financement actuel de l'AMO et de l'AMC, les buts éventuellement poursuivis par ce choix (extension de la protection, limitation des renoncements aux soins) seraient aussi bien atteints et cela dans des conditions plus satisfaisantes au regard de la justice sociale, au moyen d'une extension du panier de soins remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

[31] En réalité, à défaut de généraliser la protection sociale complémentaire en santé, l'attention des pouvoirs publics doit porter sur les segments de la population i) susceptibles de rencontrer des restes à charge élevés, ii) rencontrant des difficultés d'accès aux soins, en l'absence de couverture complémentaire. L'ACS constitue le dispositif adéquat même s'il peut être amélioré ; l'information auprès des jeunes (étudiants ou en insertion professionnelle), des retraités et des personnes changeant de statut doit être renforcée. D'autres pistes doivent être envisagées et notamment l'extension de la couverture collective, que ce soit dans le cadre professionnel ou dans un cadre autre, qui pourrait être à mi chemin de l'individuel et du collectif par le biais de contrats collectifs unissant des collectivités non professionnelles (retraités, patients…).

3.1.2. Est-il souhaitable d'assigner aux complémentaires santé une fonction de solidarité ou au moins de mutualisation ?

[32] La concurrence sur le marché des assurances collectives conduit à une concurrence très forte sur le marché des contrats individuels avec une recherche active des « bons » risques (jeunes actifs notamment) et des pratiques commerciales agressives (dumping à l'entrée voire gratuité des premiers mois de primes, campagnes de fidélisation). Spontanément, le marché conduit donc à ce que les « mauvais » risques sur le marché des contrats individuels ne bénéficient plus de la mutualisation – et, concrètement, à ce que les personnes âgées, passé un certain âge, ne puissent plus changer de mutuelle.

[33] Le devenir des retraités pose question et la mission a été frappée par la grande incertitude des acteurs sur leur capacité, individuelle et collective à faire face au défi du vieillissement de la population. Les évolutions de la jurisprudence sur les contrats collectifs ont renforcé cette perplexité. Il doit être noté que, parmi les pays où les prix et les prestations proposés par les assureurs sont très encadrés, la France est le seul qui n'ait pas mis en place de système de péréquation des risques pour rétablir une certaine équité entre assureurs aux structures de risques différentes.

3.1.3. Est-il souhaitable d'impliquer les organismes complémentaires santé dans la régulation du système de santé ?

[34] Au-delà du rôle de co-financeur avec l'AMO, de nombreux organismes interviennent dans la régulation du système de santé, notamment des secteurs qu'ils financent majoritairement, pour mieux contrôler les dépenses de santé et élargir la gamme des services auprès de leurs assurés. Les OC ont privilégié les plateformes de santé (par téléphone et par internet) et la contractualisation avec des professionnels de santé, voire la constitution de réseaux de soins (traditionnellement chez les mutuelles).

[35] Leur action en matière de régulation de l'offre de soins doit être fortement encouragée, notamment en vue de la mise en place de critères de qualité et de respect des tarifs opposables (ou de plafonnement des dépassements). Une meilleure association aux négociations conventionnelles doit faciliter cette ambition. En outre, un renforcement du volet prévention des contrats responsables et de l'implication des complémentaires dans les actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients doit répondre à ce qui est une demande forte des assurés

3.1.4. Est-il souhaitable de renforcer la concurrence entre complémentaires santé ?

[36] Pour que le consommateur soit l'aiguillon de la concurrence, encore faut-il qu'il puisse changer d'assureur et donc qu'il ait le choix du contrat. Or, en France, selon une estimation de la mission, moins de la moitié des particuliers a réellement le choix de sa complémentaire santé sans être contraint par le cadre juridique, leurs faibles ressources ou l'organisation du secteur.

[37] En outre, la transparence de l'information obtenue par une certaine harmonisation, voire standardisation des garanties, est une condition nécessaire mais non suffisante d'un meilleur choix du consommateur. L'asymétrie d'information qui résulte de la prolifération, de la diversité et de la complexité des offres d'assurance santé doit également être combattue.

[38] Malgré le caractère concurrentiel du marché des OC et des efforts importants et nécessaires en vue d'une plus grande transparence, il est probable que l'impact sur les prix et la qualité des contrats serait plus faible qu'attendu, d'autant qu'une concurrence très vive entre OC peut déboucher sur « une surenchère commerciale conduisant à la mise en place de garanties médicalement superflues mais très appréciées des réseaux de vendeurs, d'agents et de courtiers ». Elle peut également conduire à l'affaiblissement du marché des complémentaires, les hausses de tarifs conduisant les assurés vers des couvertures « *low cost* » et la disparition du meilleur contrat en termes de régulation de l'offre de soins.

[39] A moyen terme, une concurrence accrue entre assureurs peut déboucher sur une meilleure régulation de l'offre de soins mais, à court terme, il ne faut guère en attendre d'effets car la mobilisation des OC se fera prioritairement sur le marketing, voire les services aux assurés (tiers payant, délais de remboursement). Il est même possible que, dans un premier temps, il y ait une baisse des actions de prévention, de régulation de l'offre de soins et de la gestion des risques, autant d'actions qui font augmenter les coûts de gestion. La mise en concurrence des assureurs ne peut donc produire de bénéfice social que si ceux-ci s'engagent effectivement dans des stratégies de gestion du risque, à travers des actions sur la demande et l'offre de soins.

3.2. Des avancées en matière d'information et de communication sont possibles et souhaitables

3.2.1. Présentation des garanties

[40] La complexité de la présentation des garanties constitue un des problèmes principaux soulevés par les consommateurs quant à la bonne compréhension de leur complémentaire santé. Trois types d'évolution sont envisageables.

[41] En premier lieu, construire avec les acteurs des règles de bonne pratique.

[42] Ces règles de bonne pratique pourraient être définies soit par les professionnels dans le cadre d'un engagement collectif à assurer une lisibilité accrue des contrats (sous forme de charte de bonnes pratiques), soit par une autorité extérieure, en partenariat avec les assureurs et les assurés. Au vu du contexte français, c'est un cadre tripartite assurés-assureurs-Etat qui doit être privilégié. Le Conseil national de la consommation (CNC), qui a déjà travaillé sur ces sujets et posé toutes les bases d'un consensus en 1998, pourrait à nouveau examiner cette question, élaborer un glossaire des termes et concepts fondamentaux ainsi qu'une grille récapitulant les points essentiels permettant d'effectuer les comparaisons conduisant à son choix. Une large diffusion de ces documents devrait être faite et les fédérations professionnelles s'engager à les utiliser.

[43] En second lieu, créer des contrats repère.

[44] Ces contrats seraient soit « labellisés » par une autorité publique parmi les différentes offres disponibles, soit plus directement construits à partir d'un cahier des charges définissant les besoins de base pour les personnes intéressés. Cette idée pourrait notamment être mobilisée pour le public de l'ACS dont les études menées par le Fonds CMU montrent que, dans des proportions importantes, il renonce à mobiliser l'aide faute de compréhension des offres proposées.

[45] En dernier lieu, un niveau supérieur d'intervention consisterait à définir des contrats-type avec un panier des soins défini par l'autorité publique et qui devraient obligatoirement être proposés par les assureurs complémentaires. Les associations de consommateurs sont traditionnellement favorables à ce type de mesure, qui paraît cependant difficile à mettre en place car contraire à la législation communautaire.

3.2.2. Information de l'assuré pendant le contrat

[46] Concernant l'information sur les modalités contractuelles (souscription et résiliation), le cadre juridique actuel apparaît satisfaisant ; il n'est cependant pas nécessairement bien connu. Une brochure d'information claire et pédagogique à destination des assurés quant au rôle et fonctionnement de l'assurance-maladie complémentaire, précisant clairement les modalités de souscription et de résiliation d'un contrat complémentaire santé, pourrait ainsi être proposée au grand public. Sa réalisation pourrait être confiée aux opérateurs du système (mutuelles, IP, assureurs) en partenariat avec les associations de consommateurs. Le cas échéant, elle pourrait également être diffusée par l'assurance maladie ou l'INPES si elle est articulée avec une information plus générale sur le système de santé et les restes à charge.

[47] Des sites internet de comparateurs de contrats se développent dans le domaine de l'assurance santé comme dans d'autres domaines. Il est indéniable qu'internet constitue à cet égard un réel vecteur d'amélioration de l'information disponible aux consommateurs. Mais, et c'est peut-être plus net en santé, ce n'est pas toujours une information fiable. Dès lors, une offre publique pourrait être proposée, en partenariat avec la DREES et le fonds CMU.

[48] La responsabilisation des assurés sur les coûts des dépenses de santé est essentielle pour 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. Au relevé annuel de prestations de santé qui doit être étendu à tous les régimes de base, doit s'ajouter un relevé analogue pour les complémentaires, adressé avec l'avis annuel d'échéance du contrat.

[49] Si les assureurs sont autorisés à faire la publicité de leurs produits par tous les moyens disponibles, ils sont également tenus de respecter les règles qui gouvernent les formes et le contenu de telles publicités. Des efforts doivent être entrepris pour renforcer la transparence sur les frais de gestion et de commercialisation, comme pour les autres types d'assurance.

3.2.3. Le dispositif public en matière d'information et de transparence

[50] Il faut encourager les acteurs intéressés et le monde associatif à développer la transparence. Pour partie, l'amélioration de la transparence de l'information et le renforcement de la concurrence viendront de changements dans les pratiques des acteurs eux-mêmes. Les organismes complémentaires ont un rôle particulier à jouer et de nombreux acteurs dans toutes les familles sont déjà dans un état d'esprit favorable. Une telle approche n'est pas sans risque d'immobilisme néanmoins, et, pour les minimiser, il est essentiel de s'appuyer sur le mouvement consumériste et les associations de patients, qui constituent à l'étranger souvent un ressort puissant de moralisation des pratiques des OC.

[51] L'absence d'une autorité de contrôle spécifique à l'assurance santé privée ne paraît pas dans le contexte actuel de nature à représenter un handicap majeur pour l'amélioration de la transparence de l'information. En France, des institutions interviennent déjà partiellement sur le secteur des organismes complémentaires. Il convient de renforcer leurs rôles respectifs avec un questionnement sur l'harmonisation de leurs actions de régulation.

[52] Dans de nombreux pays de l'OCDE, le contrôle du secteur de l'assurance est confié à une autorité générale, très attachée le plus souvent à la surveillance financière des organismes d'assurance, supervisant leurs ratios de solvabilité. En France, ce rôle est dévolu à l'ACAM. Cette action de régulation de la concurrence dans ce secteur pourrait faire l'objet d'une analyse spécifique de l'autorité de la concurrence, pour introduire une supervision « macro-concurrentielle » à côté de la supervision « micro-prudentielle » opérée par l'ACAM.

[53] Au-delà de la régulation du secteur par les pouvoirs publics, une action importante doit être conduite pour améliorer l'information des assurés sur les risques en santé et sur les risques de reste à charge. Cette information est essentielle dans une perspective de responsabilisation des patients mais plus largement pour faire jouer aux assurés un rôle de consommateurs rationnels d'assurance santé complémentaire. Sur ce point, par comparaison avec les pays de l'OCDE, d'importants progrès restent à faire. Concernant les frais engagés, l'AMO est légitime à constituer un pôle d'information du grand public sur le fonctionnement du système de prise en charge des dépenses de santé. Afin d'assurer une articulation plus efficace de l'AMO et de l'AMC, cette information pourrait aussi concerner, en partenariat avec les OC, les couvertures complémentaires.

Sommaire

SYNTHESE **3**

RAPPORT **15**

1. AU REGARD DES COMPARAISONS INTERNATIONALES, LA FRANCE PRESENTE UN SYSTEME ORIGINAL DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DES DEPENSES DE SANTE 16

1.1. Les assurés bénéficient largement d'une couverture complémentaire santé, déterminante pour la consommation de certains biens et soins médicaux 16

1.1.1. Environ 93% de la population est couverte par un organisme complémentaire 16

1.1.2. La couverture complémentaire santé tient une place essentielle dans la couverture de la consommation de certains biens et soins médicaux 17

1.2. Cette couverture, qui bénéficie d'encouragements des pouvoirs publics, est proposée selon des modalités et par des acteurs divers 19

1.2.1. Des formes de couverture diverses 19

1.2.2. Le soutien d'une politique publique à l'acquisition 23

1.2.3. Des limites fortes en termes d'efficacité et de justice 25

1.3. La satisfaction des assurés à l'égard de leur complémentaire santé doit être tempérée par leur relative myopie sur le fonctionnement et les missions des organismes complémentaires ... 29

1.3.1. Une satisfaction générale… 29

1.3.2. … qui masque une relative ignorance des enjeux 31

1.3.3. Une situation qui traduit la faiblesse du dispositif public d'appui 34

2. ELEMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE 35

2.1. Des problématiques communes apparaissent dans les marchés de l'assurance privée en santé des douze pays examinés 35

2.1.1. Typologie des systèmes d'assurance santé et des modèles de couverture et de répartition des risques 35

2.1.2. Un marché dynamique et en croissance régulière 39

2.1.3. Des assurés très attachés à leur prestataire et qui en changent peu souvent 41

2.2. Des outils de régulation et d'information divers 42

2.2.1. Les acteurs de la régulation des marchés d'assurance santé 43

2.2.2. Les principaux types de réglementation et de régulation du marché 44

2.2.3. Les dispositifs d'information et de communication mis en place par les pouvoirs publics, les autorités de régulation et le secteur associatif 48

3. PROPOSITIONS 56

3.1. Les choix en matière de régulation ne peuvent être faits indépendamment d'une réflexion préalable sur les finalités assignées aux complémentaires santé 57

3.1.1. Est-il souhaitable d'étendre voire de généraliser la couverture de la population par les complémentaires ? 57

3.1.2. Est-il souhaitable d'assigner aux complémentaires santé une fonction de solidarité ou au moins de mutualisation ? 59

3.1.3. Est-il souhaitable d'impliquer les organismes complémentaires santé dans la régulation du système de santé ? 61

3.1.4. Est-il souhaitable de renforcer la concurrence entre complémentaires santé ? 65

3.2. Des avancées en matière d'information et de communication sont possibles et souhaitables 71

3.2.1. Présentation des garanties 71
3.2.2. Information de l'assuré pendant le contrat 74
3.2.3. Dispositif public en matière d'information et de transparence 76

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 81

LETTRE DE MISSION 83

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 87

ANNEXE : LES RESTES A CHARGE 91

SIGLES UTILISES 99

PIECES JOINTES 101

PIECE JOINTE N°1 : SYNTHESE DU SONDAGE TNS SOFRES 103

PIECE JOINTE N°2 : FICHES PAYS CAPGEMINI CONSULTING 169

PIECE JOINTE N°3 : NOTE JEROME WITTWER SUR LA DEMANDE DE CONTRAT INDIVIDUEL DE COMPLEMENTAIRE SANTE SUR DONNEES FRANÇAISES 269

PIECE JOINTE N°4 : NOTE JEROME WITTWER SUR LA DEMANDE DE COMPLEMENTAIRE SANTE ET L'ELASTICITE-PRIX COMPLEMENTAIRE SANTE INDIVIDUELLE D'APRES LES CAS AMERICAIN, SUISSE ET NEERLANDAIS 277

Rapport

[54] Par lettre en date du 3 octobre 2008[1], le Premier ministre a chargé le secrétaire d'État chargé de la prospective, de l'évaluation des politiques publiques et du développement de l'économie numérique d'une mission de comparaison internationale sur la couverture par une assurance santé complémentaire.

[55] A la suite du remaniement gouvernemental intervenu le 15 janvier 2009, la mission a été maintenue mais son profil modifié : une mission conjointe composée de Mme Perrine Fréhaut (Mission d'évaluation des politiques publiques), M. Tristan Klein (Centre d'analyse stratégique) et de M. Philippe Laffon (Inspection générale des affaires sociales) a mené à bien le présent travail, qui est adressé à Mme la ministre de la santé et des sports et à M. le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

[56] Ainsi que le précise la lettre de mission, ce rapport a pour but d'apprécier la qualité de l'information dont disposent, en matière de protection complémentaire en santé, les particuliers et, s'agissant des contrats collectifs, les entreprises et partenaires sociaux. Il doit en outre examiner la perception qu'ont les assurés sociaux de leur risque de supporter des restes à charge, après intervention de l'assurance maladie obligatoire, en matière de soins et biens médicaux. Enfin, il doit analyser les conditions dans lesquelles s'opèrent les choix des particuliers et entreprises entre les nombreux contrats proposés par les divers organismes complémentaires.

[57] Outre une revue de la littérature académique et administrative sur le sujet, la mission a conduit de nombreux entretiens avec les administrations compétentes, des praticiens du domaine (courtiers en assurance, directeurs des ressources humaines, avocats spécialisés), des organismes complémentaires, ainsi que les fédérations les représentant, des universitaires et des associations de patients[2].

[58] Le travail de la mission conjointe a également pu s'appuyer sur des travaux qui ont été conduits pour son compte. Les enseignements relatifs aux pays étrangers ont été réunis notamment grâce à une enquête menée par le réseau des conseillers sociaux et une étude menée par un cabinet de consultants[3]. En outre, la mission a pu bénéficier des résultats d'un sondage, mené sur un échantillon représentatif d'usagers (particuliers et entreprises)[4]. Enfin, M. Jérôme Wittwer, professeur des universités en économie à l'université de Paris-Dauphine, a bien voulu faire office de conseiller scientifique de la mission[5], tandis que la mission a pu bénéficier de l'apport de Melle Souhad Rouibi, étudiante du Master professionnel Cadres des organismes du secteur social de l'université Paris 1, stagiaire à la MEPP.

[59] Que ces divers intervenants soient ici remerciés pour leur collaboration au présent rapport.

---

[1] Cf. Lettre de mission.
[2] Cf. Liste des personnes rencontrées.
[3] Cf. Pièce jointe n°2.
[4] Cf. Pièce jointe n°1.
[5] Il a en outre rédigé deux notes relatives à l'analyse économique des déterminants de la demande d'assurance santé privée, reproduites en pièces jointes n°3 et n°4.

1. AU REGARD DES COMPARAISONS INTERNATIONALES, LA FRANCE PRESENTE UN SYSTEME ORIGINAL DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DES DEPENSES DE SANTE

[60] En France, le remboursement des frais de santé fait intervenir, d'une part, l'assurance maladie dite obligatoire (AMO) et, d'autre part, les organismes complémentaires (OC), généralement non obligatoires, qui assurent la couverture d'une partie du reste à charge des ménages (notamment le ticket modérateur) en échange du paiement d'une prime. La mobilisation de la couverture complémentaire peut intervenir à la fois pour les prestations en nature et pour les revenus de remplacement (indemnités journalières), qui ne seront pas abordés dans le cadre du présent rapport.

1.1. Les assurés bénéficient largement d'une couverture complémentaire santé, déterminante pour la consommation de certains biens et soins médicaux

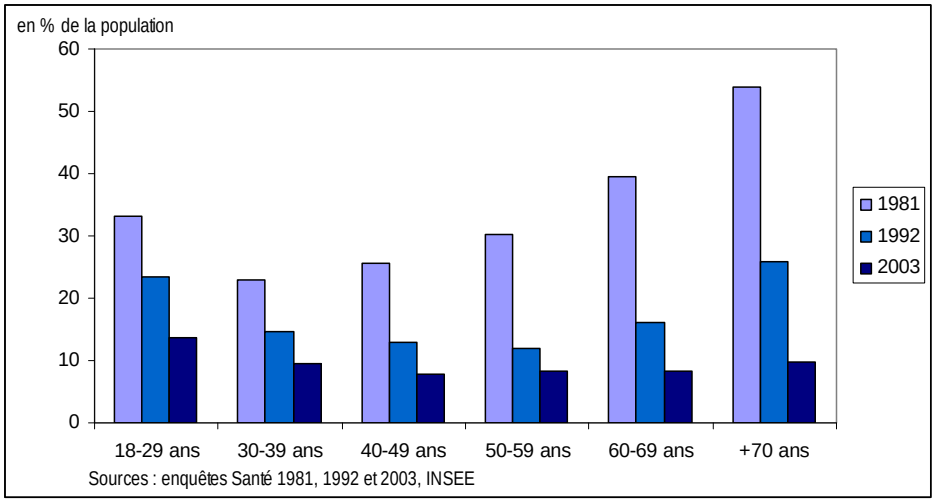
[61] Plus de 90% des Français bénéficient d'une couverture soit dans le cadre de contrats individuels, soit enfin par le biais d'accords collectifs d'entreprise ou de branche, soit dans le cadre du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

[62] Quasi généralisée, la couverture complémentaire occupe une part limitée et stable dans les dépenses de santé. Son poids est cependant important pour certains segments de la consommation de soins et biens médicaux

1.1.1. Environ 93% de la population est couverte par un organisme complémentaire

[63] En 2006, 86% de la population était couverte par une couverture complémentaire, soit 52,7 millions de personnes. Par ailleurs, 6,9% de la population, soit 4,2 millions de personnes, bénéficiaient de la CMU-C. Tous organismes confondus, le taux de couverture par une assurance complémentaire s'élève donc à environ 93% de la population, taux qui croît depuis 2002 (90,5%)[6].

Graphique 1 : Part de personnes non couvertes par une complémentaire en fonction de l'âge

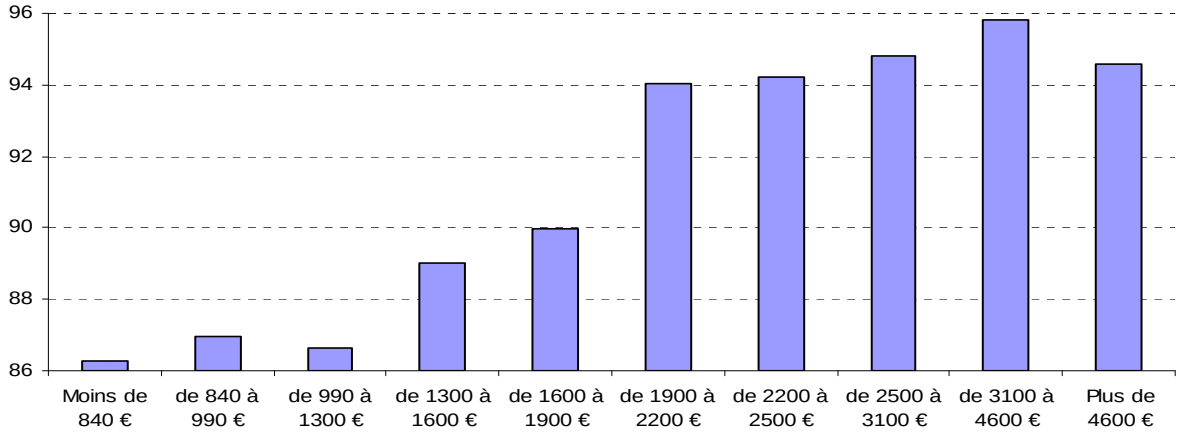


[6] Commission des comptes de la Sécurité sociale (septembre 2008) d'après Enquête santé et protection sociale de l'IRDES.

[64] Ce sont les jeunes adultes, dès qu'ils cessent d'être ayants droit de leurs parents, et les personnes âgées qui sont le moins fortement couvertes. Dans le premier cas, le motif peut résulter d'un état de santé perçu comme satisfaisant et d'obstacles financiers à l'acquisition. Dans le second cas, la perte d'un contrat complémentaire du fait de l'entrée en retraite ou du décès du conjoint, le bénéfice du dispositif de prise en charge intégrale par l'assurance obligatoire en cas d'affection de longue durée et des motifs financiers constituent autant d'explications du moindre recours à une protection complémentaire.

[65] Une corrélation positive existe entre revenu et recours à une couverture complémentaire. Cette analyse est confortée par la décomposition en professions et catégories socio-professionnelles : 13% des ménages d'ouvriers non qualifiés ne sont pas couverts contre 4% des ménages de cadres et professions intermédiaires. Les demandeurs d'emploi, en raison de l'absence de couverture d'entreprise et de difficultés financières, constituent la catégorie la moins couverte (18%)[7]. Cette corrélation est confirmée par différentes analyses économiques qui démontrent que le poids de la contrainte budgétaire est déterminant dans le processus de décision de l'assuré[8].

Graphique 2 : Taux de couverture complémentaire (assurance privée et CMU-C) par niveau de revenu du ménage en 2004



Source : Enquête SPS 2004.

1.1.2. La couverture complémentaire santé tient une place essentielle dans la couverture de la consommation de certains biens et soins médicaux

1.1.2.1. Environ 13% de la consommation de soins et biens médicaux sont pris en charge par les organismes complémentaires

[66] En 2007, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 206,5 milliards d'euros, soit 10,9% du produit intérieur brut (PIB) et la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 163,8 milliards d'euros, soit 8,7% du PIB. Selon les comptes nationaux de la santé, la structure de financement de la CSBM est globalement stable depuis 2004 : les dépenses sont prises en charge par la Sécurité sociale (à hauteur d'environ 78%), les organismes complémentaires (environ 13,5%) et les ménages (environ 8,5%).

[7] La mise en œuvre d'un avenant à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, instituant la portabilité des droits santé prévoyance des salariés privés d'emploi, devrait favoriser un meilleurs recours des demandeurs d'emploi à une couverture complémentaire.

[8] Renaud Legal (2009), « L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France », *Revue économique* ; Saliba et Sentelou (2007), "Complementary health insurance in France: Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement", *Health policy*, 81

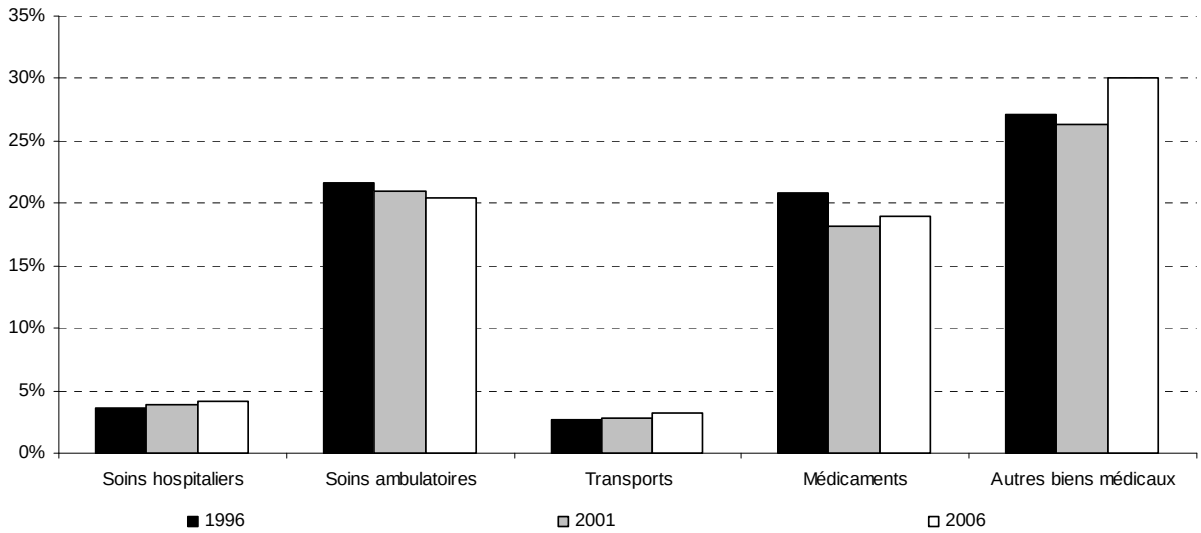
[67] Sur plus longue période et en parts relatives, la part prise par les organismes complémentaires a cependant crû, le reste à charge des ménages étant orienté à la baisse[9] et la part de la Sécurité sociale stable. Ce phénomène résulte notamment de la décrue du reste à charge des ménages, elle-même liée à la croissance des dépenses liées aux affections de longue durée et aux diverses mesures de rééquilibrage de l'assurance maladie ayant eu pour effet de transférer des dépenses vers les complémentaires (franchise de 18€, revalorisations du forfait journalier hospitalier, baisse du taux de remboursement de certains médicaments et produits de santé).

1.1.2.2. L'intervention des organismes complémentaires est particulièrement importante en matière de soins délivrés en ville et de produits de santé

[68] En raison du fort investissement de l'assurance obligatoire en matière de prise en charge des soins hospitaliers et de transports sanitaires, le rôle de l'assurance maladie complémentaire (AMC) est limité sur ces postes (moins de 10% du financement), même s'il tend à augmenter sous l'effet de mesures de régulation du secteur évoquées *supra*. En revanche, pour les soins ambulatoires (honoraires médicaux et dentaires, dépenses d'auxiliaires médicaux et de laboratoires d'analyse), les médicaments et les autres biens médicaux, la part de l'AMC est importante : en 2006, elle est de l'ordre de 20 %, voire de 30 % pour les autres biens médicaux de la LPP[10]. L'importance du ticket modérateur sur ces postes explique ce niveau élevé de prise en charge par l'AMC.

[69] Concernant les dépassements d'honoraires, la DSS et l'Igas[11] estiment que, sous l'hypothèse d'une prise en charge d'environ 92 % du ticket modérateur par l'AMC, la part financée par celle-ci représente environ un tiers du montant des dépassements d'honoraires médicaux, le reste étant à la charge des ménages.

Graphique 3 : Part de l'AMC dans le financement de la CSBM par poste de dépenses



Source : DREES (Comptes de la santé 2006).

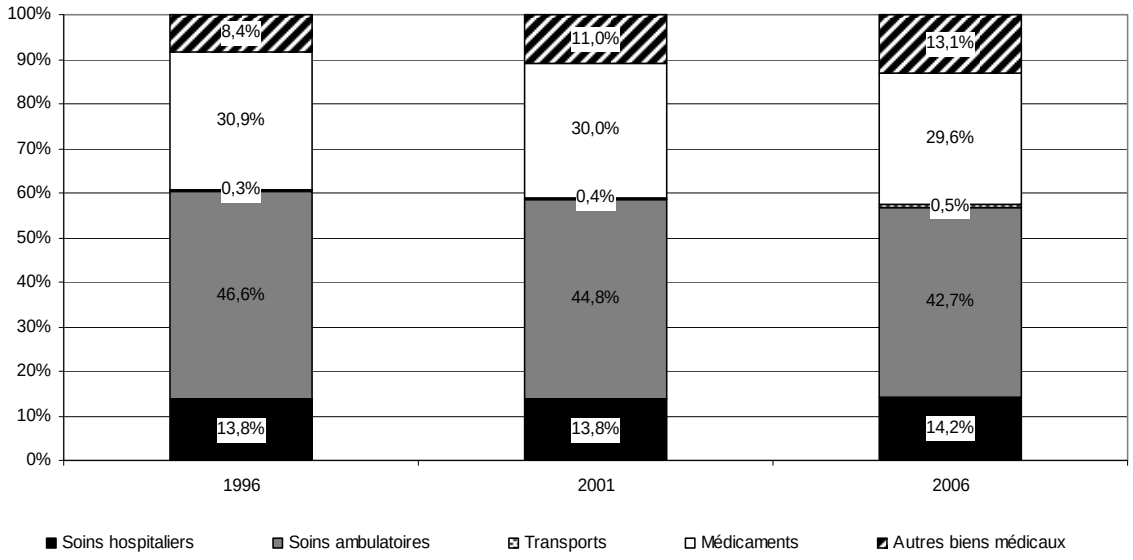
[9] Il s'agit bien évidemment là d'évolutions de parts relatives, puisqu'en valeur absolue, le RAC net des ménages est dynamique (+35% entre 2000 et 2007 selon les comptes nationaux de la santé), même s'il augmente moins fortement que le financement des dépenses de soins assuré par l'AMC et par l'AMO (respectivement +51% et +41% sur la même période).

[10] Source : DSS. La LPP est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques.

[11] Rapport 2007-054 sur les dépassements d'honoraires médicaux, avril 2007.

[70] En raison du poids des soins ambulatoires et des médicaments dans la CSBM, ces deux postes constituent l'essentiel de la dépense de l'AMC. Sur les 20 Mds€ de la CSBM financés par l'AMC en 2006, 8,7 milliards concernent les soins ambulatoires (dont 3,7 Mds€ sur les honoraires de médecins et 3,1 Mds€ sur les dentistes), 6 Mds€ les médicaments et 2,7 Mds€ les autres biens médicaux de la LPP, ce dernier poste connaissant la progression la plus vive.

Graphique 4 : Structure de la dépense des OC dans la CSBM



Source : DREES (Comptes de la santé 2006).

1.2. Cette couverture, qui bénéficie d'encouragements des pouvoirs publics, est proposée selon des modalités et par des acteurs divers

1.2.1. Des formes de couverture diverses

1.2.1.1. Trois types d'intervenants se partagent le marché

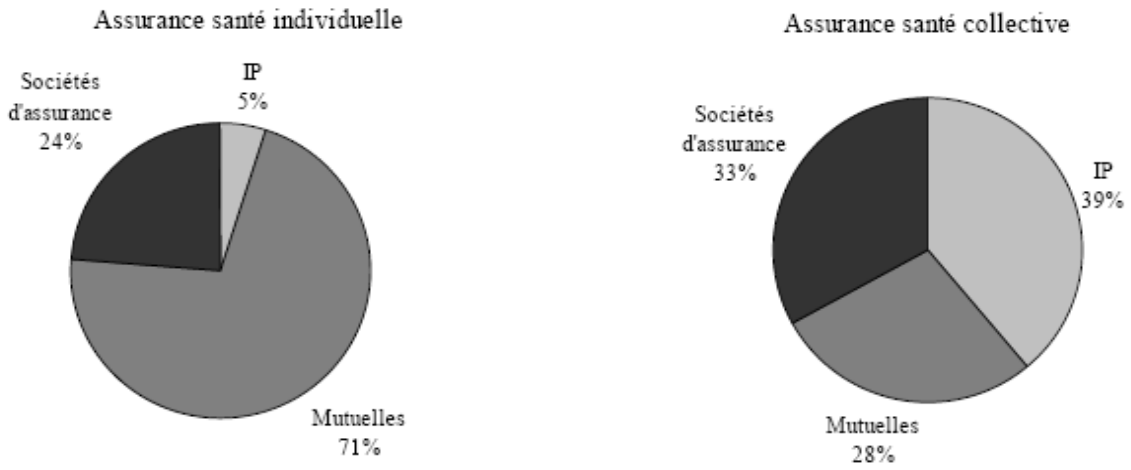
[71] Il existe trois types d'organismes complémentaires, qui relèvent de cadres juridiques différents. Les mutuelles sont des personnes morales à but non lucratif. Elles sont administrées par un conseil d'administration élu par les membres de l'assemblée générale réunissant les adhérents ou délégués. À la différence des sociétés d'assurance, elles se financent essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres et n'ont pas vocation à faire des bénéfices. Elles offrent principalement des contrats d'assurance individuels qui représentent trois quarts de leur chiffre d'affaires santé. Depuis la mise en œuvre du nouveau Code de la mutualité en 2002, le secteur mutualiste est en pleine restructuration[12].

[72] Les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances. Elles relèvent de deux catégories : les sociétés anonymes et les sociétés d'assurance à forme mutuelle. Elles sont également spécialisées dans les contrats individuels (70% de leur chiffre d'affaires), mais elles offrent des gammes de contrats plus diversifiées.

[12] Plus récemment, les mutuelles de la Fonction Publique d'Etat sont entrées dans un processus de référencement prévu par le nouveau décret du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat employeur au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents. Elles doivent, ministère par ministère, répondre à l'appel à la concurrence ouvert à tout organisme d'assurance complémentaire quel qu'il soit.

[73] Les institutions de prévoyance (IP), régies par le Code de la Sécurité sociale, réalisent près de 77 % de leur chiffre d'affaires à partir de contrats collectifs. Souvent émanations des institutions de retraite complémentaire, les IP opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés, dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles. Elles peuvent à ce titre être professionnelles, interprofessionnelles ou d'entreprise. Elles se différencient des autres opérateurs par leur gestion paritaire : créées par accord entre les partenaires sociaux, elles sont gérées par les représentants des employeurs et des salariés.

Graphique 5 : Parts de marché en assurance santé par type d'opérateur et de couverture



Source : Fonds CMU, in Kerleau et al. (2008)

[74] Selon les données du Fonds CMU, le chiffre d'affaires réalisé par les organismes complémentaires en santé (mesuré par le montant des cotisations encaissées) s'élève en 2008 à 29 milliards d'euros. Entre 2001 et 2008, il a progressé au rythme annuel moyen de 7,4% (mais de 6% « seulement » en 2008).

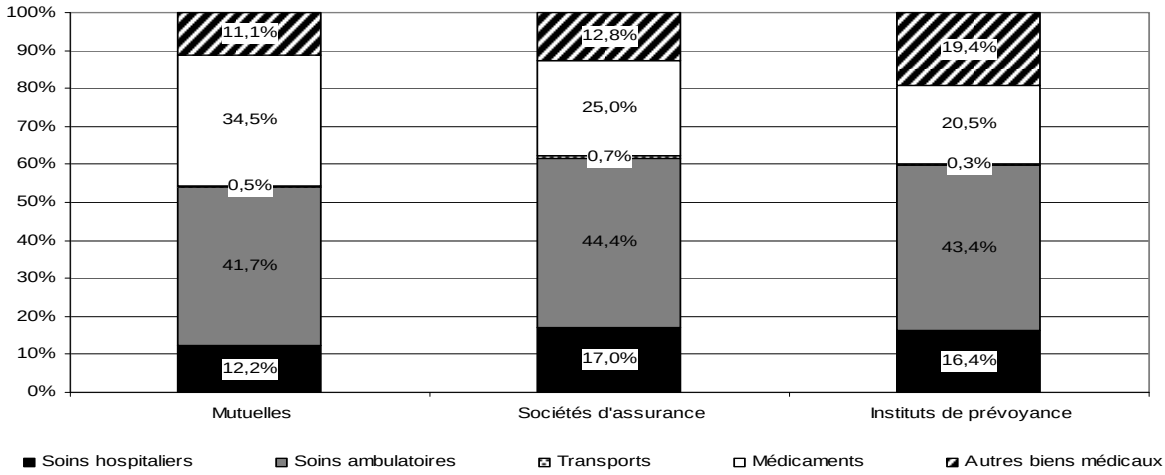
[75] Avec 55 % du montant total des cotisations, soit 16,4 Mds€, les 748 mutuelles constituent le principal acteur du marché de la complémentaire santé, même si leurs parts de marché ne progressent pas depuis 2001. Il en est de même pour les 36 institutions de prévoyance dont le poids global est toutefois nettement plus faible (17,7% en 2008, soit 5,1 Mds€, contre 18,7% en 2001). Ces évolutions se font au profit des 92 sociétés d'assurance qui enregistrent des taux de croissance supérieurs et représentent 25,6% du volume des cotisations en 2008, soit 7,4 Mds€ (contre 21% en 2001).

[76] Ainsi, l'assiette de la contribution CMU des sociétés d'assurance, c'est-à-dire de leur chiffre d'affaires santé, a doublé entre 2001 et 2008 quand celle des mutuelles et institutions de prévoyance n'augmentait « que » de 55% et 57% sur la même période ; parallèlement, mutuelles et assureurs enregistraient un renforcement de la concentration en leur sein, en raison des regroupements d'institutions et du rythme de croissance supérieur des structures les plus larges.

1.2.1.2. Des différences d'intervention entre les différents acteurs de la couverture complémentaire

[77] Si les différents acteurs de la couverture complémentaire en santé consacrent des parts équivalentes de leur intervention aux soins ambulatoires, les mutuelles sont davantage impliquées dans le remboursement des médicaments, les assureurs dans celui des soins hospitaliers, les institutions de prévoyance dans celui des autres biens médicaux.

Graphique 6 : Structure de la dépense dans la CSBM par OC en 2006

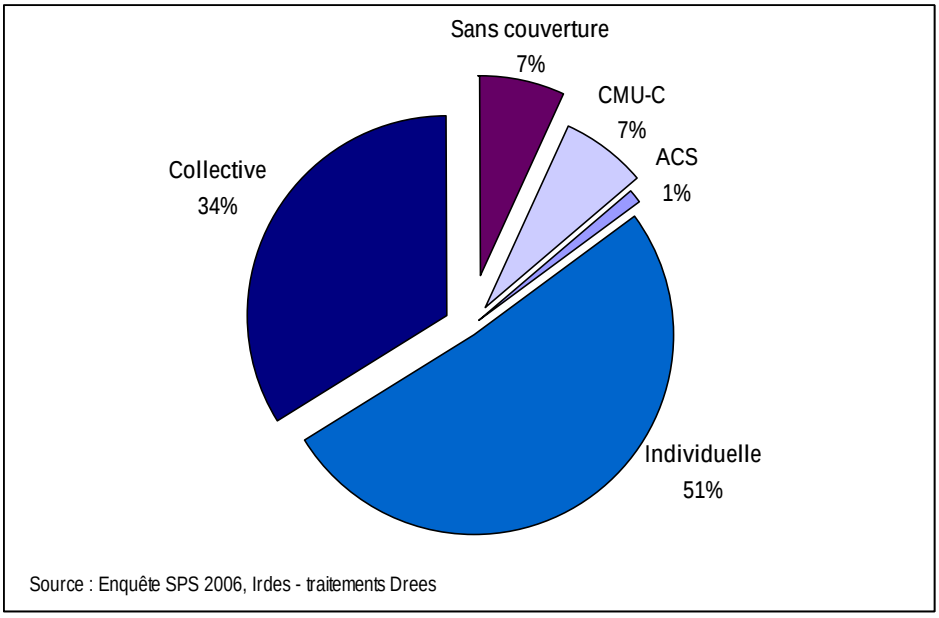


Source : DREES (Comptes de la santé 2006).

1.2.1.3. Des contrats individuels et des contrats collectifs

[78] En 2006, la moitié de la population est couverte par un contrat individuel (hors CMU-C) et un tiers par un contrat collectif. Enfin, 7% de la population bénéficie de la CMU-C.

Graphique 7 : Type de couverture complémentaire en 2006



[79] Les contrats individuels concernent essentiellement les fonctionnaires, les inactifs (notamment étudiants et retraités) et les personnes exerçant dans des petites entreprises ne proposant ou n'imposant pas de couverture collective. Les contrats collectifs peuvent être facultatifs ou obligatoires, cette dernière modalité ayant été fortement encouragée par les pouvoirs publics. Ainsi, les entreprises ont été incitées, par l'article 113 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et ses textes d'application, à transformer leur couverture facultative en contrat obligatoire avant le 30 décembre 2008, sous peine de perdre le bénéfice des exonérations sociales et fiscales qui y sont attachées.

1.2.1.4. Des offres inscrites dans un cadre réglementaire protecteur des assurés

[80] La loi du 31 décembre 1989 dite « loi Evin »[13] a eu pour objet de définir les garanties en matière de protection sociale et d'assurer une protection accrue de l'assuré. Ses principes encadrent fortement l'activité des organismes complémentaires au triple plan de la sélection médicale, de l'information et de la poursuite des garanties.

[81] Pour un contrat collectif, lorsque des formalités médicales sont exigées et que l'assureur constate un antécédent médical sérieux, il ne peut qu'accepter (éventuellement en majorant le tarif) ou refuser le groupe en totalité ; il ne peut refuser ou appliquer une surprime à tel ou tel salarié. Lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale, l'assureur devra couvrir toutes les pathologies antérieures à la souscription ou l'adhésion au contrat. De même pour les salariés employés postérieurement, l'assureur ne peut les refuser. Il ne peut que résilier pour la prochaine échéance ou proposer de nouveaux taux pour cette même date. Les salariés en arrêt de travail au moment de la souscription seront toujours indemnisés par le précédent assureur (si un contrat était en place) ; lorsqu'ils reprennent le travail, ils intègrent le nouveau contrat qui dès ce moment les garantit.

[82] La loi Evin impose en outre des règles relativement strictes concernant l'information des assurés et des entreprises. Le souscripteur (ici l'entreprise) doit remettre à chaque adhérent une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les exclusions, les obligations des parties, etc. La sanction en cas de non respect de cette obligation est l'inopposabilité des clauses vis-à-vis de l'adhérent : soit l'entreprise est en cause directement lorsqu'elle ne peut apporter la preuve de la remise alors que l'assureur lui a remis celle-ci (l'assureur condamné à régler les prestations se retournera contre l'entreprise), soit c'est l'assureur s'il n'a pas remis au souscripteur la dite notice (ou si celle-ci est incomplète). D'autre part, le souscripteur doit informer les adhérents salariés des modifications de leurs droits et obligations.

[83] L'article 4 de la loi Evin, qui renforce les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, prévoit qu'un salarié ayant souscrit un contrat d'assurance santé collectif obligatoire et quittant une entreprise pour une raison indépendante de sa volonté (licenciement, incapacité, invalidité, départ en retraite) ne doit pas être privé des avantages que ce contrat collectif lui procurait jusqu'alors. À cette fin, et sous certaines conditions - notamment un plafonnement à 150% la première année des possibilités d'augmentation de tarif -, l'organisme assureur est tenu de proposer au salarié concerné, qui en fait la demande dans les six mois de son départ, le maintien de la couverture de ses frais de santé, sans période probatoire ni sélection médicale.

[13] Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Elle a été complétée et précisée par la loi n°94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes.

[84] Un récent arrêt de la cour de cassation est venu préciser les conditions de mise en œuvre du maintien de cette couverture santé en faveur des anciens salariés[14] : si le rapport de droit qui lie l'assureur à l'ancien salarié n'est pas le prolongement du contrat collectif, mais bien un contrat individuel à adhésion facultative distinct, la haute juridiction a jugé que cette couverture ne pouvait être uniquement « similaire » à celle du contrat collectif, mais devait être identique à celle dont bénéficiait le salarié au moment de son départ de l'entreprise. Or, les assureurs avaient jusqu'à présent élaboré des contrats standards destinés aux personnes quittant l'entreprise avec des garanties adaptées au profil de cette population (retraités) et tenant compte de l'encadrement de la tarification. Cet arrêt peut donc avoir pour effet, d'une part, de reporter sur les actifs couverts par le contrat collectif (qui évoluera, lui, dans le temps) le coût réel des risques des retraités et, d'autre part, de « rigidifier » la couverture des retraités dans des garanties fixées au moment de leur départ de l'entreprise mais plus nécessairement adaptées à leurs besoins. Seule adaptation possible en vertu de l'arrêt de renvoi de la cour d'appel de Lyon[15] : le contrat individuel doit être adapté en fonction des évolutions législatives et réglementaires affectant l'ensemble des assurés.

[85] Il est enfin à noter que l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail a prévu la portabilité des droits (notamment en matière de complémentaire santé) pour les salariés au chômage[16].

1.2.2. Le soutien d'une politique publique à l'acquisition

[86] L'absence de couverture par une complémentaire santé est le principal motif de renoncement aux soins. Ce constat a motivé une politique publique ambitieuse d'encouragement au développement de la protection sociale complémentaire. Dans un cadre d'analyse économique classique, le fait que les individus valorisent insuffisamment certains biens dont la consommation est source d'externalités positives (amélioration de l'état de santé général de la population) rend la puissance publique légitime à intervenir sous forme de subventionnement à l'achat de couvertures privées.

1.2.2.1. Les dispositifs d'aides

[87] Il existe un mécanisme relevant de la solidarité nationale et des dispositifs d'aide mobilisant des outils variés (crédits d'impôt, exonérations fiscales et sociales pour les employeurs et les salariés).

- *La CMU complémentaire (CMU-C)*

[88] La CMU complémentaire couvre désormais 4,5 millions de bénéficiaires (France entière). Elle est accordée pour un an sous condition de ressources : l'ensemble des ressources du foyer des 12 mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond (7447€ annuels pour une personne seule en métropole). La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la Sécurité sociale. Elle peut être gérée par un régime de sécurité sociale de base ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurances, institution de prévoyance) qui s'est inscrit sur la liste des organismes volontaires.

[14] Cass. civ. 2., n° 06-15.006, 7 février 2008, Azoulay c/ Mutuelle Micils.
[15] Cour d'appel de Lyon, 1ère ch. civ. B, RG n° 08/02875, 13 janvier 2009, Mutuelle Micils.
[16] Article 14. Un avenant a été négocié le 18 mai 2009 par les partenaires sociaux pour son application.

➢ *L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS)*

[89] L'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (ACS) a été instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. L'ACS doit faciliter l'accès à l'assurance complémentaire des ménages modestes non éligibles à la CMU-C. Elle vient en déduction du coût d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel. Mise en place au 1er janvier 2005, cette aide financière a été portée depuis le 1er janvier 2006 à des montants significativement plus élevés qu'en 2005 (100€ pour les moins de 25 ans, 200€ pour les 25 à 59 ans et 400€ pour les 60 ans et plus)[17]. En novembre 2008, on dénombrait plus de 442 000 bénéficiaires ayant utilisé leur attestation de droit à l'ACS.

➢ *Les exonérations (associées aux contrats solidaires et responsables ou non)*

[90] Les contributions des employeurs aux régimes de prévoyance sont en règle générale déductibles de leur bénéfice imposable et donc de l'impôt sur les sociétés. Le champ des exonérations fiscales comprend en outre la taxe de 7% due sur les conventions d'assurance maladie (art. 1001 CGI), qu'il s'agisse de contrats conclus en collectif ou en individuel ; dès lors qu'il s'agit de contrats solidaires et responsables, cette taxe n'est pas appelée.

[91] Enfin, pour les salariés, existe une déduction d'impôt sur le revenu des cotisations versées à des régimes obligatoires d'entreprise de prévoyance complémentaire (art. 83 CGI) dans une limite spécifique (déductibilité de la somme de 7% du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et 3% du revenu annuel brut, sans que le total puisse excéder 3% de 8 fois le PASS, soit 7986€). Cette déductibilité de l'impôt sur le revenu s'applique également aux contrats individuels des professions libérales.

[92] Au plan social, les contributions des employeurs au financement de contrats de prévoyance couvrant les frais de santé sont exclues de l'assiette des cotisations sociales dès lors que les contrats ont un caractère collectif et obligatoire et sont responsables, à rebours du principe selon lequel entrent dans l'assiette toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail[18]. Cette exonération est plafonnée à hauteur de la somme de 6% du PASS et de 1,5% de la rémunération annuelle brute, sans que la somme puisse dépasser 12% du PASS soit 3993€. L'assiette exonérée est évaluée à 13,8 Mds€[19].

➢ *Les aides aux contrats Madelin*

[93] La loi du 11 février 1994 dite « loi Madelin » a accordé des avantages fiscaux et sociaux aux travailleurs indépendants souscrivant un contrat d'assurance maladie complémentaire. L'article 24 de la loi prévoit que les primes versées au titre de contrats collectifs d'assurance santé, dans la limite de 3% d'une somme égale à 8 fois le PASS, sont déductibles du bénéfice imposable au titre de l'impôt sur le revenu (art. 154 bis du CGI) et exclues de l'assiette des cotisations sociales (art. L. 131-6 du CSS).

[17] Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires prévoit, suite à l'adoption d'un amendement à l'Assemblée nationale, de créer une nouvelle tranche d'âge (50-59 ans) bénéficiant d'une aide de 350€ et de porter à 500€ le montant de l'aide pour les personnes de plus de 60 ans.

[18] Dans le cas particulier où le comité d'entreprise contribue – c'est un cas fréquent en complémentaire santé lorsqu'il existe une mutuelle d'entreprise –, la participation du CE est assimilée à une contribution employeur quand le régime est obligatoire et mis en place dans les règles ; elle est considérée comme un complément de salaire et donc soumis à cotisations sociales dans le cas d'un contrat facultatif.

[19] Annexe 5 à la LFSS 2009.

1.2.2.2. Des aides conditionnées au respect de certains engagements

➢ *Ticket modérateur d'ordre public (TMOP) non assurable et contrats responsables*

[94] La mise en place du parcours de soins coordonnés[20] a eu pour conséquence un encadrement supplémentaire des contrats complémentaires. Pour être qualifié de « responsable » et bénéficier des avantages fiscaux et sociaux, un contrat doit respecter un certain nombre d'obligations et d'interdictions, fixées par la loi dans un cahier des charges complété par un décret du 30 septembre 2005, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (UNOCAM).

[95] Ainsi, la prise en charge des consultations réalisées dans le parcours de soins doit correspondre *a minima* à 30% du tarif conventionné (l'assurance maladie obligatoire en remboursant 70%). De même, sur les médicaments vignetés à 65% et les analyses médicales prescrites par le médecin traitant, les frais laissés à la charge des assurés ne doivent pas excéder 5% des sommes engagées. *A contrario*, la participation forfaitaire de 1€ et la majoration de ticket modérateur sur les consultations hors parcours de soins ne doivent pas être prises en charge. De plus, une franchise de 8€ sur les dépassements d'honoraires autorisés en dehors du parcours de soins doit être laissée à la charge des patients. De la même manière, ces contrats ne remboursent pas les 3 nouvelles franchises médicales mises en place depuis le 1er janvier 2008 (0,5€ par boîte de médicaments, 0,5€ par acte paramédical à l'exception de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation, 2€ par recours au transport sanitaire, à l'exception des transports d'urgence). Enfin, les contrats responsables doivent prendre en charge 100% du ticket modérateur de deux prestations de prévention à choisir sur une liste établie par le ministère de la Santé (par exemple, ostéodensitométrie et dépistage de l'hépatite B ou détartrage complet sus- et sous-gingival et vaccination). Paradoxalement, les contrats qui ne couvrent que les « gros » risques, notamment en matière d'hospitalisation, ne sont pas responsables.

➢ *Prohibition de la sélection des risques*

[96] Les contrats responsables suivent de ce point de vue les contrats solidaires qui, dès 2002, encadraient fortement la tarification au risque. Les contrats solidaires sont définis comme étant des contrats pour lesquels « l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ». Eux seuls peuvent bénéficier des exonérations visées *supra*, pour le champ des contrats individuels ou collectifs d'assurance maladie assurant la couverture des frais médicaux ou le versement d'indemnités journalières.

1.2.3. Des limites fortes en termes d'efficacité et de justice

[97] L'examen du panorama actuel des complémentaires santé invite, indépendamment du sentiment que peuvent éprouver les assurés (cf. 1.3. *infra*), à souligner plusieurs paradoxes.

[20] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

1.2.3.1. Des niveaux de garanties et de prix hétérogènes

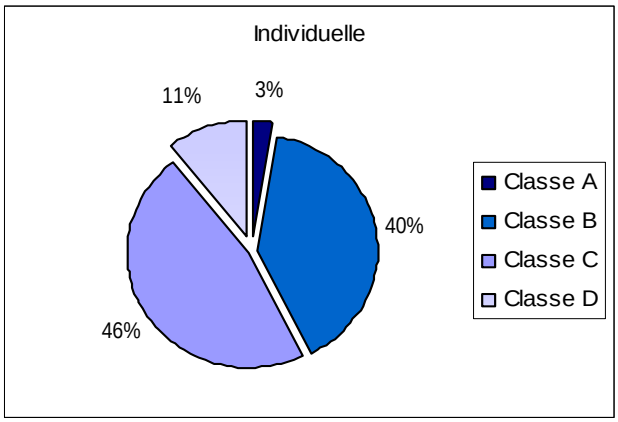
➢ *Des garanties hétérogènes*

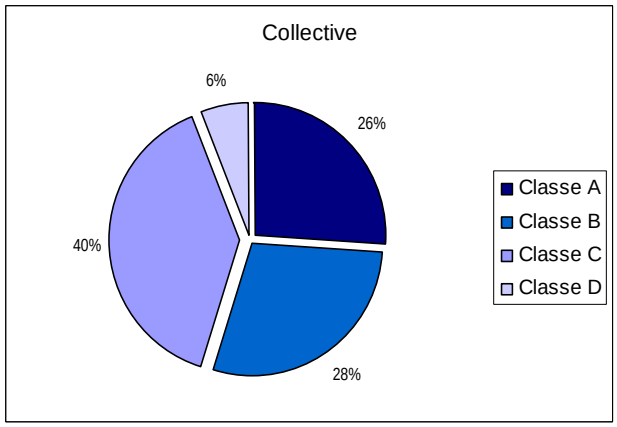
[98] La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie chaque année une étude sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires : il s'agit de trois contrats individuels et de deux contrats collectifs, dits « modaux » et couvrant respectivement 60% des personnes couvertes à titre individuels et 30% des personnes couvertes à titre collectif[21]. La Drees les classe en quatre catégories, désignées par les lettres A à D, A correspondant aux contrats offrant les meilleures garanties, D à la couverture la plus faible.

[99] Les contrats couvrent globalement bien les tickets modérateurs laissés à la charge de l'assuré en matière de soins ambulatoires et de produits de santé, ainsi que les principaux frais en lien avec des hospitalisations (forfait journalier notamment). Néanmoins, les offres varient fortement sur le cœur de compétence des complémentaires : l'optique et le dentaire. En outre, elles s'avèrent plus hétérogènes encore en matière de prise en charge des dépassements d'honoraires (garantie dans un tiers des cas seulement de tout ou partie de ceux-ci, garantie dans 20% des cas des dépassements hors parcours).

[100] 8 personnes sur 10 sont couvertes par des contrats intermédiaires, 45% l'étant par un contrat dit standard (désigné comme C) qui prévoit (en remboursements médians) 140€ en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour une prothèse dentaire, 160€ pour une paire de lunettes à verres complexes, 163% du tarif de responsabilité pour les prothèses auditives et, le plus souvent, un remboursement des consultations de médecins spécialistes limité au ticket modérateur. Pour l'hôpital, ce contrat standard impose une limite (60 jours) de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie. *A contrario*, pour un contrat B, le remboursement médian d'une prothèse dentaire s'élève à 269€, celui d'une paire de lunettes à 272€ et il est en général prévu une prise en charge, au moins partielle, des dépassements d'honoraires.

Graphique 8 : Répartition des personnes couvertes par les contrats de la typologie selon le type de couverture





Source : Enquête auprès des organismes complémentaires santé 2006, DREES

[21] Marie-Laure Arnould et Marie-Odile Rattier (2008), « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en 2006 », *Etudes et résultats*, n° 635, Drees.

[101] Les contrats collectifs offrent globalement des garanties supérieures, ce qui est naturel au regard de la contribution de l'employeur (qui fait défaut pour les contrats individuels). Ainsi, 60% des contrats collectifs couvrent les dépassements d'honoraires contre seulement 24% des contrats individuels. De surcroît, le niveau moyen de remboursement atteint 154% des tarifs conventionnels pour les contrats collectifs contre, au maximum, 130% pour les contrats individuels. Sur l'optique, en 2006, la moitié des contrats individuels couvrent moins de 57% du prix d'une paire de lunettes simples (200€) et moins de 40% d'une paire de lunettes complexes (500€). Pour les contrats collectifs, ces taux de prise en charge médians sont plus élevés (respectivement 84% et 46%). Enfin, pour une prothèse dentaire de 750€, la moitié des contrats collectifs prennent en charge moins de 247€, contre 194 € pour les contrats individuels.

[102] Selon la Drees, la prime mensuelle moyenne par bénéficiaire en 2006 s'élève à 38€, tous contrats modaux et tous financeurs confondus. Ce montant dépend fortement de l'âge du bénéficiaire et, dans une moindre mesure, du niveau de garantie offert. Par exemple, toutes choses égales par ailleurs, le prix mensuel d'un contrat individuel « fort » en optique et en dentaire est supérieur de 15€ à celui d'un contrat se limitant au ticket modérateur sur ces prestations. Par ailleurs, à garantie égale, un contrat individuel coûte 10€ de plus par mois qu'un contrat collectif.

[103] La tarification des contrats collectifs est généralement calculée au niveau de l'entreprise puis déclinée de manière forfaitaire ou proportionnelle par salarié en tenant compte soit de la taille du ménage du salarié, soit du niveau de salaire, soit des deux[22]. Dans les contrats collectifs les plus fréquemment souscrits, les revenus sont souvent utilisés pour décliner le tarif du groupe entre chaque membre : 46% des contrats collectifs d'assurance, 43% des contrats collectifs d'IP et 25% des contrats de mutuelles en tiennent compte. Le lieu d'implantation du groupe est aussi déterminant, notamment dans les contrats proposés par les IP puisque 44% en tiennent compte. Enfin, la plupart des contrats collectifs d'IP et de sociétés d'assurance proposent des forfaits famille (respectivement 92% et 78% des contrats collectifs). Les mutuelles par contre proposent plus souvent l'option d'une gratuité à partir d'un certain nombre d'enfants (50% des contrats).

1.2.3.2. L'efficacité des couvertures complémentaires est contestable à plusieurs égards

[104] En termes de coût-efficacité, le jugement ne peut être que nuancé.

[105] Au plan global, doit d'abord être notée l'absence de corrélation entre hausse des primes et état de santé de la population couverte. Cette hausse des primes est largement due à des facteurs exogènes (transferts de charge de l'AMO et coût croissant des dépenses de santé), mais pas seulement. La cour des comptes a eu l'occasion–selon des modalités contestées par les différents intervenants du marché – de souligner les coûts élevés de gestion du secteur, liés notamment aux frais de prospection et de rotation de la clientèle, eux-mêmes consécutifs au renforcement du caractère concurrentiel du marché[23], mais aussi aux efforts des assureurs, mutuelles et IP pour développer des offres de services allant au-delà du seul remboursement du ticket modérateur.

[106] D'autre part, cette couverture n'est pas spontanément centrée sur la prise en charge des dépenses les plus utiles à l'amélioration de l'état de santé de la population ou les plus efficientes. Si, sur certains secteurs de la dépense, le cadre juridique qui encadre l'intervention des organismes complémentaires l'explique (prise en charge du ticket modérateur sur les médicaments faiblement remboursés), force est de constater que :

[22] Comme vu *supra*, l'état de santé des salariés du groupe apprécié par le recours à un questionnaire médical peut avoir pour effet, si un ou des individus présentent un risque élevé, de conduire l'assureur soit à refuser d'assurer le groupe, soit à proposer un niveau de tarifs ou de garanties peu attractif interdisant de fait la souscription d'un contrat collectif dans l'entreprise.

[23] Le *dumping* sur les bons profils (jeunes actifs sans enfants, jeunes retraités en bonne santé) est également largement répandu – et peut conduire dans certains cas à reporter la charge sur d'autres profils.

- l'intervention des complémentaires se développe fortement sur les dépassements d'honoraires (avec d'ailleurs un risque inflationniste lié à la solvabilisation des demandes des professionnels de santé) quand « il n'y a pas de lien objectif entre dépassements et qualité des soins »[24] ;
- le remboursement de certaines dépenses à l'efficacité limitée (ostéopathie, cures thermales, chambre individuelle en établissement de santé, etc.) est au cœur des démarches commerciales de différenciation des complémentaires ;
- les actions de prévention et de gestion du risque demeurent encore insuffisamment développées ou mal connues des adhérents et clients.

[107] Enfin, cette couverture peut avoir un effet inflationniste sur la dépense engagée (y compris pour l'AMO) dès lors que les tarifs des professionnels s'adaptent à la couverture (dentisterie, optique notamment) ou que les assurés jouent sur les plafonds de garantie pour les saturer.

[108] C'est cependant en termes de redistribution que la construction actuelle est la plus critiquable.

[109] L'examen des réformes intervenues dans le champ de la protection sociale d'entreprise ces dix dernières années atteste d'un mouvement régulier visant à développer un modèle de protection complémentaire obligatoire, responsable, largement mutualisé et négocié entre les partenaires sociaux. Si son organisation est encadrée et régulée, elle relève cependant des acteurs du marché : organismes assureurs et entreprises. Cette régulation porte pour l'essentiel sur la dissuasion de la sélection des risques et la définition de règles responsables.

[110] Si les exonérations fiscales et sociales associées au contenu des contrats indiquent la reconnaissance par les pouvoirs publics de l'importance de l'AMC dans la performance globale du système de santé, elles ont cependant, en termes de liberté d'action des assureurs, des contreparties : le régime doit concerner, de façon générale et impersonnelle, l'ensemble du personnel ou des catégories objectives ; la participation de l'employeur doit être effective et uniforme pour l'ensemble des salariés relevant d'une même catégorie ; le contrat doit contribuer à orienter l'offre et la demande vers des pratiques vertueuses, conformes aux orientations prises par les autorités publiques pour stabiliser les régimes obligatoires (comportement respectueux du parcours de soins par les OC, gestion du risque).

[111] Pour autant, on ne peut qu'observer le maintien de populations exclues d'une protection complémentaire au regard de motifs financiers. D'autre part, des inégalités très fortes tant au plan du caractère contributif que des prestations versées demeurent, cette inégalité étant accrue par un dispositif d'aides publiques coûteux mais dont le ciblage peut être contesté. Ainsi, la Cour des comptes estime que l'effort public total atteint 7 Mds€ (5,3 Mds€ pour les contrats Madelin et les contrats collectifs obligatoires, 1,7 Md€ pour CMU-C et ACS), soit 32% des prestations effectivement remboursées.

[112] Le secteur est donc largement aidé, l'Etat ayant défini des outils importants pour favoriser l'accès aux complémentaires ; et, de fait et en dépit de la CMU-C et de l'ACS, cette aide bénéficie plus aux grandes entreprises qu'aux petites, plus aux cadres et aux revenus élevés qu'aux catégories plus modestes, plus aux actifs qu'aux inactifs. Pour reprendre l'analyse faite par l'Irdes à partir de l'enquête ESPS, les primes versées par les ménages représentent 10% du revenu des ménages les plus pauvres et moins de 3% du revenu des ménages les plus riches, « sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures ».

[24] Igas, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, avril 2007, *op. cit.*

1.3. La satisfaction des assurés à l'égard de leur complémentaire santé doit être tempérée par leur relative myopie sur le fonctionnement et les missions des organismes complémentaires

1.3.1. Une satisfaction générale…

[113] Éprouvant des difficultés objectives à arbitrer entre le coût des contrats et les garanties offertes, les particuliers et les entreprises expriment une opinion positive de l'organisme choisi. Cette vision positive s'inscrit dans un contexte où ils considèrent à une quasi-unanimité (97% des assurés et 91% des entreprises) comme important d'avoir une couverture complémentaire[25]. Pour 78% des assurés, il s'agit même d'une dépense indispensable (opinion partagée par 38% des responsables protection sociale des entreprises).

1.3.1.1. En contrat individuel, les assurés, satisfaits, changent peu souvent d'assureur

[114] L'indice de satisfaction à l'égard de cette couverture atteint ou dépasse les 90% selon les études. C'est également vrai pour les salariés couverts par un contrat collectif obligatoire. 87% des fonctionnaires se disent de même satisfaits de leur couverture complémentaire[26].

[115] La satisfaction à l'égard de l'assurance-maladie obligatoire (AMO) est nettement plus faible, seule une petite minorité (52%) de personnes interrogées se déclarant satisfaite du niveau de remboursement offert. La comparaison des satisfactions demeure favorable aux complémentaires par rapport à l'AMO sur différents postes de dépenses (généraliste, hôpital, dentaire, optique…). En outre, la satisfaction sur la prise en charge de l'AMO se dégrade depuis deux ans (-12 points[27]) alors que le jugement concernant les OC reste stable.

[116] Les Français ont largement confiance dans leur complémentaire santé et les organismes complémentaires leur apparaissent très majoritairement soucieux d'offrir à leurs assurés le meilleur rapport qualité-prix et équitables. Ils considèrent ces organismes comme aussi légitimes que l'AMO pour représenter les malades et les usagers du système de santé[28].La satisfaction recouvre plusieurs dimensions (les délais de remboursement, le niveau de remboursement, etc.), qui dépassent toutes 90% d'opinions positives.

[117] De fait, les ménages semblent assez captifs en matière de couverture complémentaire santé, notamment quand leur situation professionnelle ou familiale est stable. Ainsi, quand deux couvertures sont disponibles dans le ménage, seul un tiers compare les niveaux de remboursements.

---

[25] CAS-TNS Sofres, *Les complémentaires santé*, mars 2009, cf. Pièce jointe 1. Quand la source n'est pas précisée, les chiffres indiqués dans cette partie sont tirés de ce sondage.

[26] TNS Sofres – la maison du fonctionnaire, mars 2006, étude réalisée par téléphone du 14 au 17 février 2006 auprès d'un échantillon national de 400 fonctionnaires (fonction publique d'Etat, fonction publique hospitalière, fonction publique territoriale).

[27] TNS Sofres, *Baromètre Prévoyance. Vague santé*, Avril 2008. Baromètre annuel réalisé pour La Banque Postale du 27 mars au 2 avril 2008 auprès de 1001 personnes de 18 ans et plus, représentatives de la population française.

[28] LH2-CISS, *Le baromètre des droits des malades*, février 2009.

[118] Le taux de changement de contrat d'une année sur l'autre est assez faible. Une enquête effectuée par l'Irdes l'estime à environ 12% sans faire de distinction en fonction de la nature des contrats complémentaires[29]. Le sondage TNS Sofres retient un taux de rotation de 9% par an[30], mais plus élevé pour les moins de 35 ans (13%). Les assurés individuels changent de contrats tous les sept ans en moyenne.

[119] Surtout, selon l'Irdes, « le changement d'assurance complémentaire se concentre sur des périodes particulières de rupture de la vie, notamment des changements de statut socio-économique »[31] et, plus particulièrement, le passage à la retraite. Il en ressort que 51% des assurés titulaires d'un contrat collectif obligatoire changent d'organisme lors du départ à la retraite, c'est-à-dire à la fin du contrat obligatoire (31% pour les assurés titulaires d'un contrat facultatif).

[120] Plus largement, 63% des personnes ayant changé de complémentaire n'ont pas pris l'initiative de ce changement contre 35% qui ont manifesté un désaveu sur la qualité ou sur le prix du contrat précédent. Le marché est donc éloigné du schéma d'un consommateur rationnel d'assurance santé qui fait pression sur l'offre en changeant de contrat.

[121] Enfin, l'attachement au contrat de complémentaire santé se traduit par une faible élasticité-prix des assurés. Ainsi, en cas d'augmentation de 10% des cotisations, 74% des assurés interrogés conserveraient le même organisme, dont la plupart (68%) en gardant les mêmes garanties et donc en payant l'augmentation. Le niveau de revenu ne constitue pas un discriminant des réponses. Ce résultat est conforme aux études économiques menées sur les Etats-Unis, la Suisse ou les Pays-Bas (cf. fiche études empiriques de Jérôme Wittwer en pièces jointes n° 3 et n°4). Il faudrait une hausse de 20% des cotisations pour entraîner des changements plus profonds de contrat, voire d'organisme.

1.3.1.2. Les entreprises sont satisfaites des contrats collectifs, grâce aux exonérations sociales, mais changent plus souvent de prestataire et/ou de contrat

[122] Les entreprises sont massivement satisfaites de leur complémentaire santé (96%), quels que soient la taille ou le secteur d'activité[32]. A cet égard, la majorité des entreprises de plus de 10 salariés proposent une couverture santé à leurs salariés, souvent depuis plus de 5 ans (73%).

[123] Les entreprises y voient un outil de gestion des ressources humaines, complément de rémunération utile pour attirer et fidéliser la main-d'œuvre. Les salariés y sont très attachés, plus qu'aux autres composantes de la protection sociale complémentaire (prévoyance, retraite surcomplémentaire). C'est également un objet de dialogue social consensuel dans l'entreprise.

[124] Le taux de rotation n'est pas nettement plus fort pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels. En effet, seulement un tiers des entreprises de plus de 10 salariés offrant une telle couverture à leurs salariés ont changé d'organisme prestataire au cours des cinq dernières années. La rotation est toutefois plus forte pour les entreprises de plus de 100 salariés (48%) alors que les entreprises de moins de 50 salariés sont plus fidèles (seulement 19% de changement d'organisme prestataire). Néanmoins, avec les changements de contrats sans changer d'organisme, c'est une entreprise sur deux qui a mis son prestataire sous pression.

---

[29] *Bulletin d'information en économie de la santé*, n° 64, février 2003. Le Fonds CMU fait état d'après les OC d'un taux de rotation « ordinaire » annuel de 14% (Fonds CMU, *L'aide complémentaire santé en 2007*, 2008).

[30] Rapporté à d'autres segments de l'assurance ou de l'économie des services (téléphonie mobile : 6% par an), ce taux de changement peut paraître relativement élevé.

[31] Carine Franc, Marc Perronnin et Aurélie Pierre, « Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite », Questions d'économie de la santé, n° 126, Irdes, octobre 2007.

[32] Anne Loones, *Ce qu'attendent les salariés et les employeurs français de leur complémentaire santé*, Crédoc, février 2009. Etude réalisée par téléphone en décembre 2008 pour le CTIP auprès de 1000 entreprises de toutes tailles et 1000 salariés.

[125] Cependant, en matière de choix d'OC, les entreprises font preuve d'une certaine rigidité, puisque, selon l'Irdes, dans 35% des établissements, l'organisme de complémentaire santé était en 2003 le même depuis au moins 15 ans ; pour 67% des établissements, cette gestion par le même organisme remonte à au moins 5 ans. 4 établissements sur 10 ont déjà renégocié le contrat avec l'organisme de complémentaire santé. Ce constat n'a probablement évolué qu'à la marge avec la mise en œuvre de la loi Fillon portant réforme des retraites de 2003.

[126] En fait, les entreprises, notamment les grandes, se placent dans une optique de mise en concurrence des organismes à des intervalles réguliers (entre 5 et 15 ans). Cela n'est pas le signe d'un manque de satisfaction à l'égard des organismes mais la volonté d'exercer réellement un pouvoir de marché dont les entreprises ont fortement conscience. Le processus est dans l'ensemble complètement maîtrisé, hormis la période de mise en conformité avec les dispositions de la loi Fillon de 2003 pour une entreprise sur cinq. En effet, les changements de couvertures sont souvent liés à une amélioration du prix ou du contenu du contrat, l'entreprise étant plus rarement contrainte par les demandes de ses salariés ou par des considérations d'économies.

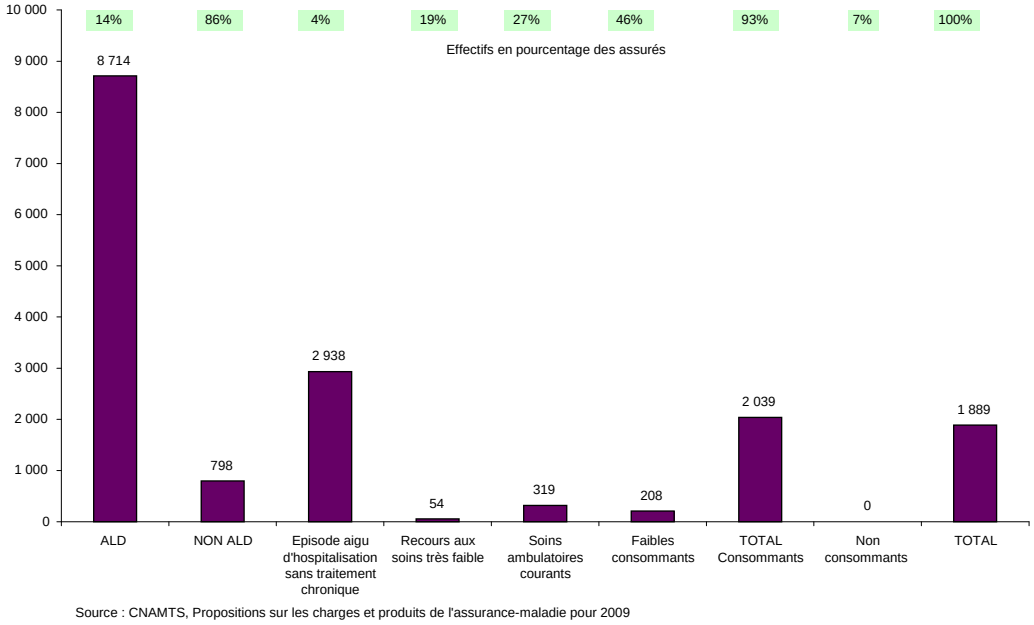
[127] Le choix d'un OC relève donc dans les entreprises d'un processus rationnel d'analyse des prix et des garanties proposés (Kerleau *et al*, 2008), le plus souvent relativement aux contrats précédents, avec mise en concurrence dans 70% des cas. La direction de l'entreprise accumule souvent des données, soit directement auprès des OC soit en recourant à un intermédiaire (courtier, avocat, actuaire).

1.3.2. … qui masque une relative ignorance des enjeux

1.3.2.1. Une méconnaissance des dépenses de santé et des risques de RAC

[128] Les Français ne sous-estiment pas beaucoup leurs dépenses de santé : 52% des personnes interrogées déclarent avoir dépensé moins de 200 euros en 2008 ; 85% moins de 1000 euros. Ces résultats sont très proches des dépenses de santé calculées par la CNAMTS (cf. graphique 9), correction faite de l'inflation des dépenses.

Graphique 9 : Dépenses moyennes de soins par catégorie de patients en 2006 (en euros)



Source : CNAMTS, Propositions sur les charges et produits de l'assurance-maladie pour 2009

[129] On doit noter à cet égard une nette amélioration de la connaissance des dépenses de santé par les personnes interrogées, puisque, quelques années en arrière, la sous-estimation atteignait en moyenne 50%[33]. En outre, 63% des personnes ne savaient pas estimer le montant des dépenses pour les 12 derniers mois des Français[34].

[130] *A contrario*, interrogées sur les dépenses de santé de leurs salariés, un tiers des entreprises ne se déclare pas capable de répondre, tandis que la moitié des employeurs surestime plutôt le montant des dépenses.

[131] Cependant, les Français sous-estiment la part des dépenses de l'AMO et sur-estiment celle des OC ainsi que leur reste à charge (RAC) net, puisqu'en moyenne, selon leurs déclarations, la Sécurité sociale couvre 55% de leurs dépenses, tandis que l'OC en assure 31% et qu'il leur reste 14% à charge[35]. Il faut convenir que ces éléments sont complexes à rassembler, même si la plupart des OC envoient des relevés de remboursements distinguant la part AMO et la part AMC ainsi que le RAC net. Surtout, une partie non négligeable des Français a une vision confuse des rapports entre AMO et AMC. Ainsi, dans le cas des fonctionnaires, près d'un tiers des assurés se trompe d'organisme complémentaire[36].

[132] Une partie importante (40%) des personnes interrogées ne maîtrise pas des notions essentielles comme celle de ticket modérateur ou, dans des proportions similaires, ne connaît pas les principes de remboursements des médicaments[37]. Une forte proportion de Français (44%) s'estime mal informée sur le coût des soins et la prise en charge[38], notamment parce que les professionnels de santé n'abordent pas ces points lors des consultations. Cette situation est assez commune en Europe, plus de 60% des patients allemands ignorant ainsi le fonctionnement (voire l'existence) des mécanismes d'exonérations[39].

[133] Dans les différentes études d'opinions, les personnes interrogées privilégient certaines dépenses, régulières et peu importantes, en exprimant par exemple une hostilité particulière vis-à-vis des déremboursements de médicaments[40]. Bien que les Français montrent un attachement aux niveaux actuels de remboursement des dépenses d'hospitalisation par la Sécurité sociale, dont ils sont plutôt satisfaits, et une insatisfaction quant aux taux de remboursements des dépenses de soins dentaires et d'optique par la Sécurité sociale, il semble qu'ils ne perçoivent pas bien les risques de RAC bien plus lourds d'une hospitalisation ou des dépassements d'honoraires.

1.3.2.2. Une faible information sur la santé

[134] Les Français se jugent largement (76%) en bonne santé. Pourtant, ils disent par ailleurs dans des proportions moindres (61%) ne souffrir d'aucune maladie ou seulement de maladies bénignes[41]. lls peuvent même être considérés comme se trouvant dans des situations à risques de santé pour des assureurs (64% des cas). En outre, les Français affichent une vision optimiste de l'espérance de vie, tout en percevant les facteurs de risques pour le système de santé dans son ensemble (progrès de l'obésité…).

---

[33] Stéphane Trano, Jeanne Ray et Thomas Laurenceau, « Sécurité sociale, ce qu'il vaut mieux savoir », 60 millions de consommateurs, n°376, octobre 2003. Enquête réalisée du 10 au 19 juillet 2003 par téléphone par le Crédoc auprès de 1010 personnes de 18 ans et plus représentatives de la population française.
[34] IFOP, *Les comportements des Français en matière de santé*, novembre 2007
[35] IFOP, 2007, *op. cit.*
[36] MFP services - TNS Sofres, *Attachement des fonctionnaires à leur régime d'assurance maladie*, janvier 2009.
[37] 60 millions de consommateurs, 2003, *op. cit.*
[38] LH2-CISS, 2009, *op. cit.*
[39] HAS, La *participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens*, document de travail, septembre 2007.
[40] CNGPO – Crédoc, *Comportements des Français face au déremboursement total de classes thérapeutiques*, juin 2006
[41] IFOP, 2007, *op. cit.* ; IFOP-KIRIA-Philips, *Comment les Français gèrent-ils leur santé ?*, septembre 2007.

[135] Les personnes interrogées déclarent massivement (90%) être bien informées sur la santé, les risques, les moyens de prévenir les maladies. Cette perception vaut surtout pour la qualité des soins[42], essentiellement par le canal du professionnel de santé. Les Français s'estiment même de mieux en mieux informés sur la santé selon le baromètre de la Drees[43]. Néanmoins, paradoxalement, une majorité des personnes interrogées indique, de manière croissante, qu'il y a trop d'informations sur la santé et qu'il est trop compliqué d'avoir une opinion.

[136] En outre, les comportements de soins sont hétérogènes. Si la moitié de la population française se préoccupe de sa santé[44] et s'implique dans des actions de prévention (groupe plutôt féminin, plus âgé et avec un niveau d'études élevé), l'autre moitié s'avère peu impliquée, tantôt fataliste voire insouciante (notamment les jeunes). Un tiers des personnes interrogées par TNS Sofres consulte régulièrement des sites internet médicaux, sites qui se sont largement développés.

[137] Quand il s'agit d'approches plus concrètes, la connaissance des risques en santé s'amenuise. Ainsi, les Français méconnaissent les risques infectieux d'après deux études récentes[45]. Même si leur niveau d'information n'est pas mauvais, ils semblent inquiets vis-à-vis de certaines épidémies (Sras, grippe aviaire ou vache folle) qui monopolisent l'attention des médias alors qu'ils accordent moins d'importance aux risques plus proches (grippe ou bronchiolite). L'analyse des préoccupations sur les risques infectieux liés aux voyages montre de même un décalage entre les risques perçus et les risques réels, notamment sous l'angle des indicateurs de gravité et de probabilité. Globalement, les Français apparaissent relativement anxieux vis-à-vis de ces risques et semblent méconnaître les possibilités de s'en prémunir.

[138] Enfin, sur la base d'une synthèse de travaux, certes un peu ancienne[46], il s'avère que l'usager/consommateur de soins a des difficultés pour s'approprier l'information sur la performance du système de santé, en particulier les classements des hôpitaux.

1.3.2.3. Une faible motivation à rechercher de l'information sur les couvertures complémentaires

[139] Seuls 30% des assurés ont conduit une analyse un peu comparative de différentes offres, sachant néanmoins que près d'un tiers est titulaire d'un contrat collectif obligatoire et n'a donc pas pu choisir sa couverture. Parmi les fonctionnaires, 60% d'entre eux affirment ne pas avoir comparé les offres de plusieurs organismes au moment de souscrire[47]. Pour un sur dix, cela traduit l'ignorance de pouvoir choisir parmi plusieurs organismes.

[140] Lors de la souscription à une complémentaire santé, la moitié (55%) seulement des Français interrogés[48] s'est renseignée sur les taux de remboursement. A cet égard, cette démarche est davantage le fait des jeunes et des souscripteurs de contrats individuels. A l'opposé, les personnes les plus âgées sont les plus passives en matière d'information sur les garanties.

---

[42] LH2-CISS, 2009, *op. cit.*
[43] Marie David, Bérengère Gall, « L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance-maladie entre 2000 et 2007 », *Etudes et résultats*, Drees, n°651, août 2008.
[44] IFOP-KIRIA-Philips, 2007, *op. cit.*
[45] Enquête Nicolle 2006 conduite par l'INPES et l'INVS pour mesurer les connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux de 4112 Français de 18 ans et plus ; Baromètre Institut Pasteur – IFOP sur la santé en voyage ayant interrogé 960 personnes en 2007.
[46] Véronique Ghadi, Michel Naiditch, « L'information de l'usager/consommateur sur la performance du système de soins », document de travail, n°13, Drees, juin 2001.
[47] TNS Sofres – La maison du fonctionnaire, 2006, *op. cit.*
[48] TNS Sofres, *Baromètre Prévoyance*, 2008, *op. cit.*

[141] Pour partie, le recours à une couverture complémentaire n'est donc pas rationnel et le taux de couverture actuel ne répond pas à une logique économique. Les associations de consommateurs soulignent largement ce paradoxe dans leurs analyses comparatives. Ainsi, en moyenne, le taux d'effort des ménages en matière de dépenses de santé atteint 3% du revenu avant intervention des couvertures complémentaires selon les estimations du HCAAM[49]. Or, le taux d'effort moyen des contrats individuels d'assurance maladie complémentaire calculé par l'Irdes[50] est en moyenne bien supérieur.

[142] Cette situation est bien connue des associations de consommateurs et, dans le domaine de l'assurance, les institutions européennes développent l'éducation financière des citoyens, signe de grandes lacunes des populations sur ces questions.

1.3.3. Une situation qui traduit la faiblesse du dispositif public d'appui

[143] Les offres sont si disparates que la comparaison à partir des documents commerciaux est difficile, voire impossible, d'autant plus que les offres des OC s'appuient sur un vocabulaire peu accessible et parfois équivoque. Pour conduire une réelle comparaison, il faut partir des contrats détaillés et construire des cas-types concrets de dépenses et de remboursements. Du fait de la profusion d'offres, cela s'avère une tâche quasi impossible pour un particulier, puisqu'à titre d'exemple l'enquête de la Drees[51] recense 626 contrats individuels, alors même qu'elle se limite pour chaque OC aux trois contrats modaux les plus souscrits.

[144] Certes, les associations de consommateurs publient régulièrement des comparatifs, tandis que les sites internet comparateurs de prix se développent, dans un contexte où les courtiers et les campagnes de démarchage des OC sont dynamiques. Mais il n'existe pas de dispositif public d'aide au choix ou *a minima* d'explication sur le fonctionnement de l'AMC. Or, la complexité du choix d'un OC est également attestée par le non recours à l'aide complémentaire santé (ACS), d'après les données du Fonds CMU[52]. En effet, seuls 65% des personnes qui reçoivent l'attestation utilisent celle-ci. En partie, ce non recours relève de contraintes financières qui subsistent malgré l'aide (15% des bénéficiaires de l'attestation), mais, pour 20%, ce non recours est lié à des difficultés de compréhension des offres et des contrats. Cependant, en 2008, l'usage de l'attestation et donc le bénéfice de l'ACS s'est accru parmi ceux qui y sont éligibles, le taux de recours atteignant désormais 75%[53].

[145] Conscient de cette difficulté, plusieurs institutions expérimentent des instruments d'accompagnement des publics fragiles, notamment les bénéficiaires potentiels de l'ACS. La plus avancée, la Caisse régionale d'assurance maladie de Bourgogne et Franche-Comté, donne des outils de repérage aux assistantes sociales des caisses en contact avec le public depuis début 2009. Dans le cadre des expérimentations sociales lancées par le Haut commissaire aux solidarités actives, trois projets portent sur l'ACS, notamment dans le Nord et en Isère.

---

[49] HCAAM, *Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*, juillet 2007; cf. Annexe sur les restes à charge.

[50] Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n°132, Irdes, Mai 2008.

[51] Arnould et Rattier (2008), *op. cit*.

[52] Fonds CMU, *L'aide complémentaire santé en 2007*, 2008.

[53] Soit 442 000 contrats souscrits (chiffre à fin novembre 2008) pour 596 000 attestations attribuées en 2008 et une population éligible à l'ACS estimée à 2 millions de personnes (Fonds CMU, *Rapport d'activité pour 2008*, mai 2009).

[146] Le vecteur principal d'information sur la santé demeure en fait le professionnel de santé. Cette information est jugée de qualité dans trois quarts des cas[54], mais elle est concentrée sur le soin et délaisse les questions de prise en charge des dépenses. Avec la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, l'accent est mis sur l'information du patient, mais s'agissant des coûts et des prises en charge, il faut que le patient en fasse la demande[55].

2. ELEMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

[147] La mission a étudié, à l'aide du cabinet de consultants Capgemini consulting et d'une enquête menée auprès du réseau des conseillers sociaux, douze pays de l'OCDE : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Etats-Unis, Irlande, Italie, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse. Si chaque pays présente des spécificités, des traits communs apparaissent et, sans qu'aucun d'entre eux n'assignent aux assureurs privés une fonction analogue à celle qu'occupent les complémentaires santé en France, des problématiques communes sont clairement à l'œuvre, notamment en matière de régulation de l'offre, de transparence du marché et d'information des assurés[56].

2.1. Des problématiques communes apparaissent dans les marchés de l'assurance privée en santé des douze pays examinés

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

[148] Même s'il est difficile de classer de façon univoque les pays dans un modèle type[57], les pays peuvent être regroupés en trois catégories :

- Les pays ayant mis en place une assurance sociale de base publique et où l'assurance privée joue un rôle complémentaire et supplémentaire : la France, le Canada, le Japon ;
- Les pays ayant mis en place une assurance sociale, où les assureurs opèrent dans un environnement concurrentiel mais fortement régulé (*managed competition*) et sont censés jouer le rôle d'acheteurs de soins. Dans ces pays, le privé offre aussi des couvertures complémentaires et supplémentaires. Il s'agit de la Suisse et des Pays-Bas mais également de l'Allemagne. 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). En Allemagne encore, les hauts revenus peuvent souscrire à une assurance privée dite substitutive et ne peuvent être soignés dans le système « classique » ;
- Les pays où le système se fonde sur un système national de santé, et 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.

[54] LH2-CISS, 2009, op. cité.
[55] Anne Laude, « Le droit à l'information du malade », *Sève*, hiver 2005.
[56] Les expériences les plus novatrices, menées en Suisse et aux Pays-Bas, sont présentées dans la Pièce jointe n°2.
[57] Que ce soit sur le modèle d'assurance de base ou sur les fonctions de l'assurance privée, les sources peuvent diverger.

Tableau 1 : Fonctions de l'assurance santé

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">Admissibilité à l'assurance maladie publique</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th>Personnes couvertes par le régime public</th><th>Personnes non couvertes par le régime public</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Prestations maladie couvertes par le régime d'assurance maladie privée</td><td>L'assurance privée couvre les soins curatifs médicamentalement nécessaires généralement couverts par le régime public</td><td>Duplicative</td><td rowspan="2">Assurance privée primaire : Substitutive Principale</td></tr>
<tr><td>L'assurance privée couvre le ticket modérateur du régime public</td><td>Complémentaire</td></tr>
<tr><td>L'assurance privée couvre les prestations de santé non couvertes par les régimes publics ou l'assurance privée primaire</td><td colspan="2">Supplémentaire</td></tr>
</table>

Source : OCDE

Tableau 2 : Les différents systèmes d'assurance santé existant dans les 12 pays étudiés – Sources diverses[58]

		Système assurantiel, national ou libéral	**Couverture de base** (% pop., Eco-Santé OCDE 2008)	**Couverture primaire principale privée** (% pop.)	% assurés avec **soins intégrés** (sources nationales)	**Fonction des assurances privées**	**% de la population couverte par l'assurance privée** hors primaire principale (Eco-Santé OCDE 2008)	**% des dépenses privée de santé par rapport au PIB*** (Eco-Santé OCDE 2008)	**% des dépenses assurance privée de santé par rapport au PIB** (Eco-Santé OCDE 2008)	**% de contrats collectifs** (sources nationales)
Système **assurantiel** avec un rôle **complémentaire et/ou supplémentaire** pour les assurances santé privées	**France**	Assurantiel	100%	0%		Complémentaire, supplémentaire	93%	20,3%	12,8%	34%
	Canada						66%	29,6%	14,5%	
	Japon					Supplémentaire	Très faible	17,8%	2,5%	30%
Système de **managed competition sur l'assurance de base** et rôle **complémentaire et/ou supplémentaire** des assurances privées	**Suisse**	Assurantiel	100%	100%	12%	Primaire, Complémentaire, supplémentaire	80%	39,7%	8,5%	0 % (base)
	Pays-Bas				68%		96%	18,2%	5,9%	57 % (base)
	Allemagne			10% (100% soumis à la concurrence)		Substitutive, complémentaire	24%	23,4%	9,4%	8%
Systèmes nationaux de santé avec un rôle **duplicarif, supplémentaire et complémentaire** des assurances privées	**Suède**	National	100%	0%		Duplicative, complémentaire, supplémentaire	4%	18,8%	0,3%	90%
	Irlande						52%	21,7%	8,4%	33%
	Royaume-Uni						11%	12,6%	1,0%	70%
	Australie						43%	32,8%	7,2%	Faible
	Espagne						12%	27,5%	27,5%	4%
	Italie						15%	22,9%	0,9%	54%
Système libéral	**Etats-Unis**	Libéral	87%	60%	96%	Principale (complémentaire)	67%	54,2%	36,0%	60%

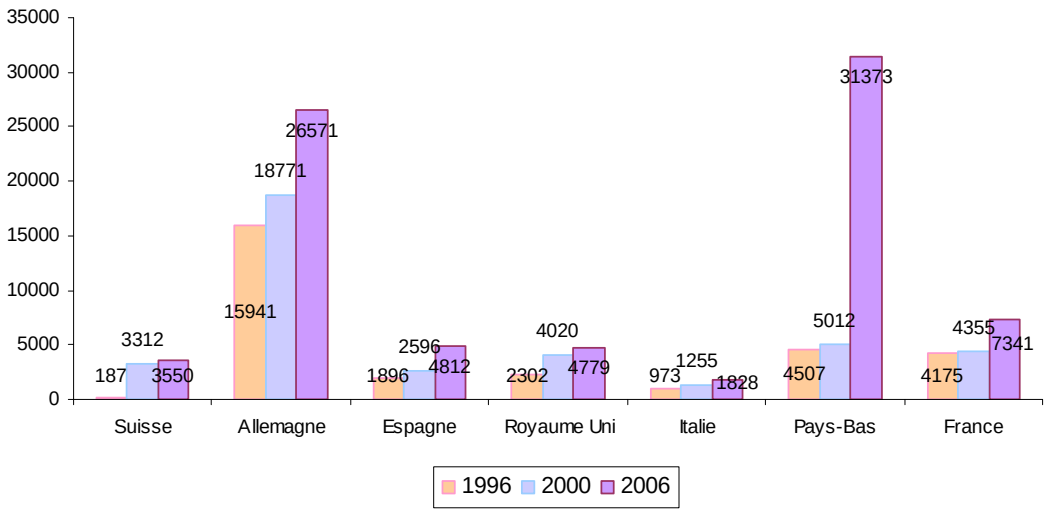
[58] Sources : Eco-Santé OCDE 2008 (données 2007 ou dernière année disponible) et données en provenance de sources nationales

2.1.2. Un marché dynamique et en croissance régulière

2.1.2.1. Un poids financier croissant du marché de l'assurance santé privée

[149] En Europe, entre 2001 et 2007, les primes liées à l'assurance santé ont augmenté de plus de 25%. Dans la plupart des pays, la hausse des primes fait débat. La hausse de ces coûts peut venir d'une plus large couverture de la population ou du panier de soins (entraînée par un désengagement de l'Etat ou par un recentrage sur les affections de longue durée), de l'augmentation des coûts des soins (notamment par la généralisation de soins innovants), des marges de solvabilité (et des mises en réserve) et des coûts administratifs (et en particulier marketing), ainsi que de la hausse des profits.

Graphique 10 : Evolution du montant des primes entre 1996, 2000 et 2006 dans différents pays de l'OCDE en millions d'euros



Source : The European Health Insurance Market in 2006, CEA Statistics, août 2008[59]

[150] Le marché est dominé majoritairement par des acteurs américains : les 10 plus gros assureurs mondiaux sont (assez naturellement au regard de la taille de ce marché national) américains. La diversité des systèmes de santé rend cependant la tâche des assureurs compliquée pour s'implanter dans de nouveaux pays. En effet, ils doivent acquérir des savoir-faire locaux ainsi que des connaissances approfondies du fonctionnement du système de santé. Le temps et les investissements nécessaires peuvent être substantiels et les assureurs procèdent plutôt par acquisition d'entreprises déjà implantées.

[151] Il faut par ailleurs noter que les prestataires d'assurances privées peuvent être soit des assureurs au sens propre du terme, soit des mutuelles. Par exemple, en Italie, les assurances à but lucratif représentent 60% du marché, et les mutuelles le reste. Un débat est en cours sur le statut des mutuelles car les assureurs sont soumis à des règles plus strictes et le traitement fiscal des polices fournies n'est pas identique (les primes des mutuelles sont déductibles de l'impôt à hauteur de 3615€ par an). Certaines mutuelles peuvent être tentées de devenir des assureurs plus classiques. Par exemple, en Australie, un nombre important de mutuelles avaient l'intention en 2007 d'entrer en bourse dans le sillage du leader Medibank.

[59] Le CEA est l'association européenne des assureurs et réassureurs (y compris des mutuelles). Elle annonce représenter 94% du marché (tous types d'assurances confondues).

2.1.2.2. Une tendance à la réduction du nombre d'acteurs et à la concentration du marché

[152] Dans l'ensemble des pays, excepté en Irlande, le nombre d'assureurs diminue depuis 2002, entre autres en raison de fusions-acquisitions. Les raisons de la recherche de la taille critique sont nombreuses. Il s'agit notamment d'abaisser les coûts de fonctionnement en industrialisant les processus, pour mieux répondre aux critères de solvabilité et pour avoir un poids important dans la négociation avec les producteurs de soins (même s'il est possible de répondre à ces besoins sans développer des associations au capital). Par ailleurs, il y a très peu de nouveaux entrants sur ces marchés. Cela aboutit à des marchés très concentrés dans la plupart des cas. Aux Pays-Bas, en Irlande et au Royaume-Uni, les trois premiers acteurs détiennent plus de 80% du marché. Aux Etats-Unis et en Australie, le degré de concentration doit être apprécié au niveau des Etats : en Australie Occidentale, HBF détient 61% du marché ; au Kentucky, Bluecross et Blueschield détiennent 90% du marché.

2.1.2.3. Une part des contrats collectifs largement liée au traitement fiscal et à la part prise en charge par les entreprises

[153] Dans la plupart des pays, le marché est segmenté entre les contrats collectifs et les contrats individuels. La répartition est très variable en particulier à cause du traitement fiscal appliqué aux contrats collectifs. En Suisse, les contrats collectifs sont interdits pour l'assurance de base. En Allemagne, ce type de produits est peu développé : moins de 8% des clients des assurances privées y ont recours. En effet, les employeurs ne peuvent cotiser qu'à une assurance privée substitutive qui fait sortir les employés du système public. En revanche, aux Pays-Bas, 57% de la population est couverte au travers d'un contrat collectif. Ce taux a doublé suite à la réforme de 2006. Toute personne appartenant à un groupe (entreprise, organisation de patients, syndicats, etc.) peut obtenir une réduction de sa prime de 10% maximum en vertu de la loi.

[154] Aux Etats-Unis, pratiquement 60% des personnes ayant recours à une couverture privée le sont au travers d'un contrat collectif. Dans la plupart des cas, l'entreprise finance une large partie de cette couverture (de 70 à 80%). Mais cet investissement de la part des entreprises dépend assez largement des tensions sur le marché du travail, car la couverture santé est un élément clairement identifié de rémunération. En Suède, 90% de la population couverte par une assurance privée l'est au travers de contrats collectifs. Par ailleurs, les assurances garantissent fréquemment la prise en charge du revenu lors d'un arrêt maladie.

2.1.2.4. Une offre de produits d'assurance santé diversifiée et innovante

[155] Dans la plupart des pays, le nombre de produits est très important. De plus, les assureurs lancent régulièrement des produits « innovants ». Les réseaux de soins intégrés se développent rapidement. Les Etats-Unis, l'Espagne et les Pays-Bas sont les pays ayant le plus développé ces réseaux de soins gérés (*managed care*), avec respectivement 96%, 86% et 68% des contrats fondés sur ce type de produits.

[156] Par ailleurs, des produits avec des systèmes de franchise et de bonus se développent, de même que les produits d'épargne-santé. Aux Etats-Unis, les comptes épargne santé (*Health Savings Accounts*) se sont développés depuis le 1er juillet 1997, inspirés de l'expérience de Singapour, où ils ont été mis en place en 1984 pour succéder à un système largement socialisé de type britannique garantissant l'universalité de l'accès aux soins. Les comptes épargne santé, créés en 2003 par le gouvernement américain, visent à inciter les personnes à économiser pour financer elles-mêmes leurs dépenses de santé supplémentaires. Les personnes qui adhèrent à des plans santé à franchise élevée (*High Deductible Health Plans*) et qui ouvrent, en supplément, un compte épargne santé bénéficient d'exonérations fiscales. En janvier 2006, environ 3,2 millions de personnes disposaient d'un compte épargne santé et d'un plan santé à franchise élevée.

[157] Enfin, certaines méthodes de tarification permettent de mettre en œuvre des programmes de prévention. Par exemple, en Allemagne, des réductions de primes sont accordées aux assurés volontaires pour suivre un stage d'arrêt du tabac ou de remise en forme.

2.1.3. Des assurés très attachés à leur prestataire et qui en changent peu souvent

2.1.3.1. La souscription d'une assurance privée dépendant du coût des soins et de la qualité perçue des soins fournis par le secteur public

[158] Les assurés souscrivent une assurance privée complémentaire pour des raisons de coût des soins et de taux de remboursement par l'assurance de base, et à une assurance privée duplicative en raison de la perception d'une mauvaise qualité des soins proposés par le système de santé public et des délais d'attente. Les assurances privées permettent de bénéficier notamment de services hospitaliers avec des horaires de visite plus souples. De manière générale, les personnes âgées (qui engagent plus de frais de santé) et les hauts revenus ont une propension plus forte à s'assurer auprès d'opérateurs privés, les jeunes considérant l'assurance santé comme un « investissement » peu rentable. A titre d'exemple, en Suisse, le principal frein à la souscription à une assurance complémentaire est le prix (pour un tiers des sondés). Par ailleurs, un tiers des 18-25 ans n'ayant pas de complémentaire santé a indiqué qu'ils considéraient que la prime maximale acceptable était de 0 euro… Enfin, 31% des sondés ne voient pas l'utilité d'une assurance complémentaire hospitalière[60].

2.1.3.2. Une relation de confiance avec l'assureur qui peut expliquer des taux de mobilité paraissant faibles

[159] Quel que soit le type d'assurance, les assurés perçoivent l'assurance comme un produit utile, voire vital, et ont une relation de confiance avec leurs assureurs, souvent sur le long terme. De plus, l'assurance santé ne se démarque pas particulièrement des autres produits d'assurance sur ce point et les assurés en sont globalement satisfaits.

[160] Ainsi, en Suisse, les raisons citées pour ne pas changer d'assureur sont, en premier lieu, la satisfaction vis-à-vis de leur assureur (35%), puis l'habitude (13%), la bonne performance (12%), le confort (10%) et un ratio coût-bénéfice intéressant (9%)[61]. En Irlande, seul 1% des assurés se considère insatisfait de leur assureur[62] et, aux Etats-Unis, ce taux est inférieur à 15%[63].

[161] Ceci explique en grande partie la faible mobilité entre assureurs. Le cas le plus souvent cité est celui de la Suisse, où le taux de mobilité majoritairement retenu est de 3%, alors que le pays paraît avoir bâti un idéaltype de marché concurrentiel : un effort important a été fait sur l'information, les prestations sur la couverture de base sont identiques et il existe des différences de prix significatives. Aux raisons évoquées ci-dessus s'ajoute le fait que les assurés prennent souvent leur assurance complémentaire et leur assurance de base chez le même assureur. Or, il est plus difficile de changer d'assurance complémentaire. De plus, la sélection des risques est permise sur la complémentaire et changer d'assureur peut donc ne pas être avantageux sur ce compartiment : les assurés choisissent de ne pas changer d'assurance de base même s'ils peuvent trouver des prix inférieurs.

---

[60] Demoscope,1996.
[61] Richard Frank, Karine Lamiraud (2008), "Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance", *NBER working paper*, n°13817, National Bureau of Economic Research.
[62] The Health Insurance Authority, *The Private Health Insurance Market in Ireland*, 2008.
[63] Employee Benefit Reseach Institute and Matthew Greenwald & Associates, 2008.

2.1.3.3. Une faible connaissance de leur assurance et des avantages et contraintes liés à un changement

[162] Quel que soit le pays et malgré les actions d'information, les assurés semblent avoir une mauvaise connaissance à la fois du produit auquel ils ont souscrit et du marché. Il apparaît donc que les assurés n'ont pas une bonne connaissance du système mais surtout que les gains associés à un changement d'assureur sont minorés tandis que les coûts de transaction de ce changement sont surestimés.

[163] Ainsi, aux Etats-Unis, pays où les sources d'information sur les assurances sont (trop) nombreuses, seuls 50% des personnes interrogées lors d'une enquête pour eHealthinsurance sont certains du montant de prime payée et ils indiquent à 71% qu'une comparaison « côte à côte » serait une aide précieuse (l'assistance en direct est citée à 65%, l'accès à une information *online* à 58%, et un glossaire à 57%). En Suisse, où des efforts nombreux ont été faits pour améliorer la concurrence et la transparence de l'information, une étude du site comparateur Comparis a montré que le fait d'indiquer le potentiel d'économie aux assurés faisait passer le pourcentage d'assurés ayant l'intention de changer de caisse de 8% à 19%. Ce chiffre passe à 25% lorsque leur est indiquée l'obligation d'offrir exactement les mêmes garanties pour l'assurance de base. En Allemagne, selon les études[64], entre 20 et 25% des citoyens ont changé de caisse primaire. Il apparaît que les assurés ont une forte méconnaissance du système[65]. Par exemple, 16% des sondés pensent qu'une caisse peut les refuser et 34% ne savent pas répondre à cette question[66]. Par ailleurs, 70% des sondés considèrent que le fait d'obtenir de l'information en vue de changer de caisse est très consommateur en temps et demande un effort important. Enfin, les gains financiers associés au changement sont souvent minorés.

2.2. Des outils de régulation et d'information divers

[164] La concurrence peut s'effectuer de différentes manières, en fonction des stratégies de différenciation mises en œuvre par les assureurs. Les principaux leviers de différenciation sont le prix, la qualité des produits et des services, mais également le marketing, la publicité… Sur les marchés d'assurance où les asymétries d'informations entre l'assureur et l'assuré sont à l'origine d'aléa moral[67] et d'anti-sélection[68], les pouvoirs publics peuvent intervenir de deux manières :

[165] L'**encadrement des pratiques de différenciation** mises en place par les organismes d'assurance : fixation de plafonds pour les primes, détermination de niveaux de prestations minimums, réglementation de la communication entre assureurs et assurés…

---

[64] Andersen et Grabka (2006), *Kassenwechsel in der GKV 1997-2004* et 7e conférence européenne sur l'économie de la santé 2008.

[65] Sur la base d'un sondage réalisé auprès de 732 personnes et présenté lors de la 7e conférence sur l'économie de la santé 2008.

[66] Le pourcentage de bonne réponse est positivement influencé par le fait d'avoir déjà changé d'assureur et par les revenus.

[67] L'aléa moral renvoie à la situation où l'assureur santé ne peut pas observer l'effort de prévention de l'assuré (aléa moral *ex ante*) ou ses comportements de consommation, une fois le risque sanitaire avéré (aléa moral *ex post*).

[68] L'anti-sélection décrit une situation où l'assuré a une meilleure information sur son risque que l'assureur. L'assureur ne connaissant pas le niveau de risque de son assuré peut être tenté de gérer son propre risque financier en sélectionnant les risques qu'il souhaite couvrir.

[166] Le **renforcement de la transparence de l'information** sur le marché : si les assurés disposent d'une information claire, compréhensible et fiable sur le prix et la qualité des produits et services d'assurance, ces deux leviers peuvent être réellement utilisés et contribuer à une concurrence effective entre acteurs sur le marché, au bénéfice des assurés. La transparence de l'information est en ce sens une des conditions essentielles de la concurrence. Aux Etats-Unis, le débat porte essentiellement sur la transparence de l'information en amont de l'assurance, c'est-à-dire de l'information sur le système de soins. En Suisse, au contraire, le débat porte explicitement sur la transparence de l'information en matière d'assurance santé.

2.2.1. Les acteurs de la régulation des marchés d'assurance santé

[167] Tous les pays du panel confient la régulation et la surveillance des marchés privés de l'assurance santé à des autorités publiques, plus ou moins indépendantes et plus ou moins spécifiques à l'assurance santé.

2.2.1.1. Des autorités de régulation non spécifiques à la santé

[168] Dans sept pays sur douze, les autorités de régulation de l'assurance ne sont pas spécifiques à la santé. La régulation recouvre essentiellement les domaines de la solvabilité et des critères prudentiels des acteurs.

[169] 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 ;

[170] Au Japon, en Suède et au Royaume-Uni, c'est également l'autorité de surveillance financière qui contrôle le marché de l'assurance privée, au même titre que les autres marchés financiers. Au Royaume-Uni, l'intervention des pouvoirs publics est limitée, mais des formes d'autorégulation du marché par les associations d'assureurs existent ;

[171] Au Canada, l'OFSI (*Office of the Superintendent of Financial Institutions*) est chargé de la surveillance du respect par les provinces canadiennes des normes prudentielles adoptées au niveau fédéral. Au niveau des provinces, les autorités imposent également des normes de commercialisation et de protection des consommateurs. Elles ne sont cependant pas spécifiques à l'assurance santé ;

[172] Deux pays disposent d'autorités de régulation plus spécifiques au secteur de l'assurance : en Italie, le contrôle du marché de l'assurance santé privée est assuré par une autorité de surveillance de l'assurance ; en Espagne, les entreprises d'assurance opérant dans le secteur de l'assurance maladie privée sont soumises à la loi 30/1995 sur la réglementation et la surveillance de l'assurance privée. Toutefois, l'autorité de surveillance espagnole de l'assurance santé privée incombe à la direction générale des caisses d'assurance et de retraite (qui dépend du ministère de l'économie).

2.2.1.2. Des autorités de surveillance dédiées

[173] Dans les cinq autres pays étudiés cependant, 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, et porte aussi parfois sur la régulation de l'ensemble du secteur de la santé, y compris les offreurs de soins.

[174] Aux Pays-Bas, l'Autorité de santé (*Nederlandse Zorgautoritaet* ou NZa) a été créée en 2006 pour établir de manière proactive les conditions du marché, avec pour objectifs d'atteindre l'efficience 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 ;

[175] Aux Etats-Unis, l'assurance-maladie privée est régie presque intégralement par les autorités de réglementation des États. Toutefois, les régimes d'assurance d'employeurs autofinancés relèvent de la juridiction du ministère du travail. Dans beaucoup d'États, des agences autres que les départements des assurances sont partiellement ou totalement responsables des *Health Maintenance Organisations* (HMO). Les Centres fédéraux pour les programmes Medicaid et Medicare, mais aussi le ministère des finances et le ministère du travail ont également une certaine autorité concernant les normes de transférabilité et, dans le cas du ministère des finances, les normes correspondantes régissant l'impôt et les régimes d'employeur ;

[176] En Irlande, le marché est contrôlé par la *Health Insurance Authority* (HIA), qui est garante de la protection de l'intérêt général (respect des quatre principes régulateurs : *community rating, lifetime rating, open enrolment, minimum benefits*). Le Ministère de l'Entreprise, du commerce et de l'emploi régule l'assurance en général et les exigences de solvabilité des assurances santé[69] ;

[177] En Australie, le *Department of Health* (DOH) a la responsabilité primaire de la surveillance des caisses d'assurance-maladie. Le ministère de la santé et du vieillissement assume la responsabilité première de la réglementation de l'assurance-maladie privée. Le *Private Health Insurance Administration Council* (PHIAC) est l'autorité de réglementation prudentielle des caisses d'assurance-maladie. Le *Private Health Insurance Ombudsman* (PHIO) fournit des informations et offre ses services en matière de règlement des litiges aux consommateurs et aux prestataires médicaux. La *Health Insurance Commission* (HIC) gère les rabais sur les primes ;

[178] En Suisse, une distinction claire est opérée en matière de régulation, au sein de l'assurance maladie, depuis le 1er janvier 1996, 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 fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et notamment de l'approbation des primes. L'agrément des assurances complémentaires, qui relèvent de la loi sur les contrats d'assurance (LCA), est de la compétence du département fédéral des finances (DFF). L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) en revanche 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.

2.2.2. Les principaux types de réglementation et de régulation du marché

2.2.2.1. L'encadrement des prestations remboursées

[179] 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 s'assurent que les assurances fournissent des niveaux de prestations minimums aux assurés et que la comparabilité des offres est facilitée. L'encadrement des prestations prend 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.

[69] Ce contrôle est plus souple pour VHI, l'opérateur historique, qui n'est pas obligé de respecter les conditions de solvabilité imposées par le régulateur financier.

[180] L'obligation d'offrir des **prestations identiques à tous les assurés** concerne, dans les pays où elle s'applique, uniquement l'assurance de base.

[181] 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 assurés des contrats d'assurance uniformes précisant le reste à charge (franchise annuelle de 200 euros et participation aux coûts de 10% avec un maximum de 460 euros par an). Les assurances ne se différencient donc que par le niveau des primes qui varient 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*. 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.

[182] Aux Pays-Bas, le panier de biens et services pour l'assurance de base est également défini par l'Etat chaque année sur la base de quatre critères : nécessité du soin, efficacité, efficience et responsabilité.

[183] Les pouvoirs publics peuvent également imposer des **minimums de prestations**.

[184] 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.

[185] 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 produits), ce qui ne facilite pas forcément le choix pour l'assuré.

[186] 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.

[187] Les assureurs doivent parfois se borner à offrir ces paquets de prestations : c'est le cas aux Etats-Unis, par exemple, sur le marché individuel de l'assurance complémentaire du programme Medicare américain et dans certains États.

[188] 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 (soumis aux Pays-Bas à une législation différente puisque relevant de la loi générale d'assurance des frais médicaux spéciaux (AWBZ) et non de la loi sur l'assurance Soins de santé (Zvw)).

2.2.2.2. L'encadrement des modes de calcul des primes et l'approbation de leur niveau

[189] Selon les pays, les modes de calcul des primes des assurances privées peuvent être très différents, notamment sur la possibilité de tenir compte de l'état de santé ou, au contraire, de restreindre la liberté tarifaire des assureurs.

[190] Les réglementations les plus souples permettent aux assureurs de tenir compte du **niveau de santé** des assurés pour calculer le niveau des primes. Des questionnaires de santé détaillés accompagnent les formulaires d'adhésion en Suède et aux Pays-Bas. En Suisse, il est possible de sélectionner un assuré sur son état de santé uniquement pour une couverture complémentaire, la discrimination sur l'état de santé étant interdite pour la base. Aux Etats-Unis, 4 Etats 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*). Mais 10 Etats 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.

[191] Dans d'autres pays, les primes peuvent être calculées sur **d'autres critères que l'état de santé**, comme 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)).

[192] 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 être 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.

2.2.2.3. La mise en place de systèmes de péréquation des risques

[193] Dans les pays où les prix et les prestations proposés par les assureurs sont très encadrés, un système de péréquation des risques est mis en place pour rétablir une certaine équité entre assureurs aux structures de risques différentes. Cette **péréquation des risques** vise à transférer des sommes perçues par les assureurs disposant d'une structure de risque favorable (forte proportion de meilleurs risques) vers les assureurs dont la structure de risque est dégradée par la part élevée de risques de haut niveau. En neutralisant l'impact de la structure de risque, les pouvoirs publics incitent les assurances à ne pas mettre en place des pratiques de sélection des risques.

[194] La majorité des pays du panel dispose d'un système de compensation des risques. Ces dispositifs sont cependant 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 n'ont pas été jugés contraire au droit communautaire[70].

[70] Arrêt BUPA, TPICE, 12 février 2008, T289/03,

Tableau 3 : Systèmes de péréquation des risques

Pays	Nature du système	Principaux constats
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 actuel qui 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'assurance complémentaires
Allemagne	Mise en place en 2001 d'un système de péréquation comprenant un pool 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 pool 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 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 (Risk Equalization Fund).	Le remboursement a posteriori 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
Etats-Unis	Création dans plusieurs Etats de programmes distincts (« pool 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 obtenir 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 : la moitié environ des ressources dont les pools de risques ont besoin proviennent de fonds publics

[195] A l'exemple de la Suisse, la mise en place d'un dispositif de compensationn'a pas empêché certains assureurs de développer des pratiques fines de sélection des risques : campagnes de marketing visant les bons risques (jeunes, sportifs, utilisateurs d'Internet, etc.), offre de paquets d'assurance complémentaires intéressants pour les personnes en bonne santé (proposant par exemple le remboursement d'abonnement à un club de fitness), versement de bonus à des professionnels de la santé dont le mandat est de convaincre les mauvais risques des avantages (inexistants) qu'ils pourraient obtenir d'un changement de caisse.

2.2.2.4. L'encadrement de la communication entre assureurs et assurés

[196] Renforcer la transparence de l'information sur le marché doit permettre aux pouvoirs publics en effet 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.

[197] 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'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.

[198] 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 2008, cette enquête a révélé que 11 assureurs ne respectaient pas certaines directives fixées en 2007, notamment l'obligation d'informer sur la possibilité de faire des réclamations.

[199] Dans certains pays, l'encadrement de l'information et de la communication ne passe pas forcément par une intervention de l'Etat. 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 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. De même, en Australie, sous l'impulsion du gouvernement, les assureurs privés ont adopté en 2005 un code de conduite pour s'assurer entre autres que les assurés disposent d'une information correcte et fiable sur l'assurance.

2.2.3. Les dispositifs d'information et de communication mis en place par les pouvoirs publics, les autorités de régulation et le secteur associatif

[200] L'information donnée aux consommateurs – qu'ils soient sur le point de s'assurer ou assurés – vise quatre domaines principaux :

- le système de santé public et privé
- l'offre d'assurance et comment faire le bon choix (polices, prix)
- la protection du consommateur (capacité à changer d'assureur, recours)
- une utilisation responsable du système de santé.

[201] Hormis l'Irlande, la plupart des pays ne poursuivent pas l'ensemble de ces objectifs dans l'information offerte aux consommateurs (cf. graphique 11). Internet est le vecteur principal de cette information dans tous les pays, mais certains pays ont pu développer une approche multi-canal, avec des campagnes de communications dans les grands médias (Irlande), des distributions de dépliants papiers (Irlande) ou des lignes téléphoniques pour ne pas exclure les populations moins aisées avec internet (Suisse).

Graphique 11 : Synthèse des dispositifs d'information identifiés pour chaque pays selon les objectifs de diffusion de l'information

	Informations générique sur le système de santé				Outil d'aide à la décision				Protection des assurés				Responsabilisation des assurés			
	Description du système de santé public et privé		Informations sur la législation		Souscrire ou non		Comparaison des polices d'assurance santé privées (prix et panier de biens)		Incitation au changement d'assurance		Accompagnement des démarches de réclamation		Responsabilisation sur les risques / prévention		Responsabilisation sur les coûts	
	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée	Source publique	Source privée
Suisse	x TV						x Site internet niveau confédéral et canton	x Site internet	x							
Pays-Bas	x Site internet		x Campagne d'information sur la réforme				x Site internet	x Site internet								
Etats-Unis	x Site internet niveau fédéral et au niveau des états, guides et brochures	x Sites internet commerciaux, non commerciaux (association)					x	x	x							x Association à but non lucratif
Allemagne	x Site internet, brochures		x Brochure sur site internet											x Sites internet des assureurs, campagnes publicitaires du syndicat des assurés		
Canada	x Débat public et site internet, guide				x Guide			x Site internet des assureurs							x Site internet	
Australie		x Site internet des assureurs	x Site internet	x				x Site internet des assureurs			x Site internet	x Historisque sur les sites internets des assureurs				
Irlande	x Site internet		x Site internet		x Brochures internet		x Site internet	x Site internet des assureurs	x Campagne de pub	x Lettres de résiliation sur les sites des assureurs				x Site internet des assureurs		
Japon	x Site internet															
Espagne						x Site internet, association de consommateurs		x Site internet réseau d'assureur								
Italie	x Site internet					x Site internet association des assureurs										
Suède	*le site internet public ne donne aucune info sur le système privé*					x Site des assureurs										
Royaume-Uni	x Site public, radio, télé, journeaux				x Site internet	x Association des assureurs, site internet, brochures, forum de discussion, sites des assureurs, vidéos promotionnelles, coupons réduction								x Site internet des assureurs		

Source : Capgemini consulting, 2009

2.2.3.1. Premier objectif : informer 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

[202] Dans tous les pays de l'étude, 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 Etats fortement décentralisés, relayées par des acteurs publics locaux.

[203] En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est l'un des principaux relais d'informations publics. Il rappelle sur son site l'organisation et les principes de l'assurance maladie. Il met également à disposition du grand public un guide synthétique sur l'assurance maladie, intitulé « Vos questions, nos réponses ».

[204] Aux Pays-Bas, la publication du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, intitulée « L'assurance maladie est obligatoire si vous travaillez aux Pays-Bas », est rédigée en plusieurs langues dont le français. Elle rappelle l'obligation de contracter une assurance maladie, précise les modalités de souscription à une assurance maladie, le panier de biens couverts par l'AMO et donne également des informations sur le montant des cotisations, des franchises, des aides de l'Etat. En fin de brochure, la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire est précisée.

[205] 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.

[206] Aux Etats-Unis, en Floride, le Département des services financiers dispose d'un site internet donnant accès à de nombreuses brochures sur l'assurance mais également sur le système de soins.

[207] Le rôle de diffusion de l'information générale sur l'assurance et sur le système de santé n'est pas limité au secteur public. Les acteurs privés peuvent également prendre en charge la diffusion de ce genre d'information. En Suisse par exemple, l'association SantéSuisse, qui représente les assureurs dans le domaine de la santé, met sur son site internet des informations très pédagogiques sur l'assurance maladie obligatoire.

[208] 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. En Allemagne, les associations de patients sont également très actives dans ce domaine.

2.2.3.2. Deuxième objectif : informer de manière ciblée pour aider à faire un choix

➢ *Aider à la décision de souscrire ou non à une assurance santé*

[209] Dans certains pays, les pouvoirs publics aident les consommateurs à identifier leurs besoins en termes d'assurance santé privée. Ainsi, en Irlande, une brochure de la *Health Insurance Authority* (HIA) d'une dizaine de pages présente de manière ludique et facilement compréhensible l'assurance santé privée. Intitulée « Comment choisir mon assurance santé ? » (cf. graphique 12), elle répond à une dizaine de questions dans le but d'assister le consommateur dans son choix d'assurance santé. Ces brochures sont disponibles depuis le site internet de la HIA, mais sont également distribuées dans les cabinets des médecins généralistes, les centres d'information des citoyens et les hôpitaux.

Graphique 12 : Brochure irlandaise « Comment choisir mon assurance santé ? »

Source : Health Insurance Authority, www.hia.ie

[210] Au Canada, l'association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) qui représente les intérêts communs des sociétés d'assurances vie et maladie a rédigé et mis en ligne un document de 18 pages intitulé « Guide sur l'assurance maladie complémentaire »[71]. Il vise à aider les consommateurs dans leurs choix en apportant des réponses aux questions sur l'assurance maladie complémentaire que posent les Canadiens au Centre d'assistance aux Consommateurs (CAC).

[211] Dans certains pays, **l'aide au consommateur des pouvoirs publics 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 à une assurance complémentaire.

[71] http://www.clhia.ca/fr/index_fr_red.htm

[212] En Suisse par exemple, l'Office Fédéral de Santé publique (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.

[213] Au Japon également, l'organisme de surveillance de l'assurance santé nationale critique fortement sur son site les assurances santé privées, et notamment le niveau des prix, la longueur des délais de remboursement et la faiblesse du montant des remboursements. Une telle critique a pour objectif clair de décourager la population à contracter.

➢ *Aider au choix entre polices d'assurance santé*

[214] Il s'agit alors d'aider les consommateurs dans le choix de leur compagnie d'assurance santé par différents dispositifs : 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.

[215] Ainsi, en Suisse, plusieurs comparateurs publics sont disponibles, 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'AMO avec les différents paliers de franchises des caisses-maladie, les primes des modèles HMO 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. Au niveau cantonal, le site internet du Service de la santé publique du canton du Valais[72], permet de comparer les niveaux de prime. La comparaison n'est cependant pas interactive et se limite à classer les assureurs par ordre alphabétique.

Graphique 13 : Comparateur d'assurance santé sur le site www.primes.admin.ch

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 pour le canton, offrant une couverture répondant aux critères, par ordre alphabétique, et pour chaque assureur, le montant de la prime en fonction du niveau de franchise choisi.

[72] www.vs.ch/sante

[216] Des initiatives privées existent également qui semblent offrir plus de garanties que les comparateurs que l'on trouve sur le web français. Ainsi, en Suisse, le site www.bonus.ch propose un outil comparatif pour l'AMO et un outil pour l'assurance complémentaire hospitalière : par défaut, le résultat du comparatif des primes complémentaires présente les produits de la prime la plus basse à la plus élevée. Les produits peuvent également être triés par assureur, division hospitalière, nombre de prestations contenues dans le produit et potentiel d'économie. 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.

[217] Les Pays-Bas ont également dans ce domaine une offre assez large. L'association de consommateurs *Consumentenbond* propose sur son site un comparateur de prix, réservé à ses membres, et la liste des assurances offrant couverture de base et couverture complémentaire. Par ailleurs, l'association réalise des enquêtes auprès des assurés et attribue chaque année le *Golden Stethoscope*, prix qui récompense le meilleur assureur en termes d'écoute client. L'association de patients *Consument en de Zorg*[73] a mis en place un forum de discussions sur l'assurance santé ainsi qu'un service par téléphone. Les sites internet privés, comme le site www.independer.nl, comparent de nombreux contrats d'assurance santé en donnant des informations sur le prix mais aussi la qualité des offres, ainsi que sur les offreurs de soins.

2.2.3.3. Troisième objectif : informer pour protéger les assurés

➢ *Leur donner les moyens de changer d'assurance*

[218] Le taux de rotation et la notion de changement d'assurance 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.

[219] Les pouvoirs publics encouragent fortement les assurés à faire jouer la concurrence pour changer d'assurance. En 2006, la *Health Insurance Authority* irlandaise a fait le constat que seulement 1% des assurés changeait de compagnies d'assurance par an et que 40% des assurés ne connaissaient pas leurs droits en la matière. Elle a donc lancé une campagne d'information publicitaire grand public ciblant les journaux de programmes de télévision et grands journaux 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 ». Il n'y a pas eu d'évaluation à notre connaissance de cette campagne, mais le site internet de la HIA est bien référencé sur le moteur de recherche Google à la rubrique « changer d'assurance santé ».

[73] www.consumentendezorg.nl

Graphique 14 : Campagne publicitaire de la Health Insurance Authority de 2006 en Irlande

[220] En Suisse, les pouvoirs publics incitent également les assurés à changer d'assurance et les informent des modalités et de leurs droits à ce sujet. Sur le site internet du Service de la santé publique du canton du Valais, on peut trouver un guide détaillant les modalités de changement d'assurance. Le guide 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. »

➢ *Les accompagner dans leurs démarches de réclamation*

[221] 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.

[222] Les pouvoirs publics australiens se sont ainsi emparés du sujet des réclamations en créant en 2007 un organisme de réclamations, 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.

2.2.3.4. Quatrième objectif : informer pour responsabiliser les assurés

➢ *Responsabiliser les assurés sur leurs risques à des fins de prévention*

[223] Les efforts de prévention des assurés sont valorisés. En Allemagne, des réductions de primes sont accordées aux assurés qui sont volontaires pour suivre des stages d'arrêt du tabac, de remise en forme…

➢ *Responsabiliser les assurés sur les coûts*

[224] 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 les coûts des dépenses de santé est essentielle pour 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 15 : Brochure publiée par le Centre canadien de santé sur la valorisation de l'argent

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, croyant apparemment que si nous pouvions 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.

[225] Aux Etats-Unis, dans le Massachusetts, l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI), **organisation à but non lucratif et indépendante** (http://www.ihi.org/ihi), 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.

[226] Cette orientation traduit l'apparition d'un *post managed-care*, dans lequel 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.

3. PROPOSITIONS

[227] Si la lettre de mission est centrée sur la perception qu'ont les ménages de leur reste à charge et de leurs besoins en santé, ainsi que sur les dispositifs susceptibles d'améliorer leur connaissance du marché et des offres des complémentaires santé, les entretiens menés par la mission tant auprès des professionnels du secteur (administrations, mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs) que des assurés et représentants des consommateurs ont systématiquement évoqué des sujets touchant, de manière plus générale, aux objectifs et missions assignés aux organismes complémentaires.

[228] En particulier, les sujets du partage entre AMO et AMC, de la participation des OC aux dispositifs de gestion du risque (partage des données de remboursement avec l'AMO, participation aux négociations conventionnelles, contractualisation avec l'offre de soins), du plafonnement des restes à charge, du montant, de la nature et de la justification des prélèvements obligatoires applicables au secteur ont très spontanément été abordés par les interlocuteurs de la mission, dont nombre ont même considéré que les sujets de transparence du marché et de l'information ne pouvaient être traités sans qu'au préalable aient été levés les ambiguïtés sur ces autres domaines.

[229] De ce fait, **la mission a souhaité préciser les termes du débat existant sur la place des organismes complémentaires et suggérer des pistes d'études complémentaires avant de formuler des préconisations plus précises sur les seules questions soulevées par la lettre de mission**.

3.1. Les choix en matière de régulation ne peuvent être faits indépendamment d'une réflexion préalable sur les finalités assignées aux complémentaires santé

3.1.1. Est-il souhaitable d'étendre voire de généraliser la couverture de la population par les complémentaires ?

[230] Les éléments du constat sont bien connus : d'une part, une partie de la population ne dispose pas d'une couverture complémentaire, notamment pour des motifs financiers, lesquels sont aussi le premier motif de renoncement aux soins; d'autre part, une partie de la population, couverte par des accords collectifs, n'est en réalité pas en situation de besoin par rapport à une couverture complémentaire mais contribue, parfois malgré elle, au système de mutualisation mis en place par ces accords. Ainsi, 7,3% des assurés et ayants droit du régime général (4,1 millions de personnes), n'ont, une année donnée, aucune consommation de soins référencée[74]. Indépendamment des inégalités qui peuvent exister en matière de modalités d'accès à une couverture complémentaire, il existe donc une question de champ des personnes couvertes.

[231] Par ailleurs, les pouvoirs publics ont au cours des quinze dernières années fortement encouragé l'acquisition d'une complémentaire, que ce soit par la mise en place de la CMU-C, de l'ACS ou encore d'un encadrement et d'incitations à la conclusion d'accords collectifs obligatoires.

[232] Au regard de ce constat et des expériences étrangères examinées par la mission, il apparaît qu'une première piste, parfois évoquée, de généralisation de la couverture complémentaire sur le modèle des retraites complémentaires doit être écartée. Trois motifs au moins militent contre cette hypothèse :

- Il n'apparaît guère envisageable de systématiser la protection complémentaire sans revenir sur l'architecture même de notre système et en particulier le partage entre contrats collectifs et individuels. C'est bien pour ces motifs que le rapport Chadelat[75] avait envisagé la création d'une couverture maladie généralisée, composée d'une assurance obligatoire de base et d'une assurance complémentaire de base. Une aide personnalisée à l'achat aurait été associée à l'assurance complémentaire, aide attribuée sous conditions de ressources et dégressive, et financée par un redéploiement des avantages sociaux et fiscaux associés aux contrats Madelin et collectifs obligatoires. Ce rapport identifiait comme objectifs principaux d'une telle réforme une meilleure prise en charge globale de tous les Français dans le cadre d'un objectif de santé publique et l'amélioration et la simplification de

[74] Cf Annexe : Restes à charge.
[75] Groupe de travail de la commission des comptes de la Sécurité sociale, « La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé », avril 2003.

l'accès global aux soins notamment pour les plus modestes. Ses conclusions paraissent très largement toujours valables ;

- Aucun autre pays n'a systématisé cette protection complémentaire, dont la généralisation poserait par ailleurs des problèmes considérables au regard du principe constitutionnel de la liberté d'entreprendre et du droit européen si elle s'accompagnait d'un renforcement supplémentaire (et probable) de l'encadrement des garanties ;
- Au regard du financement actuel de l'AMO et de l'AMC, les buts éventuellement poursuivis par ce choix (extension de la protection, limitation des renoncements aux soins) seraient aussi bien atteints et cela dans des conditions plus satisfaisantes au regard de la justice sociale, au moyen d'une extension du panier de soins remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Ainsi que l'a récemment indiqué la Cour des comptes, « pour les ménages ayant souscrit une assurance complémentaire, les risques pesant sur le reste à charge sont mutualisés. Cet avantage indéniable ne doit pas faire oublier néanmoins les spécificités de la couverture complémentaire et concurrentielle, qui la différencient par construction de l'assurance obligatoire : d'une part, elle est coûteuse et constitue une charge financière importante pour les ménages qui souscrivent un contrat et, d'autre part, elle est inégalitaire en raison de la variabilité des contrats proposés tant en termes de garanties que de primes. Un transfert de l'AMO vers l'AMC produit donc mécaniquement des effets anti-redistributifs. »

[233] En réalité, à défaut de généraliser la protection sociale complémentaire en santé, **l'attention des pouvoirs publics doit porter sur les segments de la population i) susceptibles de rencontrer des restes à charge élevés[76] ii) rencontrant des difficultés d'accès aux soins**, en l'absence de couverture complémentaire

[234] En ce qui concerne les seconds, l'ACS constitue le dispositif adéquat même s'il peut être amélioré. Si sa montée en charge demeure encore lente (même si les derniers chiffres du Fonds CMU sont encourageants), le dispositif est correctement configuré (modulation en fonction de l'âge notamment) mais pourrait être lissé en fonction des revenus afin de limiter les effets de seuil. Ce choix présente naturellement l'inconvénient de complexifier le système, *a fortiori* si le mécanisme est familialisé, et peut être contesté au regard notamment de la relative modestie des sommes en jeu. Il ne paraît donc envisageable que dans le cadre d'un mouvement plus large de réforme des mécanismes redistributifs en faveur des bas revenus (prime pour l'emploi, revenu de solidarité active).

Recommandation n°1 : Etudier les modalités d'un lissage des revenus dans le dispositif ACS en introduisant un mécanisme dégressif

[235] En outre, l'ACS demeure mal connue, notamment auprès des jeunes, des retraités et des personnes changeant de statut. Des efforts ont été menés pour mieux cibler les bénéficiaires potentiels (notamment envoi de « courriers issus des fichiers CAF » par les CPAM, afin de cibler les titulaires des minima sociaux et les bénéficiaires d'aides au logement qui disposent de ressources correspondant aux publics éligibles à l'ACS) et semblent, selon les dernières données du Fonds CMU expliquer un recours plus élevé au dispositif. Ces efforts doivent être poursuivis notamment en direction des jeunes, via des informations qui pourraient être dispensées par les mutuelles étudiantes ou les institutions de prévoyance des branches professionnelles ayant fortement recours aux formations en alternance. En outre, une information systématique pourrait être fournie par les régimes accueillant de nouveaux affiliés suite à changement de statut.

[76] Notamment les seniors et les personnes en ALD (Cf. fiche RAC en annexe).

[236] La proposition d'un chèque santé étudiant, financé par l'Etat et intervenant en supplément de l'ACS, qui avait été formulée dans le cadre du rapport Wauquiez sur la santé des étudiants (2006) et fait l'objet d'une proposition de loi présentée par M.Mallié pose en revanche des problèmes de ciblage, liés notamment à la difficile évaluation des ressources des étudiants – ou des jeunes en général (rattachement au foyer fiscal des parents, rôle de la demi-part fiscale, éventuelles inégalités entre jeunes ayant une activité professionnelles et autres)

Recommandation n°2 : Etudier un renforcement de l'information sur le dispositif ACS notamment auprès des étudiants, des jeunes en insertion et des personnes changeant de statut

[237] Concernant les populations rencontrant des restes à charge élevés, un rapport de MM. Briet et Fragonard[77] a déjà formulé des propositions en matière de plafonnement des restes à charge. Il souligne notamment que 15,9% des assurés en ALD et 8,8% des non ALD ont un reste à charge supérieur à 500€ en soins de ville, soit 6 millions de personnes, et que 1,5 million de personnes protégées ont un RAC supérieur à 500€ en soins hospitaliers.

[238] D'autres pistes peuvent être envisagées et notamment l'extension de la couverture collective, que ce soit dans le cadre professionnel ou dans un cadre autre, qui pourrait être à mi chemin de l'individuel et du collectif (cf. *infra*).

[239] Début 2007, Gérard Larcher, alors ministre délégué à l'emploi, avait ainsi tenté d'aboutir rapidement à un accord cadre des partenaires sociaux sur les complémentaires santé. Il s'agissait en étendant les contrats collectifs d'obtenir une amélioration du pouvoir d'achat pour les salariés. Lors de la commission nationale de la négociation collective du 6 février 2007, les partenaires sociaux, notamment la CGPME, avaient mis en garde le ministre contre toute décision hâtive sur ce sujet.

[240] *A minima*, et afin de prendre en compte les particularités des petites entreprises de certains bassins d'emploi, l'extension des couvertures complémentaires santé pourrait être proposée à la réflexion des partenaires sociaux locaux.

Recommandation n°3 : Etudier un développement de la négociation collective sur la prise en charge des frais de santé comme un des axes du développement du dialogue social territorial

3.1.2. Est-il souhaitable d'assigner aux complémentaires santé une fonction de solidarité ou au moins de mutualisation ?

[241] La concurrence sur le marché des assurances collectives conduit à une concurrence très forte sur le marché des contrats individuels avec une recherche active des « bons » risques (jeunes actifs notamment) et des pratiques commerciales agressives (dumping à l'entrée voire gratuité des premiers mois de primes, campagnes de fidélisation). Spontanément, le marché conduit donc à ce que les « mauvais » risques sur le marché des contrats individuels ne bénéficient plus de la mutualisation – et, concrètement, à ce que les personnes âgées, passé un certain âge, ne puissent plus changer de mutuelle. La mutualisation existe davantage dans le collectif (avec les biais qui ont déjà été signalés) et au sein des mutuelles de la fonction publique.

[242] Faut-il en faire expressément un objectif ? Ou, pour le dire autrement, faut-il encourager une mutualisation accrue entre retraités et actifs ? Au sein des acteurs rencontrés par la mission, les positions sont très partagées sur ce point.

[77] Raoul Briet et Bertrand Fragonard, *Mission bouclier sanitaire*, 28 septembre 2007.

[243] Pour certains, les mécanismes fiscaux et sociaux, le partage des revenus et des patrimoines, le marché de l'emploi opèrent d'ores et déjà en France une redistribution très défavorable aux jeunes et favorable aux personnes âgées et « il n'est pas question d'en rajouter » en assignant aux complémentaires santé une fonction qu'aucun texte pas plus qu'aucune exigence professionnelle ne leur confie. Dans ce cadre de pensée, une tarification très individualisée des primes doit conduire assez mécaniquement à une baisse des coûts des complémentaires santé pour les jeunes, susceptible de faire baisser le taux de non couverture dans cette population, et, inversement, à la définition de dispositifs d'aides publiques ciblés sur les personnes âgées.

[244] Pour d'autres, l'assurance santé est un marché spécifique qui doit s'analyser sur le long terme, les cotisations versées « à fonds perdus » aujourd'hui ne pouvant être analysées indépendamment des coûts réels qui seront supportés en fin de vie et de la solidarité collective qui doit fonder le système – ce qui d'ailleurs justifie des réticences à fournir des comparaisons entre primes et remboursements.

[245] Dans tous les cas, le devenir des retraités pose question et la mission a été frappée par la grande incertitude des acteurs sur leur capacité (individuelle et collective) à faire face au défi du vieillissement de la population. Les évolutions de la jurisprudence sur les contrats collectifs[78] ont renforcé cette perplexité.

[246] Au plan général, la situation actuelle ne paraît pas soutenable à moyen terme au regard du vieillissement de la population et de la corrélation positive entre âge et dépenses remboursées. Seule une réelle mutualisation permettrait de résoudre le problème et celle-ci est très limitée dans le système actuel : elle n'existe qu'indirectement pour les retraités en contrat individuel, généralement tarifiés à l'âge ; elle est limitée pour les fonctionnaires pour lesquels existent cependant des règles de plafonnement des écarts de cotisations entre actifs et retraités (1 à 3) ; elle existe, pour un public limité, pour les contrats collectifs et selon des modalités qui, pour beaucoup de personnes interrogées, seraient remises en cause si devait s'imposer le principe selon lequel les garanties dont on bénéficie au départ de l'entreprise doivent être intégralement conservées pendant la phase de retraite. Dans ce cadre, c'est en effet le dernier assureur de la personne qui supporte tous les risques.

[247] Il n'entre pas dans le champ de la mission de se prononcer sur ce sujet et notamment sur une éventuelle réforme de loi Evin qui excède largement le champ de sa lettre de mission.

[248] Néanmoins, il doit être noté que, parmi les pays où les prix et les prestations proposés par les assureurs sont très encadrés, la France est le seul qui n'ait pas mis en place de système de péréquation des risques pour rétablir une certaine équité entre assureurs aux structures de risques différentes.

[249] Comme vu dans la IIème partie, cette péréquation des risques permet de transférer des sommes perçues par les assureurs disposant d'une structure de risque favorable (forte proportion de meilleurs risques) vers les assureurs dont la structure de risque est dégradée par la part élevée de risques de haut niveau, sans cependant que puissent être totalement écartées les pratiques de sélection des risques.

Recommandation n°4 : Etudier l'opportunité de mise en place de péréquation des risques entre assureurs, au moins pour les contrats individuels

[250] Dans un souci de renforcement de la mutualisation, il est en outre possible d'envisager l'ouverture de formes de contrats collectifs à des assurés qui ne seraient plus regroupés sur une

[78] Cf. 1.2.1.3. et Cour d'appel de Lyon, 1ère ch. civ. B, 13 janvier 2009, RG n° 08/02875, Mutuelle Micils vs. M. Azoulay

base professionnelle. Aux Pays-Bas, les associations de patients, très puissantes[79], ont ainsi la possibilité de conclure des contrats collectifs pour leurs adhérents. Cette mesure a permis des innovations intéressantes sur les contrats ainsi développés (accent mis sur la prévention par exemple). En France, certaines entreprises négocient des contrats individuels dans un cadre collectif via les associations d'anciens salariés, sans que cette pratique ne soit ni très répandue ni très connue[80]. Ce regroupement permet notamment de déléguer la fonction de négociation des garanties et du prix à des professionnels, plus aptes souvent à définir les besoins et à négocier les coûts que l'individu pris isolément.

[251] Pour avoir son plein effet auprès de la collectivité considérée (de patients, de personnes âgées…), ce type de mesure devrait bénéficier de certains avantages liés aux contrats collectifs, notamment les avantages sociaux et fiscaux, ce qui requiert évidemment une analyse coûts/bénéfices de la mesure.

Recommandation n°5 : Etudier les modalités juridiques et financières de regroupements associatifs ou de consommateurs pour la négociation avec les assureurs de garanties collectives

3.1.3. Est-il souhaitable d'impliquer les organismes complémentaires santé dans la régulation du système de santé ?

3.1.3.1. Prendre en compte les complémentaires santé dans les réformes du système de santé

[252] Tant l'enseignement tiré des modèles étrangers que la conduite des entretiens menés par la mission conduisent au constat suivant : si la France présente une configuration tout à fait spécifique d'implication des assureurs privés dans la couverture des frais santé, cet état de fait résulte moins de choix collectifs assumés que de la sédimentation de réformes et de décisions, soit centrées sur l'assurance maladie obligatoire et parfois ignorantes de leurs répercussions sur le rôle et la place des complémentaire santé, soit issues des travaux de la négociation collective et parfois ignorantes des politiques de santé publique (prévention, accès aux soins).

[253] On ne peut que regretter cet état de fait : le débat public sur les politiques de santé ignore trop souvent les organismes complémentaires. Ainsi, l'actuel projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires ne traite-t-il qu'épisodiquement de la couverture complémentaire alors même qu'il s'agit d'une loi fortement structurante pour l'évolution du système de santé.

[254] Ce travers a des explications objectives. En particulier, les lois de financement de la sécurité sociale, qui offrent le cadre annuel réel de débat sur les politiques de santé, ne peuvent que très peu traiter des sujets non directement liés aux régimes obligatoires de base. Certes, que ce soit par le biais de dispositions relatives au Fonds CMU, aux exonérations sociales associées à certains contrats, à la participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles ou aux prises en charge de cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie, les organismes complémentaires « entrent » bien dans le champ des LFSS mais sans pouvoir réellement donner lieu à un débat sur leur place et leur rôle dans le système de santé.

[79] Marie Wierink, « La réforme de l'assurance-maladie aux Pays-Bas, deux ans après », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2008.
[80] Dans un autre domaine, celui de l'assurance emprunteur, l'association française des diabétiques a conclu depuis 2005 un accord avec un assureur pour une prise en charge dédiée.

[255] A moyen terme, si une réforme du périmètre des lois de financement et de leur cadre organique devait être engagée, il serait donc souhaitable d'inclure les complémentaires santés à cette réflexion, afin que soit mieux pris en compte leur apport au financement des dépenses de santé – rôle que reconnaissent implicitement les programmes de qualité et d'efficience joints aux PLFSS.

[256] Si cette proposition présente le risque de faire croître l'instabilité des normes en ce domaine, cet inconvénient paraît cependant second au regard de la nécessité que le débat sur les politiques de santé, et notamment sur l'égalité d'accès aux soins, prenne en compte l'ensemble des intervenants concourant à leur financement.

[257] A court terme, il importe de tirer toutes les conséquences de la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008 : l'article 8 de la loi organique du 15 avril 2009[81] précise que les projets de loi devront faire l'objet d'une étude d'impact définissant les objectifs poursuivis par le projet, recensant les options possibles en dehors de l'intervention de règles de droit nouvelles et exposant les motifs du recours à une nouvelle législation. En particulier, ces études d'impact devront exposer avec précision « l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue ».

Recommandation n°6 : Dans les études d'impact jointes aux projets de loi ayant pour objet les évolutions du système de santé, considérer les organismes complémentaires comme des personnes morales intéressées et évaluer l'impact des dispositions nouvelles sur leur organisation et leurs missions.

3.1.3.2. Action des organismes complémentaires dans les domaines où ils sont le financeur principal

[258] Au-delà du rôle de co-financeur avec l'AMO, de nombreux organismes interviennent dans la régulation du système de santé, notamment des secteurs qu'ils financent majoritairement, pour mieux contrôler les dépenses de santé et élargir la gamme des services auprès de leurs assurés. Des initiatives ont été prises en ce sens depuis longtemps (cf. initiative de Carrés bleus dès 1995 dans l'optique).

[259] Les OC ont privilégié les plateformes de santé (par téléphone et par internet) et la contractualisation avec des professionnels de santé[82], voire la constitution de réseaux de soins (traditionnellement chez les mutuelles).

[260] Les actions de Santéclair (AGF, MMA, MAAF, Ipeca, MGP…), de Carrés bleus (CNP), de Groupama santé active, de Ligne claire (MG, MNH, MNT)… mettent en avant des résultats intéressants vis-à-vis des opticiens et des dentistes. Santéclair revendique d'obtenir des baisses de tarifs de 42% en moyenne sur les verres. D'autres OC conduisent également des actions intéressantes sur les prix, de manière parfois plus rudimentaire, par exemple en mobilisant les données du tiers payant pour identifier les pratiques hors normes de certains professionnels et en menaçant de leur retirer le bénéfice du tiers payant.

[81] Loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution complétée par la circulaire du Premier ministre du 15 avril 2009 relative à la mise en œuvre de la révision constitutionnelle.

[82] HCAAM, *Note sur les couvertures complémentaires maladie*, 24 février 2005, pp. 74-79.

[261] Les réseaux de soins permettent aussi de contrôler les tarifs des prestations. Ainsi, dans les 440 centres dentaires de la Mutualité française regroupant 1600 dentistes salariés, la couronne céramo-métallique est facturée en moyenne 455 euros, contre 750 euros pour le tarif habituellement constaté[83]. Les adhérents MGEN bénéficient d'une réduction de 30% en optique dans le réseau MGEN par rapport aux prix publics[84]. Selon les données du HCAAM, les réseaux ne regroupent le plus souvent qu'une minorité de professionnels : si la convention signée par la MGEN concerne 70% des dentistes, seuls 15% des opticiens sont conventionnés avec les mutuelles, tandis que la plateforme Santéclair ne touche que 1300 des 10 000 opticiens et 3200 des plus de 37 000 dentistes.

[262] Il faut noter que ce sont des domaines où les marges de prix sont importantes, la régulation par le marché étant particulièrement opaque alors que l'AMO n'intervient guère, notamment en optique[85]. Parfois contestées par les professionnels de santé, ces initiatives reçoivent l'appui des autorités de contrôle de la concurrence. Ainsi, l'action de Santéclair est confortée par l'avis récent du Conseil de la Concurrence du 12 février 2009 sanctionnant l'ordre national des chirurgiens dentistes pour incitation à écarter un partenariat avec cette plateforme[86].

[263] Cependant, il y a débat parmi les OC sur l'intérêt d'une telle approche de régulation de l'offre de soins : plusieurs OC n'y voient pas un axe important, notamment parce que ce n'est pas prioritaire pour les assurés. En effet, seuls 18% des assurés en font un motif important de recours à une couverture complémentaire : 13% via le réseau de soins, 5% via une plateforme de services[87]. D'autres OC pensent que la régulation de l'offre de soins est difficile voire impossible dans certaines zones soit sous-dotées en offre de soins, soit avec une offre pléthorique et une demande disponible. L'évolution de la démographie médicale ne va pas faciliter cette approche de régulation de l'offre de soins[88].

[264] De fait, les discours des OC recueillis au cours de la mission en matière de régulation de l'offre de soins mettent en avant les limites de ces initiatives. Avec des exceptions (comme le GEMA, en particulier MAAF Santé très impliqué sur ces dossiers), la mission a parfois perçu chez certains OC une tendance à mettre l'accent sur la responsabilité individuelle de l'assuré dans la négociation avec le professionnel de santé. Ainsi, sur les dépassements d'honoraires, les OC sont moins actifs, hormis les mutuelles par tradition, parce qu'il s'agit aussi d'une marge de différenciation de leur part, notamment les OC qui visent les segments les plus solvables du marché.

[265] Il n'en demeure pas moins que l'action des OC en matière de régulation de l'offre de soins doit être fortement encouragée, notamment en vue de la mise en place de critères de qualité et de respect des tarifs opposables (ou de plafonnement des dépassements). Elle constitue aussi un aiguillon et un appui pour l'AMO: c'est une manière d'utiliser des « outils de gestion concurrentielle dans un contexte de gestion publique »[89].

---

[83] Sandrine Blanchard, « Prothèses dentaires : les praticiens promettent plus de transparence », *Le Monde*, 3 décembre 2008.
[84] Jalma, *Panorama de l'assurance santé 2009*, 2009.
[85] Florence Humbert avec Stéphanie Marseille, « Prix des lunettes : le flou artistique », *Que choisir*, n°458 ; avril 2008 ; Erwan le Fur, Aurélien Busson et Nicolas Teisseyre, « Essais : 100 magasins d'optique », *60 millions de consommateurs*, n°431, octobre 2008.
[86] Décision n° 09-D-07 du 12 février 2009 relative à une saisine de la société Santéclair à l'encontre de pratiques mises en oeuvre sur le marché de l'assurance complémentaire santé
[87] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*
[88] Les Pays-Bas sont confrontés à un faible nombre de médecins qui limite l'efficacité du conventionnement sélectif (cf. Marie Wierink, 2008, *op. cit.*).
[89] Dominique Polton, « Concurrence et offre de soins », *Concurrence & consommation*, n°158, avril 2008, reprise de l'atelier concurrence de la DGCCRF du 10 octobre 2007.

3.1.3.3. Opportunité de l'intervention des OC dans le co-pilotage avec l'AMO

[266] L'action des OC a un premier intérêt dans la possibilité de contractualisation sélective d'offreurs de soins, ce que l'AMO ne fait pas. En outre, la contractualisation avec les offreurs de soins revêt une palette assez large d'outils, plus ou moins négociés (cf. *supra)*.

[267] Certains des interlocuteurs de la mission estiment qu'il n'est guère envisageable d'aller plus loin sans une gestion des risques au premier euro, seule apte à garantir qu'un seul régulateur intervient et dénoncent une situation inefficace où celui qui a les informations (l'AMO) ne peut pas s'en servir et où ceux qui pourraient agir (les OC) manquent d'information. En outre, plusieurs experts[90] critiquent la spécificité française du co-paiement, source de doublons dans les circuits et les frais de gestion. Ces remarques soulignent l'importance d'une clarification du pilotage.

[268] D'autres jugent souhaitable et atteignable une meilleure coordination avec les régimes obligatoires en ce domaine. La situation actuelle montre en effet qu'il est déjà possible pour les OC d'intervenir en étant derrière l'AMO en « payeur aveugle ». Les systèmes experts et les données dont disposent aujourd'hui les OC leurs permettent de gérer efficacement l'optique et le dentaire. C'est d'abord une question de volonté. En outre, 79% des assurés sont prêts à s'investir dans cette voie en soumettant leurs devis à leur organisme complémentaire[91], sous couvert d'une baisse ou modération des tarifs des OC.

[269] Le dispositif de la loi du 13 août 2004 modifié[92] permet à l'Unocam de donner un avis conforme sur la négociation conventionnelle entre la Cnamts et trois catégories de professionnels de santé (chirurgiens dentistes, audioprothésistes, opticiens-lunettiers), sans qu'ait été retenue une modalité autre qui aurait conduit à expérimenter le pilotage par l'Unocam d'une négociation avec les professionnels de santé (optique ou dentaire), sans toucher au partage AMO/AMC. Une évaluation de cette disposition permettra à terme d'envisager des évolutions du dispositif.

3.1.3.4. Développement des actions de prévention

[270] L'action des OC en matière de prévention prend plusieurs formes.

[271] Pour la plupart, elles délivrent des messages d'information santé auprès de leurs assurés, sociétaires ou adhérents.

[272] Les obligations des contrats responsables ne constituent pas, au stade actuel, une réelle contrainte. Il est nécessaire en effet de prévoir le remboursement de deux actions de prévention dans les offres soumises aux assurés. Mais ces dispositions figuraient fréquemment déjà dans les offres avant la création des contrats responsables par la loi.

[273] De nombreuses OC investissent cependant de manière plus ambitieuse le sujet de la prévention, car c'est un moyen de faire vivre leur réseau de distribution et leur plateforme de service. Les plateformes de services s'enrichissent et tendent à prendre la forme de véritables plateformes d'information, d'aide à l'orientation et d'accompagnement sur la santé, avec, dans certains cas, la possibilité de consultations de prévention auprès de professionnels de santé (tabac notamment pour l'offre que développe depuis peu la FNMF)[93].

---

[90] Pour un plaidoyer de la gestion au premier euro des soins dentaires et de l'optique, cf. Béatrice Majnoni d'Intignano, « Assurance maladie. Privatisation, transparence, concurrence ? », *Commentaire*, n°124, Hiver 2008-2009.
[91] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*
[92] Arrêté du 5 mai 2009 portant application de l'article 36 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.
[93] Programme « Priorité santé mutualiste » de la mutualité française notamment

[274] MAAF Santé avait ainsi lancé, il y a quelques années, une offre remboursant des consommations de produits pauvres en cholestérol. De même, la Mutuelle bleue déploie des réunions d'informations autour du cancer à destination de ses assurés pour enrichir la relation de service et faire vivre son réseau de distribution de proximité (25 agences en Ile-de-France). Enfin, les Mutuelles de France ont récemment conçu un dispositif d'appui aux particuliers et aux entreprises pour lutter contre les troubles musculo-squelettiques.

[275] Il est en outre à noter que, dans les contrats collectifs existe une attente assez forte des entreprises et des branches en matière de prévention, l'action des OC pouvant alors faire écho aux actions de santé-sécurité au travail des entreprises. Ainsi, le contrat de la branche de la boulangerie artisanale prévoit des objectifs chiffrés de consultations sur l'asthme du boulanger ainsi qu'une action importante sur les soins dentaires. L'entreprise Colas mobilise son contrat collectif sur la lutte contre l'alcoolémie et les addictions.

[276] Une telle évolution est attendue par les assurés, puisque les actions de prévention sont vues comme un service intéressant par une majorité d'entre eux[94]. Les assurés sont de même très majoritairement (81%) prêts à se voir imposer des actions de prévention par leur complémentaire santé, dès lors qu'ils en retirent en retour une baisse ou une modération des tarifs des OC.

Recommandation n°7 : Etudier un renforcement du volet prévention des contrats responsables et de l'implication des complémentaires dans les actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients

3.1.4. Est-il souhaitable de renforcer la concurrence entre complémentaires santé ?

[277] L'assurance santé fait intervenir trois types d'agents économiques : les assurés, les assureurs et les prestataires de soins. Dans le domaine de l'assurance santé, la concurrence peut donc porter sur deux fonctions[95] :

[278] * 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 etc). Cette concurrence est très développée et très régulée dans les pays qui ont adopté les principes de la « *managed competition* », tant sur l'assurance complémentaire que sur l'assurance de base. C'est ainsi le cas en Suisse et aux Pays-Bas dans le cadre des réformes de 1996 et 2006. Les Etats-Unis sont quant à eux représentatifs d'un troisième type de concurrence sur la fonction d'assurance : celle-ci joue essentiellement entre assureurs privés offrant aux adultes actifs une couverture liée à l'emploi. Les hauts risques (personnes âgées, personnes handicapées, personnes démunies) et les enfants sont soustraits du marché et couverts par les programmes publics Medicare, SCHIP et Medicaid.

[279] * la **fonction de gestion du risque et l'achat de soins**, qui concerne notamment la relation entre assureurs et prestataires de soins. Même si dans un pays la concurrence est restreinte voire inexistante sur la fonction d'assurance, elle peut être effective sur la fonction d'achat de soins. C'est notamment le cas aux Etats-Unis, où le gouvernement fédéral et les Etats financeurs des programmes d'assurance publique Medicare, Medicaid et SCHIP passent des contrats avec des prestataires de soins dans le cadre de systèmes de soins gérés (ou *managed care*). Avec le développement du *managed care* dans la plupart des pays de l'étude, la question de la concurrence sur la fonction d'achats de soins se pose de plus en plus.

---

[94] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*

[95] Dominique Polton et Lise Rochaix, « Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères », *Économie Publique*, n°14, 2004.

[280] Faire porter la concurrence sur la fonction d'assurance santé vise à répondre aux problèmes d'asymétrie d'information dans le domaine de la consommation de soins pour faire en sorte que ce soit les assureurs qui exercent la concurrence sur l'achat de soins[96]. En effet, les assureurs et les collectifs d'assurés peuvent avoir accès à une meilleure information sur la qualité de l'offre de soins.

3.1.4.1. Une concurrence accrue fera-t-elle baisser les prix des contrats ?

[281] Du fait des directives communautaires en matière d'assurance, le marché de l'assurance santé complémentaire respecte désormais juridiquement le cadre des politiques de concurrence. Or, plus que le principe juridique de concurrence, ce qui compte, en général, mais particulièrement dans le domaine de la santé, c'est l'existence d'une compétition réelle et franche entre les opérateurs. En théorie économique, pour que cette concurrence s'exerce, il est nécessaire le plus souvent qu'il y ait une double obligation d'assurance (de l'assuré et de l'assureur) pour contrecarrer les phénomènes d'antisélection et de discrimination des risques.

[282] Sur la plupart des marchés des biens et services, cette responsabilité incombe aux autorités de contrôle de la concurrence et aux pouvoirs publics mais aussi aux consommateurs[97]. En général, les consommateurs ne disposent que de trop peu de moyens pour jouer leur rôle d'aiguillon de la compétition, notamment parce qu'ils ont souvent des difficultés à avoir une idée claire sur le juste prix[98]. Cette difficulté apparaît plus marquée en santé en raison, d'une part, des asymétries d'information et, d'autre part, du caractère irrationnel des décisions à prendre.

➢ ***Concurrence entre assureurs santé : la nécessité de l'aiguillon du choix***

[283] Pour que le consommateur soit l'aiguillon de la concurrence, encore faut-il qu'il puisse changer d'assureur et donc qu'il ait le choix du contrat. Or, dans de nombreux pays de l'OCDE, la compétition entre assureurs est jugée insuffisante[99], notamment parce que les assurés changent trop peu souvent de contrats. C'est le cas en particulier en Suisse (cf. *supra*), malgré de nombreux efforts sur la transparence de l'information, qui y est réelle, et malgré des écarts de prix qui restent conséquents. La transparence de l'information obtenue par une certaine harmonisation, voire standardisation des garanties, est une condition nécessaire[100] mais non suffisante d'un meilleur choix du consommateur. L'asymétrie d'information qui résulte de la prolifération, de la diversité et de la complexité des offres d'assurance santé doit également être combattue[101].

[284] En France, tous les titulaires de contrats ne sont pas réellement en capacité de choisir librement ou exercent leur choix dans un univers contraint :

- les salariés couverts par un contrat collectif obligatoire n'ont pas le choix de l'opérateur du contrat, ni même le plus souvent de la nature du contrat ;

---

[96] Cf. les travaux d'économie de la santé, notamment ceux de Pierre-Yves Geoffard : Pierre-Yves Geoffard, « Les assurances santé : quelle concurrence ? », *Concurrence & consommation*, n°158, avril 2008 ; Pierre-Yves Geoffard, « La régulation des dépenses de santé : comment faire ? », in Askenazy et Cohen, *27 leçons d'économie*, 2008.

[97] *Concurrence & consommation*, « Le consommateur, bénéficiaire et acteur de la concurrence », n°162, DGCCRF, décembre 2008.

[98] Anne Corcos et Philippe Moati, *La perception du prix juste par les Français*, Crédoc, cahier de recherche, n°254, décembre 2008.

[99] Francesca 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.

[100] Sur la question de l'information, cf. Claude Le Pen, « "Patient " ou "personne malade" ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2009/2, volume 60.

[101] Elias Mossalios and Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, World health organisation, 2004.

- des ménages, le plus souvent à bas revenus mais au-dessus du plafond CMU-C, ne rentrent pas sur le marché de la complémentaire santé pour des raisons de coût[102] ;
- les bénéficiaires de la CMU-C tendent à choisir dans 85% des cas l'assurance-maladie comme opérateur de la complémentaire santé ;
- de nombreux fonctionnaires, étudiants, exploitants agricoles, indépendants… sélectionnent leur complémentaire santé dans la gamme des contrats de l'organisme complémentaire qui assure la gestion de l'assurance maladie de base[103].

[285] Au total, selon une estimation de la mission, **moins de la moitié des particuliers a réellement le choix de sa complémentaire santé** sans être contraint par le cadre juridique, leurs faibles ressources ou l'organisation du secteur.

[286] Certes, pour 40% des particuliers couverts par un contrat collectif, c'est l'entreprise et les partenaires sociaux qui exercent le choix, et qui, de ce fait, agissent sur le marché. A cet égard, le « pouvoir de marché » des entreprises et des partenaires sociaux est plus important que celui des particuliers, d'où un meilleur rapport qualité-prix des contrats collectifs. Les entreprises ont, plus que les particuliers, conscience d'une capacité à être l'aiguillon de la concurrence entre assureurs.

[287] Mais, si la compétition est réelle sur le segment des contrats collectifs, elle l'est surtout sur le champ des grandes entreprises et moins sur celui des PME. En effet, même ceux qui choisissent les contrats collectifs ne cherchent pas toujours à mettre les OC en concurrence. Ainsi, une entreprise sur cinq[104] ne procède pas à une mise en concurrence quand elle choisit l'organisme gestionnaire de son contrat collectif (chiffre qui atteint 42% pour les entreprises de 10 à 49 salariés). En outre, le recours à l'appel d'offres est minoritaire et ne concerne qu'une entreprise sur quatre. Pour un tiers des cas, cette non mise en concurrence provient de l'existence d'accords de branche et, pour un autre tiers, du choix de conserver l'organisme existant, qui est parfois une mutuelle d'entreprise.

[288] Enfin, la concurrence exercée par les entreprises porte autant sinon plus sur les garanties que sur les prix des contrats. En effet, le prix n'est cité en premier que par une entreprise sur quatre, et il demeure second derrière le niveau de remboursement offert par le contrat[105]. Les entreprises qui proposent un contrat collectif de complémentaire santé à leurs assurés le font le plus souvent pour des raisons de gestion des ressources humaines, d'attractivité et de fidélisation de la main-d'œuvre. Les aides fiscales et sociales à la protection sociale complémentaire d'entreprise rendent cette politique de GRH moins coûteuses que des politiques salariales classiques.

➢ ***Concurrence entre assureurs : l'assuré peut-il jouer ce rôle d'aiguillon ?***

[289] Malgré le caractère concurrentiel du marché des OC et des efforts importants et nécessaires en vue d'une plus grande transparence, il est probable que l'impact sur les prix et la qualité des contrats sera plus faible qu'attendu. En effet, la santé est un bien spécifique, vis-à-vis duquel les Français témoignent d'une incertitude sur les besoins.

---

[102] D'après les calculs de la Drees, la moitié des personnes non couvertes par une complémentaire santé met en avant le prix comme raison principale, ce qui justifie les dispositifs publics de prise en charge d'une partie des coûts, dispositifs encore trop souvent méconnus, notamment l'ACS.

[103] La gestion déléguée de l'assurance maladie obligatoire par un OC concerne plus d'un assuré sur six (Cour des comptes, « La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance », *Rapport LFSS*, chapitre VIII, 2006). Une minorité de ces personnes semble faire jouer la concurrence puisqu'en moyenne, parmi les fonctionnaires, 37% des bénéficiaires actifs de la Mutualité fonction publique confient leur protection complémentaire à des organismes concurrents (TNS Sofres - MFP services, 2009, *op. cit*.).

[104] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*

[105] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*

[290] La demande d'assurance santé des particuliers reflète cette incertitude, puisque, contrairement aux prescriptions théoriques sur la sélection adverse, l'état de santé ne semble pas être un déterminant principal de recours à une complémentaire santé d'après les travaux empiriques sur données françaises[106]. En fait, la complémentaire santé apparaît comme un bien supérieur, dont la détention dépend principalement du niveau de revenu et de la situation économique du ménage, à côté de facteurs comme la taille du ménage, la localisation géographique ou l'âge qui reflètent en partie les principes de tarification des contrats. Ainsi, le poids de la contrainte budgétaire semble prépondérant dans les choix des assurés[107].

[291] De fait, hormis chez les jeunes, la sensibilité des ménages aux prix des contrats est assez faible[108], tant dans un marché de l'assurance santé faiblement régulé comme aux Etats-Unis que dans des marchés fortement régulés pour aider l'assuré à choisir (cas de la Suisse et des Pays-Bas). Et pourtant, dans ces trois cas, les primes sont nettement plus élevées qu'en France, l'assurance santé privée assumant le rôle d'assurance de base.

[292] Certes, dans le cas néerlandais, en 2006, les assureurs se sont livrés à une guerre des prix à la suite de l'ouverture de l'AMO à la concurrence[109]. La plupart des contrats ont été proposés à perte, ce qui a sans doute joué dans les nombreux changements de contrats qui sont intervenus : 19% de changements en 2006, certains changements étant toutefois liés à la suppression de certaines caisses ou à la création de contrats collectifs. Après deux ans d'application de la réforme de 2006, le marché de l'assurance santé est désormais très concentré, six assureurs regroupant 90% de la population. De fait, les changements d'assureurs se sont notablement ralentis, d'autant que beaucoup d'assurés invoquent un manque d'information.

[293] Par ailleurs, une concurrence très vive entre OC peut déboucher sur « une surenchère commerciale conduisant à la mise en place de garanties médicalement superflues mais très appréciées des réseaux de vendeurs, d'agents et de courtiers »[110]. Elle peut également conduire à l'affaiblissement du marché des complémentaires, les hausses de tarifs conduisant les assurés vers des couvertures « *low cost* » et la disparition du meilleur contrat en termes de régulation de l'offre de soins, d'après les prescriptions de l'analyse économique[111].

[294] En tout état de cause, une saisine de l'autorité de la concurrence, en application de l'article L 462-1 du code de commerce, permettrait, au regard notamment des autres marchés de l'assurance, d'éclairer les enjeux en ce domaine.

Recommandation n°8 : Faire examiner par l'autorité de la concurrence, au titre de ses fonctions consultatives, la situation concurrentielle sur le marché des complémentaires santé

3.1.4.2. Une concurrence accrue permettra-t-elle une implication plus grande dans la régulation de l'offre de soins et le service à l'assuré ?

➢ ***Assurance maladie complémentaire et maîtrise des dépenses : une relation ambiguë***

[106] Jérôme Wittwer, « Les déterminants de la demande d'assurance complémentaire santé en France : les enseignements de trois études sur données d'enquête », *mimeo*, décembre 2008 (pièce jointe n°3).
[107] Renaud Legal, « L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en », Revue économique, 2009/2, volume 60.
[108] Jérôme Wittwer, « La sensibilité de la demande d'assurance maladie au prix : enseignements des expériences américaine, suisse et néerlandaise », *mimeo*, février 2009 (pièce jointe n°4).
[109] Marie Wierink, 2008, *op. cit.*.
[110] Didier Bazzochi, « Les évolutions de l'assurance santé : financements, comportements et réponses des organismes d'assurances de personnes », *Risques*, n°62, juin 2005, p. 97.
[111] Pierre-Yves Geoffard, « La régulation des dépenses de santé : comment faire ? », *in* Askenazy et Cohen, *27 questions d'économie contemporaine*, Albin Michel, 2008.

[295] Les processus de décision qui conduisent à la dépense de soins sont complexes. La dépense de soins ne correspond ainsi pas uniquement à une logique de « besoins de santé », qui garantirait un partage des risques efficient *ex ante* entre les individus et les organismes collectifs[112].

[296] L'assurance maladie ne pouvant évaluer systématiquement tout ce qui relève des besoins de santé dans l'ensemble des soins consommés, elle rembourse donc, au moins partiellement, le coût des soins engagés. Son intervention vient donc diminuer le prix payé par l'assuré, cette distorsion du prix entraînant une inefficience *ex post*[113] : mieux couvert, l'assuré augmente sa consommation de soins. Il est ici fait l'hypothèse que les individus les mieux assurés non seulement se protègent moins mais sont aussi de plus gros consommateurs.

[297] Le reste à charge est censé enclencher l'effet vertueux de la modération, mais on sait que cet effet est partiellement annulé par l'accès à une couverture complémentaire, surtout si celle-ci est généreuse et couvre au-delà du ticket modérateur (c'est-à-dire prend en charge les dépassements d'honoraires).

[298] En raison de la base de mutualisation large sur laquelle ils reposent, les contrats collectifs sont susceptibles de proposer des garanties élevées à un coût soutenable pour l'entreprise et les salariés. En conséquence, la protection complémentaire entretient une demande, élevée en niveau et exigeante en qualité, qui peut contrarier les efforts de régulation entrepris au niveau de la Sécurité sociale de base. Si l'accès à une couverture haute s'inscrit dans le cadre d'un contrat obligatoire éligible aux exonérations de cotisations sociales, les effets peuvent être particulièrement pervers[114], cette aide contribuant indirectement au financement d'une couverture complémentaire aux effets inflationnistes sur les dépenses de l'AMO, la prise en charge des dépassements d'honoraires en étant la meilleure illustration.

[299] L'effet inflationniste de la souscription d'un contrat complémentaire sur la consommation de soins, notamment de soins ambulatoires, dépasserait ainsi 20%[115]. L'effet est faible et non significatif sur les dépenses d'hospitalisation[116]. L'existence d'aléa moral avec une croissance de la consommation de soins ambulatoires peut aussi signifier un desserrement d'une contrainte de revenu. Mais ces études économiques ne peuvent par ailleurs intégrer les externalités positives sur l'ensemble du système d'une consommation de soins anticipée à un stade amont d'une pathologie si elle se traduit par une moindre hospitalisation.

- ***Régulation de l'offre de soins par les OC : une nécessité positive sous conditions***

[300] A moyen terme, une concurrence importante entre assureurs peut déboucher sur une meilleure régulation de l'offre de soins mais, à court terme, il ne faut guère en attendre d'effets car la mobilisation des OC se fera prioritairement sur le marketing, voire les services aux assurés (tiers payant, délais de remboursement). Il est donc possible que, dans un premier temps, il y ait une baisse des actions de prévention, de régulation de l'offre de soins et de la gestion des risques, autant d'actions qui font augmenter les coûts de gestion.

---

[112] P.-Y. Geoffard (2006), *La lancinante réforme de l'assurance maladie*, Cepremap, Presse d'Ulm

[113] D. Bardey, A. Couffinhal et M. Grignon, « Efficacité et risque moral *ex post* en assurance maladie », *Revue française d'Economie*, vol. XVIII, n° 2, 2003, p. 165-197

[114] Etienne Caniard, « Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection sociale complémentaire », *Droit social*, mai 2003, p. 518

[115] Valérie Albouy et Bruno Crépon, « Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin », *document de travail*, DESE, G2007-12, INSEE, décembre 2007

[116] Une étude récente sur données américaines confirme ce résultat d'absence d'effet sur l'hospitalisation : Valentino Dardadoni, Paolo Li Donni, *The Effect of Supplemental Insurance on Health Care Demand with Multiple Information : a Latent Class Analysis*, HEDG working paper, University of York, march 2009.

[301] Comme le signale Pierre-Yves Geoffard[117], dans un cadre concurrentiel, les assureurs peuvent adopter trois stratégies :

[302] * se protéger de la concurrence, notamment en différenciant largement les contrats et les garanties, pour rendre plus difficile le changement d'assureur ;

[303] * gérer son portefeuille de risques, pour améliorer sa situation, i.e. sélectionner les risques pour n'assurer que les biens portants (attirer les jeunes et dissuader les plus âgés) ;

[304] * rechercher l'efficience de l'activité d'assurance en essayant d'améliorer la qualité des soins et d'en diminuer les coûts.

[305] **La mise en concurrence des assureurs ne peut produire de bénéfice social que si ceux-ci s'engagent effectivement dans des stratégies de gestion du risque, à travers des actions sur la demande et l'offre de soins**[118]. Aux Pays-Bas, deux ans après la réforme, les assureurs ont encore un faible usage de leur pouvoir de négociation vis-à-vis des offreurs de soins. Plus que sur la régulation de l'offre de soins, l'action des assureurs s'est focalisée sur la gestion administrative de l'assurance santé et sur la qualité du service aux assurés[119].

[306] Dans le passé, dans les pays de l'OCDE, les assureurs privés ont peu fait pour réguler l'offre de soins, car ce sont des mesures coûteuses, qui confrontent les assureurs à l'hostilité des professionnels de santé voire à celle des assurés. Mais, y compris dans ceux où une telle régulation de l'offre de soins a été mise en œuvre par les assureurs privés, notamment aux Etats-Unis, son impact sur la dynamique des dépenses de santé est jugé mitigé[120].

[307] On mesure ainsi la nécessité d'une concurrence effective entre les assureurs telle que ce soit le principal moyen pour eux de gagner de l'argent. Si les OC peuvent augmenter les primes ou sélectionner les risques, ils ne seront pas contraintes de faire des gains de productivité ni de gagner en efficience. A cet égard, il faut donc parallèlement mettre en place un dispositif de compensation des risques pour écarter la tentation de sélectionner les meilleurs risques, à la fois pour des raisons éthiques mais aussi pour contraindre les OC à rechercher l'efficience dans une meilleure gestion.

[308] Par ailleurs, il faut aussi que les OC soient moins nombreux pour faire jouer l'effet taille contre les offreurs de soins (cf. *supra* la question de la démographie médicale). Cet élément contribue paradoxalement à réduire la concurrence entre les assureurs, il doit donc être contrôlé attentivement. En outre, les OC ne doivent pas se retrouver en situation de monopsone, i.e. de demandeur unique vis-à-vis des offreurs de soins, par exemple sur un territoire donné, au risque de devoir abandonner le conventionnement sélectif.

---

[117] Pierre-Yves Geoffard, « Les assurances santé : quelle concurrence ? », *Concurrence & consommation*, n°158, avril 2008.
[118] Pierre-Yves Geoffard, « La réforme de l'assurance maladie confrontée à la théorie économique de la santé », *Sève*, automne 2004.
[119] Marie Wierink, 2008, *op. cit.*.
[120] Francesca Colombo, 2007, *op. cit.*

[309] Il n'est pas certain que les contrats collectifs soient un vecteur principal de gain dans le domaine de la régulation de l'offre de soins (*a contrario* de la prévention), car la relation est triangulaire (assuré–assureur–entreprise) et donc toute contrainte sur le comportement de l'assuré peut être vue comme une immixtion de l'employeur dans la vie privée du salarié. Cela explique peut-être que les institutions de prévoyance soient moins présentes sur ce champ. Les contrats collectifs sont encore ceux où il y a le plus de garanties « pousse au crime » et les appels d'offres des grandes entreprises ne sont pas toujours responsables sur ce plan[121]. Dans ce contexte, il importe donc que les garanties les plus inflationnistes (et pas nécessairement les plus utiles) soient plus rigoureusement encadrées. Dans le contexte de l'attente de l'adoption d'un secteur dit optionnel, ce sont les dépassements d'honoraires qui doivent prioritairement être encadrés

Recommandation n°9 : Etudier un renforcement des contrats responsables sur le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires

3.2. Des avancées en matière d'information et de communication sont possibles et souhaitables

[310] Sur le champ assigné par la lettre de mission, des réformes sont susceptibles d'améliorer rapidement l'information des assurés et la transparence du marché.

3.2.1. Présentation des garanties

[311] La complexité de la présentation des garanties constitue un des problèmes principaux soulevés par les consommateurs quant à la bonne compréhension de leur complémentaire santé. Ce grief n'est pas neuf : il alimente du côté des assurés certaines inquiétudes (que les enquêtes tendent cependant à relativiser) ; il est considéré comme fondé mais assez inévitable par les assureurs, qui ont cependant fait des efforts ces dernières années sur ce point : à côté des notices récapitulatives, opposables en droit, mutuelles, IP et assureurs ont généralement développé d'autres supports, plus pédagogiques et lisibles. Dans le cadre des contrats collectifs en particulier, les services des ressources humaines et les institutions représentatives du personnel veillent aujourd'hui plus que par le passé à cette simplification de la présentation des garanties.

[312] Quoi qu'il en soit, il est bien évident pour tous que les garanties sont globalement complexes dans leur lecture, et que cette complexité, assez inévitable au regard des règles applicables en matière de remboursement par l'AMO et de la liberté laissée aux OC en matière d'offre de garanties, est l'un des freins majeurs à la comparaison des différentes offres. Au regard des expériences étrangères, trois types d'évolution sont envisageables.

3.2.1.1. Construire avec les acteurs des règles de bonne pratique

[313] Ces règles de bonne pratique pourraient être définies soit par les professionnels dans le cadre d'un engagement collectif à assurer une lisibilité accrue des contrats (sous forme de charte de bonnes pratiques), soit par une autorité extérieure, en partenariat avec les assureurs et les assurés.

[314] Ces problématiques ne sont pas propres à la France et des solutions diverses existent (cf. IIème partie) :

[315] Dans le modèle hollandais, une autorité de santé veille à 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 ;

[121] Arnould et Rattier, 2008, op. cit.

- Au Royaume-Uni, un organisme de réglementation volontaire de la profession produit des codes de bonnes pratiques et des standards opposables aux sociétés qui en sont membres ;

- En Australie, les assureurs privés ont adopté un code de conduite pour s'assurer entre autres que les assurés disposent d'une information correcte et fiable sur l'assurance.

[316] Il apparaît qu'au regard de la concurrence propre au cadre français – et au caractère parfois conflictuel des relations entre les trois familles – une intervention extérieure serait nécessaire. Au vu aussi de la place de l'Etat dans ces domaines, c'est un cadre tripartite assurés-assureurs-Etat qui doit être privilégié.

[317] Le Conseil national de la consommation (CNC), qui a déjà travaillé sur ces sujets et posé toutes les bases d'un consensus en 1998, pourrait à nouveau examiner cette question, une certaine « médiatisation » de son intervention étant requise pour que les engagements ne tombent pas en désuétude comme par le passé.

[318] Dans son avis et son rapport du 20 octobre 1998 sur l'information du consommateur dans le secteur des assurances complémentaires maladie, le CNC avait en effet constaté « combien la terminologie et le contenu des garanties complémentaires santé étaient déterminés par ceux des régimes obligatoires. Les difficultés liées à la compréhension des mécanismes de ces régimes se répercutent sur les garanties facultatives souscrites pour les compléter. Ainsi l'information des consommateurs sur les prestations qui leur sont offertes à titre complémentaire passe en premier lieu par la compréhension des régimes dont ils bénéficient à titre obligatoire. Elle suppose également une connaissance plus exacte du rapport entre l'offre de prestation, son coût et le montant du remboursement ».

[319] Pour une meilleure lisibilité des offres, le CNC avait élaboré un glossaire des termes et concepts fondamentaux ainsi qu'une grille récapitulant les points essentiels permettant d'effectuer les comparaisons conduisant à son choix. Il recommandait une large diffusion de ces documents et que les fédérations professionnelles s'engagent à les utiliser, « dans une démarche volontaire de qualité en matière d'information ».

[320] L'esprit qui a présidé à ces travaux est à préserver. Dix ans après ce travail, il est cependant nécessaire de le reproduire.

Recommandation n°10 : Missionner le CNC pour travailler à un code de bonne conduite pour la présentation des garanties

3.2.1.2. Des contrats repère/labellisés permettant de toujours s'y retrouver

[321] Une frange importante de la population n'est pas en capacité de lire et de comprendre correctement l'ensemble des garanties proposées par les différents contrats. Il n'existe guère que des travaux ponctuels (numéros de « 60 millions de consommateurs » ou de « Que choisir ») ou des courtiers professionnels qui permettent réellement de se repérer dans les offres disponibles.

[322] Pour faciliter les choix, a été évoquée l'idée de définir des contrats « repère », qui seraient soit « labellisés » par une autorité publique parmi les différentes offres disponibles, soit plus directement construits à partir d'un cahier des charges définissant les besoins de base pour les personnes intéressés.

[323] Cette idée pourrait notamment être mobilisée pour le public de l'ACS dont les études menées par le Fonds CMU montrent que, dans des proportions importantes, il renonce à mobiliser l'aide faute de compréhension des offres proposées. Des expérimentations sont en cours en ce sens :

- Dans le cadre de l'appel à projets « Pour de nouvelles expérimentations sociales », lancé par le haut-commissariat aux Solidarités actives à l'automne 2007, deux des 37 projets retenus ont trait à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé. Une action concerne les actions d'information et d'explication menées par les services de la Sécurité sociale sur la CMU-C et l'ACS ; une autre vise à mieux identifier les motifs de non recours à l'ACS (coût administratif d'obtention, coût du reste à charge, qualité de la complémentaire) ;

- La Cram de Bourgogne et Franche-Comté a tenté une opération de référencement des offreurs de protection complémentaire santé proposant des garanties prédéfinies, afin d'informer les assurés de celles-ci dans le cadre d'un accompagnement social de proximité. Un cahier des charges a été adressé aux complémentaires à cette fin. La mesure doit permettre de recentrer le choix du consommateur bénéficiaire de l'ACS sur les garanties utiles et de favoriser la comparaison des prix sur un nombre plus limité d'offres, l'assuré demandant un devis (par lettre type) sur la base de ces garanties pré-définies.

[324] Cette dernière expérimentation doit être encouragée et ses enseignements pourront conduire, le cas échéant, à une généralisation, même si des motifs de prudence demeurent : elle peut avoir des effets de stigmatisation sur la population concernée et aura des effets contradictoires sur le développement de l'offre (concurrence accrue sur les offres « sur-complémentaires »)

Recommandation n°11 : Expérimenter des contrats repère pour les personnes éprouvant des difficultés de compréhension des garanties

3.2.1.3. Des contrats type avec panier de soins normé

[325] Un niveau supérieur d'intervention consisterait à définir des contrats-type avec un panier des soins défini par l'autorité publique et qui devraient obligatoirement être proposés par les assureurs complémentaires.

[326] Les associations de consommateurs sont traditionnellement favorables à ce type de mesure, seule apte à i) briser l'asymétrie d'information entre assureur et assuré, ii) favoriser la définition de garanties respectant des exigences prédéfinies en matière d'efficience des dépenses remboursées, et iii) restreindre les motifs de choix des assurés à la variation des tarifs – seul sujet sur lequel, fondamentalement, le consommateur peut être jugé raisonnablement éclairé.

[327] Cette solution paraît cependant difficile à mettre en place pour trois motifs :

- Un panier des soins normé conduit inévitablement à justifier la non prise en charge par l'AMO des dépenses ainsi visées, a fortiori si ce panier est construit à l'appui de considérations de santé publique. Comme indiqué supra, les inégalités d'accès à l'AMC tendent plutôt à justifier une prise en charge par l'AMO des soins indispensables ;
- Dans aucun des pays étudiés par la mission, n'existe ce type de mesure. Les expériences étrangères de panier normé n'existent que dans les cas où les systèmes de santé reposent sur une concurrence entre acteurs privés pour la fourniture de la couverture de base ;
- Une telle mesure serait très probablement contraire à la législation communautaire, étant rappelé que la Commission européenne a, le 28 juillet 2008, déjà saisi la France d'un questionnaire sur les contrats responsables.

[328] Sous réserve du respect du droit communautaire, des expérimentations ciblées pourraient cependant être menées auprès d'une population ciblée de seniors couverts à titre individuel.

3.2.2. Information de l'assuré pendant le contrat

[329] Les pouvoirs publics doivent communiquer davantage sur les contrats d'assurance-maladie complémentaire. Néanmoins, il ne s'agit pas de mettre en œuvre une stratégie systématique de communication, d'autant qu'aucun pays de l'OCDE n'a adopté une telle approche. Toutefois, puisque le consommateur a une responsabilité particulière dans l'évolution des pratiques des acteurs, la communication est un moyen d'influencer les comportements des assurés. A cet égard, à l'inverse de ce qui a été mis en place en Irlande, il n'apparaît pas opportun à ce stade d'engager une campagne de communication grand public pour inciter les consommateurs à changer d'organisme ; et encore moins de questionner de la même façon le recours à une complémentaire santé, comme cela peut être fait par les pouvoirs publics japonais.

3.2.2.1. Information sur les modalités contractuelles (souscription et résiliation)

[330] Le cadre juridique actuel apparaît satisfaisant ; il n'est cependant pas nécessairement bien connu.

[331] Depuis la loi Chatel du 28 janvier 2005, la procédure de résiliation des contrats tacitement reconductibles, comme le sont les contrats d'assurance complémentaire santé[122], est facilitée. Tout assureur doit désormais rappeler la date limite de résiliation du contrat lors de l'envoi de l'avis d'échéance à ses assurés. Si ces dispositions ne sont pas respectées, l'assuré peut mettre un terme au contrat sans pénalité. La loi Chatel permet ainsi d'éviter la tacite reconduction d'un contrat sans informer préalablement l'adhérent des éventuelles augmentations tarifaires.

[332] Si les démarches administratives ont été simplifiées[123], les assurés apparaissent peu informés et désireux de disposer de plus d'information et d'accompagnement dans leurs démarches.

[333] Si l'on se réfère à la Suisse, où l'information semble accessible, compréhensible et directement utile aux usagers concernant leur faculté de changer d'assureur, cette facilité d'accès à une information de qualité ne semble pas avoir d'effet direct et positif sur la mobilité des assurés, qui reste faible (cf. *supra*).

[334] La réalisation d'une brochure présentant ces droits pourrait être confiée aux opérateurs du système (mutuelles, IP, assureurs) en partenariat avec les associations de consommateurs. Le cas échéant, elle pourrait également être diffusée par l'assurance maladie ou l'INPES si elle est articulée avec une information plus générale sur le système de santé et les restes à charge (cf recommandation n°20).

Recommandation n°12 : Diffuser une brochure d'information claire et pédagogique à destination des assurés quant au rôle et fonctionnement de l'assurance-maladie complémentaire, précisant notamment les modalités de souscription et de résiliation d'un contrat complémentaire santé

[335] Le consommateur est perdu face à la masse d'informations disponibles. Or, il est nécessaire d'avoir une information de qualité.

[122] La loi Chatel ne s'applique pas à tous les contrats d'assurance santé, comme les contrats collectifs à adhésion facultative.

[123] L'article L113.12 du Code des assurances permet à l'assuré de résilier son contrat d'assurance santé à l'expiration d'un délai d'un an en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance.

[336] Des sites internet de comparateurs de contrats se développent dans le domaine de l'assurance santé comme dans d'autres domaines. Il est indéniable qu'internet constitue à cet égard un réel vecteur d'amélioration de l'information disponible aux consommateurs. Mais, et c'est peut-être plus net en santé, ce n'est pas toujours une information fiable : les offres classées en premier sont parfois celles qui ont payé le plus ; le périmètre du portefeuille des contrats est souvent limité aux organismes avec lesquels la société de courtage est en affaire. Il n'y a pas en France de sites aussi incontournables et qui soient aussi fiables que ceux qui existent en Suisse (www.primes.admin.ch de l'Office fédéral de la santé publique) ou aux Pays-Bas, qui tout en étant privés, sont indépendants des différents organismes d'assurance.

[337] Dès lors, une offre publique pourrait être proposée.

Recommandation n°13 : Mettre en place un site public comparateur des prix et garanties, notamment si l'option des contrats repères est retenue

3.2.2.2. Information sur les dépenses engagées et l'offre de services obtenus par les assurés

[338] La responsabilisation des assurés sur les coûts des dépenses de santé est essentielle pour garantir la soutenabilité du système de soins.

[339] 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.

[340] Imposé par la réforme de l'assurance maladie de 2004, le Relevé annuel de prestations de santé (RAPS) répond à la mission générale d'information aux assurés, plus particulièrement concernant le montant annuel de leurs dépenses remboursées. L'intérêt d'un tel relevé est de responsabiliser les assurés, non de les culpabiliser – même si, il faut le reconnaître, il peut être perçu par certains assurés. Les assurés de la MSA - qui a, tout comme le RSI, déjà expérimenté le dispositif - ont massivement trouvé ces informations non seulement intéressantes, mais nécessaires[124]. Suite à une décision de la CNIL du 10 mars 2009, le relevé annuel de prestations doit être mis en place également par le régime général[125].

Recommandation n°14 : Etendre à tous les régimes le relevé annuel de prestation de santé en veillant à indiquer le coût total des frais engagés et non seulement remboursés

[341] Mais cela ne doit pas nécessairement être mis en œuvre que pour le régime obligatoire. La mesure doit être étendue aux complémentaires, ce qui paraît d'autant plus aisé que certains OC axent d'ores et déjà leur communication dans cette direction (prime remboursée en cas de faible consommation (« franchise cautionnée ») ou d'actions de prévention). Le risque que présente cette mesure est naturellement d'inciter à la « désaffiliation » ; il paraît néanmoins second au regard de l'objectif de transparence – et peut être partiellement levé par une vraie pédagogie sur la nature originale des dépenses de santé dans le cycle de vie et leur nécessaire mutualisation (cf autres recommandations n°12 et 20 sur l'information).

Recommandation n°15 : Demander aux organismes complémentaires d'incorporer un relevé annuel de prestations de santé dans le courrier annuel d'avis d'échéance du contrat

[124] Cf. Dr. Benoît Cochet, « Retour d'expérience de la MSA lors de l'atelier de la consommation du 13 décembre 2006 », DGCCRF, in *Concurrence & consommation*, n°153, juin 2007.
[125] Décision du 26 mars 2009

3.2.2.3. Information sur l'évolution des tarifs

[342] La dérive des dépenses de santé serait en partie due aux contrats complémentaires, auxquels on reproche l'opacité des règles d'augmentation des cotisations. En effet, les augmentations englobent le plus souvent uniformément la prime pure, correspondant aux prestations versées, et les chargements de gestion et de commercialisation.

[343] En clarifiant le processus d'augmentation, on augmenterait la transparence des primes, ce qui permettrait d'encourager la concurrence entre opérateurs. Les exemples de l'assurance automobile et multi-risques habitation proposent ainsi des modalités qui pourraient être appliquées à l'assurance santé.

[344] Si les assureurs sont autorisés à faire la publicité de leurs produits par tous les moyens disponibles, ils sont également tenus de respecter les règles qui gouvernent les formes et le contenu de telles publicités.

[345] Si la question du chiffrage des frais de gestion n'est pas l'objet de notre réflexion, il est nécessaire de préciser qu'il s'agit d'une information nécessaire pour que le consommateur soit en mesure de faire un choix éclairé, y compris en fonction des frais de gestion des contrats qui lui sont proposé, comme cela est d'ailleurs la règle pour d'autres contrats d'assurance (assurance-vie notamment). On notera ainsi que la loi du 3 janvier 2008 pour le développement de la concurrence au service des consommateurs a prévu que les clients des grandes banques françaises reçoivent désormais un récapitulatif annuel des frais liés à la gestion de leur compte de dépôt (moyens de paiement, incidents de fonctionnement,…).

Recommandation n°16 : Préciser la réglementation concernant le contenu des publicités en assurance santé, notamment en mentionnant en caractères très apparents dans la police les frais de gestion et de commercialisation

[346] Actuellement, la possibilité de résiliation suite à une augmentation abusive de prime ne peut être invoquée que si elle est prévue, indiquée noir sur blanc dans les conditions générales du contrat. En effet, certains contrats santé mentionnent le pourcentage d'augmentation à partir duquel vous pouvez demander à résilier votre contrat. La résiliation n'est par contre pas possible si l'augmentation du montant de la cotisation est inférieure ou égale à l'augmentation prévue de façon contractuelle. Le Code des assurances reste muet sur ce cas de résiliation.

[347] Au-delà de l'information individuelle des assurés, le déficit de connaissance publique en matière d'évolution des primes constitue une source de difficulté, d'autant plus que les informations transmises par l'Insee en matière d'indice des prix des contrats ne répondent pas aux attentes des pouvoirs publics, pour des raisons endogènes[126].

[348] La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré un dispositif de suivi des évolutions tarifaires des contrats, piloté par la Drees à partir des données transmises par l'Acam et le Fonds CMU qui devrait pallier cette insuffisance.

3.2.3. Dispositif public en matière d'information et de transparence

[349] Sur le plan institutionnel, il apparaît préférable de poursuivre à ce stade dans la perspective ouverte par la loi du 13 août 2004 avec la création de l'Unocam. Sans s'inscrire dans une approche d'auto-régulation du secteur, cela signifie que, en l'état actuel des missions assurées par les complémentaires, ne doit pas être retenu le schéma d'une autorité spécifique chargée de la régulation du secteur de l'assurance santé.

[126] Christophe Barret, Jacky Bonotaux et François Magnien, « La mesure des prix dans les domaines de la santé et de l'action sociale : quelques problèmes méthodologiques », *Economie et statistique*, n°361, 2003.

[350] Une telle perspective ne signifie pas cependant qu'une autre stratégie ne puisse être adoptée dans quelques années si les progrès devaient être insuffisants. De même, une forte progression de la concentration devrait inciter les pouvoirs publics à revoir cette position. Il faudrait alors envisager un changement d'échelle dans le contrôle du secteur qui pourrait passer par la création d'une autorité spécifique.

3.2.3.1. Encourager les acteurs intéressés et le monde associatif à développer la transparence

➢ ***Faire relativement confiance aux organismes complémentaires pour évoluer***

[351] Pour partie, l'amélioration de la transparence de l'information et le renforcement de la concurrence viendront de changements dans les pratiques des acteurs eux-mêmes. Les organismes complémentaires ont un rôle particulier à jouer et plusieurs acteurs dans toutes les familles sont déjà dans un état d'esprit favorable.

[352] En outre, le droit communautaire, et notamment les directives assurance, tendent à laisser une grande marge de manœuvres aux acteurs, dès lors que l'on n'est pas dans le champ de l'AMO. En effet, les services de la Commission européenne sont très scrupuleux quant aux restrictions faites aux initiatives des OC.

[353] Enfin, le dynamisme et l'innovation que l'on attend des acteurs sont autant d'attitudes qui ne se décrètent pas mais qui reposent plutôt sur un équilibre entre responsabilité et autonomie. Il serait paradoxal de vouloir piloter très étroitement des évolutions fortes sur ce plan.

[354] La structuration du secteur, avec ses trois familles et sa multitude d'acteurs, peut de plus constituer une contrainte naturelle, les valeurs étant par ailleurs assez différentes entre ces familles. Les risques d'entente sont probablement moindres que dans d'autres secteurs. La concentration est également plus faible que dans d'autres pays européens comme les Pays-Bas ou l'Irlande.

➢ ***Renforcer le mouvement consumériste en lui demandant en contrepartie de s'investir sur le sujet des complémentaires santé***

[355] Une telle approche n'est pas sans risque d'immobilisme néanmoins, et pour les minimiser il est essentiel de s'appuyer sur le mouvement consumériste, la pression de la demande constituant l'aiguillon principal en cette matière[127]. Au-delà du mouvement consumériste proprement dit, il faut aussi favoriser les interventions des associations de patients, qui constituent à l'étranger souvent un ressort puissant de moralisation des pratiques des OC.

[356] Or, le rapport Laurent[128] vient de rappeler récemment les faiblesses du mouvement consumériste français, notamment sa dispersion. Le dispositif national autour du CNC et de l'INC est jugé pertinent mais doit être revitalisé. En général, les associations de consommateurs françaises saisissent moins les autorités de contrôle de la concurrence que leurs homologues anglo-saxonnes[129]. Les comparatifs de contrats rédigés par la presse consumériste sont de qualité et apportent des informations intéressantes, mais ils ne traitent le plus souvent qu'un petit éventail de contrats en couverture individuelle, laissant notamment de côté le plus souvent les offres des mutuelles.

---

[127] *Concurrence & consommation*, n°162, *op. cit.*

[128] Dominique Laurent, *Mission relative au mouvement consumériste en France*, Secrétariat d'Etat à l'industrie et à la consommation, La documentation française, mai 2009.

[129] D'après les données citées par Loraine Donnedieu de Vabres-Tranié, in *Concurrence & consommation*, n°162, *op. cit.*

Recommandation n°17 : Renforcer le CNC à partir des préconisations du rapport Laurent et créer un groupe de travail (permanent ou temporaire) en son sein sur l'information des consommateurs sur les contrats des complémentaires santé

[357] Les associations de patients sont constituées en un collectif de coordination qui jouit de moyens non négligeables, mais leurs actions privilégient les problématiques relatives aux droits des malades à celles de l'assuré consommateur de contrat. Elles n'en constituent pas moins le volet le plus dynamique du mouvement associatif sur les sujets connexes à l'AMC sur la dernière période[130]. Ces associations doivent jouer un plus grand rôle, à l'image de ce qui existe en Allemagne ou aux Pays-Bas Il est également possible de s'inspirer de ce qui a été fait par les associations françaises en faveur de l'accès des personnes atteintes de maladies graves à l'emprunt.

Recommandation n°18 : Demander au collectif inter-associatif sur la santé (CISS) d'investir le sujet de l'information sur les contrats et de la concurrence entre organismes complémentaires

3.2.3.2. Préciser les missions des établissements et autorités publiques indépendantes

[358] L'absence d'une autorité de contrôle spécifique à l'assurance santé privée ne paraît pas dans le contexte actuel de nature à représenter un handicap majeur pour l'amélioration de la transparence de l'information. Les missions assurées par de telles autorités à l'étranger vont bien au-delà de la seule régulation du marché de l'assurance santé mais touchent aussi à la régulation de l'offre de soins, ou alors font écho au rôle de régulation de l'assurance de base, quand l'assurance privée intervient dans l'AMO notamment.

[359] En France, des institutions interviennent déjà partiellement sur le secteur des organismes complémentaires. La piste retenue renvoie plutôt à un renforcement de leurs rôles respectifs avec un questionnement sur l'harmonisation de leurs actions de régulation.

- ***Autorités publiques indépendantes***

[360] Dans de nombreux pays de l'OCDE, le contrôle du secteur de l'assurance est confié à une autorité générale, très attachée le plus souvent à la surveillance financière des organismes d'assurance, supervisant leurs ratios de solvabilité. En France, ce rôle est dévolu à l'ACAM. L'analyse de l'activité de cette institution révèle un net engagement de sa part du côté des approches financières plus que sur la régulation concurrentielle. Qui plus est le secteur de la santé n'apparaît pas comme une priorité[131]. Néanmoins, sauf à révolutionner l'architecture institutionnelle, ce qui n'est pas notre perspective, l'ACAM demeure incontournable pour les missions qu'elle assure.

[361] Cette action de régulation de la concurrence dans ce secteur pourrait faire l'objet d'une analyse spécifique de l'autorité de la concurrence, dans ses missions consultatives d'avis, au-delà du contrôle classique des ententes et des concentrations (cf. recommandation n°8). Cela permettrait d'introduire une supervision « macro-concurrentielle » à côté de la supervision « micro-prudentielle » opérée par l'ACAM.

[130] cf. travaux du CISS sur les dépassements d'honoraires.

[131] Les soins de santé ne comptent que pour 5% des cotisations des sociétés régies par le code des assurances dans le domaine de l'assurance des personnes (FFSA, *L'assurance française en 2007*, 2008), tandis qu'ils ne concernent que 18% du contentieux porté devant l'Acam en 2008.

[362] Enfin, parmi les institutions existantes, la Haute autorité de santé (HAS) s'est déjà penchée sur les problématiques de l'information des patients sur internet notamment, ainsi que sur l'analyse des restes à charge des patients. Elle est donc un partenaire légitime des réflexions et des actions dans ce domaine.

➢ ***Fonds CMU***

[363] Le Fonds de financement de la CMU complémentaire n'est pas au départ une instance de contrôle du secteur, mais par son activité de collecte de la taxe finançant la CMU-C reposant sur les organismes complémentaires, il est conduit à recueillir de nombreuses données et à assurer une analyse régulière du secteur des organismes complémentaires, notamment sur les tarifs (primes) et sur les garanties.

[364] Attentive aux difficultés des populations fragiles tant en termes d'accès aux soins qu'en termes d'accès à la complémentaire santé via le suivi annuel de l'ACS, cette institution s'avère jusqu'à aujourd'hui la plus proche des problématiques de transparence de l'information, de l'aide au choix et plus largement de l'analyse économique du secteur.

[365] Dans la perspective de la mise en place de contrats repères ou de l'expérimentation de contrats types, le fonds CMU a un rôle à jouer (cf. recommandation n°13).

Recommandation n°19 : Expertiser, avec le Fonds CMU et la DREES, la localisation pertinente d'un site internet comparateur public en cas de mise en œuvre des contrats repères

➢ ***Assurance maladie obligatoire***

[366] Au-delà de la régulation du secteur par les pouvoirs publics, une action importante doit être conduite pour améliorer l'information des assurés sur les risques en santé et sur les risques de reste à charge. Cette information est essentielle dans une perspective de responsabilisation des patients[132] mais plus largement pour faire jouer aux assurés un rôle de consommateurs rationnels d'assurance santé complémentaire. Sur ce point, par comparaison avec les pays de l'OCDE, d'importants progrès restent à faire.

[367] S'agissant de l'information sur la santé, c'est le rôle de INPES, qui fournit une information générale sur les comportements et les risques à côté de ses campagnes de sensibilisation bien connues (tabac, alcool, obésité, drogues…), même si les médecins et les sites internet demeurent les vecteurs dominants d'information sur ce thème.

[368] Concernant les frais engagés, l'AMO est légitime à constituer un pôle d'information du grand public sur le fonctionnement du système de prise en charge des dépenses de santé. La plupart des dépenses des organismes complémentaires étant initiées par une procédure de remboursement de l'AMO et afin d'assurer une articulation plus efficace de l'AMO et de l'AMC, cette information pourrait aussi concerner, en partenariat avec les OC (cf recommandation n°12), les couvertures complémentaires.

[369] Enfin, concernant l'information sur les risques financiers n'est pas à délaisser, l'AMO a sur ce point une responsabilité. Les informations nombreuses et utiles qui sont désormais disponibles sur les tarifs des professionnels de santé sur www.ameli.fr pourraient être complétées d'information précises sur les restes à charge[133], y compris peut-être en reprenant les informations de la Drees sur les contrats modaux pour les restes à charge nets.

[132] Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût, qui doit être mieux connu par chacun.
[133] La Cnamts est la mieux placée pour exploiter de telles données.

Recommandation n°20 : Développer une information des Français sur les risques, et notamment sur les risques financiers de reste à charge

Perrine FREHAUT
Mission d'évaluation des politiques publiques

Tristan KLEIN
Centre d'analyse stratégique

Philippe LAFFON
Inspection générale des affaires sociales

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation
Pistes de réflexion concernant la structure de l'offre complémentaire en santé	
1	Etudier les modalités d'un lissage des revenus dans le dispositif ACS en introduisant un mécanisme dégressif jusqu'à un point de sortie
2	Etudier un renforcement de l'information sur le dispositif ACS notamment auprès des étudiants, des jeunes en insertion et des personnes changeant de statut
3	Etudier un développement de la négociation collective sur la prise en charge des frais de santé comme un des axes du développement du dialogue social territorial
4	Etudier l'opportunité de mise en place de péréquation des risques entre assureurs, au moins pour les contrats individuels
5	Etudier les modalités juridiques et financières de regroupements associatifs ou de consommateurs pour la négociation avec les assureurs de garanties collectives
6	Dans les études d'impact jointes aux projets de loi ayant pour objet les évolutions du système de santé, considérer les organismes complémentaires comme des personnes morales intéressées et évaluer l'impact des dispositions nouvelles sur leur organisation et leurs missions
7	Etudier un renforcement du volet prévention des contrats responsables et de l'implication des complémentaires dans les actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients
8	Faire examiner par l'autorité de la concurrence, au titre de ses fonctions consultatives, la situation concurrentielle sur le marché des complémentaires santé
9	Etudier un renforcement les contrats responsables sur le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires

Propositions concernant la transparence du marché et l'information des assurés	
10	Missionner le CNC pour travailler à un code de bonne conduite pour la présentation des garanties
11	Expérimenter des contrats repère pour les personnes éprouvant des difficultés de compréhension des garanties
12	Diffuser une brochure d'information claire et pédagogique à destination des assurés quant au rôle et fonctionnement de l'assurance-maladie complémentaire, précisant notamment les modalités de souscription et de résiliation d'un contrat complémentaire santé
13	Mettre en place un site public comparateur des prix et des garanties, notamment si l'option des contrats repères est retenue
14	Etendre à tous les régimes le relevé annuel de prestation de santé en veillant à indiquer le coût total des frais engagés et non seulement remboursés
15	Demander aux organismes complémentaires d'incorporer un relevé annuel de prestations de santé dans le courrier annuel d'avis d'échéance du contrat
16	Préciser la réglementation concernant le contenu des publicités en assurance santé, notamment en mentionnant en caractères très apparents dans la police les frais de gestion et de commercialisation
17	Renforcer le CNC à partir des préconisations du rapport Laurent et créer un groupe de travail (permanent ou temporaire) en son sein sur l'information des consommateurs sur les contrats des complémentaires santé
18	Demander au collectif inter-associatif sur la santé (CISS) d'investir le sujet de l'information sur les contrats et de la concurrence entre organismes complémentaires
19	Expertiser, avec le Fonds CMU et la DREES, la localisation pertinente d'un site internet comparateur public en cas de mise en œuvre des contrats repères
20	Développer une information des Français sur les risques, et notamment sur les risques financiers de reste à charge

Lettre de mission

Le Premier Ministre

003100

PARIS, le 03 OCT. 2008

Monsieur le Ministre,

La quasi-totalité de nos compatriotes sont couverts par une assurance santé complémentaire. Le choix d'une telle couverture peut être particulièrement complexe.

Il soulève tout d'abord la question de l'information mise à disposition pour les particuliers ou pour les entreprises et les partenaires sociaux, dans le cas des contrats collectifs.

Il nécessite ensuite une analyse du risque. Au-delà de la barrière financière, la décision de prendre ou de ne pas prendre une assurance complémentaire suppose d'analyser le risque de supporter des restes à charge, après intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, le choix entre les différents contrats proposés de complémentaire santé est lui-même complexe, et suppose notamment de pouvoir identifier la couverture adaptée à un profil de risque donné.

Dans ces conditions, je souhaiterais disposer d'une étude de comparaison internationale, qui analyse la façon dont ces choix sont réalisés en France et dans différents pays comparables au nôtre. Vous vous attacherez notamment à identifier dans ces pays les risques qui ne sont pas pris en charge par la solidarité nationale, l'information donnée aux usagers sur la nature et l'ampleur de ces risques, ainsi que les moyens qui leur sont donnés pour faciliter leur décision.

Pour la réalisation de ce travail, vous pourrez solliciter la collaboration de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, ainsi que celle des administrations compétentes sur ces questions. Vous vous rapprocherez également des organismes complémentaires représentés par la Fédération nationale de la Mutualité Française, le Centre technique des institutions de prévoyance et la Fédération française des sociétés d'assurance. Vous prendrez également l'attache des partenaires sociaux.

Vous effectuerez naturellement ce travail en lien étroit avec la ministre de la santé. Je souhaite que vous me remettiez un rapport avant la fin du premier trimestre 2009, après un bilan d'étape qui pourrait intervenir à la fin de l'année.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance mes sentiments les meilleurs.

Bien à toi

François FILLON

Monsieur Eric BESSON
Secrétaire d'Etat chargé de la Prospective,
de l'Evaluation des politiques publiques
et du Développement de l'économie numérique
35, rue Saint- Dominique
75007 PARIS

Liste des personnes rencontrées

Acteurs internationaux

- 3 février 2009, OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, division de la santé, Francesca Colombo (administratrice principale)

- 19 mars 2009, Commission européenne - DG Emploi, Ruth Paserman (chef du département Protection sociale)

- 19 mars 2009, Représentation française auprès des institutions européennes, Alexis ZAJDENWEBER (conseiller, concurrence et aides d'Etat)

- 20 mars 2009, Centre européen des assurances, Kai-Marjep Kosic (Responsable du département assurance des personnes), William Vidonja (Responsable du département marché unique et questions sociales), Isabelle Loup (conseillère, département assurance des personnes)

- 20 mars 2009, Commission européenne - DG Marché intérieur et services, Karel van Hulle (chef du département Assurance),

- 20 mars 2009, Représentation des institutions françaises de sécurité sociale auprès de l'Union européenne (REIF), Marie Jouffe (représentante permanente), Julia Wadoux (chargée de mission)

Administrations, autorités publiques et caisses de sécurité sociale

- 26 novembre 2008, Fonds CMU, Jean-François Chadelat (directeur)

- 26 novembre 2008, DSS (Direction de la Sécurité Sociale), Bureau 3C Régimes professionnels de retraite et institutions de protection sociale complémentaire, Benjamin Laurent (adjoint au chef de bureau), David Mannier

- 3 décembre 2008, HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie), Agnès Bocognano (secrétaire générale)

- 12 décembre 2008, DSS, Bureau 6B Economie de la santé, Romain Roussel (chef de bureau), Annie Perraud (adjointe)

- 18 décembre 2008, DGTPE (Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique) –Sous-direction Politiques Sociales et Emploi, Nicolas Carnot (sous-directeur), Eric Bretin (chef du bureau santé et comptes sociaux)

- 18 décembre 2008, DSS, Dominique Libault (directeur de la sécurité sociale)

- 7 janvier 2009, CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), Direction de la stratégie, des études et des statistiques, Dominique Polton (directrice)

- 28 janvier 2009, HAS (Haute Autorité de Santé), Lise Rochaix (membre du collège, présidente de la commission évaluation économique et de santé publique)

- 2 février 2009, DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), sous-direction Observation de la santé et de l'assurance maladie, Lucile Olier (sous-directrice), Denis Raynaud (chef du bureau Dépenses de santé et relations avec l'assurance maladie)

- 16 mars 2009, ACAM, Antoine Mantel (Secrétaire général), Pierre-Jean VOUETTE (Direction de la surveillance du marché, Directeur), Barbara SOUVERAIN-DEZ (chef du Département du droit du contrat et des relations avec les assurés)

- 23 mars 2009, CRAM de Bourgogne et de Franche-Comté, Christophe Madika (directeur)

Mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs

- 16 janvier 2009, FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), Daniel Lenoir (directeur général)

- 3 février 2009, Santéclair, Marianne Binst (directrice générale)

- 16 mars 2009, Mutuelle Bleue, Olivier RAIMBAULT (Directeur général), Eric CHARBONNIER (Directeur général adjoint), Catherine LOMBARD (Directrice des services économiques et financiers), Christine OUF (Directrice juridique et ressources humaines)

- 16 mars 2009, GEMA, Yannick Bonnet (responsable du service Vie et Finances, GEMA), Maud Schnunt (responsable juridique, GEMA), Olivier Milcamps (directeur marketing MAAF santé, responsable stratégie santé Covéa)

- 17 mars 2009, Malakoff-Médéric, Christian Strulovici (Directeur général adjoint, Président de QUATREM, filiale spécialisée dans les contrats collectifs), Philippe Drapier (Directeur technique groupe)

- 19 mars 2009, FFSA, Alain Rouché (Directeur santé FFSA), Gilles Johanet (Président comité maladie FFSA), Stéphane Lecocq (AXA, directeur technique santé)

- 24 mars 2009, Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM), Jacques Valès (Président), Jean-Pierre Brunet (1er Vice-président, SMISO), Sylvie Lamy (actuaire)

- 26 mars 2009, Pro-BTP, Stéphan Reuge (Directeur institutionnel et stratégique, Prévoyance et assurances), Philippe Albertini (Directeur de l'actuariat)

- 26 mars 2009, Mutualité fonction publique (MFP), Serge Brichet (Président de la Mgfi, Président du comité interne "stratégie offre"), Anne-Marie Cozien (directrice générale de la mutuelle UNEO), Christine Hélary-Olivier (Directeur de cabinet du Président Général MFP).

- 27 mars 2009, April-assurances, Patrick Petitjean (Président directeur général)

- 30 mars 2009, CTIP, Jean-Louis Faure (Délégué général), Evelyne Guillet (Directeur santé), Véronique Loret (responsable communication), Bertrand Boivin-Champeaux (directeur prévoyance)

- 3 avril, MFP services, Yves Marthos (Président général), François Toujas (Directeur général)

Professionnels et entreprises

- 13 janvier 2009, Cabinet d'avocats Fromont, Briens & associés, David Rigaud (avocat associé)

- 15 janvier 2009, Cabinet d'avocats Laurence Lautrette & Associés, Laurence Lautrette (avocate associée), Elise Bailly (avocate senior)

- 28 janvier 2009, UCANSS (Union des Caisses nationales de Sécurité Sociale), Sophie Meteyer (Directrice des Relations sociales institutionnelles), Alain Deluc

- 3 février 2009, cabinet Mercer France, Yanick Philippon (directeur général), Eric Demolli (directeur technique santé/prévoyance), Vivien Berbigier (analyste)

- 6 février 2009, cabinet Jalma, Mathias Matallah (Président)

- 12 février 2009, société d'actuariat conseil Optimind, Christophe Eberlé (Président – Directeur associé)

- 24 février 2009, Saint-Gobain, Dominique Azam (directeur des ressources humaines), Bernard Rochas

- 2 mars 2009, PSA Peugeot Citroën, DRH/DRPE, Direction Retraite Prévoyance Epargne salariale, Thierry Debeneix (directeur), Claire Gadonneix (adjointe)

- 4 mars 2009, Groupe Le Conservateur, Emmanuel Virsube (délégué départemental, Paris)

- 09 mars 2009, EADS, Frédéric Agenet (Directeur des Ressources Humaines France, Directeur des relations sociales groupe)

- 09 mars 2009, cabinet Amnyos, Carine Seiler (consultante en droit de la formation professionnelle, présidente de la Mutuelle des Etudiants 2001-2002)

- 11 mars 2009, Arkema, Jean-Michel Martin (Directeur systèmes de Rémunérations), Nicolas de Warren (Directeur des relations institutionnelles), Laurence Gille (Responsable du département systèmes de rémunération collectifs et Protection sociale)

- 23 mars 2009, Confédération nationale de la boulangerie-pâtisserie française, Philippe Maupu (secrétaire général), Jean-Louis Mack (directeur juridique), M. Giovanezzi (groupe Isica - AG2R prévoyance, directeur des accords collectifs santé)

- 25 mars 2009, groupe Accor, Gérald Ferrier (Directeur de la Politique Sociale du Groupe), Elise Segons (Juriste en droit Social, département Prévoyance et Epargne Salariale).

- 30 mars 2009, Colas SA, Michel Gentil (Directeur du Développement social et humain), Sébastien Auzard

- 31 mars 2009, ANDRH, Charlotte Duda (Présidente), Bernard Parmentier (Directeur relations sociales, groupe EDF Suez)

Experts, partenaires sociaux et mouvements de consommateurs et usagers

- 14 janvier 2009, IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), Chantal Cases (directrice), Marc Perronin (maître de recherches)

- 23 janvier 2009, économiste de la santé, Claude Le Pen (professeur à l'université Paris-Dauphine)

- 26 janvier 2009, économiste de la santé, Brigitte Dormont (professeur à l'université Paris-Dauphine)

- 2 février 2009, économistes de la santé, Monique Kerleau (chercheur CNRS - Centre d'économie de la Sorbonne) et Isabelle Hirtzlin (maître de conférences à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne)

- 6 février 2009, économiste de la santé, Pierre-Yves Geoffard (directeur de recherche, CNRS - Ecole d'économie de Paris)

- 19 mars 2009, Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), Jean-François Veysset (Vice-président chargé des affaires sociales)

- 2 avril, CISS, Christian Saout (Président), Marianick Lambert (vice-présidente), Marc Morel (directeur)

- 7 avril, Institut national de la consommation (INC), Jean-Michel Rothmann (responsable du service juridique et économique)

Annexe : Les restes à charge[134]

La principale raison de recourir à une couverture complémentaire avancée par les ménages consiste en la couverture du reste à charge (RAC) après remboursement par l'assurance maladie obligatoire[135].

Il apparaît dès lors nécessaire d'étudier ces restes à charge avant intervention des organismes d'assurance maladie complémentaire, appelés par la suite RAC bruts. En outre, l'existence de RAC élevés (21% des dépenses de santé en 2006 selon les comptes nationaux de la santé) est une justification récurrente des nombreuses interventions publiques destinées à favoriser l'accès à une telle couverture. Et cela d'autant plus que ces RAC bruts sont de plus en plus pris en charge par les organismes complémentaires (OC), à 60% en 2006 contre 56% en 1995.

La connaissance par les assurés de leur risque de reste à charge est très parcellaire, notamment parce que la connaissance des consommations de soins est elle-même très limitée comme le montrent les enquêtes d'opinions. Il faut reconnaître que les données disponibles sur les consommations de soins étaient peu diffusées jusqu'à une période récente, celles sur les restes à charge étant encore plus rares. Néanmoins, les travaux du HCAAM ont contribué à mettre en évidence certains éléments factuels au-delà de ce qui ressortait des données agrégées des comptes nationaux élaborées par la Drees.

Les données de l'EPAS (Echantillon permanent d'assurés sociaux) de la Cnamts permettent d'avoir une vision plus précise des consommations de soins, des remboursements de l'AMO et des tickets modérateurs, donc des restes à charges bruts[136], avant intervention de l'AMC. A noter cependant qu'il faudra attendre la mise en œuvre de l'institut des données de santé (IDS) pour disposer de données détaillées sur le reste à charge net après remboursements des OC.

D'après les données publiées par la Cnamts à partir de l'EPAS[137], on peut ainsi répartir la population couverte par le régime général (soit 55,8 millions de personnes) en plusieurs catégories, selon l'état de santé et le type de recours aux soins (cf. tableau A) :
- 7,7 millions de personnes sont en ALD ;
- 14,9 millions de personnes non en ALD, mais que la Cnamts qualifie de « chroniques », au sens où elles prennent régulièrement des traitements médicamenteux (au moins 8 prescriptions par an) ;
- 3,5 millions de personnes ont eu soit des soins au titre d'une maternité, soit un séjour hospitalier dans l'année, c'est-à-dire un épisode de soins aigu ponctuel, sans traitement chronique ;
- 14,9 millions ont recours à des soins ambulatoires courants, sans épisode hospitalier, sans maladie chronique ;
- 10,7 millions ont des dépenses de soins très faibles, i.e. inférieures à 100 €.

[134] Nous remercions la Cnamts, notamment Renaud Legal et Dominique Polton, pour le traitement des données présentées. Nous restons seuls responsables des analyses qui en sont tirées.
[135] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*
[136] Cette notion de RAC brut intègre donc, sauf mention contraire, les dépassements d'honoraires.
[137] Uncam, *Propositions sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2009*, 2008, pp. 5-6.

Tableau A : Dépenses d'assurance maladie en volume en 2006

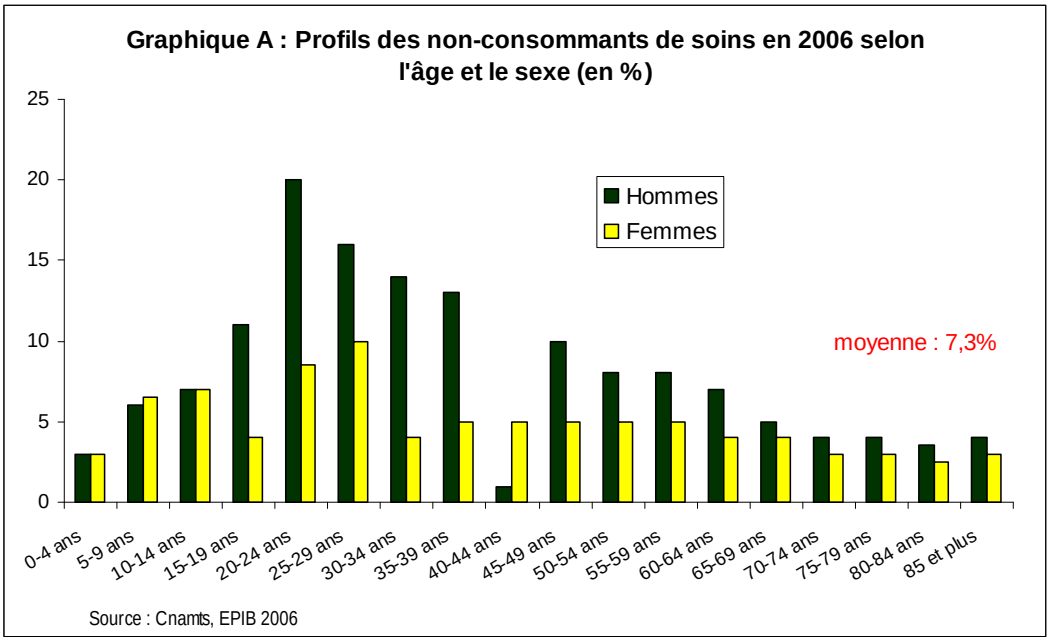
	Assurés		Dépenses		Dépense moyenne
	en Millions	%	en Milliards d'euros	%	en euros
ALD	7,7	13,8	67,0	63,6	8 714
NON ALD	48,1	86,2	38,4	36,4	798
… épisode aigu d'hospitalisation sans traitement chronique	2,2	3,9	6,4	6,1	2 938
… maternités	1,3	2,3	3,4	3,2	2 600
… traitements fréquents enfants 0-9 ans	2,1	3,7	2,0	1,9	978
… chronique cardio-vasculaire	5,3	9,6	9,8	9,3	1 836
… autres pathologies chroniques hors ALD	3,7	6,6	7,3	6,9	1 979
… traitements fréquents hors cas précédents	3,8	6,8	4,1	3,9	1 092
… recours aux soins très faible	10,7	19,2	0,6	0,5	54
… soins ambulatoires courants	14,9	26,8	4 ,7	4,5	319
… Sous total faibles consommants	25,6	46	5,3	5	208
TOTAL CONSOMMANTS	**51,7**	**92,7**	**105,4**	**100**	**2 039**
NON CONSOMMANTS	4,1	7,3	0	0	0
TOTAL	**55,8**	**100**	**105,4**	**100**	**1 889**

Champ : régime général

Note : pour éviter les doubles comptes (une personne ayant une maternité pouvant aussi prendre des traitements réguliers pour une affection chronique par exemple), un ordre d'affectation aux différentes catégories de population a été défini par la Cnamts. Les assurés ne sont comptabilisés ici qu'une fois.

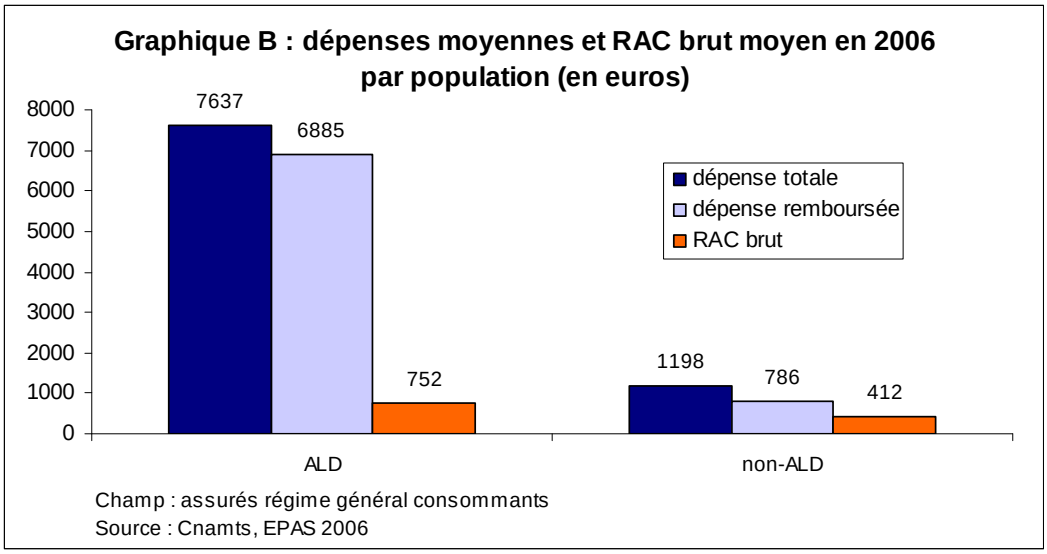
Source : Cnamts, EPAS 2006, *Propositions sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2009*

Ainsi seuls 7,3% (4,1 millions de personnes) des assurés et ayants droit couverts par le régime général n'ont eu aucune consommation de soins référencée auprès de l'AMO en 2006. Il s'agit plutôt de personnes jeunes et plus souvent des hommes (cf. Graphique A).

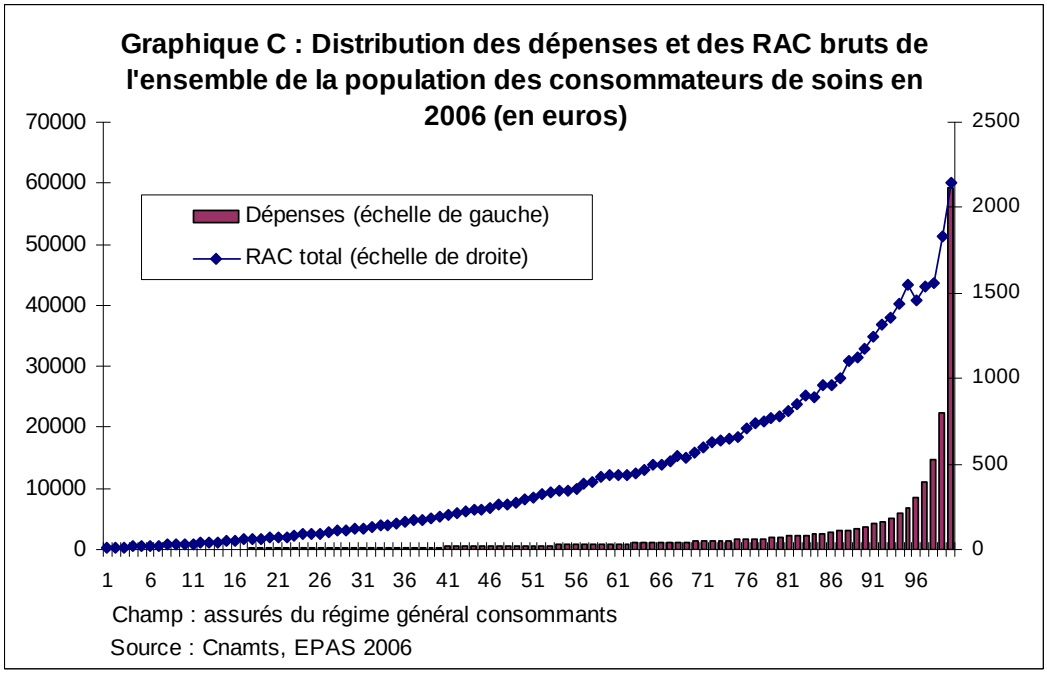


Le RAC brut s'élève à 439 euros au total en moyenne pour les personnes assurées par le régime général ayant consommé des soins en 2006, le RAC médian s'élevant lui à 270 euros. On mesure ainsi l'écart important entre les montants des dépenses totales et les RAC, même quand ceux-ci sont élevés, signe de la forte prise en charge par l'AMO (graphique B).

Le RAC brut moyen des ALD est significativement supérieur à celui des populations non-ALD. Pour partie cette différence traduit des effets de structure, la population ALD étant plus âgée mais aussi parce qu'elle consomme davantage de soins hospitaliers, or les populations ALD ne sont pas exonérées du forfait hospitalier (cf. infra, tableau B pour le taux de recours).



En 2006, la consommation maximale de soins s'est élevée à 399 000 euros pour un assuré non ALD du régime général. Au-delà de ce cas anecdotique, la consommation de soins s'avère fortement concentrée (graphique C) ; *a contrario*, la distribution des RAC bruts apparaît relativement linéaire.

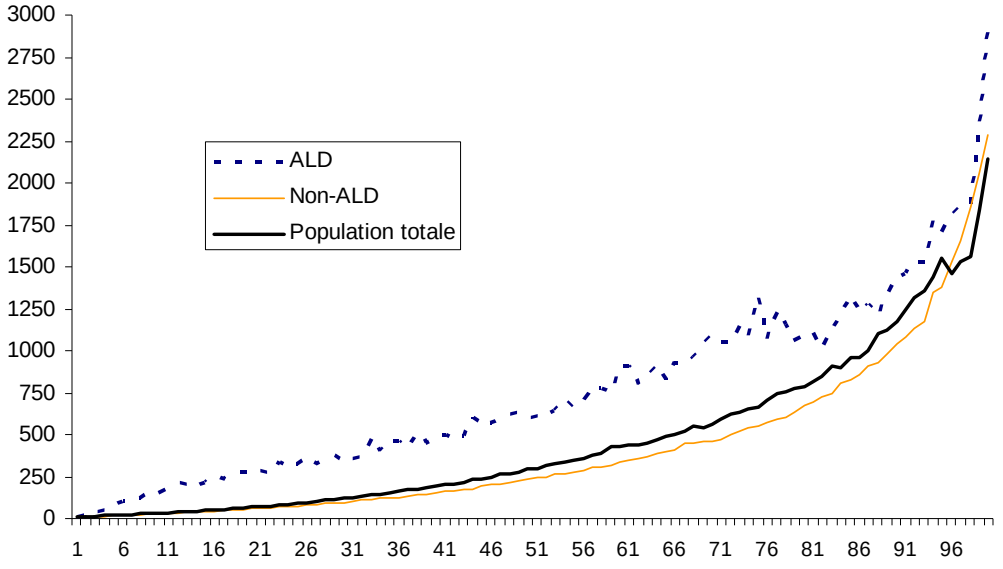


Les RAC des personnes en ALD sont plus élevés que ceux des personnes non-ALD (graphique D). Le RAC brut total[138] atteint ou dépasse 500 euros par an pour plus de 60% de la population ALD et dépasse 1000 euros pour plus d'un tiers d'entre elle. Pour les non-ALD, les RAC supérieurs à 500

[138] RAC brut total : y compris soins de ville et soins hospitaliers et y compris dépassements.

euros annuels ne concernent que moins d'un tiers de la population, les RAC supérieurs à 1000 euros ne concernant que 10% des consommateurs de soins.
Les RAC bruts élevés (supérieurs à 500 euros sur l'année) touchent néanmoins 28% de la population totale, soit 14 millions de personnes ; les RAC très élevés, supérieurs à 1000 euros, concernant 8% des consommateurs de soins en 2006, soit encore 4 millions de personnes.

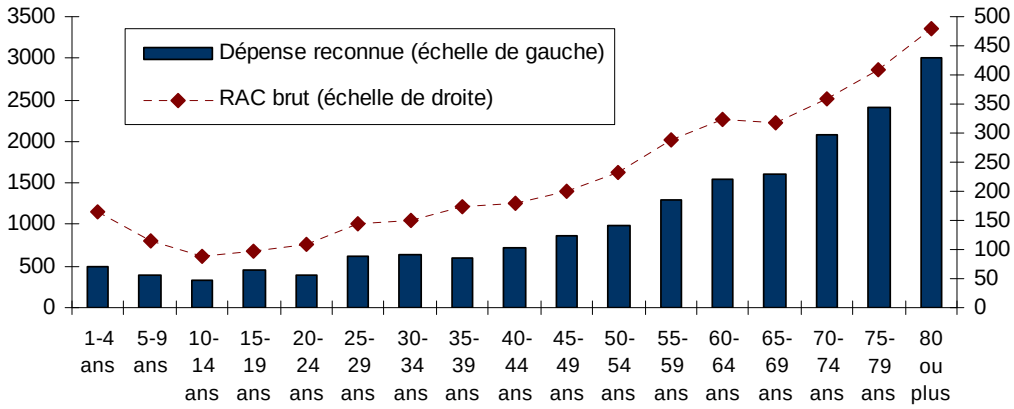
Graphique D : Distribution des RAC bruts totaux en 2006 par centile de profils de population d'assurés (en euros)



Champ : assurés régime général consommants
Source : Cnamts, EPAS 2006

Les RAC bruts sont fortement croissants avec l'âge. En effet, d'après les données rassemblées par la Raoul Briet et Bertrand Fragonard au cours de leur mission sur le bouclier sanitaire (graphique E), l'écart va de 1 à 4 pour les RAC bruts sur les soins de ville, pour un écart sur les dépenses qui va de 1 à 10. Cette nette différence explique pour la plupart des organismes complémentaires, notamment les sociétés d'assurance, que leurs tarifs soient fondés sur cette variable.

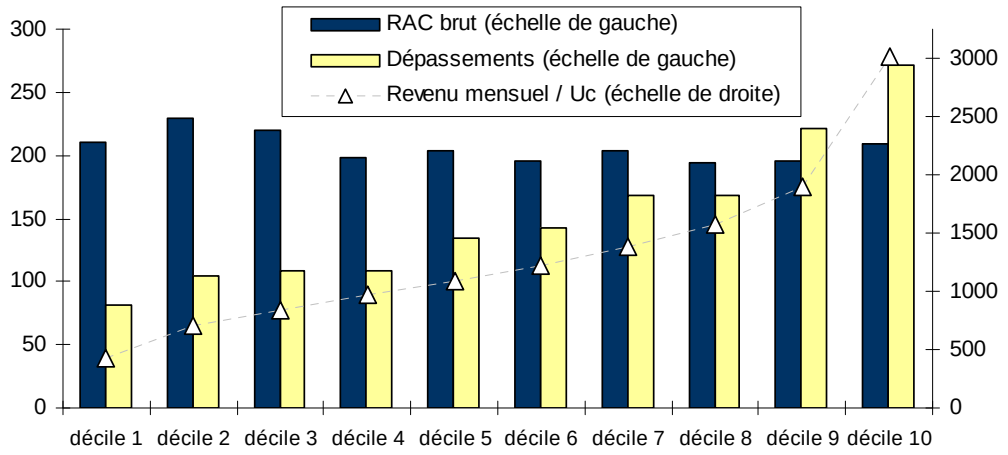
Graphique E : Dépense moyenne et RAC brut moyen en soins de ville selon l'âge en 2004 (en euros)



Champ : assurés régime général consommants
Source : Cnamts, EPAS 2004, calculs Briet, Fragonard, *Mission bouclier sanitaire*, 2007

A contrario, les RAC bruts semblent indépendants des revenus. D'après d'autres calculs rassemblés par Briet et Fragonard, les RAC bruts moyens en soins de ville ont des profils très proches pour les bas revenus comme pour les plus hauts revenus (Graphique F). *A contrario*, les consommations de dépassements d'honoraires sont trois fois plus élevées pour le dernier décile de revenu que pour le premier décile.

Graphique F : RAC brut moyen et dépassements moyens en soins de ville selon le revenu du ménage en 2004 (en euros)



Source : EPAS-ESPS 2004, Briet, Fragonard, *Mission bouclier sanitaire*, 2007

Par types de soins, les RAC sont très variables, tant en volume qu'en part relative des dépenses engagées (tableau B) :

- les RAC moyens les plus élevés en valeur absolue touchent des dépenses d'optique (357 euros), d'hospitalisation (236 euros) et de soins dentaires (214 euros) ;
- les RAC les plus élevés en pourcentage des dépenses engagées concernent l'optique (96% des dépenses), les soins dentaires (63%) et les autres SDV (58%), dépenses sur lesquelles l'AMO est la moins investie.

Tableau B : Restes à charge bruts moyens des consommateurs de soins selon la nature de la dépense et le profil de population

	Population totale			ALD			NON-ALD		
	RAC en euros	RAC en % des dépenses	Recours en %	RAC en euros	RAC en % des dépenses	Recours en %	RAC en euros	RAC en % des dépenses	Recours en %
Omnipraticiens	36	26,5	88,3	25	9,8	95,2	39	33,9	87,1
Spécialistes	78	30,0	65,9	91	18,5	76,4	75	35,7	64,0
Dentistes	214	**62,8**	39,9	264	**65,9**	36,5	206	**62,2**	40,5
autres	21	9,8	5,2	15	6,1	11,0	24	11,8	4,2
infirmiers	53	17,8	20,4	108	14,5	45,7	25	35,6	15,8
kinésithérapeutes	87	23,5	13,1	62	9,4	23,2	96	36,7	11,3
auxiliaires médicaux	95	29,5	3,6	36	7,7	4,6	110	38,1	3,4
biologie	32	24,2	47,2	21	9,9	78,2	37	34,7	41,7
Pharmacie	105	23,2	92	154	10,1	96,3	96	38,3	91,2
Optique	357	**95,8**	18,3	379	**96,8**	20,3	352	**95,6**	18,0
LPP	65	26,8	28,8	102	16,5	50,5	52	48,7	24,8
transport	36	6,2	7,1	21	2,7	28,6	60	21,1	3,2
autres SDV	176	58,0	0,4	362	63,9	0,1	82	47,9	0,3
Frais d'hôpital	236	4,6	18,6	355	3,3	38,2	181	6,8	15,1

Champ : assurés régime général consommants

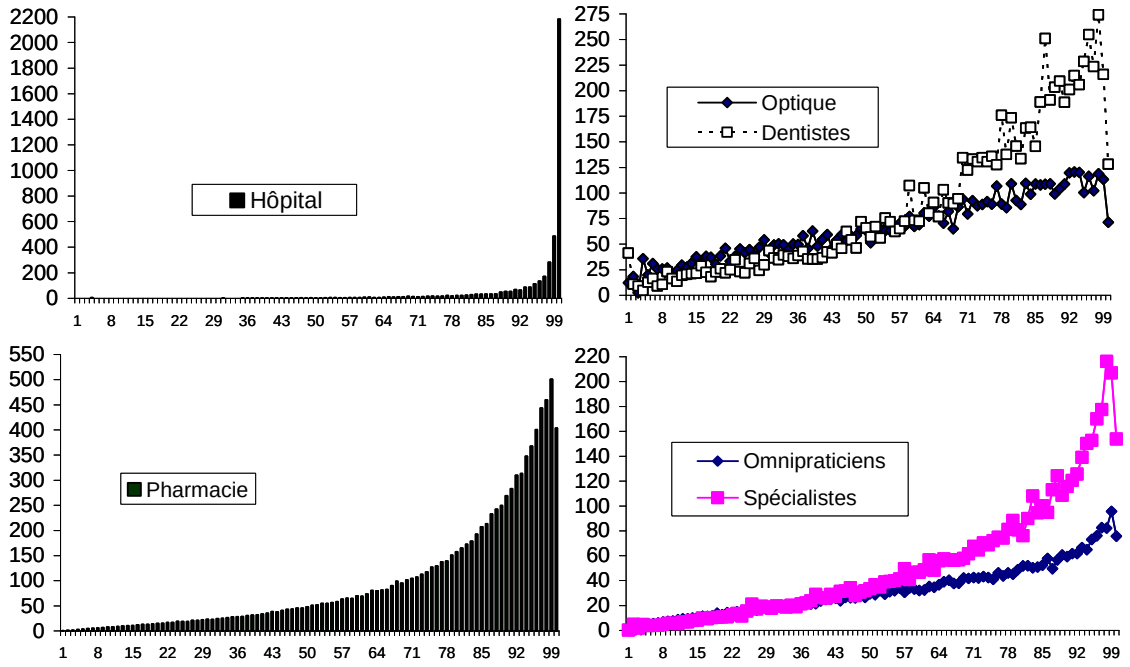
Source : Cnamts, EPAS 2006

- *A contrario*, le RAC apparaît relativement limité en moyenne dans le cas des frais d'hospitalisation, puisqu'il ne représente que 4% des dépenses engagées.

Si l'on tient compte des taux de recours aux soins, on mesure l'importance plus cruciale des RAC en soins dentaires relativement à l'optique, la consommation des premiers étant deux fois plus fréquente que les seconds.
Enfin, les dépenses de médicaments concernant 92% des consommateurs de soins en 2006, pour un montant moyen de RAC d'environ 100 euros correspondant à 23% des dépenses engagées, on mesure la sensibilité des ménages à ce type de dépense et leur attachement au tiers payant proposé par la plupart des OC.

Cependant, ces données moyennes ne recouvrent qu'imparfaitement la grande diversité des distributions des RAC bruts (graphiques G).
En effet, les RAC hospitaliers sont fortement concentrés, avec des montants annuels supérieurs à 200 euros pour plus de 2% de la population alors qu'à l'opposé 90% des consommateurs de soins n'assument que moins de 50 euros de RAC brut hospitalier. Une telle situation est elle-même liée à la grande concentration des durées de séjours. Les RAC bruts pharmaceutiques sont également relativement concentrés, 15% des consommateurs assumant un RAC supérieur annuel dépassant 200 euros, quand à l'opposé la moitié des consommateurs a un RAC sur ce type de dépense inférieur à 50 euros.

Graphique G : Distribution des RAC bruts des consommateurs de soins selon le type de consommation en 2006 (en euros)



Champ : assurés régime général consommants
Source : Cnamts, EPAS 2006

Les dépenses d'optique et de soins dentaires, ainsi que les consultations de généralistes et de spécialistes sont beaucoup plus dispersées, même si environ 10% des consommateurs de soins dentaires se retrouvent avec un RAC brut dépassant 200 euros, tandis que 15% des personnes consultant un spécialiste se retrouvent avec un RAC brut annuel supérieur à 100 euros.

L'enquête de la Drees auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé réalisée en 2006[139] permet d'obtenir quelques informations sur les contrats les plus souscrits par les assurés (contrats modaux), notamment les primes, les remboursements et d'en déduire des éléments sur les restes à charge nets.

Les restes à charges nets médians (qui concernent la moitié des contrats) demeurent le plus souvent élevés, malgré une grande diversité selon les organismes, le type de contrats (individuel / collectif) et la nature de la dépense (tableau C). Le plus souvent, malgré la prise en charge par la complémentaire santé, le RAC représente plus de 50% des dépenses engagées, soit de plusieurs dizaines d'euros (consultation de spécialiste secteur 2) à plusieurs centaines d'euros (optique, dentaire…). Certes, les montants remboursés par les OC dépassent ceux versés par l'AMO, mais les contrats individuels, notamment, apparaissent peu couvrants. A contrario, les dépenses de médicaments sont très bien remboursées par les complémentaires.

Tableau C : Restes à charges nets médians pour l'assuré

En euros

		Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
		Contrats		Contrats		Contrats	
		individuels	collectifs	individuels	collectifs	individuels	collectifs
Consultation chez un médecin spécialiste	Sécurité sociale (70 % - 1 €)	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10	15,10
prix de référence = 60 €	Organisme complémentaire	6,90	12,88	6,90	18,40	12,65	43,90
tarif de convention = 23 €	*Reste à charge*	*38,00*	*32,02*	*38,00*	*26,50*	*32,25*	*1,00*
Optique simple	Sécurité sociale (65 %)	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82	4,82
prix de référence : monture (100 €) + verres (2 * 50 €) = 200 €	Organisme complémentaire	110,96	163,02	122,60	173,24	142,60	195,18
tarif de responsabilité : monture = 2,84 € et 2,29 € pour un verre simple	*Reste à charge*	*84,22*	*32,16*	*72,58*	*21,94*	*52,58*	*0,00*
Optique complexe	Sécurité sociale (65 %)	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33	15,33
prix de référence : monture (100 €) + verres (2 * 200 €) = 500 €	Organisme complémentaire	218,25	210,00	135,00	268,00	148,25	229,00
tarif de responsabilité : monture = 2,84 € et 10,37 € pour un verre complexe	*Reste à charge*	*266,42*	*274,67*	*349,67*	*216,67*	*336,42*	*255,67*
Prothèse dentaire	Sécurité sociale (70 %)	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25	75,25
prix de référence : 750 €	Organisme complémentaire	230,00	230,00	193,50	247,25	147,25	462,25
tarif de responsabilité = 107,5 €	*Reste à charge*	*444,75*	*444,75*	*481,25*	*427,50*	*527,50*	*212,50*
Prothèses auditives numériques	Sécurité sociale (65 %)	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62	259,62
prix de référence pour deux appareils = 3000 €	Organisme complémentaire	749,79	738,93	738,93	1 178,29	259,62	1 198,26
tarif de responsabilité = 199,71 € pour un appareil	*Reste à charge*	*1 990,59*	*2 001,45*	*2 001,45*	*1 562,09*	*2 480,76*	*1 542,12*
Prothèse capillaire	Sécurité sociale (65 %)	49,54	49,54	49,54	49,54	49,54	49,54
prix de référence = 400 €	Organisme complémentaire	118,67	102,90	141,00	179,12	26,68	163,87
tarif de responsabilité = 76,22 € *	*Reste à charge*	*231,79*	*247,56*	*209,46*	*171,34*	*323,78*	*186,59*

* Avant la revalorisation du 7 août 2006 portant le tarif de responsabilité à 125 €

Sources : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2006.

Ces données expliquent que pour certains assurés, le RAC net soit sur l'année relativement élevé. En effet, si pour 42% des particuliers interrogés le RAC net est inférieur à 10 euros par mois, pour 14% d'entre eux il dépasse les 30 euros mensuels[140]. Il est intéressant de noter que les ménages aux revenus les plus élevés déclarent davantage de RAC nets faibles.

Néanmoins, la prime mensuelle s'établissant en moyenne à 39 euros selon les données de la Drees, pour beaucoup d'assurés, une année donnée, le RAC brut est inférieur à la prime versée à l'OC, sans parler même du RAC net. Les primes étant plus élevées pour les seniors, il est probable que pour un grand nombre de ces derniers, le rapport qualité-prix de l'assurance santé soit plutôt limité.

***

Les éléments rassemblés ici relèvent d'une vision statique, une année donnée. Cela ne signifie donc pas que beaucoup d'assurés ne devraient pas, par principe, recourir à une complémentaire santé. En effet, l'absence de consommation de soins ou une consommation de soins faibles et donc l'existence de RAC bruts modérés pour une large part de la population ne conduisent pas automatiquement à une moindre souscription, car d'une année sur l'autre les consommations

[139] Arnould et Rattier, 2008, *op. cit.*
[140] CAS-TNS Sofres, 2009, *op. cit.*

peuvent varier fortement pour un individu donné. Néanmoins, la relative concentration des RAC selon l'âge et la situation médicale (ALD notamment), devrait peut-être inciter à concentrer davantage les dispositifs publics sur les populations les plus concernées par les RAC élevés.

Sigles utilisés

ACAM	Autorité de contrôle des assurances et mutuelles
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurances maladies complémentaires
AMO	Assurance maladie obligatoire
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDA	Code des assurances
CGI	Code général des impôts
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSBM	Consommation de soins et biens médicaux
CSS	Code de la sécurité sociale
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EPAS	Echantillon permanent des assurés sociaux
ESPS	Enquête santé et protection sociale (IRDES)
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IP	Institution de prévoyance
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LPPS	Liste des produits et prestations de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
OC	Organisme complémentaire
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PSCE	Protection sociale complémentaire en entreprise
RAC	Reste à charge
RSI	Régime social des indépendants
SA	Société d'assurance
TM	Ticket modérateur
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations

Pièces jointes

- N°1 : Synthèse du sondage TNS Sofres
- N°2 : Fiches pays Capgemini consulting
- N°3 : Note Jérôme Wittwer sur la demande de contrat individuel de complémentaire santé sur données françaises
- N°4 : Note Jérôme Wittwer sur la demande de complémentaire santé et l'élasticité-prix complémentaire santé individuelle d'après les cas américain, suisse et néerlandais

Pièce jointe N°1 : Synthèse du sondage TNS Sofres

Centre d'Analyse Stratégique

Complémentaires santé
Volets Assurés et Entreprise

Mars 2009

Centre d'Analyse Stratégique
Tristan KLEIN
Perrine FREHAUT

Contacts TNS Sofres
Emmanuel RIVIERE / Sophie CHAMPENOIS / Audrey TALON
☎ 01.40.92.46.30 / 28.39 / 46.48
17OA07

Département Stratégies d'opinion
Communication Corporate

Ce rapport a été rédigé dans le respect des procédures Qualité de TNS Sofres

Il a été validé par

Emmanuel Rivière
Directeur de département

SOMMAIRE

Présentation de l'étude **4**

Que faut-il retenir ? **6**

Volet Assurés **9**

1. *Le choix d'une complémentaire : une logique de réassurance* *10*
2. *Image et satisfaction envers les mutuelles* *14*
3. *Le marché « particuliers » des complémentaires : un marché peu volatile* *19*
4. *Les réactions aux perspectives d'évolution de l'offre* *29*
5. *Données complémentaires* *34*

Volet Entreprises **38**

1. *Pourquoi une entreprise propose t-elle (ou pas) une complémentaire santé?* 39
2. *L'offre de complémentaire santé proposée par les entreprises à leurs salariés* 44
3. *Un marché qui a fortement évolué au cours des dernières années* 47
4. *Les sources d'information et les critères de choix* 50
5. *Globalement, un choix facile, mais quelques attentes* 54
6. *Données complémentaires* 57

CONTEXTE ET OBJECTIFS

- **Le Centre d'Analyse Stratégique a souhaité effectuer une étude sur les complémentaires santé afin de répondre à un certain nombre de questions.**
  - **Auprès des assurés français:**

    Quelle est la situation des ménages en matière de complémentaire santé (dispose ou non d'une couverture ; nature de la couverture…)? de caractéristiques socio-démographiques? de risque santé?

    Quelles sont les modalités de choix d'une complémentaire? Les sources d'information consultées? Les critères déterminants?

    Quelle perception les Français ont-ils du risque santé?
  - **Auprès des entreprises françaises:**

    Quelle est la situation de l'entreprise en matière de contrat collectif santé (propose ou non une couverture à ses salariés ; nature de la couverture…)? Quel est le processus décisionnel au sein de l'entreprise?

    Quelles sont les modalités de choix d'une complémentaire (qualité, services, coût des couvertures…)?

- Pour répondre à ces questions, TNS Sofres a ainsi mis en place un dispositif d'étude en 2 volets: Assurés et Entreprises.

In fine, l'objectif est…

> **d'anticiper des pistes d'évolution** permettant de **renforcer la transparence** et **favoriser le choix des assurés,** et éventuellement **compléter l'offre existante** en terme de couverture, nouveaux services ou baisse des prix.

FICHE TECHNIQUE

	Entreprises	**Assurés**
Dates de réalisation	**Du 12 au 27 février 2009**	**Du 13 février au 7 mars 2009**
Méthodologie	Enquête **téléphonique**	Enquête **téléphonique**
Taille de l'échantillon et cible	**300 décisionnaires** en matière de complémentaire santé au sein d'entreprises de 10 salariés et plus	**2 002 individus** âgés de 18 ans et plus
Composition de l'échantillon	**Échantillon représentatif** des entreprises de 10 salariés et plus : - secteur d'activité - taille d'entreprise	**Échantillon représentatif** de la population française âgée de 18 ans et plus : - sexe - Âge - PCS du chef de ménage - Stratification géographique - Prise en charge par une complémentaire santé

Que faut-il retenir de cette étude?

Que faut-il retenir ? *Volet Assurés*

- **L'univers de la protection complémentaire en matière de santé est pour les assurés associé à de lourds enjeux mais, à des attentes plus faibles**.
  - La souscription à une complémentaire santé est jugée indispensable par ceux qui en ont une, motivée essentiellement par le souci de ne pas avoir à faire face à de grosses dépenses.
  - Mais la très grande majorité se déclare à la fois satisfaits des niveaux et de la rapidité de remboursement de leur mutuelle, et de leur comportement général vis-à-vis des assurés. Les points de moindre satisfaction concernent des domaines structurellement jugés mal remboursés par le système d'assurance maladie : soins dentaires, optique, consultation honoraires libres.

- Globalement, le marché individuel des mutuelles complémentaires fonctionne comme un marché un peu statique. Beaucoup des choix y sont contraints ou peu soumis, sauf chez certains cadres, à une analyse comparative. Et même quand ces choix sont contraints cela ne suscite pas réellement de récriminations.

- **Au total, les assurés semblent se situer dans une démarche assurancielle de prolongement du système de base** : être le mieux couvert possible pour ne plus y penser. Ils se montrent dès lors surtout demandeurs de prestations en matière de tarifs préférentiels et de niveau de remboursement, très attachés au principe du 1/3 payant, mais déstabilisés et très divisés par les questions qui les invitent à arbitrer entre une couverture totale sur certaines prestations seulement et une couverture plus large mais plus faible.

Que faut-il retenir ? *Volet Entreprises*

- **Tout comme les assurés, les chefs d'entreprise accordent une grande importance à la question des complémentaires santé**.

  Mais dans l'univers des entreprises, les choix et les arbitrages en matière de complémentaire santé obéissent davantage à des choix rationnels, même si les références à des normes (selon la taille de l'entreprise, la proportion des cadres et le secteur d'activité) existent.

- La fourniture d'une complémentaire santé est appréhendée comme un outil de gestion et soumise à un calcul coût/bénéfices, les bénéfices étant principalement attendus en matière de gestion des ressources humaines.

- **Dès lors ce marché apparaît plus fluide que celui des assurés à titre individuel :** la mise en concurrence y est la norme, et les changements de prestataires et de contrats fréquents (dans un contexte marqué il est vrai par la mise en place de la loi Fillon). Dans ces arbitrages, c'est le plus souvent le chef d'entreprise lui-même qui prend la décision, sans éprouver de trop grandes difficultés.

Volet Assurés

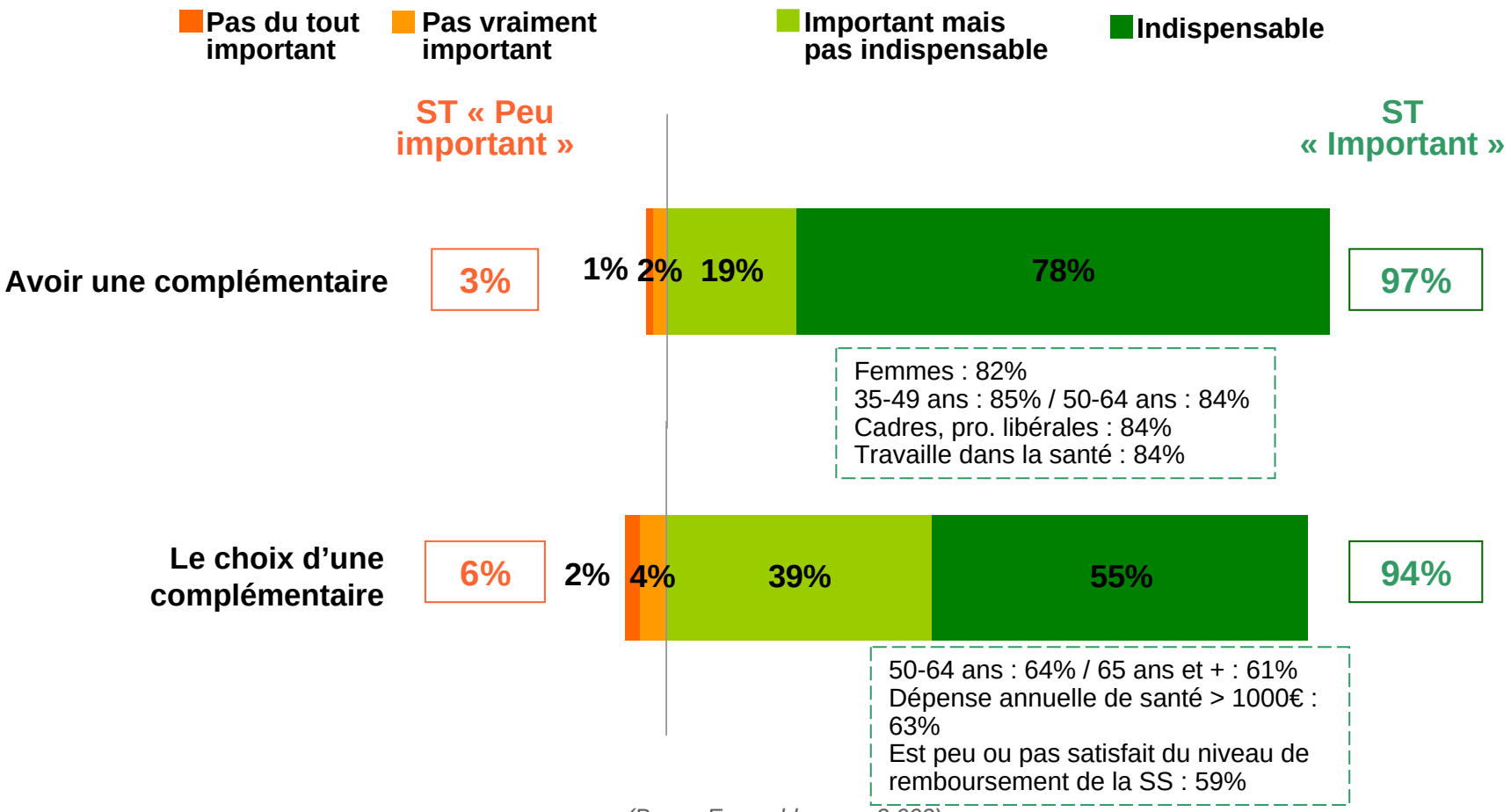
1. Le choix d'une complémentaire : une logique de réassurance

tns sofres

LES COMPLEMENTAIRES SANTE : INDISPENSABLES POUR 8 INTERVIEWES SUR 10

D6 Selon vous, est-il aujourd'hui important d'avoir une assurance complémentaire santé ou mutuelle ?

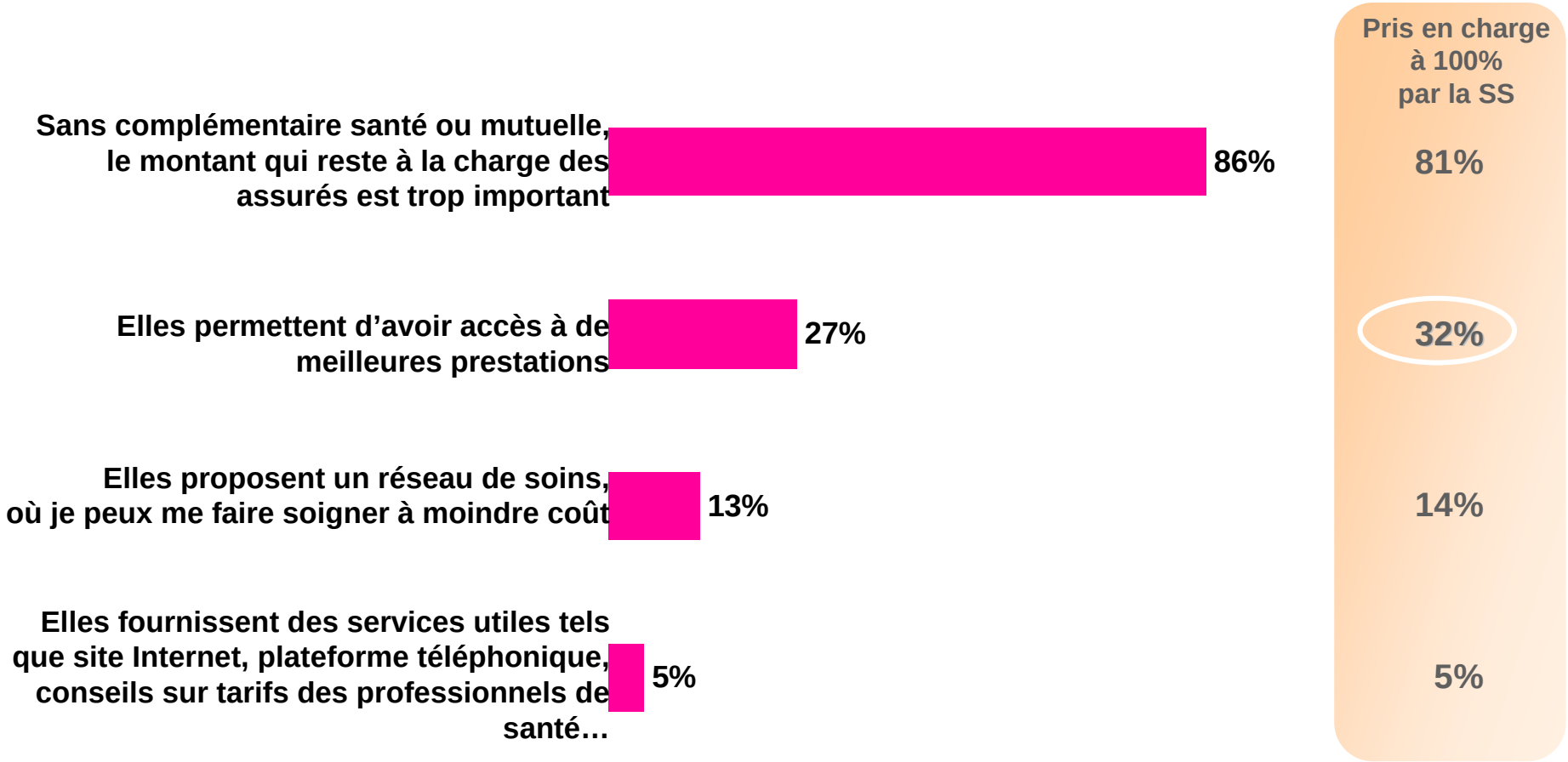
E6 Le choix d'une assurance complémentaire santé ou mutuelle est-il pour vous…



(Base : Ensemble – n = 2 002)

UNE LOGIQUE D'ASSURANCE : NE PAS AVOIR A ASSUMER DES DEPENSES IMPORTANTES

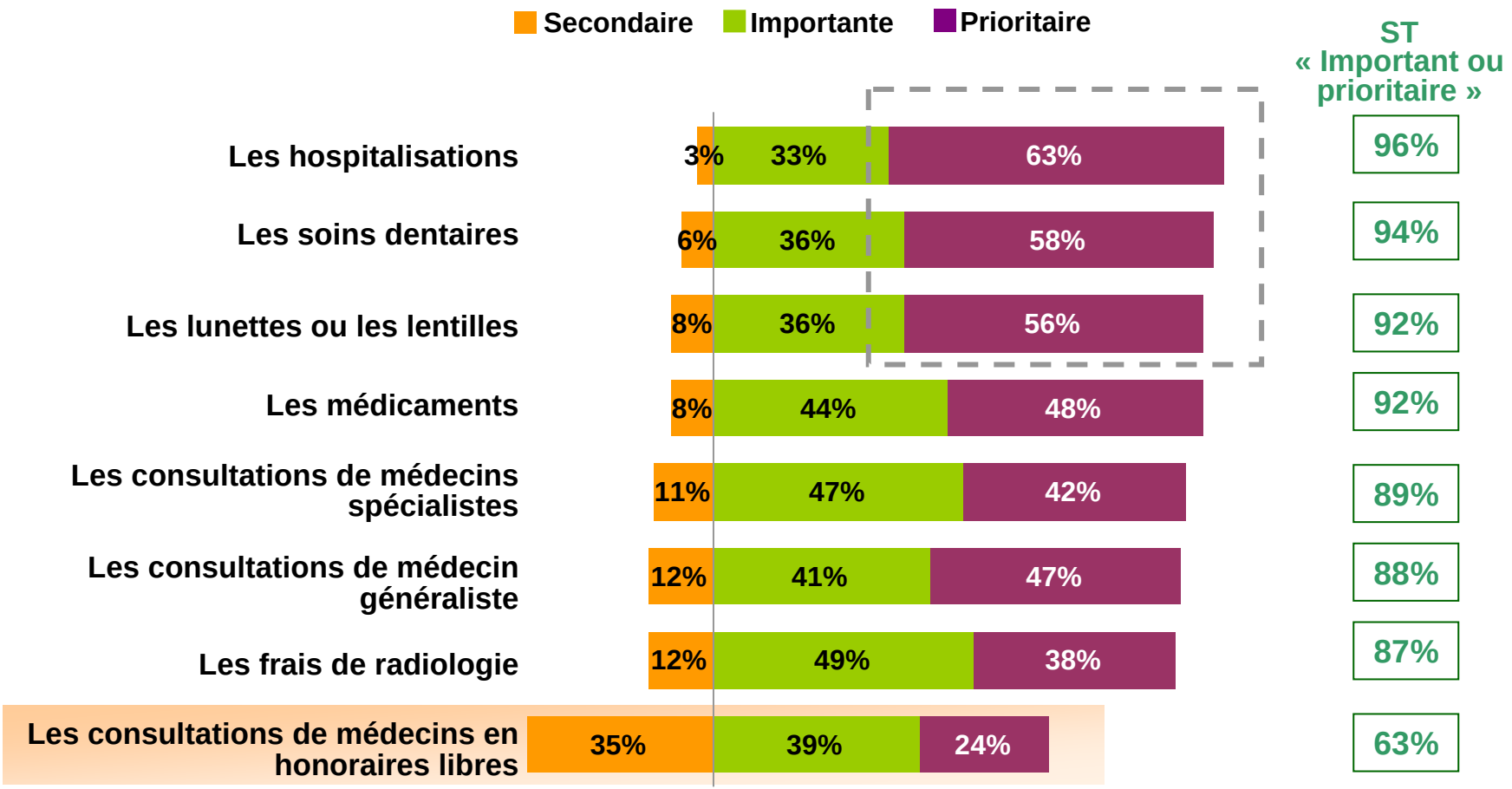
D7 Pourquoi est-il important pour vous d'avoir une assurance complémentaire santé ou une mutuelle ? Est-ce principalement parce que…



(Base : Ceux qui trouvent important d'avoir une complémentaire – n = 1 945)

LA HIERARCHIE DES PRIORITES EN MATIERE DE REMBOURSEMENT : *une combinaison entre la gravité et la cherté*

E7 Et en matière de niveau de remboursement, les catégories de dépenses suivantes sont-elles pour vous prioritaires, importantes ou secondaires ?



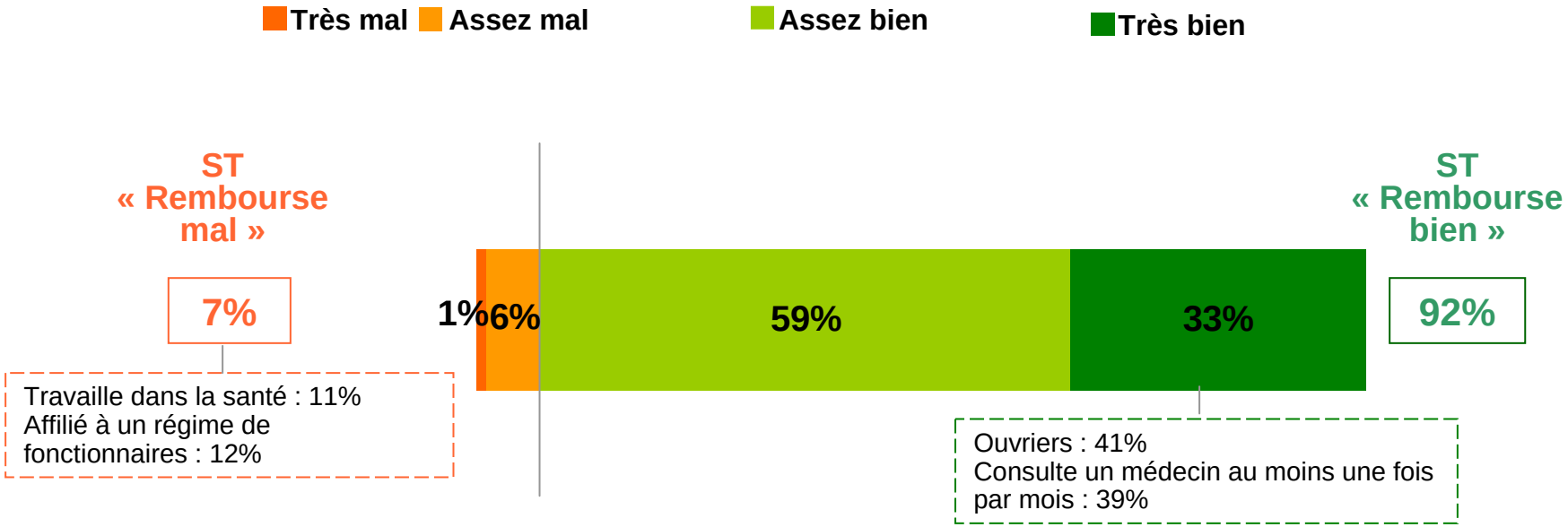
(Base : Ensemble – n = 2 002)

2. Image et satisfaction envers les mutuelles

tns sofres

Un rapport qualité / prix perçu de la complémentaire jugé satisfaisant par une très large majorité

F1 Par rapport au montant de vos cotisations, trouvez-vous que votre assurance complémentaire santé ou mutuelle rembourse très bien, assez bien, assez mal ou très mal vos dépenses de santé ?



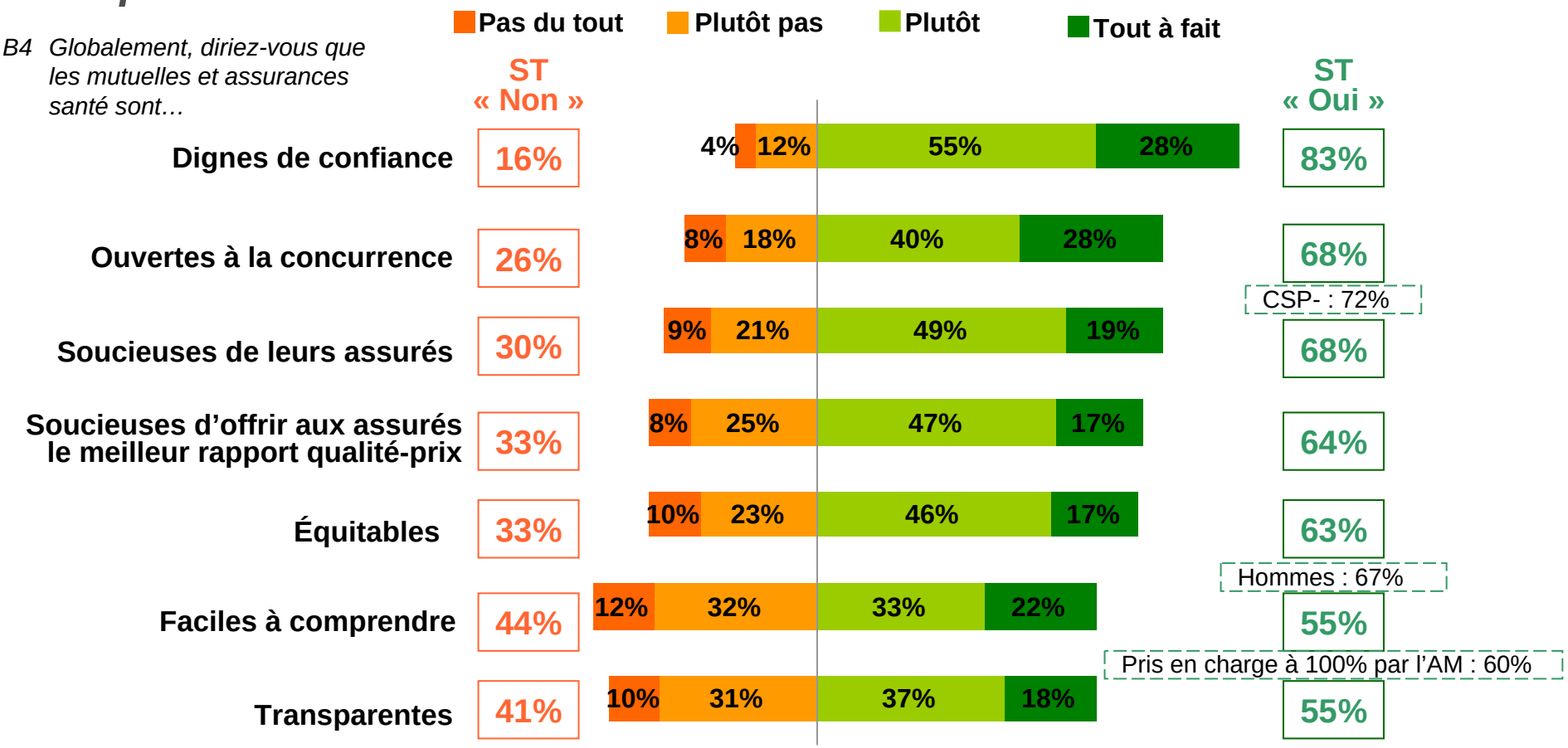
(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

** Affiliés au régime des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat ou au régime des agents des collectivités locales*

DES MUTUELLES CRÉDITÉES D'UNE GRANDE CONFIANCE

Les seuls reproches significatifs concernent la clarté et la transparence

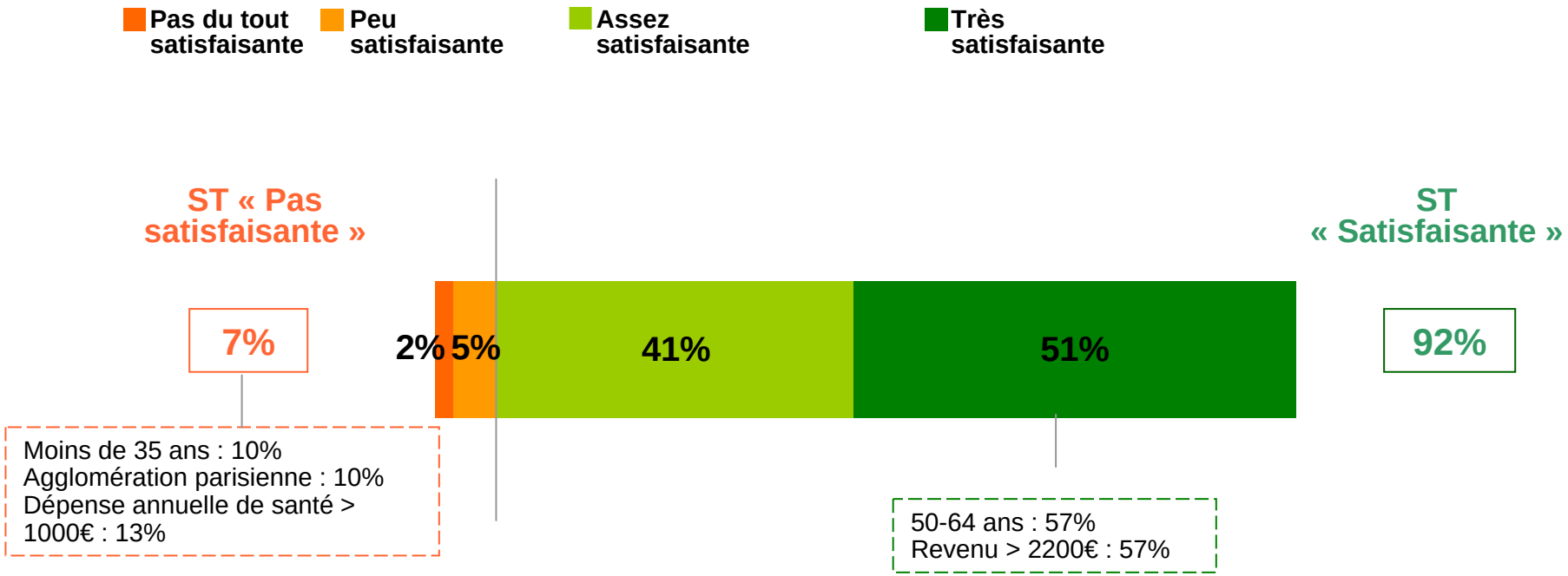
B4 Globalement, diriez-vous que les mutuelles et assurances santé sont…



Globalement, une meilleure image des mutuelles auprès des 65 ans et + : dignes de confiance 87% / soucieuses de leurs assurés 74% / soucieuses d'offrir aux assurés le meilleur rapport qualité-prix 71%, etc.

Une très forte satisfaction vis-à-vis de la rapidité des remboursements

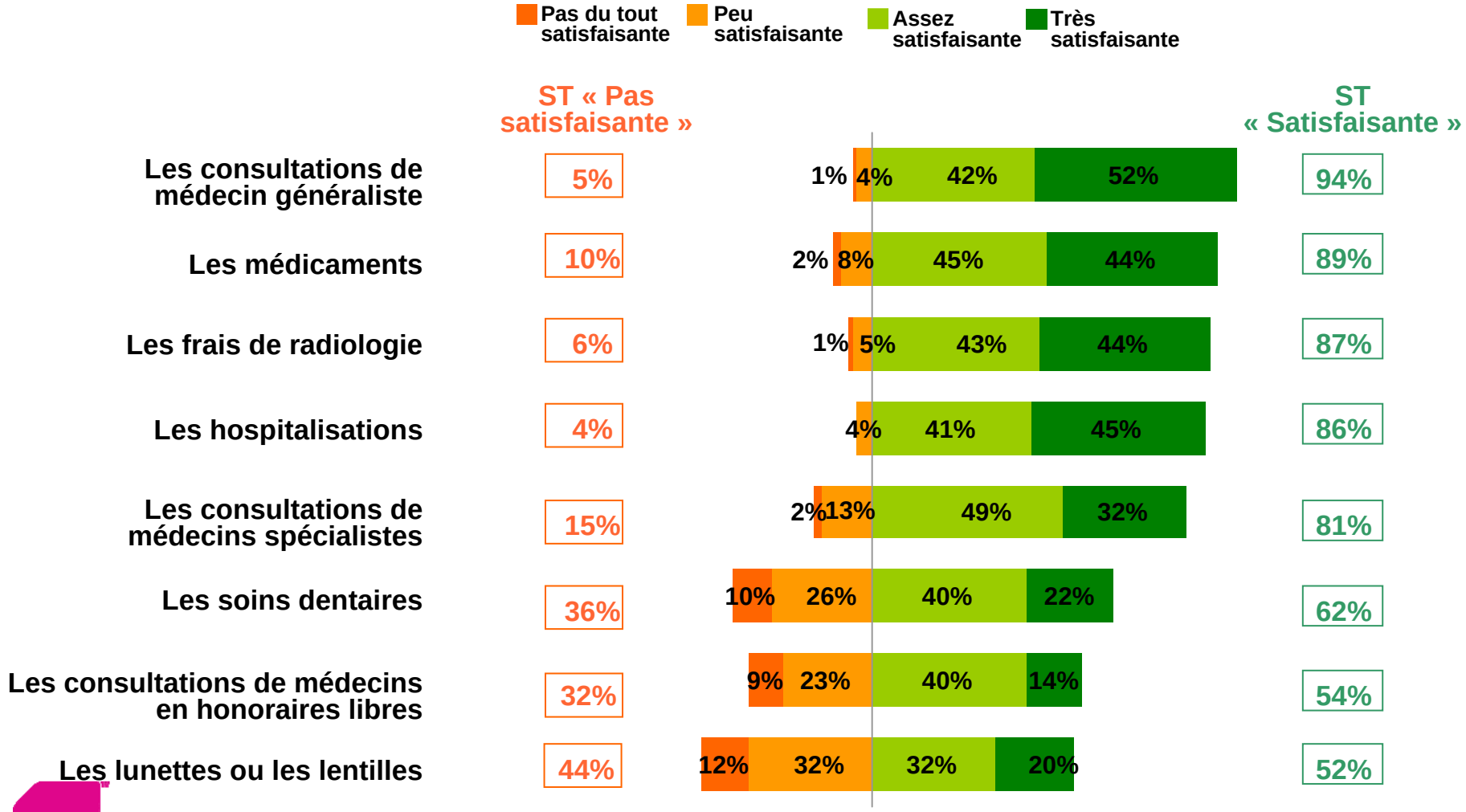
E8 Comment jugez-vous la rapidité de remboursement de votre assurance complémentaire ?



(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

Concernant le niveau des remboursements, l'insatisfaction se concentre sur les soins dentaires, l'optique, et les consultations en honoraires libres

F2 Et plus précisément, le niveau de remboursement des dépenses de santé par votre assurance complémentaire santé ou mutuelle vous paraît-il satisfaisant en ce qui concerne…



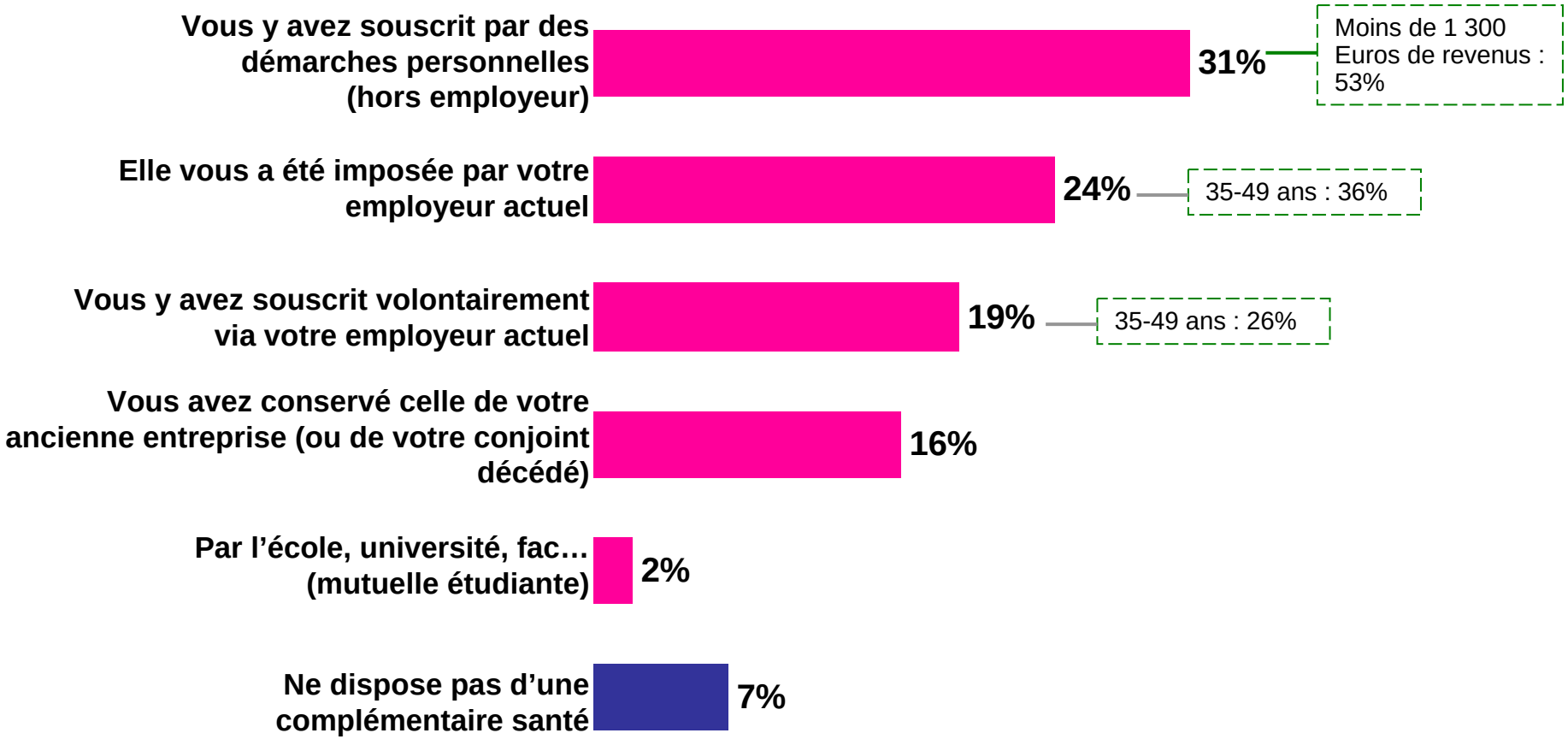
(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

3. Le marché « particuliers » des complémentaires : un marché peu volatile

tns sofres

Le choix de la mutuelle : des logiques de reproduction et des choix contraints

D8 Vous disposez d'une complémentaire santé à votre nom. Comment avez-vous obtenu cette mutuelle ou assurance ?
D13 Vous êtes couvert par la complémentaire santé d'un proche. Comment a-t-il obtenu cette mutuelle ou assurance ?



(Base : Ceux qui ne bénéficient pas de la CMU-C – n = 1 784)

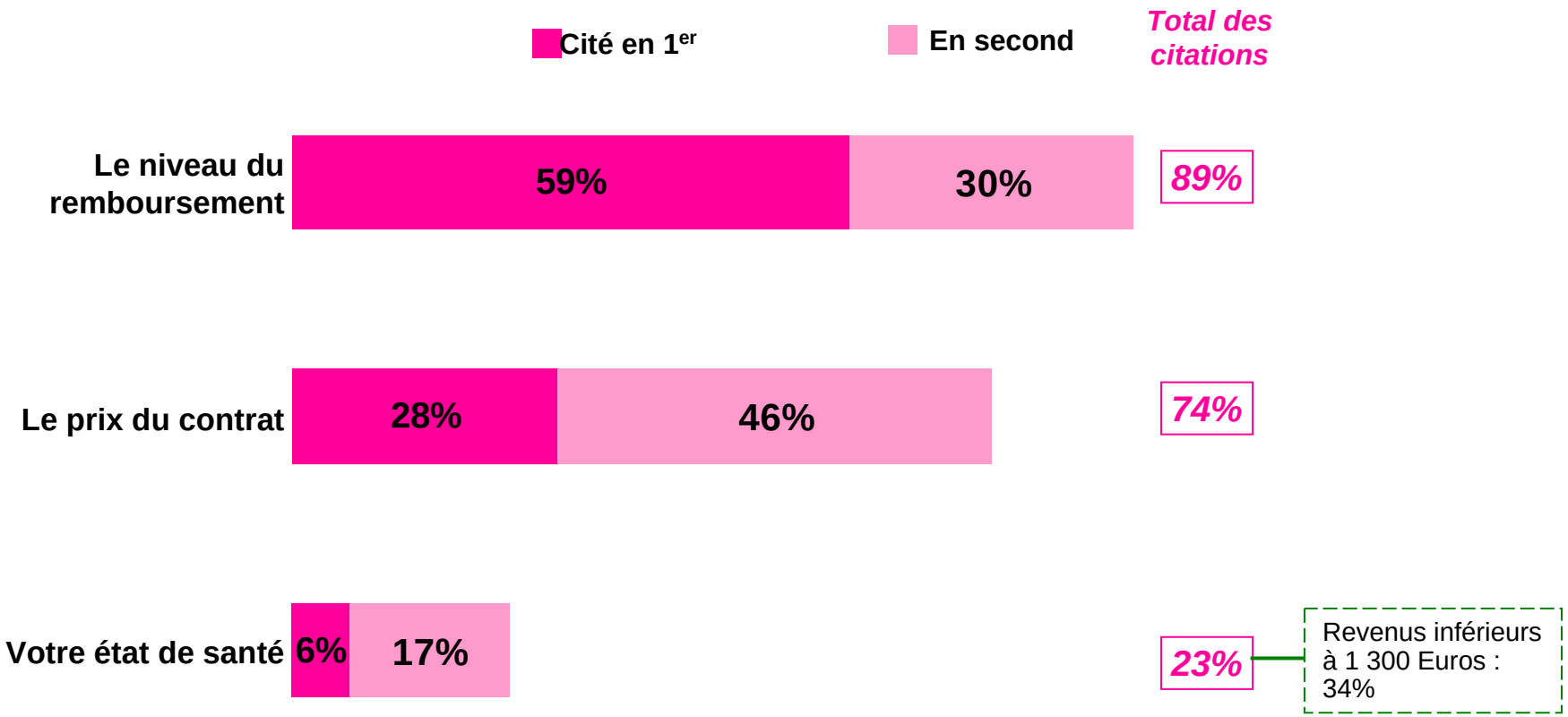
Le choix de la mutuelle : des logiques de reconduction et des choix contraints

E3 Comment avez-vous choisi votre complémentaire ?

(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

Le niveau du remboursement domine les critères de choix

E5 Quels sont les critères principaux qui ont prévalu dans votre choix ? En premier ? En second ?

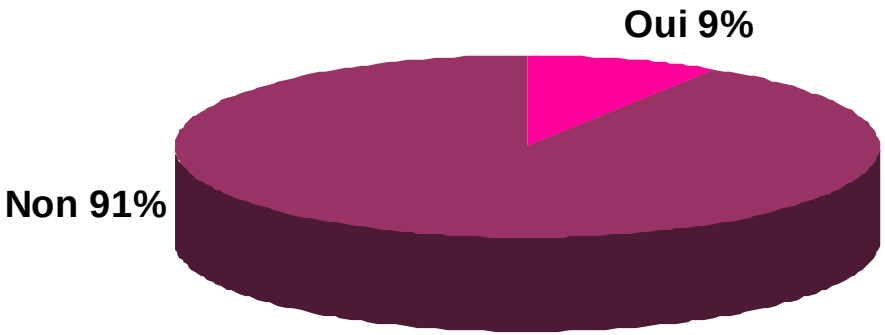


(Base : Ceux qui ont pu choisir leur complémentaire – n = 1 133)

LE MARCHE DES MUTUELLE, UN MARCHE STATIQUE ?

Des changements de mutuelles en nombre limité

E1 Vous-même ou la personne par qui vous êtes assuré(e) a-t-elle changé de mutuelle au cours des 12 derniers mois ?

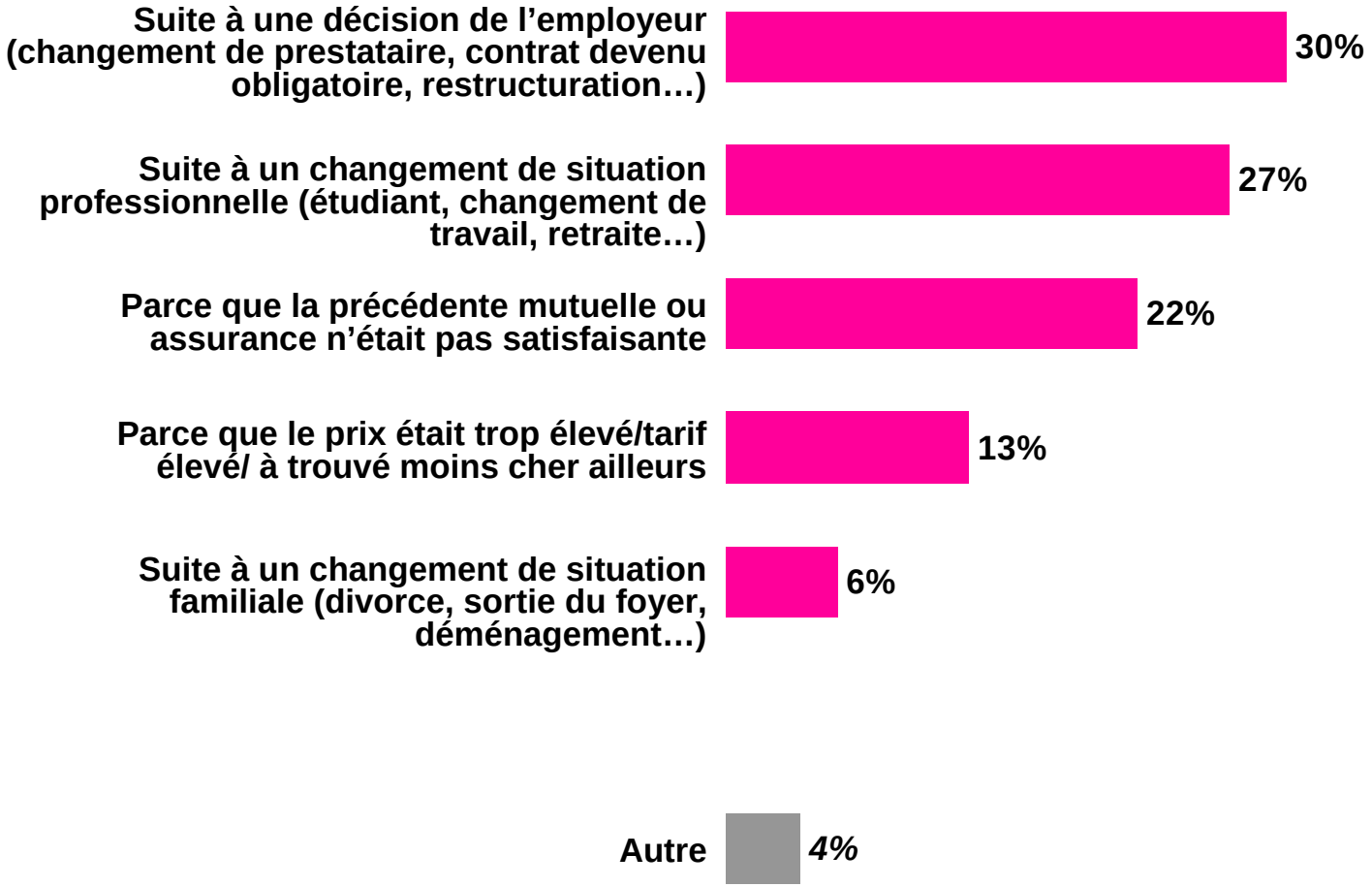


Moins de 35 ans : 13% / 35-49 ans : 12%
CSP- : 13%
Travaille dans le secteur de la santé : 14%
A déjà renoncé à des soins pour raisons financières : 15%

(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

LE MARCHE DES MUTUELLE, UN MARCHE STATIQUE ?
Des changements essentiellement liés à des facteurs externes

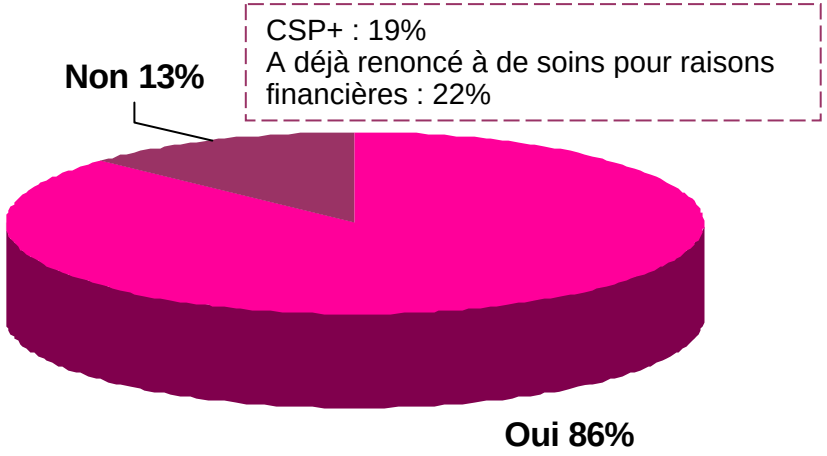
E2 Pourquoi avez-vous / a-t-il changé ?



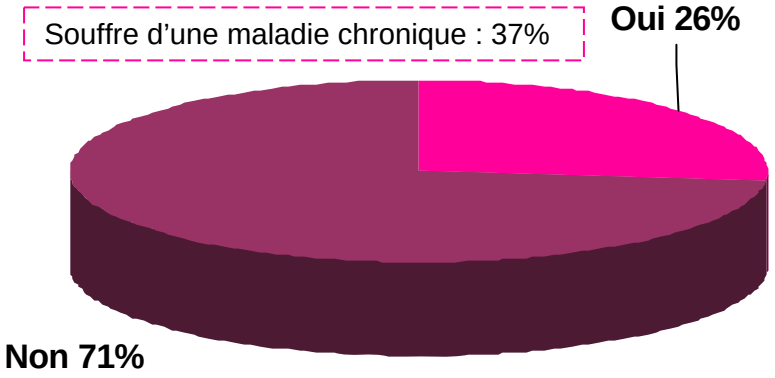
(Base : Ceux qui ont changé de mutuelle – n = 151)

Quand le choix est contraint, seul ¼ des interviewés le regrettent

D11 Etes-vous satisfait de cette couverture collective obligatoire?



D12 Si vous aviez eu le choix, auriez-vous préféré souscrire une complémentaire santé individuelle ?

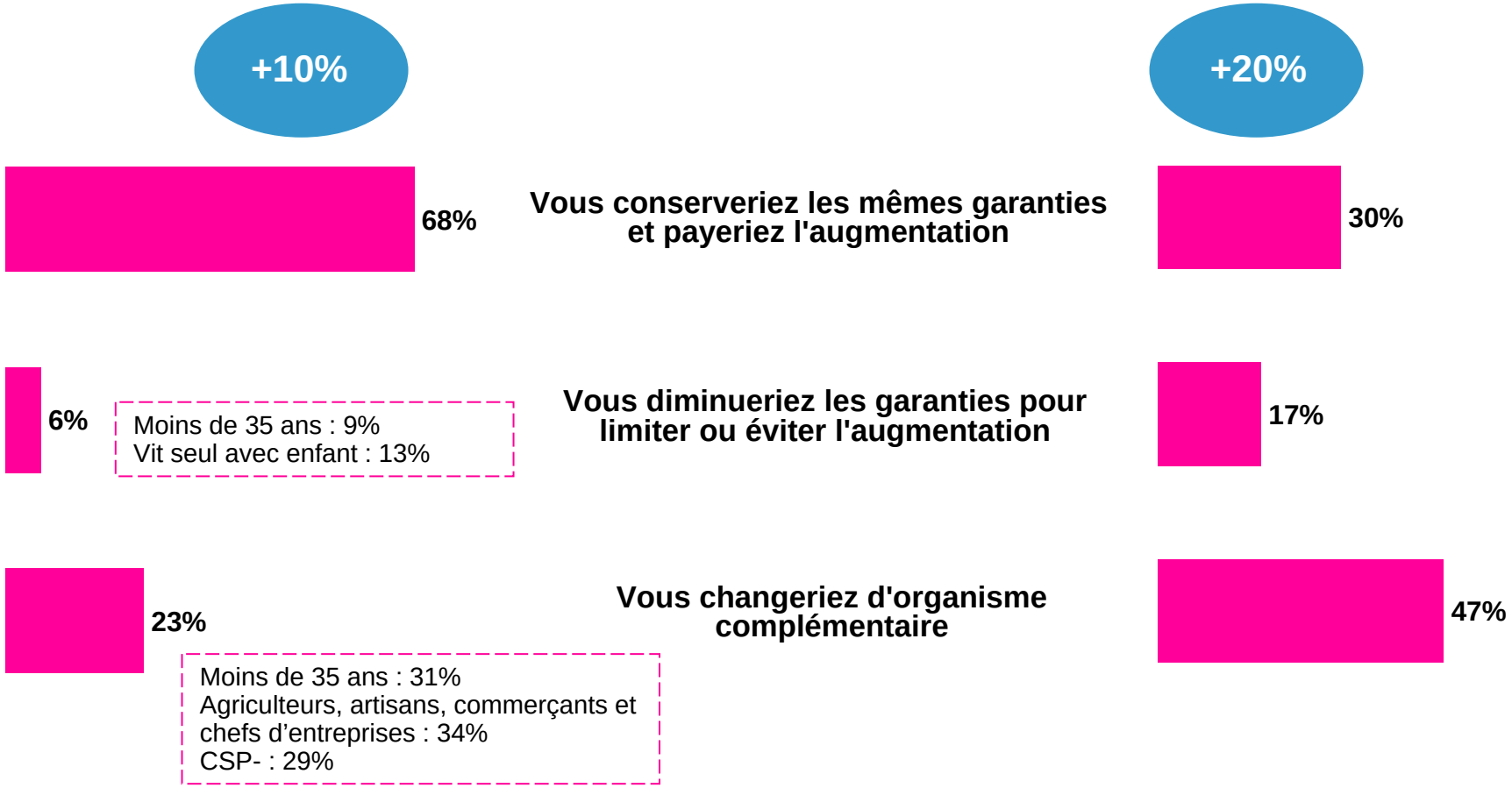


(Base : Ceux qui ont une complémentaire en nom propre imposée – n = 307)

Une faible élasticité à l'augmentation des cotisations

F3 Si vos cotisations de complémentaire santé augmentaient d'environ 10% en 2009, que feriez-vous ?

F4 Et si vos cotisations de complémentaire santé augmentaient de plus de 20%, que feriez-vous ?

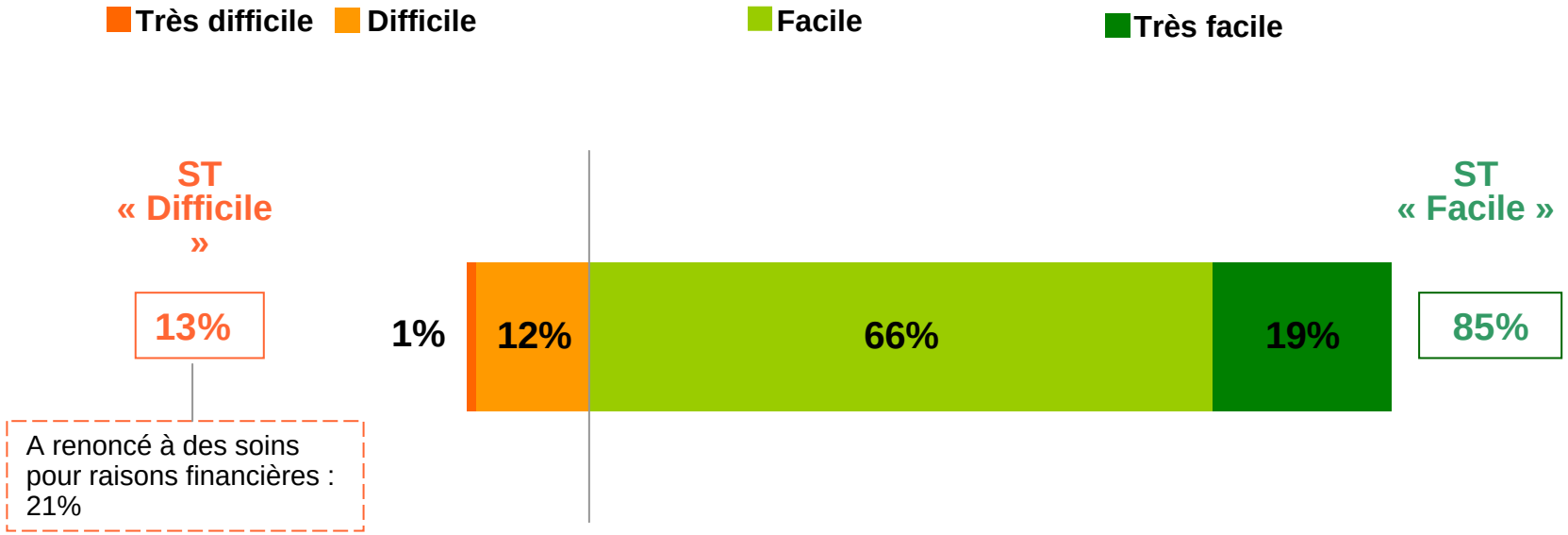


(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

LE CHOIX DE LA COMPLEMENTAIRE N'EST PAS UN PARCOURS DU COMBATTANT

E4 Le choix vous a-t-il paru…

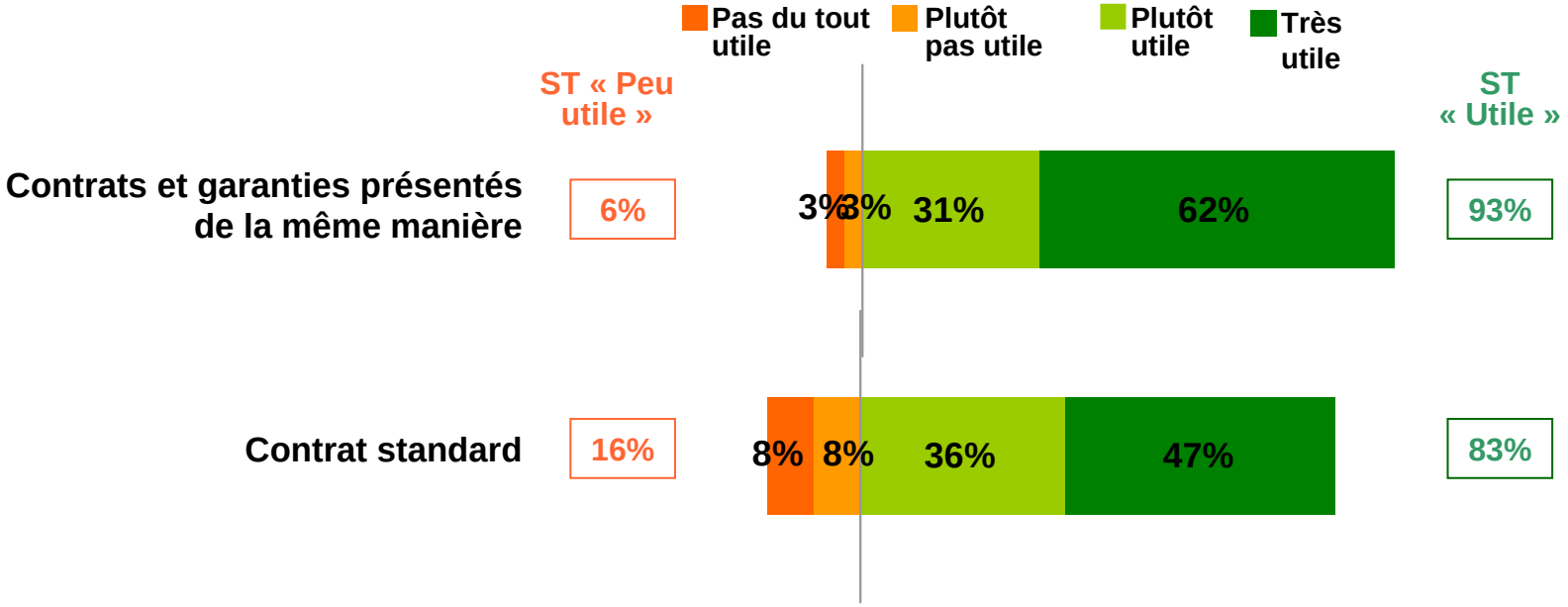


(Base : Ceux qui ont pu choisir leur complémentaire – n = 1 133)

MAIS UN CADRE FACILITANT CES CHOIX RESTERAIT BIENVENU

E9 Si les contrats et les garanties des complémentaires santé étaient tous présentés de la même de manière pour les comparer plus facilement, jugeriez-vous cela…

E10 Et si il existait un contrat standard proposé à l'identique par toutes les complémentaires, seul le prix pouvant varier, jugeriez-vous cela…



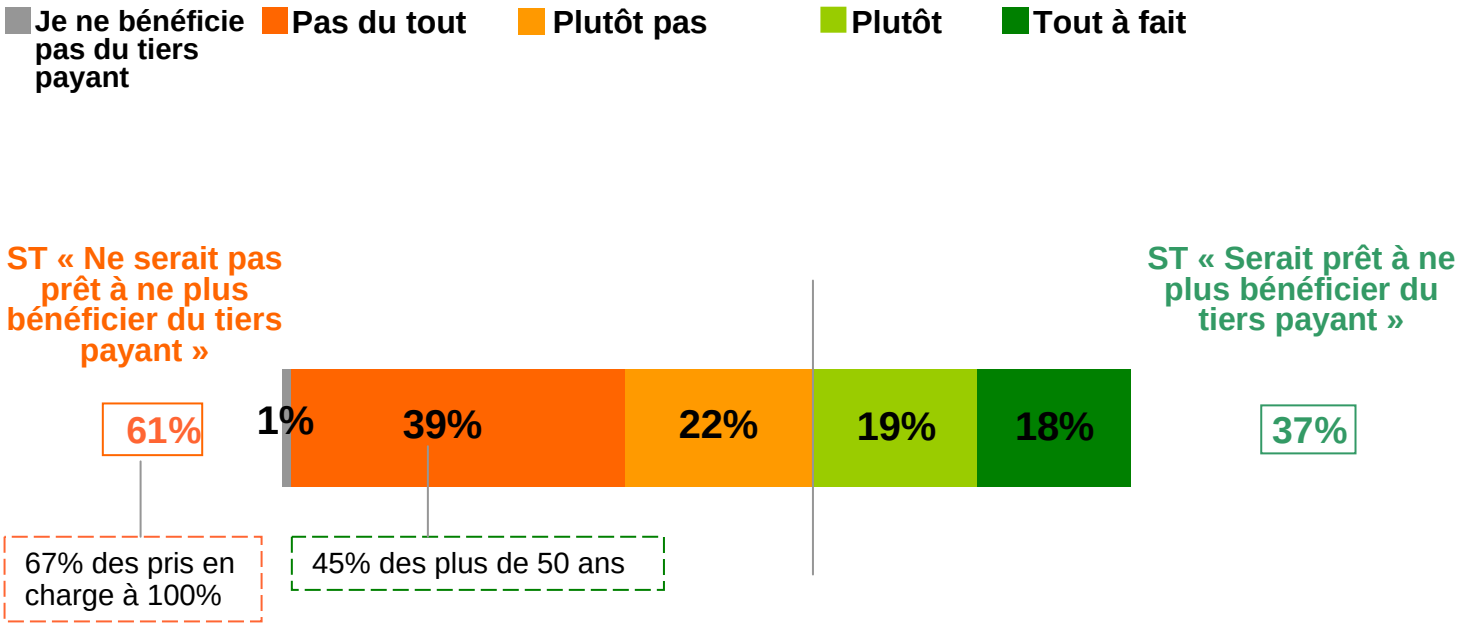
(Base : Ensemble – n = 2 002)

4. Les réactions aux perspectives d'évolution de l'offre

tns sofres

UN FORT ATTACHEMENT AU TIERS PAYANT

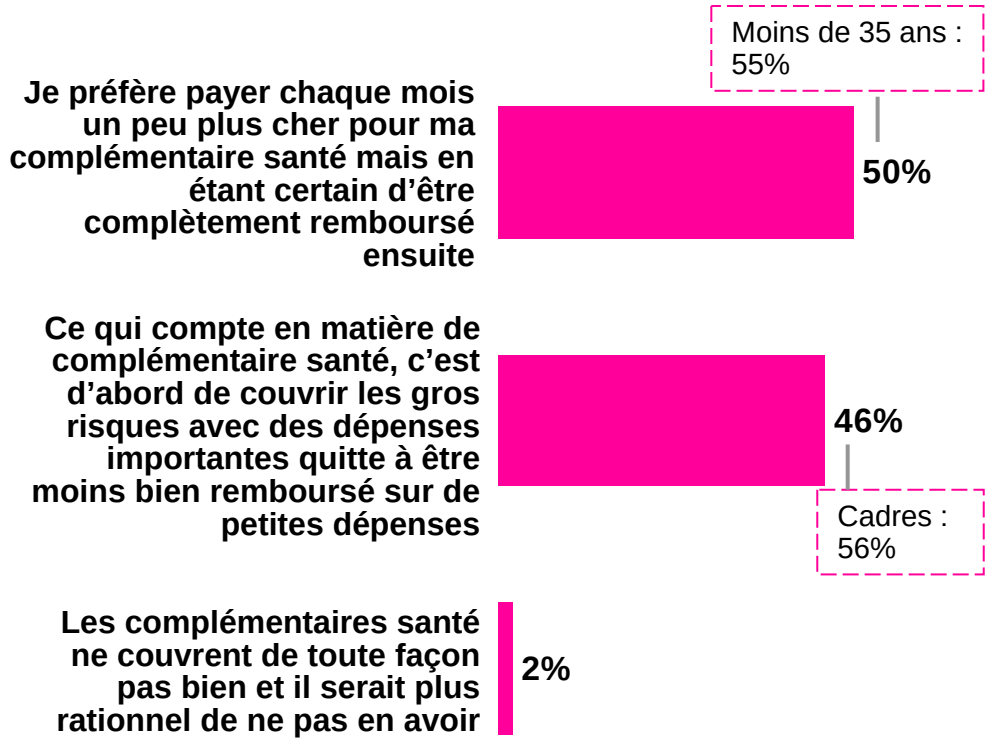
F7 Seriez-vous prêt à ne plus bénéficier du tiers payant et donc à faire l'avance de vos remboursements de complémentaire santé au pharmacien, en contrepartie d'une légère baisse de vos cotisations ?



(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

LA PERSPECTIVE D'UNE COUVERTURE CIBLEE SUR LES GROS RISQUES FAIT CLIVAGE

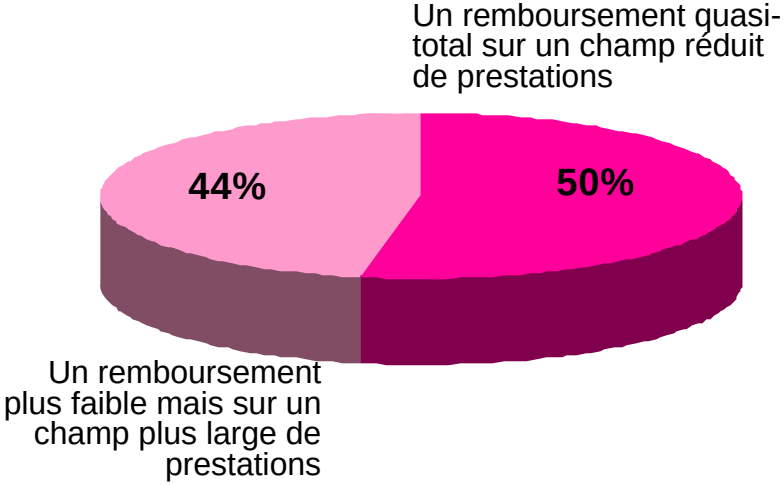
F9 Entre ces 3 affirmations, la quelle correspond le mieux à ce que vous pensez ?



(Base : Ensemble – n = 2 002)

F5 En matière de remboursement de votre complémentaire santé, et à cotisation égale, quelle serait pour vous la meilleure option ?

Entre 2 options de garanties

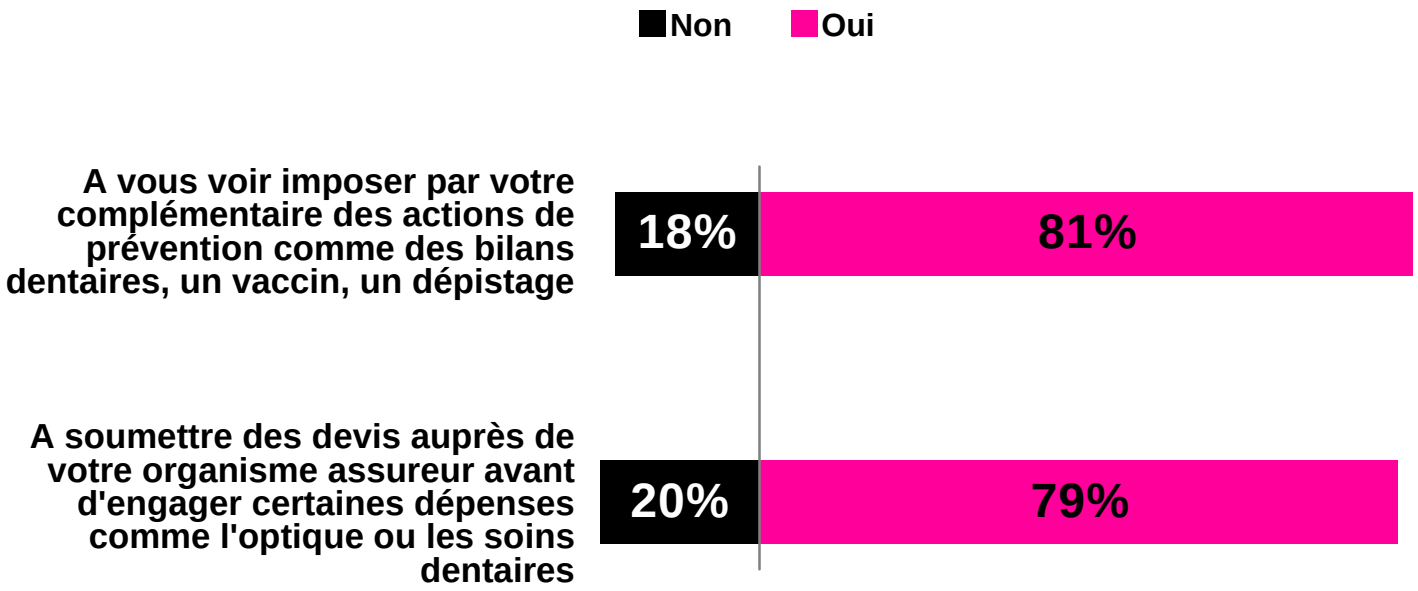


(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

La perspective de contraintes assorties à la baisse de cotisation est très bien acceptée

F6 En contrepartie d'une réduction de vos cotisations à votre complémentaire santé, êtes-vous prêt pour vos dépenses de santé courantes

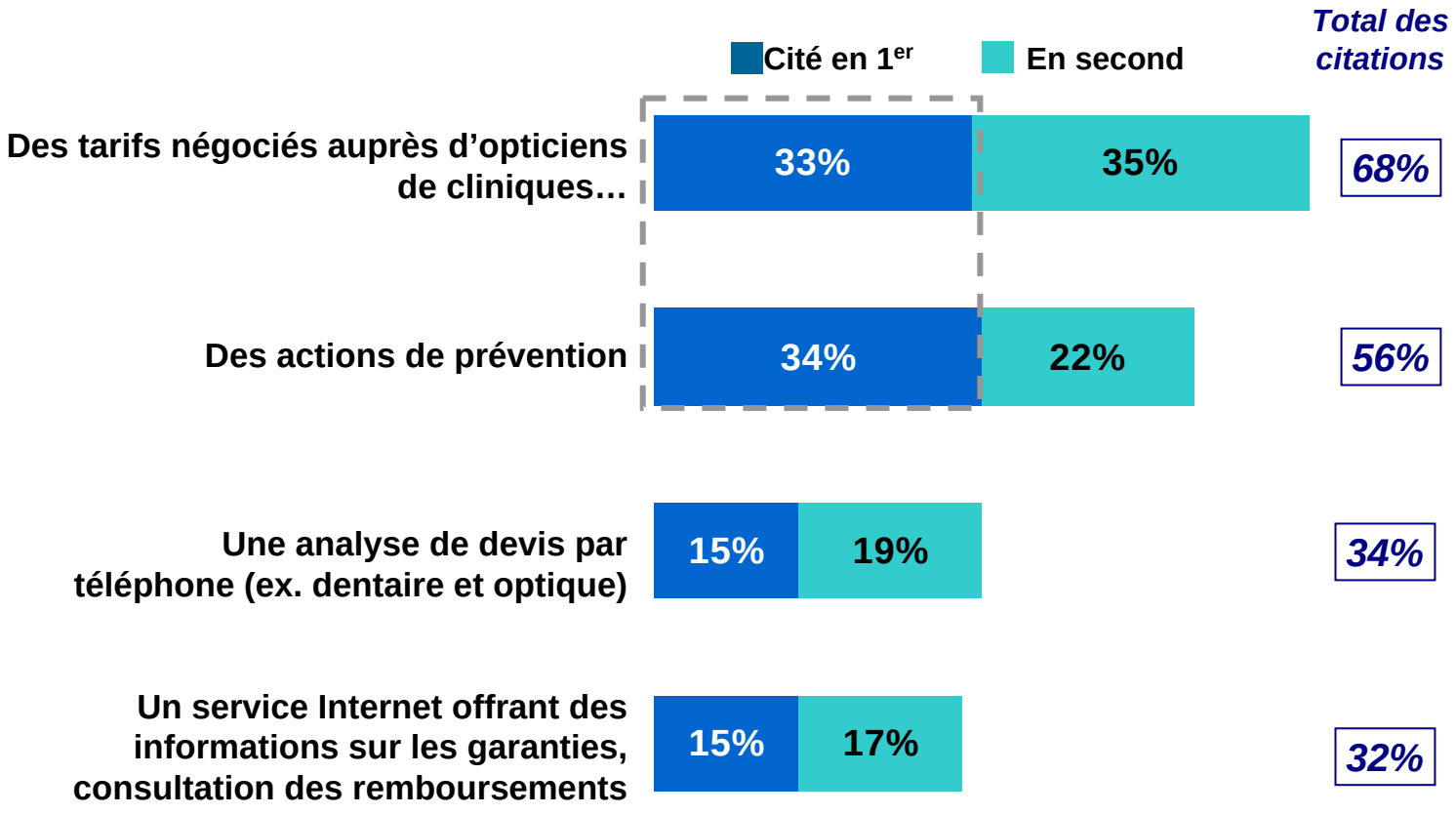
Face à 2 options de baisse des cotisations



(Base : Ceux qui ont une complémentaire santé – n = 1 652)

Les attentes en matières de services associés aux garanties se concentrent sur les tarifs et la prévention

F8 Quels sont les deux services associés à vos garanties qui vous paraissent les plus intéressants, que vous en bénéficiiez ou pas. En premier ? En second ?



(Base : Ensemble – n = 2 002)

5. Données complémentaires

Type de prise en charge – *Complémentaire santé*

D5 Actuellement, disposez-vous d'une complémentaire santé, qui vous assure des remboursements de vos frais médicaux complémentaires à ceux de la Sécurité sociale ?

Femmes : 27%
35-49 ans : 24%
Ouvriers : 26%

Hommes : 80%
Affilié à un régime de fonctionnaires* : 79%
Souffre d'une maladie chronique : 78%

Moins de 35 ans 66%

ST « Dispose d'une complémentaire 93%

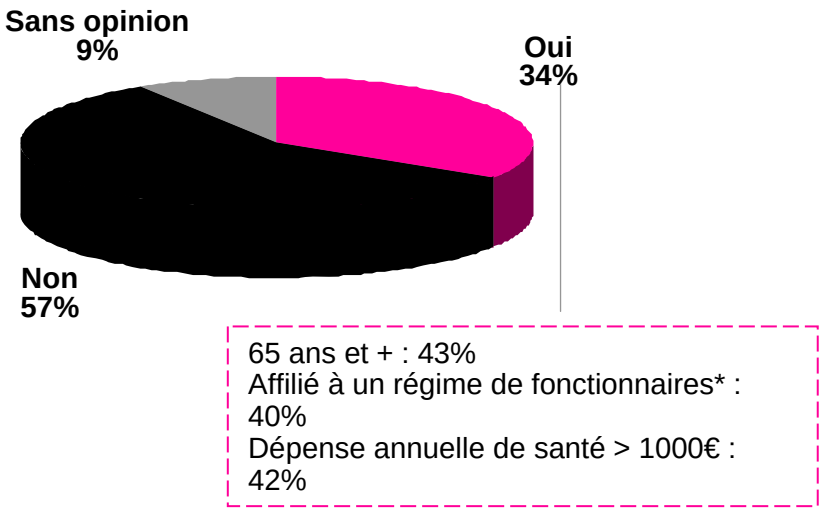
Revenus > 2200€ : 96%
Travaille dans la santé : 98%
Dépense annuelle de santé comprise entre 1300 et 2200€ : 42%

(Base : Ceux qui ne bénéficient pas de la CMU-C – n = 1 784)

** Affiliés au régime des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat ou au régime des agents des collectivités locales*

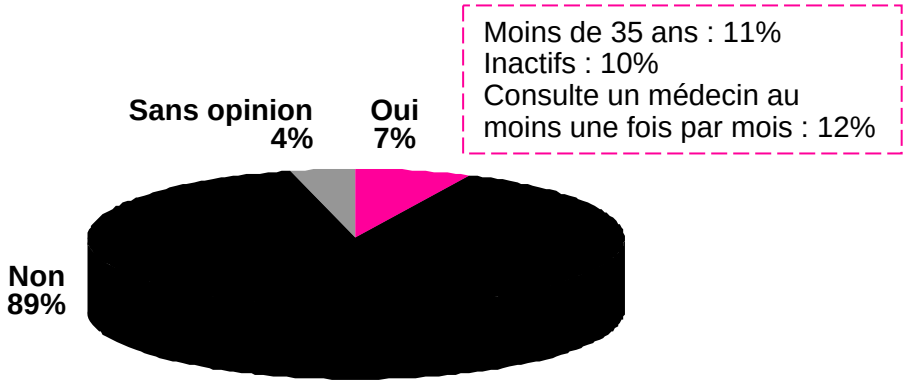
Type de prise en charge – *Sécurité Sociale et CMU Complémentaire*

D2 Etes-vous pris en charge à 100% par l'Assurance maladie ou la Sécurité sociale, par exemple pour affection de longue durée, invalidité, rente accident du travail, CMU complémentaire, RMI, AME ... ?



(Base : Ensemble – n = 2 002)

D3 Actuellement, bénéficiez-vous de la CMU complémentaire appelée aussi couverture maladie universelle complémentaire ?

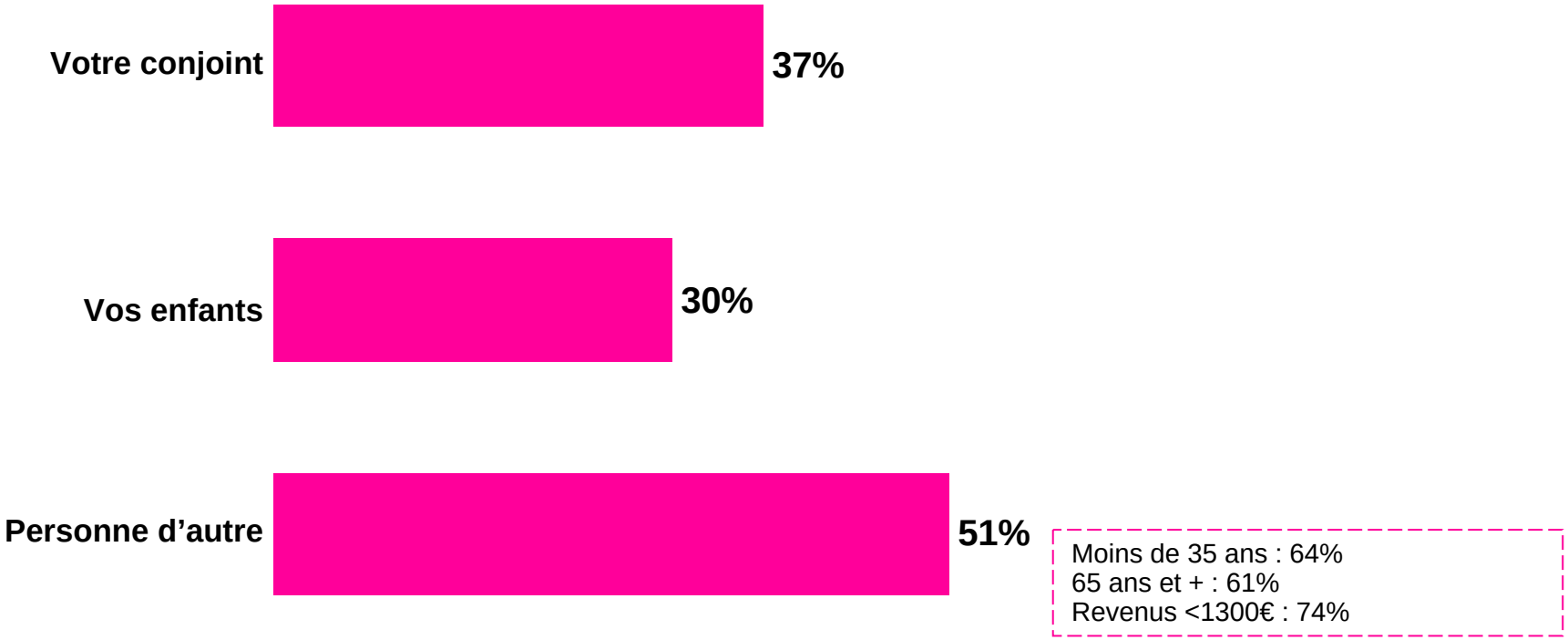


(Base : Ceux qui ne sont pas pris en charge à 100% par la SS – n = 1 315)

** Affiliés au régime des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat ou au régime des agents des collectivités locales*

Ayant-droit de la complémentaire

D9 Hormis vous, qui est couvert par cette mutuelle ou assurance ?



(Base : Ceux qui ont une complémentaire en nom propre – n = 1 298)

Volet Entreprises

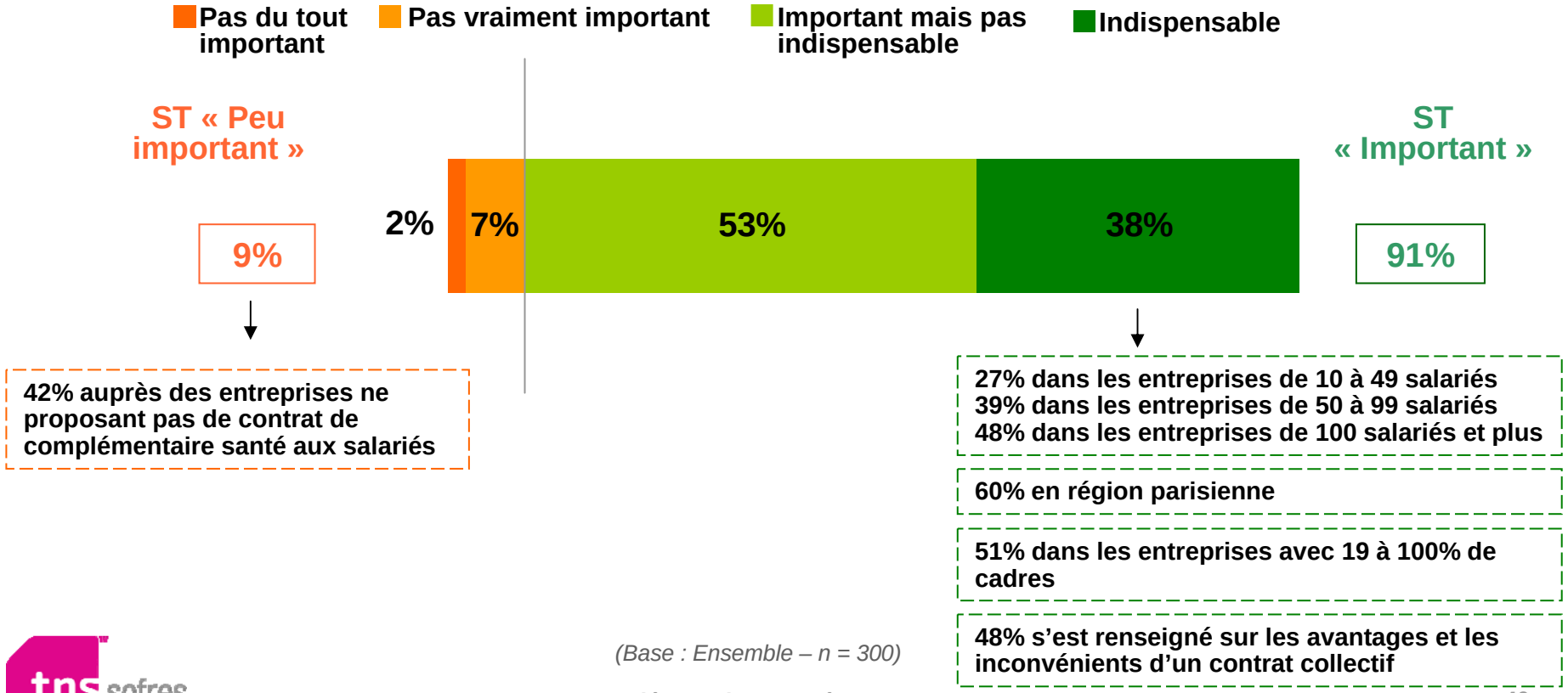
1. Pourquoi une entreprise propose-t-elle (ou pas) une complémentaire santé?

tns sofres

La quasi-totalité des entreprises accordent de l'importance au fait de proposer une couverture collective…

- **Pour plus d'un 1/3 des entreprises il est indispensable de proposer une couverture collective.**
- **C'est notamment le cas des grandes entreprises (plus de 100 salariés), avec une forte population de cadres, implanté en région parisienne et ayant pris des renseignements sur les avantages / inconvénients d'un contrat collectif.**
- **Pour 1 entreprise sur 2 c'est important mais pas indispensable.**

Q6 Selon vous, est-il aujourd'hui indispensable, important mais pas indispensable, pas vraiment important ou pas du tout important pour une entreprise comme la vôtre de proposer une couverture collective ?

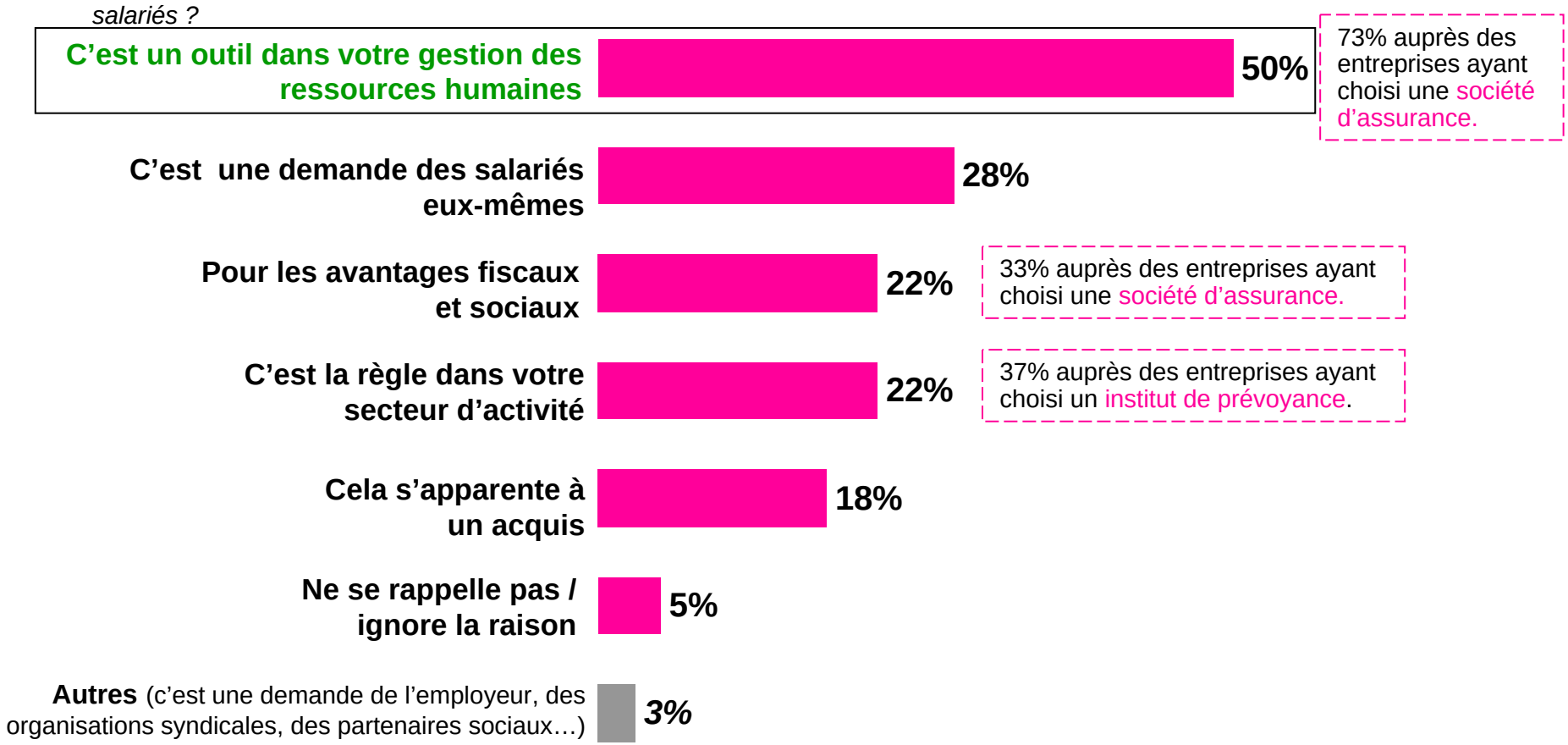


(Base : Ensemble – n = 300)

… car il s'agit, avant tout, d'un outil de gestion des ressources humaines.

- **Dans cette même logique de gestion, les avantages fiscaux et sociaux sont évoqués par 22% des entreprises.**
- **La demande de salariés et / ou « la règle du secteur » peuvent également pousser les entreprises à proposer une complémentaire santé.**

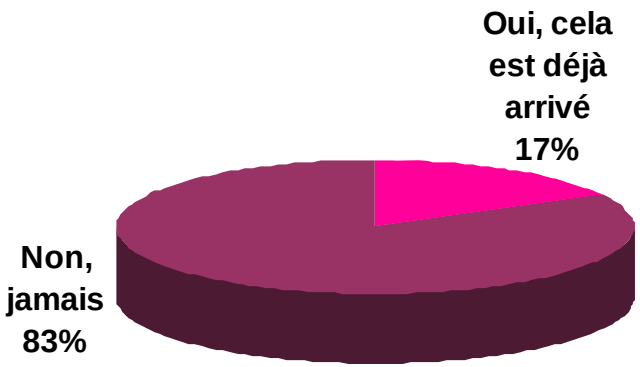
Q10 Quelles ont été les principales raisons qui ont conduit votre entreprise à choisir de proposer une complémentaire santé à ses salariés ?



(Base : Entreprises offrant une AMC – n = 248)

Si une entreprise ne propose pas de complémentaire santé, c'est le plus souvent lié à des raisons financières

R7 Et dans le passé, votre entreprise a-t-elle déjà proposé un contrat de complémentaire santé collectif ?



(Base : Aux entreprises n'offrant pas d'AMC– n = 52)

R9 Pour quelles raisons votre entreprise a-t-elle choisi de ne pas proposer de complémentaire santé à ses salariés ? Et encore ? (question ouverte, réponses spontanées)

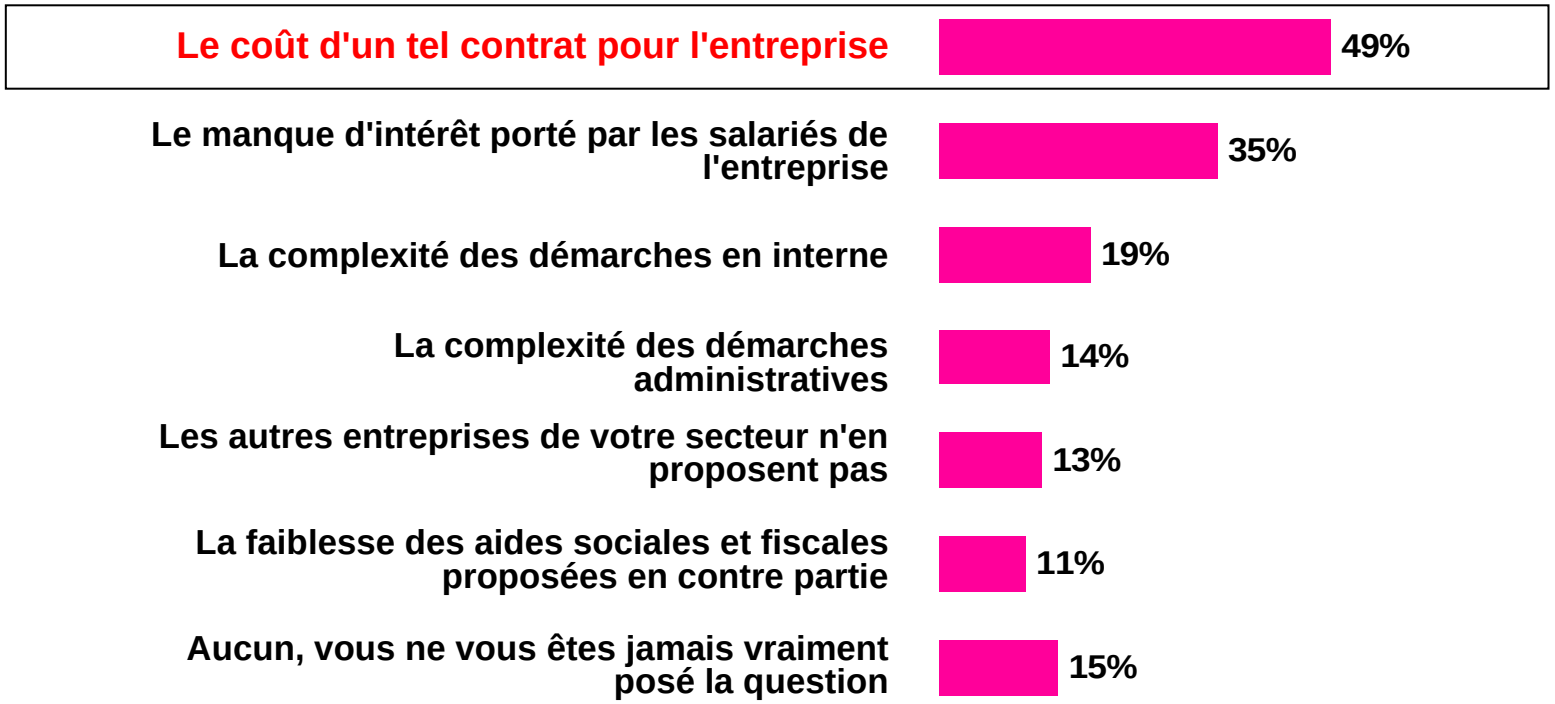
	%
ST « AU MOINS UN ELEMENT »	**91**
ST « Raisons liées à la Gestion, à la Direction »	**75**
Raisons financières (trop coûteux, pas de budget...)	38
Le dirigeant ne s'est jamais intéressé à la question	18
Refus du dirigeant (sans autre précision)	12
Complexité de la gestion	9
Autres (entreprise en pleine création / question en cours d'étude...)	9
ST « Raisons liées aux salariés »	**26**
Les salariés ne sont pas intéressés	15
Les salariés ont déjà une complémentaire (via leur conjoint)	8
Autres (laissent le choix aux salariés / statut des salariés...)	4
NSP	*9*

(Base : Entreprises n'ayant jamais offert d'AMC dans le passé – n = 43)

Si une entreprise ne propose pas de complémentaire santé, c'est le plus souvent lié à des raisons financières

• En assisté, le coût d'un contrat complémentaire santé pour l'entreprise est également avancé comme le premier frein.
• Néanmoins, un 1/3 des entreprises évoquent également le manque d'intérêt porté par les salariés et une part non négligeable la complexité des démarches, en interne et externe.

R10 Et plus particulièrement, quels sont les principaux éléments qui vous ont incité à ne pas proposer de contrat collectif ?



(Base : Entreprises n'offrant pas d'AMC – n = 52)

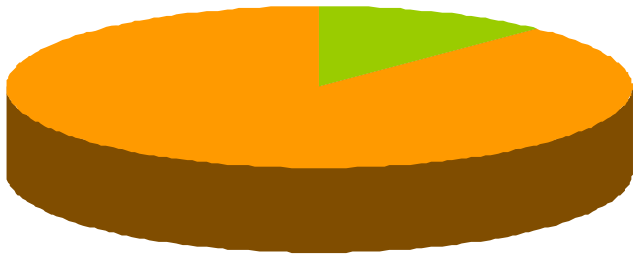
2. L’offre de complémentaire santé proposée par les entreprises à leurs salariés

tns sofres

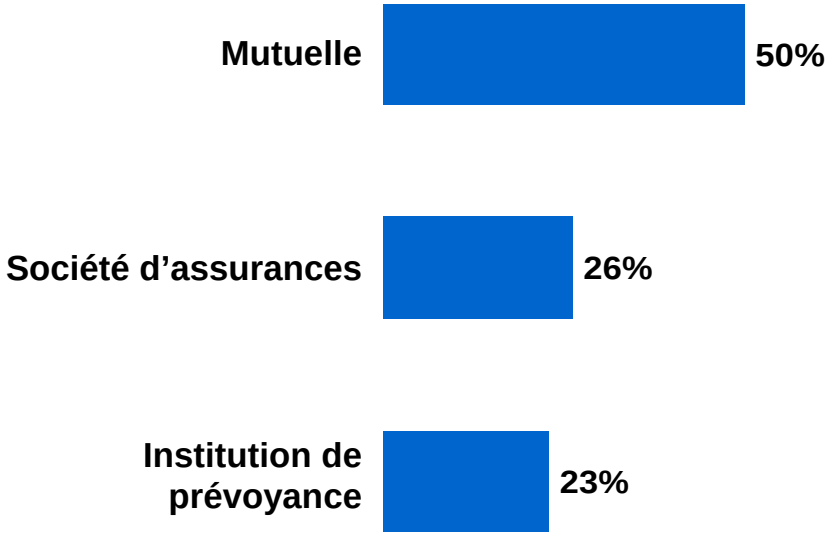
Les entreprises qui proposent une complémentaire optent majoritairement pour un contrat obligatoire, le plus souvent auprès d'une mutuelle.

Q19 Le contrat proposé par votre entreprise est-il facultatif ou obligatoire ?

24% auprès des entreprises avec 0 à 6% de cadres
29% auprès des entreprises de 0 à 47% de prise en charge des cotisations par l'entreprise



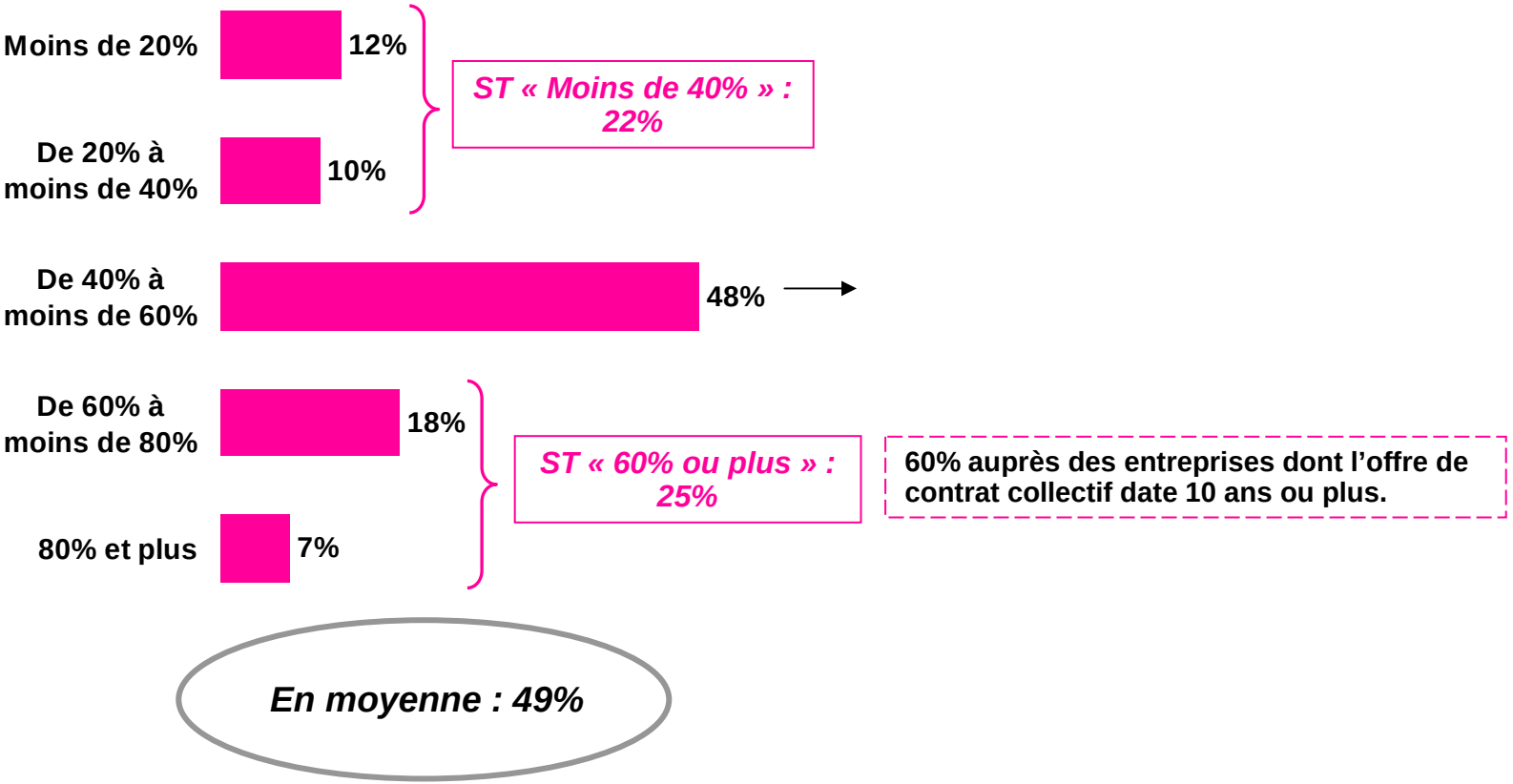
Q21 Par quel type d'organisme cette complémentaire est-elle proposée ?



(Base : Entreprises offrant une AMC– n = 248)

La prise en charge des cotisations par les entreprises : la norme se situe autour de 50%

Q22 En moyenne, quel pourcentage du montant des cotisations votre entreprise prend-elle en charge ?



(Base : Entreprises offrant une AMC– n = 248)

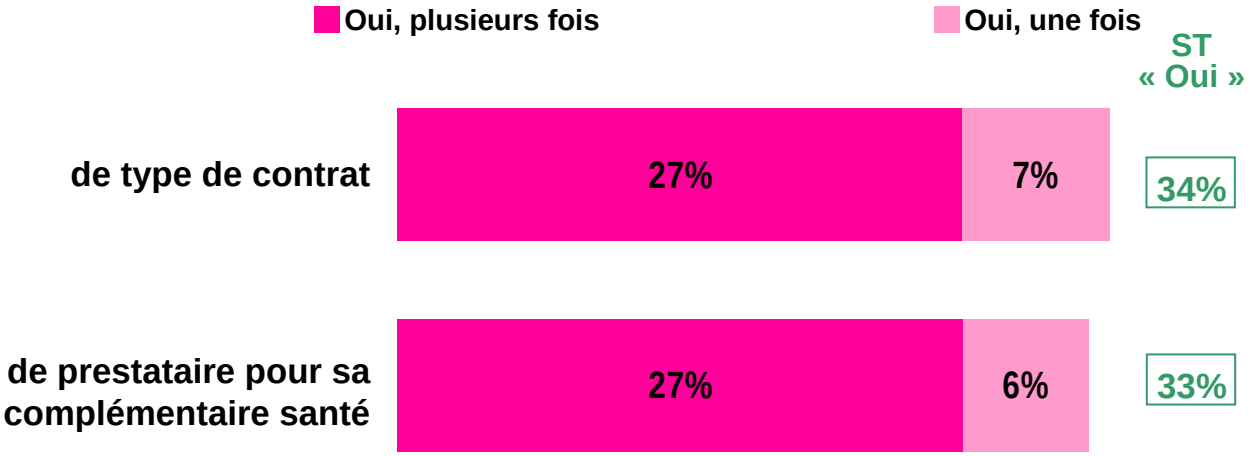
3. Un marché qui a fortement évolué au cours des dernières années

tns sofres

Une part non négligeable des entreprises n'hésitent pas à changer de prestataire ou de type de contrat…

• Il s'agit notamment des grandes entreprises (en termes de salariés et de CA), celles pour qui cela représente un enjeu financier important (prise en charge des cotisations élevée) et qui disposent de plus de 5 ans de leur contrat.

Q23 Au cours des 5 dernières années, votre entreprise a-t-elle changé…?



ST « A changé de prestataire ou de type de contrat » : 50%

62% auprès des entreprises de plus de 100 salariés.
66% auprès des entreprises avec un CA annuel de 20 millions ou plus

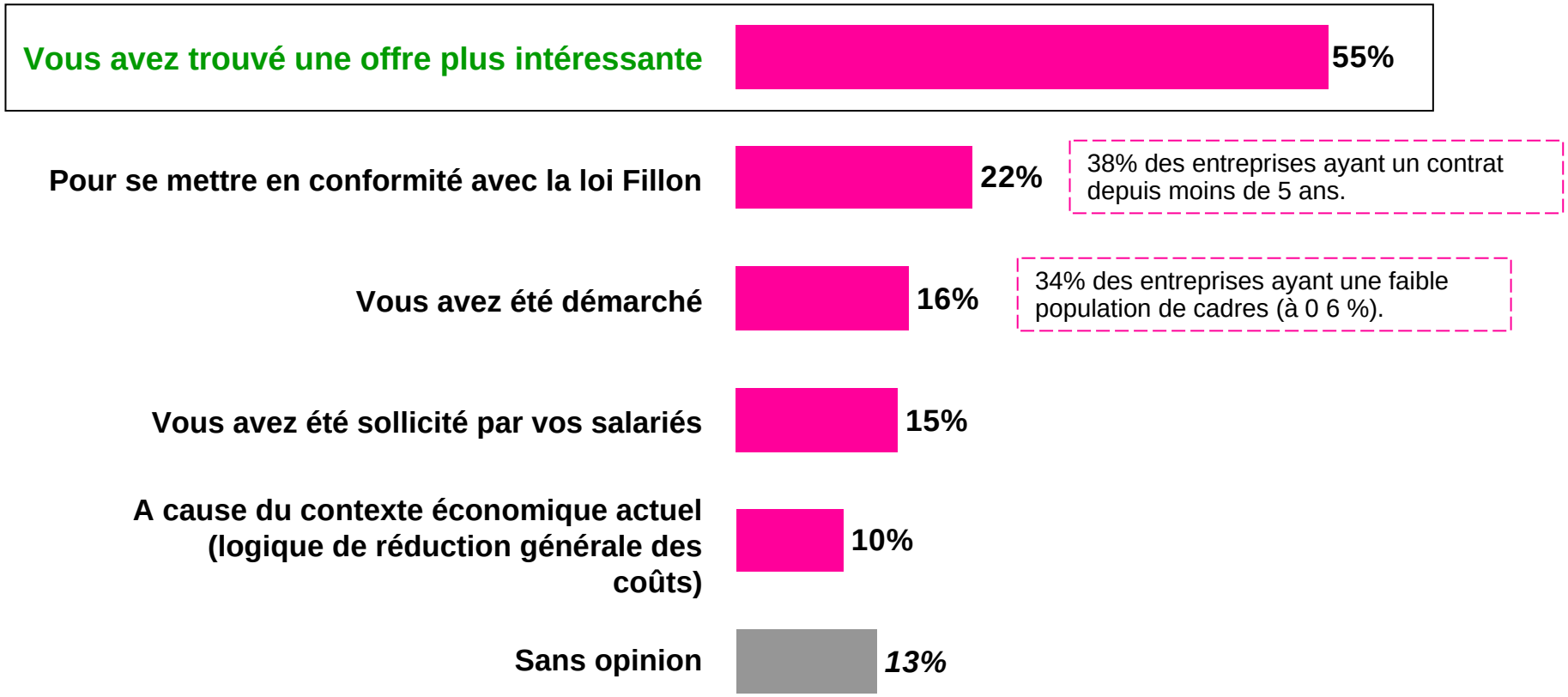
64% auprès des entreprises qui prennent en charge entre 56 et 100% des cotisations.

36% auprès des entreprises ayant un contrat depuis moins de 5 ans
54% auprès des entreprises ayant un contrat depuis 5 ans ou plus

(Base : Entreprises offrant une AMC – n = 248)

…essentiellement pour bénéficier des offres plus intéressantes. Mais aussi pour la mise en conformité avec la nouvelle législation, mentionnée par presqu'un ¼ des entreprises.

Q24 Pourquoi avoir changé de prestataire et/ou d'offre?



(Base : Entreprises ayant changé de contrat ou prestataire – n = 123)

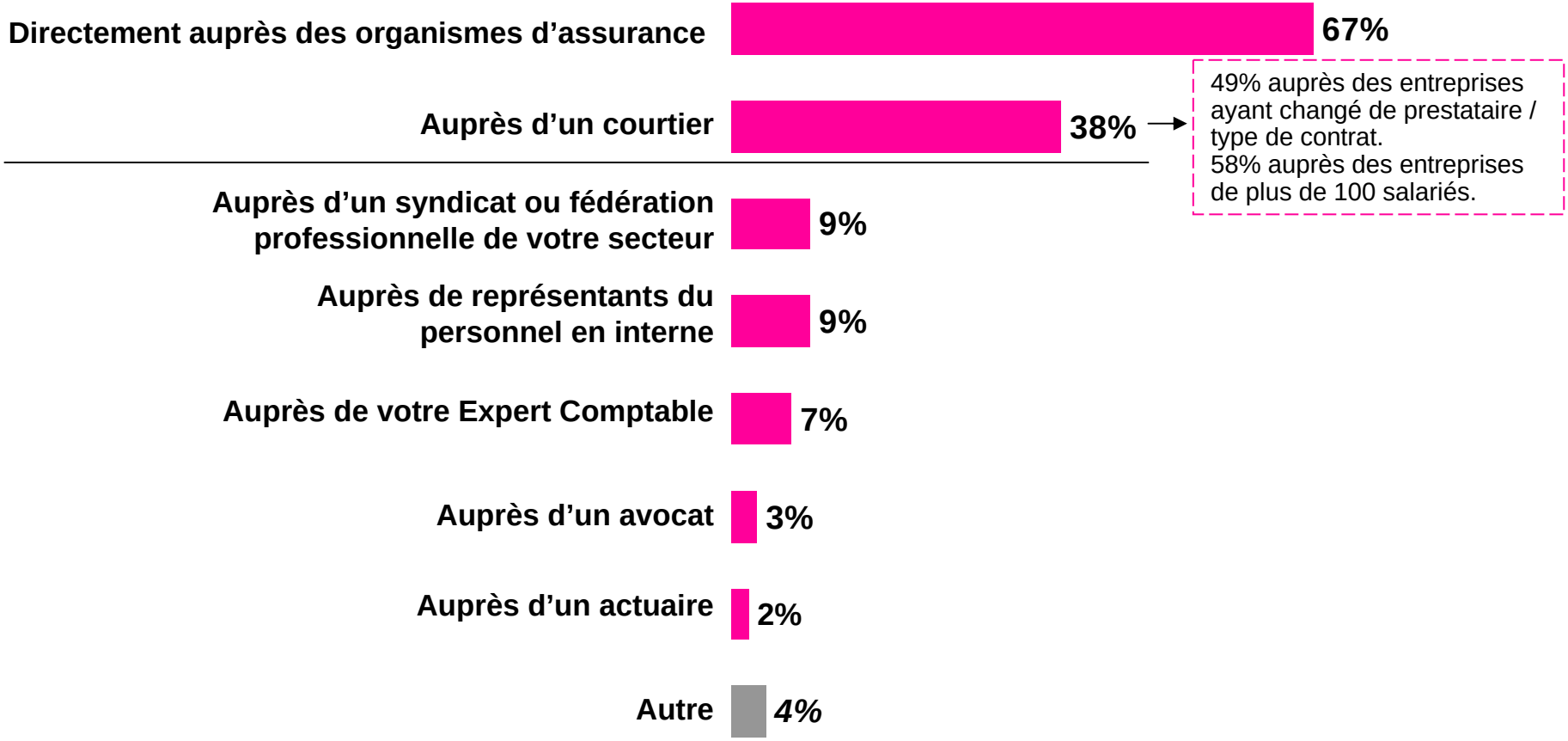
4. Les sources d'information et les critères de choix

tns sofres

Recherche d'informations pour le choix du contrat : surtout auprès des organismes d'assurance, mais aussi auprès des courtiers

• Ce sont notamment les grandes entreprises qui font appel un courtier ou les entreprises ayant changé de prestataire / type de contrat.

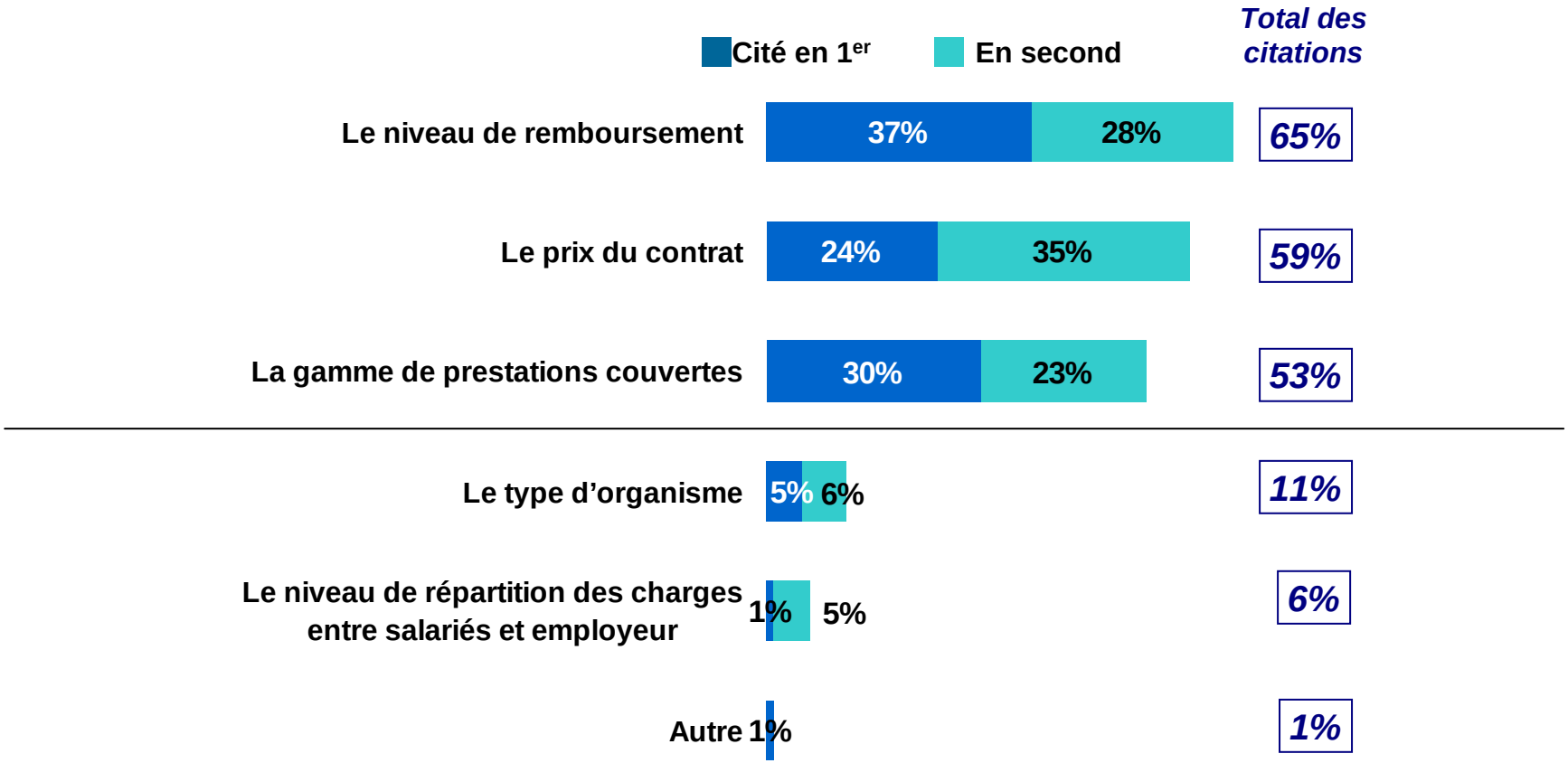
Q13 Pour le choix de l'organisme et du type de contrat à sélectionner, auprès de qui vous êtes-vous renseigné ?



(Base : Ceux qui ont participé au choix – n = 156)

Les premiers critères de choix de la complémentaire santé sont soit de nature financière soit concernent l'offre des prestations.

Q16 Finalement, quels sont les critères principaux qui ont prévalu dans votre choix ? En premier ? En second ?

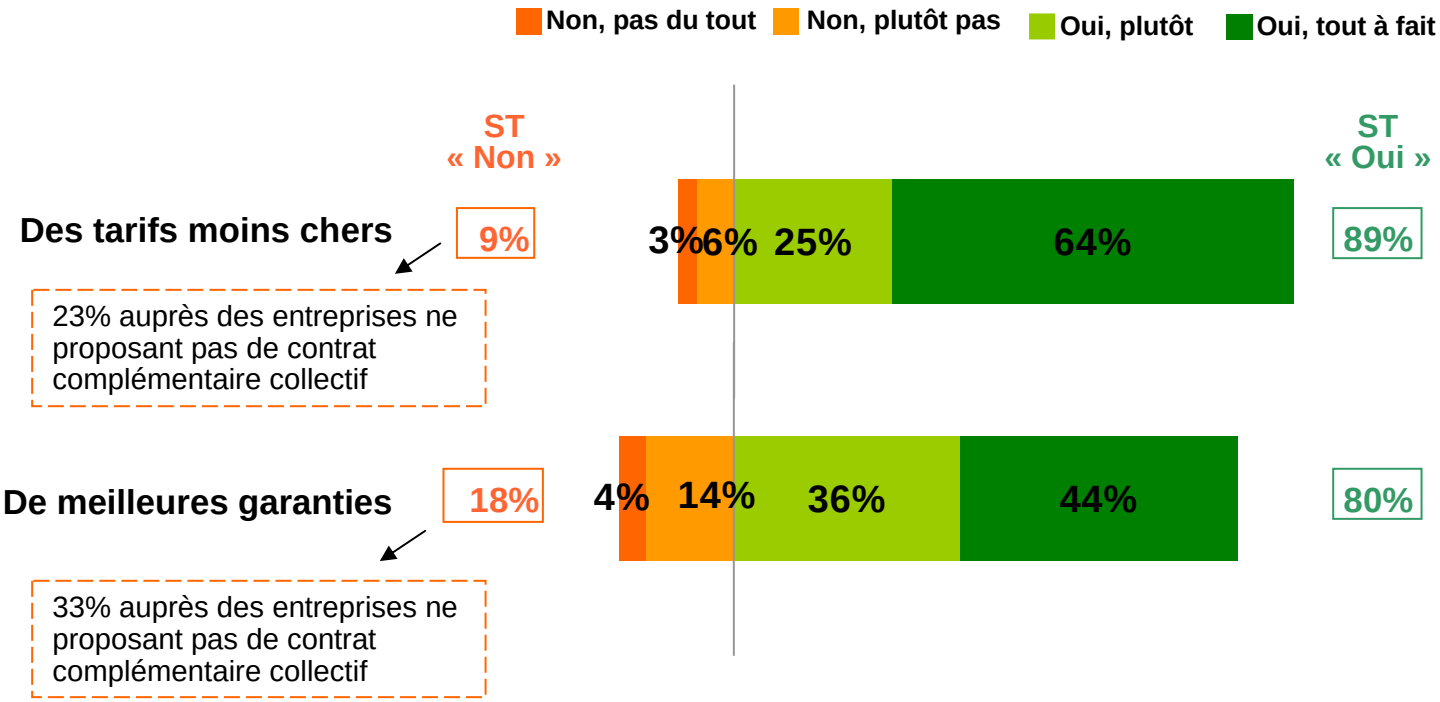


(Base : Ceux qui ont participé au choix– n = 156)

Dans ce contexte et par rapport aux contrats individuelles, les entreprises se voient en position de force pour obtenir des prestations plus avantageuses

S1 Pensez-vous qu'une entreprise est en capacité d'obtenir des tarifs moins chers que les contrats individuels ?

S2 Pensez-vous qu'une entreprise est en capacité d'obtenir de meilleures garanties que les contrats individuels ?



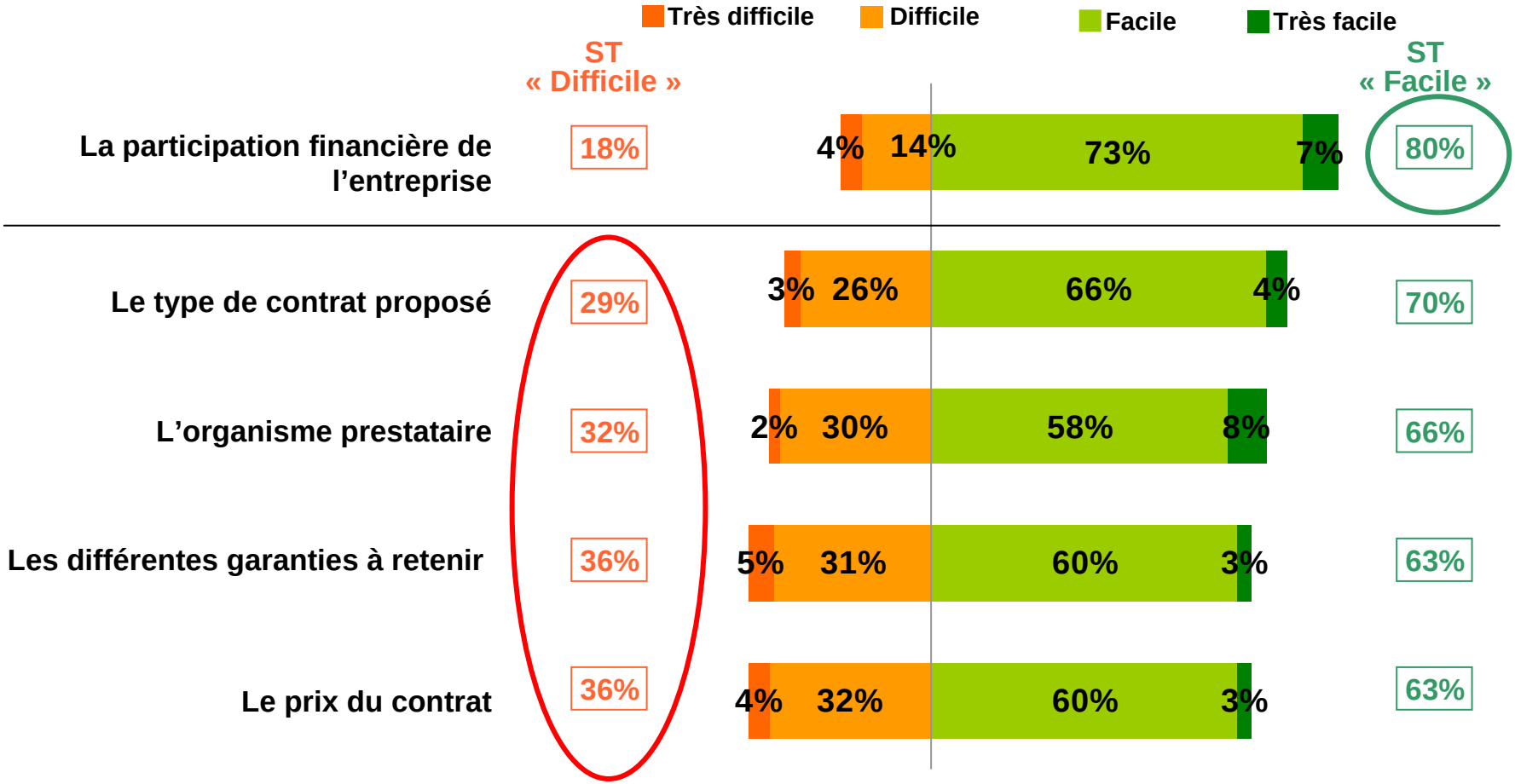
(Base : Ensemble – n = 300)

5. Globalement, un choix facile, mais quelques attentes

tns sofres

Globalement, un choix facile en ce qui concerne la participation financière de l'entreprise et le type de contrat, mais moins aisé quant aux garanties, au prix du contrat, à l'organisme prestataire ou au type de contrat.

Q12 Le choix vous a-t-il paru facile à prendre en ce qui concerne…?

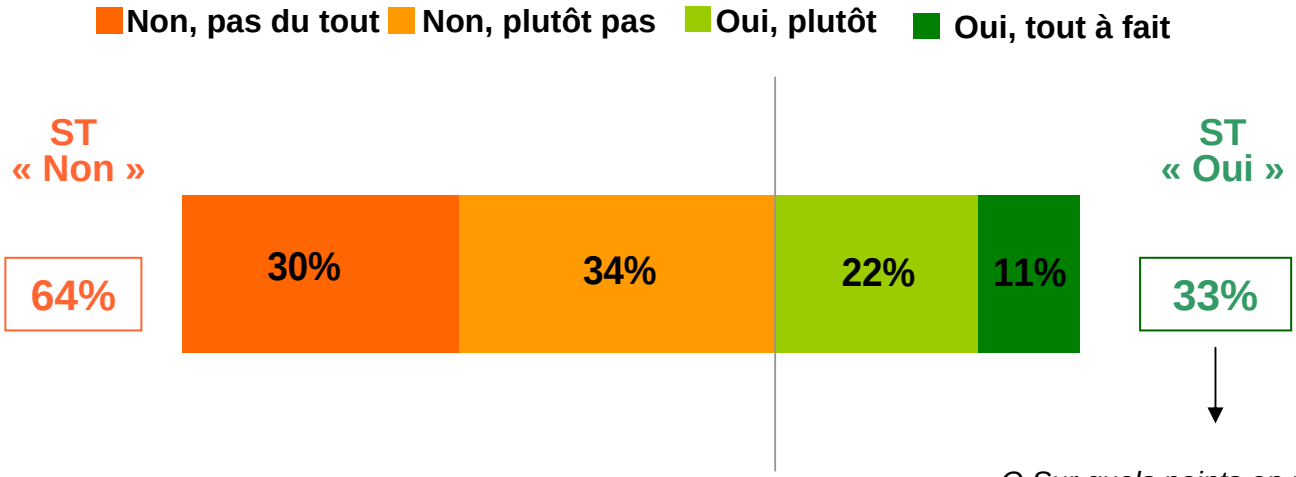


(Base : Ceux qui ont participé au choix – n = 156)

Il s'en suit un faible besoin d'aide supplémentaire pour choisir

• Ce besoin se fait surtout sentir dans les petites entreprises (moins de 100 salariés) et lors d'une démarche de changement de prestataire et / ou type de contrat…
• … et l'aide devrait surtout porter sur le type de contrat et l'offre et de manière plus pragmatique, sur la mise en place.

Q14 Auriez-vous apprécié pouvoir bénéficier de davantage d'aide dans ce choix ?



37% auprès des entreprises de moins de 100 salariés vs 26% auprès des entreprises de plus de 100 salariés.

38% auprès des entreprises ayant changé de prestataire / type de contrat.

Q Sur quels points en particulier auriez-vous voulu être conseillé ?

Choix du type de contrat	40%
Choix de l'offre aux salariés	35%
Aide à la mise en place	34%
Choix de l'organisme	20%

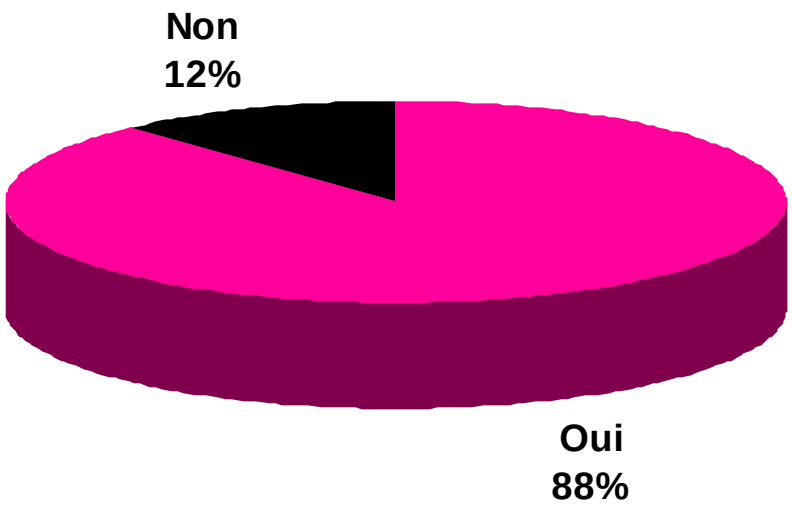
(Base : Ceux qui aurait voulu plus – n = 52)

(Base : Ceux qui ont participé au choix – n = 156)

6. Données complémentaires

Recherche d'informations sur les avantages et inconvénients d'un contrat collectif en amont

Q11 En amont de cette décision, vous êtes-vous renseigné sur les avantages et inconvénients d'un contrat collectif ?



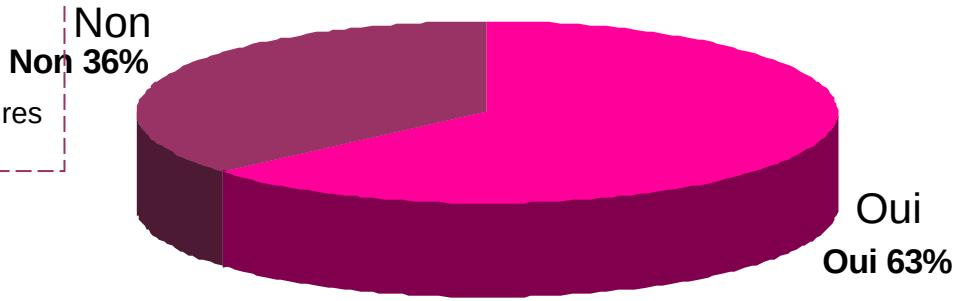
(Base : Ceux qui ont participé au choix – n = 156)

Positionnement vis-à-vis de l'obligation de proposer une complémentaire

S8 Seriez-vous favorable à ce que toutes les entreprises de 50 salariés ou plus soient dans l'obligation de mettre en place une couverture complémentaire d'entreprise ?

56% auprès des entreprises ne proposant pas de contrat de complémentaire de santé à leurs salariés.

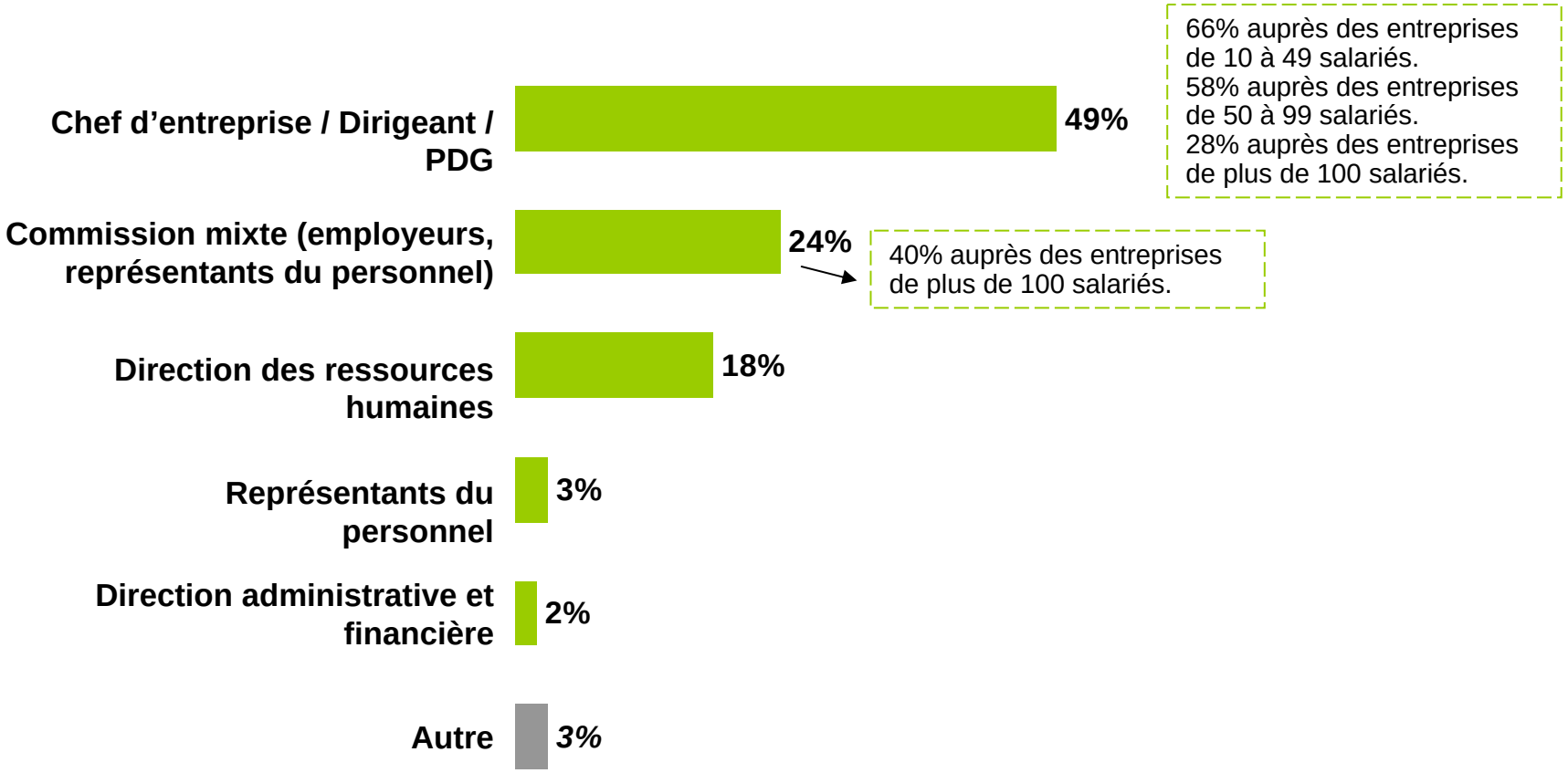
49% auprès des entreprises ayant une faible population de cadres (0 à 6%)



(Base : Ensemble – n = 300)

Décisionnaire final en matière de complémentaire

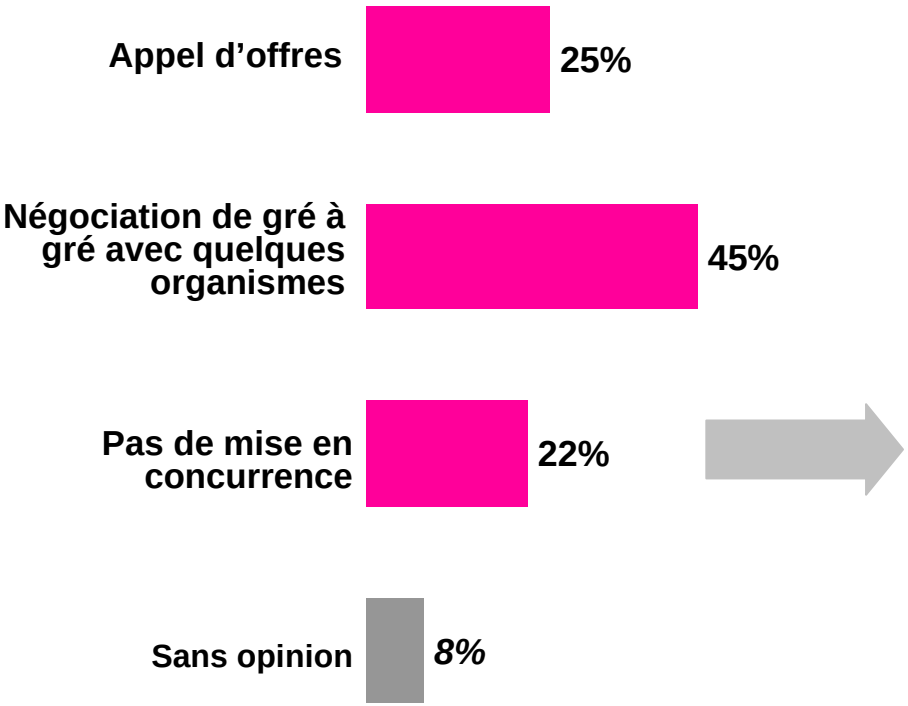
Q25 In fine, au sein de votre entreprise, qui a été à l'origine des choix retenus en matière de complémentaire santé?



(Base : Entreprises offrant une AMC – n = 248)

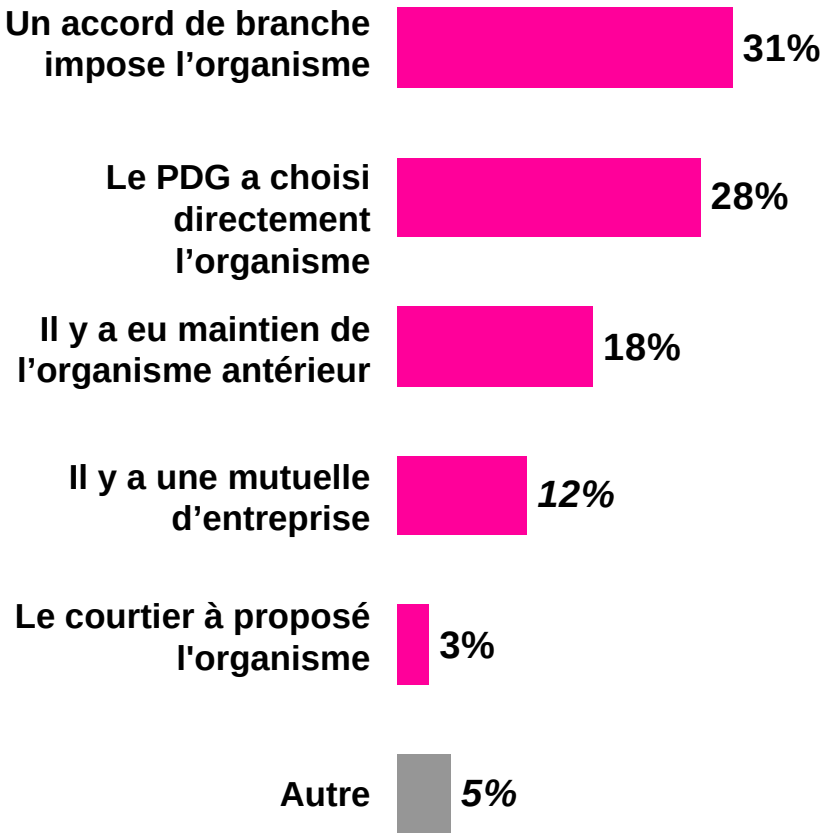
Prise de décision de la mise en concurrence les organismes

Q17 Comment la mise en concurrence pour le choix de l'organisme a-t-elle été organisée ?



(Base : Entreprises offrant une AMC – n = 248)

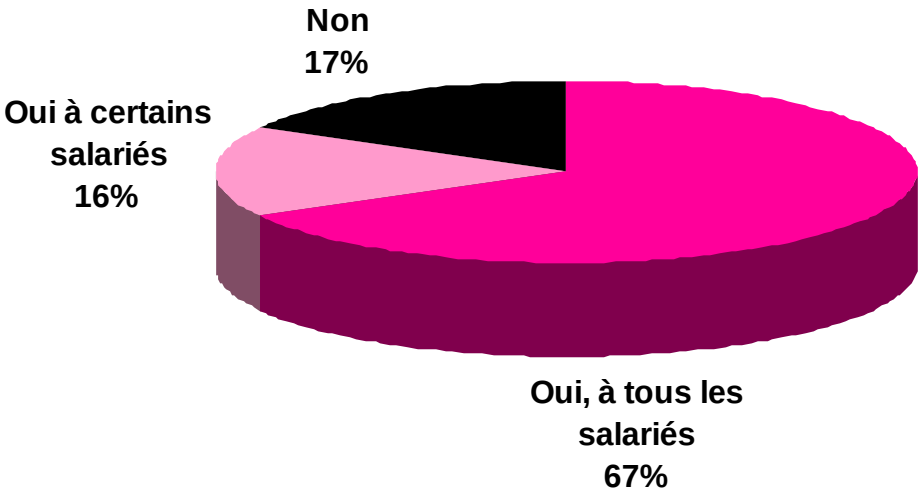
Q18 Pourquoi n'y a-t-il pas eu de mise en concurrence ?



(Base : Si pas de mise en concurrence – n = 54)

Proportion d'entreprises qui proposent une offre de complémentaire santé

Q7 Actuellement, votre entreprise propose-t-elle à ses salariés de souscrire à un contrat de complémentaire santé collectif ?



ST « Proposent une complémentaire à leurs salariés » : 83%

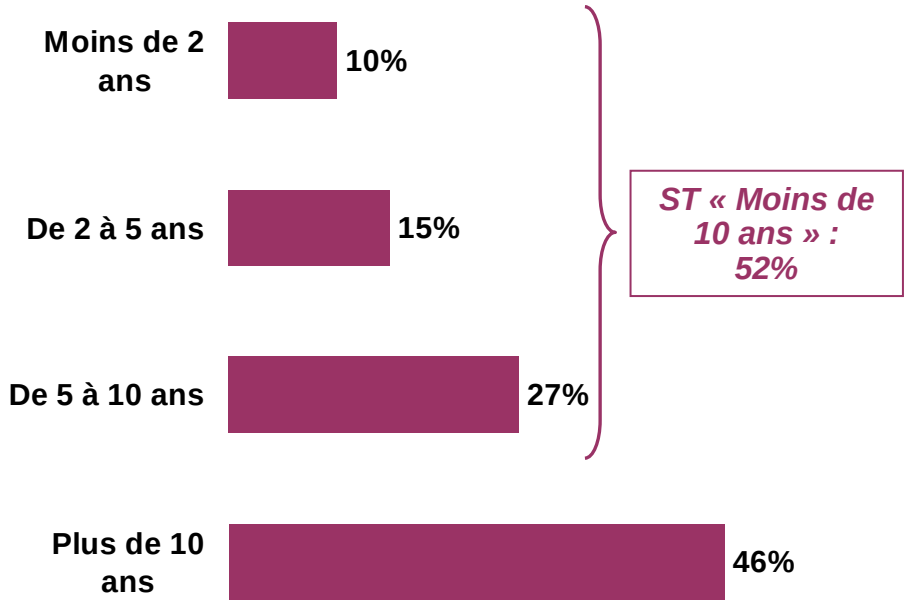
70% dans les entreprises de 10 à 49 salariés
86% dans les entreprises de 50 à 99 salariés
90% dans les entreprises de 100 salariés et plus

(Base : Ensemble – n = 300)

L'ancienneté des contrats

- **1 entreprise sur 4 propose une complémentaire depuis moins de 5 ans.**
- **52% des entreprises propose une complémentaire depuis moins de 10 ans.**

Q9 Depuis combien de temps votre entreprise propose-t-elle à ses salariés de souscrire à une complémentaire santé ?



(Base : Entreprises offrant une AMC– n = 248)

Pièce jointe N°2 : Fiches pays Capgemini consulting

Capgemini Consulting

Centre d'analyse stratégique

Centre d'analyse stratégique

Couverture maladie dans les pays de l'OCDE : champ d'intervention et rôle des assurances complémentaires et supplémentaires, choix des particuliers et couverture des risques

Rapport final – Fiches pays

Paris, le 27 mars 2009

Capgemini Consulting is the strategy and transformation consulting brand of Capgemini Group

Le présent document, annexé au rapport final de la mission, contient les fiches réalisées pour les 12 pays de l'étude

Rappel des pays étudiés dans le cadre de l'étude et de leur priorisation

Pays	NIveau de priortité et d'intéret du pays pour l'analyse
Suisse	***
Pays-Bas	***
Etats-Unis	**
Allemagne	**
Canada	**
Australie	**
Irlande	**
Japon	*
Espagne	*
Italie	*
Suède	*
Royaume-Uni	*

Suisse

Panorama du système de protection sociale

Présentation du système de protection sociale

- Un système de santé de type **bismarckien** (principe de solidarité), **libéral et décentralisé** (au niveau notamment des 26 cantons)
- Un **système d'assurance de base obligatoire**
  - Une couverture universelle (seul 1% de la population n'est pas assuré) / des aides individuelles pour les revenus modestes et bas
  - Une couverture complète : un catalogue de prestations étendu, ce qui explique la part réduite de l'assurance complémentaire / supplémentaire
  - Une carte cantonale avec obligation de choix de l'assureur au sein du canton mais une possibilité de changer d'assureur 2 fois par an (dans les faits, un taux de rotation faible de 4% par an)
  - Une tarification uniforme : primes individuelles, identiques pour tous les assurés d'une assurance à l'intérieur d'un canton ou d'une subdivision du canton (3 zones tarifaires au sein du canton) pour une même prestation, non liées au revenu
  - Des mécanismes de péréquation, compensant entre assureurs les différences de structures de risques liées à l'âge et au sexe
  - Une diversité de prestataires d'assurance (pas de caisse unique), publics et privés en concurrence mais soumis à des interdictions (de vente liée de prestations d'assurance primaire et complémentaire, de profit (mise en réserves))
  - Un choix au sein de l'assurance de base entre 3 types de couverture dont un système intégré (HMO ou médecin de famille, qui concerne 12% des assurés)
- **Un système d'assurance volontaire avec un rôle essentiellement complémentaire et supplémentaire**
  - Assurance indemnités journalières en espèce
  - Assurance maladie complémentaire (assurances complémentaires d'hospitalisation ou assurances ambulatoires de petite taille) : possibilité d'ajuster les primes au risque, de refuser les mauvais risques et de résilier les contrats de personnes ayant omis de révéler toutes les pathologies avec impact sur leur état de santé

Répartition des risques entre ces acteurs

- **Risques couverts par l'assurance de base obligatoire**
  - Un panier de biens standardisé, défini par la loi (LAMal 1996 et révisions ultérieures) : prise en charge des prestations en cas de maladie, d'accidents et de maternité
  - Services de santé et produits médicaux nécessaires au diagnostic et au traitement, produits pharmaceutiques et traitements non médicaux inscrits sur une liste positive, soins dentaires pour maladies graves etc.
- **Risques couverts par l'assurance "complémentaire" (privée)**
  - Couverture des prestations dites de confort et des prestations non couvertes par la base (l'assureur est libre de déterminer les prestations complémentaires qu'il veut offrir en sus de l'assurance de base). Il est, de fait, possible de s'assurer pour à peu près tout au moyen d'assurances complémentaires ;
  - Services spéciaux d'hôtellerie en cas d'hospitalisation (assurances complémentaires d'hospitalisation), médecine complémentaire, soins dentaires, psychothérapie, médicaments non pris en charge, lunettes, voyages à l'étranger, etc. qui constituent un volume de primes assez minime (assurances complémentaires ambulatoires de « petite taille »)
- **Risques restant à charge de l'assuré (après assurance "complémentaire")**
  - Depuis le 1er janvier 2001, interdiction pour l'assurance complémentaire de couvrir l'obligation de participation aux coûts de l'assurance maladie obligatoire
  - A l'intérieur de la catégorie réunissant les patients ayant contracté une assurance complémentaire, les risques non-assurés varient d'un assureur à l'autre. Les types de risques restant en général à charge peuvent être les paiements directs (automédication et prestations non couvertes par la LAMal), les soins infirmiers de longue durée, les soins dentaires, les produits pharmaceutiques

Suisse

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (1/2)

Caractéristiques du marché privé

- Le **nombre d'organismes privés** offrant une couverture de base est passé de 145 en 1996 (loi LAMal) à 85 en 2007. Tous proposent l'assurance de base, la plupart aussi des assurances complémentaires privées.
- Les **huit plus grands assureurs** sont : Groupe Helsana (5 caisses et 1 262 466 membres), Groupe CSS (plusieurs caisses dont Intras et 980 921 membres), Concordia et CPT (853 381), Groupe Mutuel (15 caisses et 724 845 membres), Sanitas (qui a fusionné avec Wincare 643 152 membres), Swica (567 168 membres), Groupe Visana (428 111 membres), Assura (qui a fusionné avec Supra : 375 603)
- Pour les assurances de base, le **ratio demandes de remboursement / primes** est en amélioration : 97% en 2006
- Outre une forte **tendance à la concentration**, on constate deux autres évolutions en cours
  - une évolution du marché de l'assurance en termes de distribution : depuis 2006 (révision de la loi LCA) **émergence de véritables sociétés de courtage**, regroupant des agents non liés à un groupe d'assureurs et vendant tous les types de produits d'assurance. En Suisse romande, où ce processus est plus avancé, on compte au moins cinq entités de ce type gérant chacune 10 000 à 40 000 assurés : PA Prestations d'assurance (Cully), Scorelife (Lausanne), Cogeas Consulting (Lausanne), Fane Finance (Genève) et Agence Mendes (Genève).
  - le développement de **modèles d'assurance alternatifs**. Deux formules principales coexistent : les réseaux de médecins de famille et les HMO (Health Maintenance Organizations), réseau de soins global. Le système de managed care couvre en 2009 12% du secteur.
- Les assurances offrent des contrats individuels. Les contrats collectifs sont interdits pour l'assurance de base, mais possibles pour l'assurance complémentaire.

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Une concurrence très régulée sur le marché de l'assurance de base
- Des dynamiques déstabilisantes introduites par la LAMal sur le marché depuis 1996, en raison notamment d'un accroissement de la concurrence accentué / biaisé par le mécanisme de réserves obligatoires (des primes élevées attirent certes moins les assurés mais permettent aux assureurs d'avoir un niveau de réserves obligatoires par assuré plus élevé). On constate en réaction une tendance à la **concentration** et à l'émergence de conglomérats de caisses. Aujourd'hui les trois plus grands groupes de caisses (Helsana, CSS, Groupe Mutuel) couvrent près de 50% du marché et les douze plus grands plus de 90%. Dans ce marché de 7,5 millions d'assurés, la taille critique tend à s'établir autour de 500 000.
- Les assurances de base ont l'obligation d'offrir un **panier de biens standardisé, défini par la loi** (LAMal 1996 et révisions ultérieures). En revanche les assurances offrant une couverture complémentaire sont libres de déterminer les prestations complémentaires qu'elles veulent offrir en sus de l'assurance de base. Pour les assurances de base, les exigences légales portent également sur le **niveau des primes** : l'OFSP (l'office fédéral de la santé publique) approuve le niveau des primes brutes mais n'a pas de prise sur le niveau effectif des primes payées par les assurés qui peuvent en effet l'optimiser par le choix de modèles différents (franchise plus élevée, modèle du médecin de famille, modèle de Managed Care, assurance avec bonus, etc.). Les assureurs de base ne pouvant pas faire de profits, ces montants sont utilisés soit pour réduire les primes soit pour accroître les réserves. Dans les faits, le niveau des réserves est de plus en plus élevé et supérieur au minimum légal, ce qui suscite de vives critiques sur la situation financière des assurances (dans les cantons de Genève, de Vaud et de Zurich, les réserves culminent respectivement à 42,1%, 37,2% et 34,1% en 2009 alors que la loi exige un maximum de 14,4%). Les assurances complémentaires n'ont pas de contraintes pour fixer le niveau de leurs primes et peuvent réaliser des profits.
- L'assurance de base ne peut être offerte que par des assureurs enregistrés auprès de l'Office fédéral de l'Assurance sociale. L'Office fédéral des assurances privées (OFAP) **contrôle** et approuve les produits d'assurance-maladie.
- La concurrence entre assureurs et la liberté individuelle de choix de l'assureur sont limitées au canton. Les mécanismes de gouvernance très décentralisés (niveau canton) constituent un frein au libre jeu de la concurrence sur le marché de l'assurance. La **mobilité des assurés demeure faible** et se limite aux jeunes et en bonne santé, bien que les **informations** sur le niveau des primes soient accessibles.
- Une faible concurrence également sur le marché des prestataires, où les négociations entre prestataires et assureurs se font dans un contexte de monopole bilatéral entre les associations professionnelles cantonales.

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (2/2)

Caractéristiques du marché privé

- **Exemples de prestations (types de contrats possibles) fournies par l'un des plus gros assureurs – Le Groupe Mutuel :**
  - Conseil figurant sur le site du groupe : *L'assurance obligatoire des soins est une couverture minimale soumise à la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal). Elle couvre une partie des dépenses de santé auxquelles vous pourriez avoir à faire face. Vous avez la possibilité de composer une couverture optimale, par rapport à vos attentes et à votre budget, grâce aux assurances complémentaires à votre disposition*

Exemple de flyer - Couverture complémentaire

Alterna
Pour une protection sans faille en matière de médecines alternatives

Votre assureur maladie vous propose une solution unique et avantageuse pour compléter les prestations de l'assurance de base.

Un produit simple

L'assurance Alterna vous permet de bénéficier des prestations de médecine complémentaire pratiquées par des médecins FMH spécialement formés à ces thérapies alternatives, grâce à une prise en charge illimitée des traitements.
La couverture Alterna s'étend également aux médicaments de médecine douce couverts jusqu'à un montant annuel de Fr. 2'000.–.

Alterna la solution en matière de médecines alternatives

- Homéopathie
- Médecine chinoise
- Thérapie neurale
- Phytothérapie
- Médecine anthroposophique
- Médicaments y relatifs

Assurance de base

Alterna

Des primes attractives

- Conjointement à une assurance complémentaire des soins (GL, GC 2-4, GP, GM, GC), GP, GQ:
  Fr. 3.– par mois (dès 19 ans)
  Fr. 1.50 par mois (jusqu'à 19 ans)
- En complément à l'assurance obligatoire des soins seule:
  Fr. 6.– par mois (dès 19 ans)
  Fr. 3.– par mois (jusqu'à 19 ans)

Profitez-en, dès maintenant!
Hotline 0800 808 848
Fax 0800 840 839
E-mail alterna@groupe-mutuel.ch

Groupe Mutuel | Santé® | Vie® | Entreprise®

Swiss Power Group.

Exemple de flyer – Information sur la couverture de base / information sur une couverture complémentaire possible

Global classic
Bien assuré,
en toute simplicité!

Groupe Mutuel | Santé® | Vie® | Entreprise®

Swiss Power Group.

Assurance de base
Le minimum légal

L'assurance obligatoire des soins (LAMal) vous garantit une couverture de base des frais de santé. Elle prend en charge les principales démarches dans le monde médical en cas de maladie, de maternité ou d'accident, telles que notamment:

- Examens, soins ambulatoires ou à domicile et traitements médicaux
- Médicaments et examens de laboratoire prescrits par un médecin
- Séjours hospitaliers, en division commune, dans votre canton de domicile

Franchises à option

Vous participez aux coûts engendrés par les prestations médicales et hospitalières par le biais de la franchise et d'une quote-part annuelle de 10% (sauf cas particuliers). Au-delà de la franchise dite ordinaire (Fr. 0.– pour les enfants, Fr. 300.– pour les adultes), vous pouvez opter pour une franchise à option et bénéficier d'une réduction de votre prime d'assurance obligatoire des soins.

Franchises à option possibles

Pour les enfants	Pour les adultes
Fr. 100.–	Fr. 500.–
Fr. 200.–	Fr. 1'000.–
Fr. 300.–	Fr. 1'500.–
Fr. 400.–	Fr. 2'000.–
Fr. 500.–	Fr. 2'500.–
Fr. 600.–	

Modèles alternatifs d'assurance obligatoire des soins
Les atouts spécifiques du Groupe Mutuel

Les modèles alternatifs d'assurance, équivalents à une assurance obligatoire des soins, sont destinés à vous offrir ce qui se fait de mieux en matière de couverture médicale, afin de vous garantir la meilleure coordination qui soit lors de vos traitements. En optant pour l'une de ces formules d'assurance, vous bénéficiez d'une prise en charge efficace et profitez de primes particulièrement attractives:

SanaTel
SanaTel est une solution moderne, proposée par le Groupe Mutuel, en partenariat avec un callcenter médical. Le principe est très simple: avant de consulter un médecin, vous contactez le centre de conseil médical (sauf cas d'urgence ou particulier) qui vous conseille gratuitement et de manière professionnelle sur les démarches thérapeutiques à entreprendre, 24 h sur 24, 7 j sur 7.

Vous évitez ainsi des consultations inutiles, de même que des mesures inappropriées, tout en économisant du temps et de l'argent. Vous bénéficiez d'une prime plus avantageuse que celle pratiquée par l'assurance de base traditionnelle.

PrimaCare
Grâce à PrimaCare, nous nous engageons à vos côtés pour soutenir concrètement la philosophie du médecin de famille. Votre médecin de confiance garde ainsi une vision d'ensemble de votre parcours médical et assure un suivi régulier de votre état de santé. Vous désignez librement votre médecin de famille, faites appel à lui avant toute autre consultation, sauf cas d'urgence ou particulier. Ce dernier pourra, le cas échéant, vous orienter vers les spécialistes ou les hôpitaux appropriés.

Vous bénéficiez alors de réductions de primes intéressantes et êtes certain d'obtenir un conseil médical de qualité.

Pour vous…

Global classic
Une assurance adaptée à vos besoins, tout simplement!

Global classic vous offre le choix entre deux variantes et vous permet ainsi d'adapter parfaitement votre couverture à vos besoins.

Global classic, module de base

L'assurance Global classic complète idéalement l'assurance obligatoire des soins par ses prestations étendues, telles que:

- la division commune dans toute la Suisse,
- les cures thermales en Suisse,
- l'aide à domicile,
- les lunettes et verres de contact,
- les frais de transport,
- les check-ups,
- les frais d'accompagnement.

Global classic avec option «plus»

En choisissant Global classic avec l'option «plus», vous élargissez votre couverture aux:

- médecines alternatives et médicaments y relatifs,
- soins préventifs, tels que le fitness, l'école du dos, les conseils diététiques, par exemple.

Découvrez l'ensemble des prestations offertes par Global classic dans le tableau synoptique, en page 5.

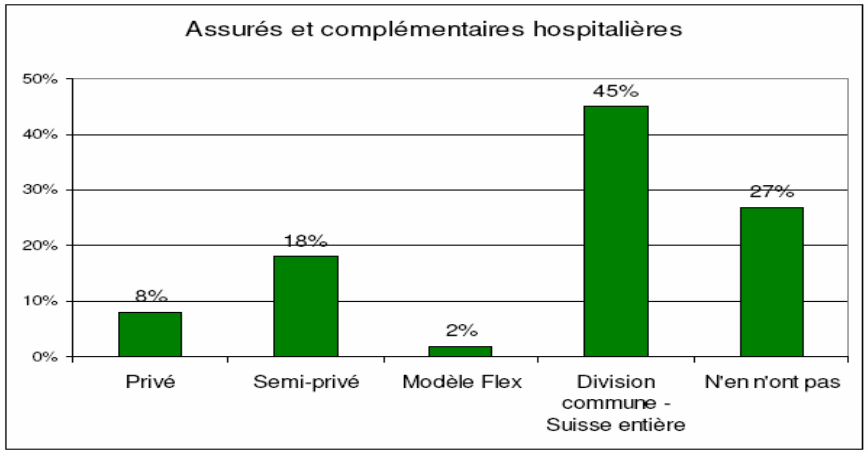
Suisse

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (1/6)

Caractéristiques de la population couverte

- La couverture maladie étant obligatoire en Suisse et des aides étant versées aux revenus moyens et bas, la **couverture de base est universelle** (seul 1% de la population n'est pas couverte).

- En revanche, tous les assurés ne disposent pas d'une **couverture complémentaire** privée même si le taux est très élevé (**80%** des assurés). Selon une enquête menée en 2006 par l'institut de recherche Demoscope**,** les principaux motifs de souscription à une assurance complémentaire sont : la garantie de meilleurs soins médicaux à l'hôpital (raison citée par 46% des sondés), la possibilité de bénéficer de soins de confort (chambre seule à l'hôpital etc – 26% des sondés) et un meilleur suivi médical (29%). Pour 1/3 des sondés la raison financière est le principal motif de non-souscription à une assurance complémentaire hospitalière. 31% des sondés ne voient pas l'utilité d'avoir une assurance complémentaire hospitalière.



Source: comparis.ch

(enquête téléphonique réalisée par l'institut de recherche Demoscope à la demande de comparis.ch, sur un panel représentatif de 1 001 personnes au cours de la deuxième quinzaine du mois de mars 2006)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

•Les assurés ont la possibilité d'avoir accès à de nombreuses sources et types d'informations. L'information en Suisse semble **accessible, compréhensible et directement utile** aux usagers.

Exemple d'émission / débat télévisé sur la question des primes

•Cette facilité d'accès à une information de qualité ne semble cependant pas avoir d'impact direct et positif sur la mobilité des assurés : d'autres raisons dont réglementaires (interdiction de vente liée et lourdeur du processus de changement d'assureur quand on dispose d'une assurance de base et complémentaire) expliquent la **faiblesse du taux de rotation des contrats** (4% en 2009).

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (2/6)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

•Création de sites comparatifs publics (cf. suite de la fiche) mais également privés : sites d'associations représentant l'assurance maladie telle que Santé Suisse, ou sites d'intermédiaires tels que :

Comparatif des Assurances maladie en Suisse et messages sur lesquels les sites insistent (publicité) :

Comparis.ch
Comparez les primes maladie : trouvez la caisse la moins chère avec comparis.ch, le plus grand comparateur en ligne de Suisse.

Comparez.ch
Économiser sur vos primes d'assurance maladie : comparez rapidement, facilement et gratuitement toutes les primes de l'assurance de base (LAMal), pour vous-mêmes ou pour l'ensemble de votre famille.

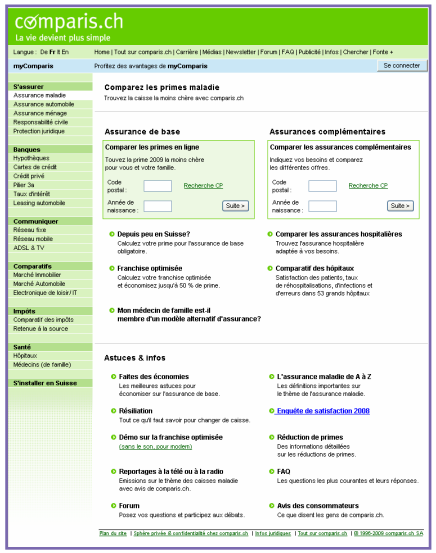
Bonus.ch
Avec bonus.ch, en quelques clics vous pouvez facilement comparer, demander une offre et économiser sur vos primes d'assurance maladie.

C-Primes
Comparatif assurances maladie. Comparateur caisse maladie LAMal et complémentaires.

Primes-maladie.ch
Economisez jusqu'à 50% sur vos primes d'assurances maladie. Chaque année vous avez le libre choix de votre caisse, profitez-en.

Assurance-Info
Informations dans le domaine des assurances en général.

Exemple du site comparateur privé comparis - Assurance de base et Assurance complémentaire



Différentes pages

•Outil de comparaison

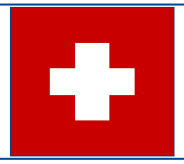
•Les meilleures astuces pour économiser sur l'assurance de base

•Evaluation des caisses par les consommateurs : une fois par an une enquête comparis.ch

•Avis des consommateurs – Ce que disent les gens de comparis

•Verbatims en allemand, anglais, français, italien

Suisse



Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (3/6)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- www.bonus.ch : un intermédiaire au rôle d'information (mise à disposition de brochure, lettres types de résiliation pour la base et la complémentaire, de modification de franchise, astuces pour économiser etc) et de comparaison

- Exemples d'astuces et de conseils donnés
  - « Trop d'assurés pouvant bénéficier de subsides ne font pas appel à l'Etat. Vous avez des faibles revenus ? Vous avez droit à une aide dans votre canton. N'hésitez pas à demander des précisions à ce sujet. »
  - « Assurances complémentaires nécessaires : oui ou non ? Il faut également se poser la question de savoir si une assurance complémentaire est vraiment nécessaire. Par exemple, dans le cas d'un tel complément couvrant les médecines douces, si vous ne recourez qu'à une à deux séances annuelles de médecine traditionnelle chinoise ou autre, le montant de la prime dépasse largement le coût des prestations »

- Un outil comparatif pour l'assurance de base et un outil pour l'assurance complémentaire hospitalière : par défaut, le résultat du comparatif des primes complémentaires présente les produits de la prime la plus basse à la plus élevée. Les produits peuvent également être triés par : assureur, division hospitalière, nombre de prestations contenues dans le produit et potentiel d'économie. Sont précisées les caisses maladie figurant dans le comparatif : CSS, Atupri, KPT-CPT, OEKK, Kolping, Swica, Mutuel Ass. (GM), Sanitas, Intras, Assura, Visana, Helsana, Sanatop.

Comparer vos primes d'assurance-maladie

Comparer vos primes d'assurance maladie grâce à notre comparateur (Comparatif rapide pour une personne). Trouvez l'assurance-maladie avec la meilleure prime pour votre région. Economisez maintenant en demandant une offre gratuite !

Votre code postal : 1000 Lausanne

Personne	Année de naissance	Franchise	Couverture accident	Assureur actuel
Personne 1	1970	2500	Sans	Provita

AJOUTER UN MEMBRE — MODIFIEZ

Assureur » plus d'infos	Modèle / Franchise » plus d'infos	Prime mois / an	Gain / perte mois / an	
Assura	Médecin de famille / 2500	166,60 / 1 999,20	51,80 / 621,60	Demande d'offre
Assura	Pharmed / 2500	166,60 / 1 999,20	51,80 / 621,60	Demande d'offre
Assura	Traditionnel / 2500	173,40 / 2 080,80	45,00 / 540,00	Demande d'offre
Vivacare powered by Visana	TelMed / 2500	175,20 / 2 102,40	43,20 / 518,40	Demande d'offre
Sanatop	Médecin de famille / 2500	183,50 / 2 202,00	34,90 / 418,80	Demande d'offre
Natura (GM) member of Groupe Mutuel	Médecin de famille / 2500	184,10 / 2 209,20	34,30 / 411,60	Demande d'offre
Natura (GM) member of Groupe Mutuel	HMO / 2500	184,10 / 2 209,20	34,30 / 411,60	Demande d'offre
...				
KPT-CPT	Traditionnel / 2500	217,70 / 2 612,40	0,70 / 8,40	Demande d'offre
Sanitas	TelMed / 2500	217,80 / 2 613,60	0,60 / 7,20	Demande d'offre
Sanitas	Médecin de famille / 2500	217,80 / 2 613,60	0,60 / 7,20	Demande d'offre
Provita	Traditionnel / 2500	218,40 / 2 620,80	0,00 / 0,00	Demande d'offre
Votre situation	Traditionnel / 2500	218,40 / 2 620,80	0,00 / 0,00	
Kolping	Traditionnel / 2500	218,50 / 2 622,00	-0,10 / -1,20	Demande d'offre
Fonct. Publique (GM) member of Groupe Mutuel	Médecin de famille / 2500	219,20 / 2 630,40	-0,80 / -9,60	Demande d'offre
Maxi.ch	Traditionnel / 2500	220,80 / 2 649,60	-2,40 / -28,80	Demande d'offre
Avenir (GM) member of Groupe Mutuel	Traditionnel / 2500	221,80 / 2 661,60	-3,40 / -40,80	Demande d'offre
Troistorrents (GM) member of Groupe Mutuel	Traditionnel / 2500	221,80 / 2 661,60	-3,40 / -40,80	Demande d'offre
OEKK	Médecin de famille / 2500	222,30 / 2 667,60	-3,90 / -46,80	Demande d'offre
Wincare	TelMed / 2500	224,80 / 2 697,60	-6,40 / -76,80	Demande d'offre

La possibilité de disposer d'un comparateur sophistiqué permettant 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

bonus.ch

Assurance complémentaire / Comparatif (beta v0.1)

Résultat du comparatif des assurances complémentaires hospitalières

Par défaut, le résultat du comparatif des primes complémentaires présentent les produits de la prime la plus basse à la plus élevée. Vous avez également la possibilité de trier les produits par : assureur, division hospitalière, nombre de prestations contenues dans le produit et le potentiel d'économie.

Caisse maladie	Division hospitalière / Nom du produit / Franchise	Package / Prestations	Prime mois / an	Potentiel d'économie mois / an
Helsana	Div. Commune Comfort 1000		89,2 / 1070,4	119,8 / 1437,6
Swica	Div. Privée Hospita 1000		91,9 / 1102,8	117,1 / 1405,2
Visana	Div. Privée Basic Europe 0		129,38 / 1552,56	79,6 / 955,2
Atupri	Div. Privée Hospitalisation Combi 1000		137 / 1644	72 / 864
Intras	Div. Privée Guadra+ 1000		209 / 2508	- / -

Remarques

Contrairement à l'assurance-maladie de base, les prestations varient fortement d'un produit à l'autre. Il est donc nécessaire de comparer le nombre de prestations par produit, les montants couverts, les durées de la couverture, etc.

En cliquant sur l'image « Package / Prestations », vous pouvez voir les prestations offertes pour le produit sélectionné. Nous vous recommandons également d'étudier attentivement les conditions générales d'assurance.

Les caisses maladie qui figurent dans le comparatif : CSS, Atupri, KPT-CPT, OEKK, Kolping, Swica, Mutuel Ass. (GM), Sanitas, Intras, Assura, Visana, Helsana, Sanatop

Suisse

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (4/6)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

•Le site de Santé Suisse, association représentant les assurances santé (7,2 millions d'assurés) est cité par l'Office fédéral de santé publique comme site de référence

santésuisse

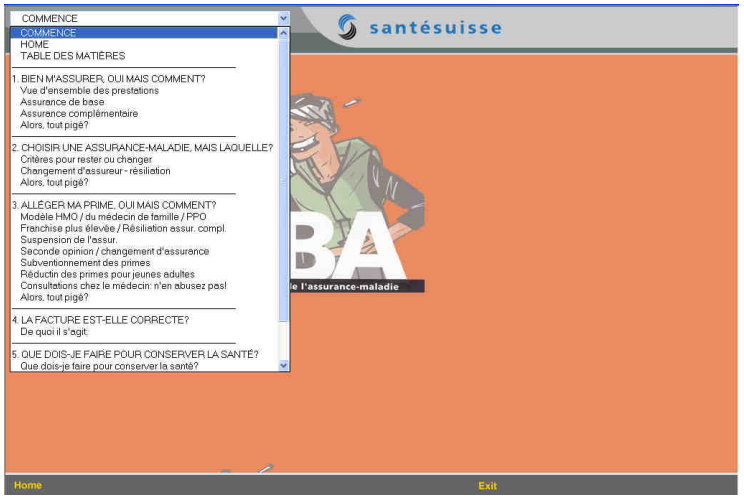
Il met à disposition des brochures d'information en version online (non téléchargeable)

« *B-A-BA DE L'ASSURANCE-MALADIE*

Le "B-A-BA de l'assurance-maladie" fournit les informations actuelles les plus importantes concernant l'assurance obligatoire de soins en Suisse.

La brochure explique la loi révisée (LAMal) pour les jeunes gens en formation professionnelle ou universitaire, ainsi qu'à toute autre personne intéressée. Cet ouvrage est destiné aussi bien pour l'enseignement que pour l'autodidacte et est conçu de manière à pouvoir apprendre de façon indépendante.

Les questions éparpillées facilitent la compréhension. Pour cette raison, le corps enseignant doit en premier lieu soutenir les élèves dans leur travail. La brochure donne des informations sur des thèmes particulièrement importants. D'autres informations, comme par exemple celles portant sur l'assurance d'indemnité journalière ou sur l'assurance de la main d'œuvre étrangère, peuvent être obtenues auprès de chaque assureur. »



*Nos **principes de communication** sont centrés sur les intérêts des assurés et des patients. Nous communiquons selon les principes de la communication intégrée. Nous parlons le même langage. Nous communiquons tant en langue française et qu'en langue allemande. Notre communication est:*

•transparente, claire et sans équivoque

•prévoyante, compétente et crédible

•adaptée à notre temps, continuelle et étendue

•planifiée et coordonnée."

Suisse

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (5/6)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

•En 2006, Santé Suisse a publié un papier de positionnement sur la transparence dans l'assurance maladie.

•Selon l'association, le reproche de manque de transparence ne s'applique pas aux assureurs-maladie. Les assureurs pratiquant l'assurance obligatoire sont la seule branche de l'économie dont l'activité est examinée et surveillée aussi précisément. L'OFSP doit veiller à ce que les assureurs appliquent la LAMal de manière uniforme. Les réserves, les provisions, les comptes annuels et les frais administratifs sont examinés scrupuleusement. Pour ce faire, les assureurs-maladie communiquent à l'OFSP leurs rapports annuels, leurs budgets et leurs comptes annuels ainsi que d'autres chiffres-indices. Avant d'être approuvés, les calculs de primes des assureurs pour l'année suivante font l'objet d'un examen détaillé. Les cantons sont également informés et peuvent contrôler les calculs. En outre, le grand public est tenu au fait des comptes annuels, du niveau des réserves et des provisions.

•Internet et d'autres services de comparaison indépendants contribuent aussi à la transparence dans le domaine des primes. Enfin, dans son rapport annuel, l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale rend compte en toute transparence des contraventions commises par les assureurs.

•Au cours des dernières années, santésuisse s'est aussi efforcée d'accroître la transparence dans le domaine de la santé et dans l'assurance maladie en améliorant et en développant de nouveaux outils d'information et de statistique, comme par exemple le pool de données.

« *En dépit de la transparence élevée, santésuisse a conscience d'un besoin d'information supplémentaire au niveau de la population. En effet, les connaissances du grand public concernant l'assurance-maladie et les assureurs-maladie présentent des lacunes. Des renseignements complémentaires ne peuvent que renforcer ces connaissances et corriger les informations erronées et les préjugés à l'égard des assureurs-maladie.* » (extrait du site)

Composantes de la transparence : L'assurance-maladie est au centre des débats et fait l'objet d'une surveillance rigoureuse. Selon SantéSuisse, par rapport à d'autres branches, la transparence y est très élevée. Comme la liste non exhaustive figurant ci-après le montre, divers éléments et différents acteurs contribuent à cette transparence selon SantéSuisse (2006):

Composante de la transparence	Contenu – Données présentées	Remarques
Données de surveillance de l'assurance obligatoire des soins (aos) par exercice (Art. 31 OAMal) (OFSP)	L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie les données suivantes par assureur dans l'assurance-maladie sociale: - Effectif d'assurés - Total des recettes - Primes - Compensation du risque - Prestations des assureurs - Frais administratifs / amortissements - Résultat global - Provisions - Réserves - Assureurs LAMal avec assurance complémentaire LCA - Réserves prévues par la loi	Les données de surveillance de l'aos sont publiées sur le site internet de l'OFSP.
Contrôle du rapport de gestion, du bilan et du compte d'exploitation des assureurs-maladie (OFSP)	La loi et l'ordonnance (art. 60 LAMal / art. 81 - 88 OAMal) contiennent des prescriptions détaillées sur les comptes annuels. Les assureurs-maladie (AM) établissent pour chaque exercice un rapport de gestion (qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels). Sur la base des documents transmis par l'AM et révisés par un organe de révision externe, l'OFSP examine le bilan, les comptes d'exploitation (l'organe de révision externe vérifie notamment si la comptabilité, les comptes annuels et les statistiques satisfont aux exigences légales sur le plan formel et matériel).	Outre le bilan et le compte d'exploitation, les rapports de gestion des AM comportent d'autres informations sur l'entreprise. Les rapports de gestion sont publics et peuvent être obtenus auprès des AM.
Monitoring de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie (OFSP)	Information périodique sur l'évolution des coûts dans l'assurance de base sous forme de graphiques et de tableaux. Les évaluations donnent un aperçu détaillé de l'évolution des coûts. L'évolution peut être suivie dans chaque canton par catégorie de coûts (hôpitaux, médecins, médicaments, etc.).	L'OFSP publie sur internet le Monitoring de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Les résultats publiés se basent sur les informations du pool de données de santésuisse (cf. ci-dessous). L'OFSP reçoit chaque trimestre un extrait compilé des données et établit ainsi les chiffres du monitoring.
Statistique de l'assurance-maladie obligatoire (par an) (OFSP)	Aperçu complet des AM reconnus par la Confédération. La publication se concentre sur l'aos. Les graphiques et tableaux reposent pour l'essentiel sur les données transmises chaque année par les AM à l'OFSP en tant qu'autorité de surveillance. D'autres sources rentrent dans cette statistique. On mentionnera notamment les données demandées par l'OFSP aux cantons en vue des réductions de primes. Les résultats statistiques des procédures d'approbation des primes de l'OFSP et de la compensation du risque par l'institution commune LAMal sont aussi présentés.	La Statistique de l'assurance-maladie obligatoire est publiée sur le site internet de l'OFSP.

Suisse

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (6/6)

•Suite – Santé Suisse

Composante de la transparence	Contenu – Données présentées	Remarques
L'effet des réductions de primes dans les cantons au niveau de la politique sociale (OFSP)	Depuis 1998, des monitorings réguliers sont effectués concernant l'efficacité des réductions de primes dans les cantons au niveau de la politique sociale. Le monitoring se concentre en principe sur quatre questions: • Les cantons ont-ils réduit efficacement les primes de l'aos grâce aux réductions individuelles de primes ? • La part du revenu dévolue aux primes après la réduction correspond-elle aux objectifs de politique sociale du législateur? • L'efficacité de la réduction individuelle de prime a-t-elle évolué par rapport à précédemment? • A l'appui de quatre exemples, on examine dans quelle mesure des modifications de la charge des primes doivent être interprétées comme résultant de stratégies cantonales en ce sens. L'enquête fournit essentiellement une comparaison sur la base du *revenu disponible*. On examine quelle part un ménage doit consacrer à l'aos, compte tenu de la réduction individuelle de prime.	Les rapports de recherche concernant l'efficacité des réductions de primes dans les cantons au niveau de la politique sociale sont publiés sur le site internet de l'OFSP.
Audits chez les assureurs-maladie (Art. 21, al. 3 LAMal) (OFSP)	Lors d'inspections (audits), les AM sont tenus de donner accès à l'OFSP à toutes les informations importantes. Dans le cadre de ces contrôles, les spécialistes de l'OFSP peuvent juger d'après les apparences comment les AM remplissent leurs obligations légales et comment ils sont organisés. En se fondant sur les indications d'assurés, d'autorités cantonales ou d'autres AM, ces spécialistes peuvent aussi procéder à des contrôles spécifiques dans une caisse.	
Mesures contre les assureurs-maladie en infraction (Art. 21, al. 5 LAMal) (OFSP)	Si un AM enfreint les prescriptions légales, l'office prend, selon la nature et la gravité des manquements, les mesures suivantes: a. il veille, aux frais de l'AM, au rétablissement de l'ordre légal; b. il donne à l'AM un avertissement et lui inflige une amende d'ordre; c. il propose au département fédéral de l'intérieur de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. L'OFSP peut informer le grand public de ces mesures.	

Composante de la transparence	Contenu – Données présentées	Remarques
Approbation des primes (OFSP)	Pour calculer les primes, l'AM se fonde sur les points suivants: - les coûts de l'année précédente écoulée (et révisée), - l'extrapolation pour l'année en cours, - l'estimation des recettes et des dépenses pour l'année suivante, - les réserves et les provisions, - les paiements au titre de la compensation des risques, - la fluctuation des assurés L'OFSP examine l'évolution des coûts estimée par l'AM sur la base du portefeuille de risque ainsi que l'évolution des coûts par canton. Pour approuver les primes, l'OFSP se fonde sur ses propres données et outils de simulation ainsi que sur le modèle statistique prévisionnel des coûts de la Haute école spécialisée de Zurich/Winterthur, développé sur mandat de l'OFSP, de santésuisse et de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé. Il s'agit d'un modèle statistique de prévision des coûts bruts de l'aos selon les cantons et les principales catégories de coûts. Il se base sur le pool de données de santésuisse.	En 2003, des experts externes ont réalisé une étude sur mandat de l'OFAS, en vue d'examiner la qualité des décisions prises par l'OFSP dans le cadre de la procédure d'approbation des primes. Cette étude devait aussi dire si la procédure d'approbation des primes influence la hausse des primes dans l'aos. L'expertise a montré que des primes trop basses ont été approuvées pour 1999 à 2002 et que l'approbation des primes n'a pas influé sur les coûts, même si la hausse des primes a pu être limitée pendant quelques années grâce à l'utilisation des réserves excédentaires des assureurs-maladie. (Kägi, Koller, Staehelin, Schäfli (2003), *Veränderungen im Bereich der Prämiengenehmigung aufgrund des KVG* in «Beiträge zur sozialen Sicherheit», rapport de recherche n° 23/03, OFAS, Berne)
Rapport de gestion de l'institution commune LAMal (IC LAMal)	Certaines tâches de l'aos ne peuvent pas être accomplies séparément par les AM, mais doivent être effectuées en commun. C'est pourquoi, conformément à l'art. 18 LAMal, les caisses-maladie et les assureurs privés ont créé une fondation sous le nom d'«institution commune LAMal». Les tâches de l'institution commune LAMal comprennent actuellement: • Prise en charge des coûts des prestations légales en lieu et place des assureurs en incapacité de paiement (art. 18 LAMal); • Coordination internationale de l'assurance-maladie (art. 18 LAMal en relation avec l'art. 19 OAMal); • Répartition des réserves entre les AM (art. 13 LAMal en relation avec l'art. 19a OAMal); • Compensation du risque (art. 105, al. 1 LAMal). Le rapport de gestion de l'institution commune LAMal explique les mécanismes et les chiffres actuels des différentes tâches.	Le rapport de gestion de l'institution commune LAMal est publié sur le site internet de l'institution commune LAMal.
Pool de données (santésuisse)	Le pool de données comporte des chiffres sur les prestations fournies aux assurés, conformément aux données de calcul agrégées (c'est-à-dire pas de diagnostics, de données personnelles des assurés). Le contenu du pool de données est mis à jour chaque mois par les AM participant. Ceux-ci représentaient en 2005 environ 98 % de tous les assurés.	Les chiffres du pool de données sont utilisés par l'OFSP ainsi que par l'observatoire suisse de la santé (Obsan). Une expertise de Jürg Noth et Stefan Spycher (bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS) estime que le pool est d'une bonne qualité: Noth J., Spycher S. (2002), *Auswirkungen der Einführung des santésuisse- Datenpools auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG*. Expertise pour santésuisse, Les assureurs-maladie suisses, santésuisse, Soleure.
Observatoire suisse de la santé (Obsan)	L'Observatoire suisse de la santé est une institution de la Confédération et des cantons chargée de traiter et d'analyser les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Par ses analyses et ses publications, l'Observatoire de la santé contribue à renforcer les connaissances sur lesquelles se fonde le système de santé en Suisse. Les données et les informations disponibles sur le système de santé sont rassemblées, traitées et évalées. Les données et informations scientifiques et fiables concernant la santé sont mises à disposition de manière conviviale.	Adresse internet: www.obsan.ch
Services de comparaison sur internet	Divers services permettant de comparer sur internet les primes et les offres d'assurance dans toute la Suisse ont fait preuve de leur utilité. Certains comparent même la qualité des prestations entre les AM. Ces applications sont à la portée de tout un chacun et leur utilisation ne présente aucune grande difficulté.	Les services de comparaison des primes facilitent le choix et l'accès à un AM offrant des primes avantageuses. La concurrence entre AM est intensifiée.

Suisse

Principaux enseignements pour la France (1/6)

Innovations et réformes récentes du secteur

- Outre la réforme introduite par le vote de la **loi sur l'assurance maladie en 1996** (cf. ci-dessous), plusieurs évolutions du secteur depuis 10 ans :
  - La modification des ordonnances relatives au financement hospitalier, qui prévoient la création d'ici 2012 d'une **structure tarifaire unique pour les hôpitaux** et de forfaits par cas liés au diagnostic pour les séjours hospitaliers et la modification des ordonnances relatives au panier de biens de l'assurance de base qui intègre désormais le séjour dans les maisons de naissance => entrées en vigueur le 1er janvier 2009 ;
  - La mise en place d'un nouveau **mode de financement des soins de longue durée** : les contributions versées aux coûts des soins par les personnes nécessitant des soins sont limitées à 20% des coûts non pris en charge par l'assurance obligatoire ;
  - La montée en puissance du système de **managed care** (cependant stabilisé autour de 12% du secteur) ;
  - La stratégie suisse de la cybersanté « **eHealth** », adoptée par le Conseil fédéral en juin 2007 et entrée dans sa phase d'application en 2008, avec pour objectifs d'ici 2015 l'introduction progressive du dossier électronique du patient et l'aménagement d'un portail de santé fournissant des informations de qualité et offrant la possibilité à chacun d'accéder à son propre dossier. Cette réforme est mise en œuvre par étapes à travers des projets :
    - les projets partiels « Normes et architecture » et « Essais pilotes et PPP » servent de bases techniques et organisationnelles pour la mise en œuvre de solutions en matière de cybersanté, aussi bien sur le plan régional que national
    - les projets partiels « Bases légales » ainsi que « Financement et systèmes de mesures d'encouragement » préparent une base légale pour la Confédération et les cantons
    - le projet partiel « Services en ligne et compétences sanitaires » met en relief la culture de la population à ce sujet.
    - le projet « Formation » examine pour sa part les options de formations de base, post-grade et continue dans toutes les professions de la santé.
    - Le 1er octobre 2008, les projets partiels ont rendu leur rapport intermédiaire.

Principaux enseignements pour la France (2/6)

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

- Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) le 1er janvier 1996, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) délivre l'**autorisation** de pratiquer l'assurance-maladie sociale, c'est-à-dire l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal ; l'agrément dans l'assurance-maladie privée, c'est-à-dire les assurances complémentaires selon la LCA, relève de la compétence du Département fédéral des finances (DFF). La **surveillance** des assurances complémentaires incombe à l'Office fédéral des assurances privées (OFAP). 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. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les assurances de base.

- La loi LAMal a introduit les **mécanismes de régulation** suivants pour les assurances de base :
  - Un panier de biens standardisés et un niveau de franchise et de co-assurance définis par la loi et identifiques pour tous les assurés de base
  - Une tarification uniforme pour des prestations identiques, qui ne tient compte que de l'âge (3 groupes), de la localisation (78 régions, soit 3 par canton) et du sexe
  - Une obligation d'acceptation de tout assuré par les assureurs de base. Une possibilité de changer d'assureur uniquement en juin et en décembre de chaque année
  - un système de compensation des risques.
  - Aucune obligation cependant de contrat type

- Cette loi avait pour objectif de favoriser la baisse des primes par l'introduction de la concurrence entre les assurances. Dans les faits, l'inverse s'est produit puisqu'on constate une hausse continue des primes depuis 1996 et des réserves En dépit de grandes disparités entre les niveaux de primes des différents assureurs dans chaque canton (entre 420 francs par mois à Genève et 230 pour le canton le moins cher en 2009), d'une diffusion très large des informations sur les procédures à suivre et sur le potentiel des économies à réaliser, très peu de personnes profitent de la possibilité de changer d'assureur : le taux de rotation des contrats est en moyenne de 3% depuis 2005. Parmi les raisons invoquées : la satisfaction de l'assuré par rapport au contrat auquel il a souscrit ; une fidélité institutionnelle sur le long terme ; la préférence pour des franchises plus élevées ou des types d'assurances différents au sein du groupe, plutôt que pour un changement d'assurance ; la crainte pour les personnes à haut risque de devoir payer un montant de primes plus élevé en changeant de complémentaire (le montant des primes pouvant fluctuer dans le secteur concurrentiel) ; le coût (temps passé notamment) lié à la recherche d'une meilleure offre et aux procédures administratives à respecter lors de la résiliation et de la nouvelle adhésion ; l'existence d'une relation négative entre le fait d'avoir une assurance complémentaire et la propension des consommateurs à changer d'assureur en raison du fait que même si les mécanismes de vente liée des deux produits d'assurance obligatoire et complémentaire sont interdits par la loi, il n'est souvent pas possible pour les consommateurs de garder les deux produits assurés auprès d'assureurs différents.

Suisse

Principaux enseignements pour la France (3/6)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- **Au niveau confédéral** : le site Internet www.primes.admin.ch de l'Office fédéral de la santé publique permet de comparer les primes de l'assurance de base avec les différents paliers de franchises des caisses-maladie, les primes des modèles HMO et médecin de famille. Le site contient un comparateur interactif permettant un calcul des primes, donne des conseils sur l'assurance complémentaire également (panier de biens couvert etc) et précise que l'assuré n'en a pas forcément besoin.

Plan de la rubrique consacrée à l'Assurance-maladie

- Nouvelles (liste des assureurs reconnus en 2008, autorisations retirées, nouveaux assureurs, changements de noms etc)
- Organisation et principes
- Primes : comparateur et conseils
- Prestations et tarifs : guide l'assurance maladie en bref
- Statistiques
- Surveillance
- Affaires internationales/UE/AELE
- eHealth
- Projets, réformes et rapports de recherche
- Bases légales et d'exécution
- Informations aux médias
- FAQ

Code postal

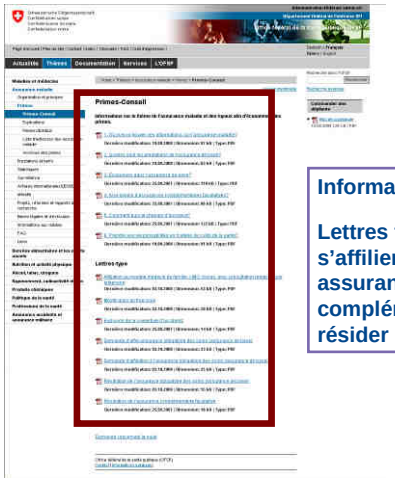
Catégorie d'âge (3 groupes)

Modèle d'assurance (dont HMO)

Résultat : un tableau avec la liste des assureurs pour le canton, offrant une couverture répondant aux critères, par ordre alphabétique. Pour chaque assureur, le montant de la prime en fonction du niveau de franchise choisi.

Hotline

Avez-vous besoin d'un aperçu des primes de l'assurance de base sur papier (par canton) ?
Appelez au no tél. 031 324 88 02 (aux heures de bureau).



Informations

Lettres types pour s'affilier à une assurance de base ou complémentaire ou résider

Capgemini Consu

Suisse

Principaux enseignements pour la France (4/6)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- **Suite** : l'Office Fédéral de Santé publique incite les assurés à se poser la question de la nécessité de leur couverture complémentaire

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Primes-Conseil

4. Ai-je besoin d'assurances complémentaires facultatives ?

Les assurances complémentaires couvrent des prestations qui ne le sont pas par l'assurance de base (voir sous chiffre 2 les prestations prises en charge par cette assurance). Chaque assureur mentionne dans ses conditions d'assurance les prestations qui sont couvertes par les assurances complémentaires. Il s'agit notamment des prestations suivantes:

- libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse
- libre choix du médecin dans un hôpital; l'assurance complémentaire couvre aussi souvent le traitement par un médecin-chef dans un hôpital privé
- confort supplémentaire (par ex. chambre privée ou semi-privée)
- méthodes de traitement alternatives (p.ex. homéopathie, médecine antroposophique, thérapie neurale, médecine chinoise, phytothérapie) et traitements effectués par des thérapeutes non médecins
- traitements psychothérapeutiques dispensés par des thérapeutes non médecins
- Contributions pour les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'assurance de base
- traitements dentaires, comme par exemple obturation de caries ou correction de la position des dents
- contribution supplémentaire aux frais de lunettes et de lentilles de contact, ainsi que contributions à d'autres moyens
- contributions à des aides de ménage
- prestations supplémentaires à des cures balnéaires et contributions à des cures de repos
- contributions supplémentaires aux frais de transport et de sauvetage en Suisse et à l'étranger
- assurance voyages: une telle assurance peut s'avérer nécessaire pour des pays coûteux, comme les Etats-Unis

Veillez à ce que vos différentes assurances complémentaires ne couvrent pas les mêmes prestations.

- **Dois-je résilier une assurance complémentaire?**

Si vous êtes convaincu/e de n'avoir pas besoin d'une assurance complémentaire, vous pouvez la résilier (voir chiffre 8). Une lettre type pour la résiliation de l'assurance ce trouve à la fin de la présente documentation.
Vous ne devez pas perdre de vue qu'une fois résiliée, une assurance complémentaire ne peut plus être conclue à partir d'un certain âge (55 à 65 ans) ou en cas de mauvaise santé, ou ne peut l'être qu'avec des réserves.

Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne

Une précision sur le panier de biens que l'assurance complémentaire doit fournir au minimum : *"Chaque assureur mentionne dans ses conditions d'assurance les prestations qui sont couvertes par les assurances complémentaires. Il s'agit notamment des prestations suivantes* ***: …"***

Un conseil pour éviter d'avoir des sur-couvertures complémentaires : *"Veillez à ce que vos différentes assurances complémentaires ne couvrent pas les mêmes prestations. "*

Une incitation à se poser la question de la nécessité d'avoir une assurance complémentaire : *"Si vous êtes convaincu/e de n'avoir pas besoin d'une assurance complémentaire, vous pouvez la résilier "*

- Le site de l'OFSP fournit également des informations sur les primes approuvées.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Primes non approuvées par l'Office fédéral de la santé publique

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'a pas approuvé les primes pour 2009 soumises par l'assureur Assura pour certains cantons. L'OFSP estime que, en l'occurrence, les primes sont trop élevées.

Les cantons concernés sont : Bâle-Ville, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Vaud, Zoug et Zurich.

La décision de ne pas approuver ces primes n'aura aucune incidence immédiate sur les assurés de la caisse-maladie dont le domicile est situé dans l'un des cantons indiqués. L'OFSP a, en effet, autorisé l'assureur à appliquer provisoirement les primes communiquées pour 2009. En fonction des résultats de la procédure engagée, ce dernier pourrait être tenu de rembourser la différence de prime à ses assurés.

Suisse

Principaux enseignements pour la France (5/6)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- **Au niveau confédéral** : sur le site Internet www.primes.admin.ch de l'Office fédéral de la santé publique, de nombreuses brochures téléchargeables : guide de l'assurance maladie en bref, statistiques de l'assurance maladie obligatoire en 2006

Sommaire

Couverture d'assurance : Est-ce que je dois m'assurer?

Prestations : Que me rembourse-t-on?

Primes / Participation aux coûts

Comment économiser?

Que faire en cas de désaccord?

Adresses

Modèles de lettres

Documentation

Mots clé/index

Des conseils et des mises en garde

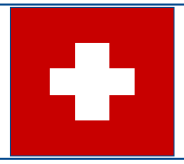
« Attention! Certains assureurs facturent un supplément pour «frais administratifs» lorsque vous ne changez que l'assurance obligatoire et que vous gardez les assurances complémentaires auprès de l'ancien assureur. Ce supplément ne peut cependant excéder 50 % de la prime brute en question. Renseignez-vous auprès de votre assureur. »

« La Statistique de l'assurance-maladie, éditée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), donne un large aperçu en chiffres des assureurs reconnus par la Confédération. L'assurance obligatoire des soins (AOS), régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), constitue bien évidemment l'élément central de cette publication.

Les tableaux et graphiques figurant dans cette publication se basent en grande partie sur les données que les assureurs-maladie reconnus sont tenus de remettre chaque année à l'OFSP, autorité de surveillance de l'assurance-maladie en Suisse.

Cette statistique exploite également diverses autres sources de données. Parmi celles-ci, il convient de citer en premier lieu les données que l'OFSP récolte auprès des organes cantonaux d'exécution pour la réduction de primes dans l'assurance obligatoire des soins. Y apparaissent également les résultats de la procédure d'approbation des primes de l'OFSP et ceux de la compensation des risques dans l'institution commune LAMal. » (extrait)

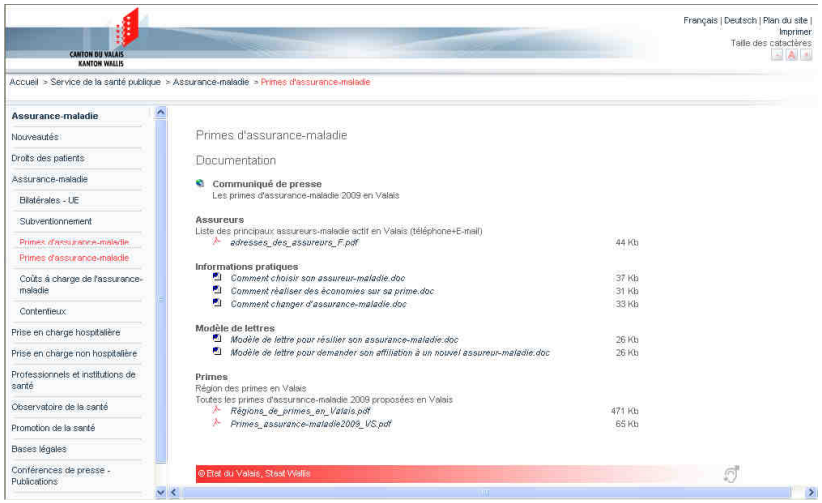
Suisse



Principaux enseignements pour la France (6/6)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

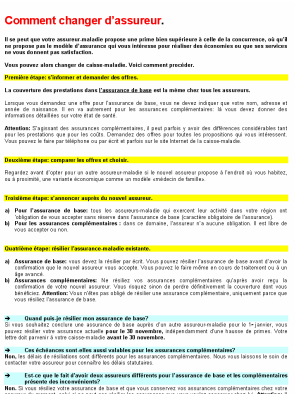
- **Au niveau cantonal** : le site internet du Service de la santé publique du canton du Valais www.vs.ch/sante , offre des informations et des modèles de lettres, compare les niveaux de primes etc. La comparaison n'est cependant pas interactive (liste alphabétique des assureurs, sans possibilité de choix).



Exemple d'informations données sur le site public : Comment changer d'assureur.

« Il se peut que votre assureur-maladie propose une prime bien supérieure à celle de la concurrence, où 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. »



- Au niveau cantonal également : le site internet du canton de Genève : http://www.ge.ch/assurances/maladie/welcome.asp qui donne des informations sur la manière d'économiser sur les primes : *« Le Département de la solidarité et de l'emploi rappelle aux assurés genevois que, pour réduire la charge de leur assurance obligatoire des soins, ils peuvent choisir »* :
  - « *Une caisse ayant une prime inférieure à la moyenne cantonale* » : une liste des caisses-maladie bon marché (prime inférieure à la moyenne cantonale) pour chaque groupe d'âge est téléchargeable (Adultes (dès 26 ans) : moyenne cantonale Fr. 419.00 / Jeunes (de 19 à 25 ans) : moyenne cantonale Fr. 347.00 / Enfants (de 0 à 18 ans) : moyenne cantonale Fr. 96.00)
  - *« Une franchise à option »*
  - *« Un réseau de soins »*

Pays-Bas

Panorama du système de protection sociale (1/2)

Présentation du système de protection sociale

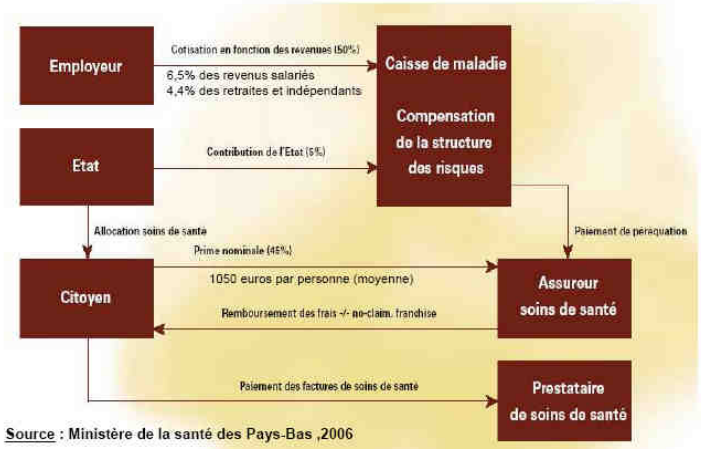
- La **loi sur l'assurance soins « Zorgverzekeringswet ZVW** », entrée en vigueur le 1er janvier 2006*, a modifié le système de protection collective du risque maladie: le système de base est désormais universel, unique pour tous et obligatoire, l'affiliation étant liée à la résidence (et non plus au travail).
- Le risque santé « exceptionnel » ou de longue durée couvert par la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ) du 14 décembre 1967 est en revanche resté en dehors du périmètre de la réforme.
- Les acteurs sont tous privés et interviennent sur un marché concurrentiel mais régulé.
- Outre la couverture de base universelle (98,5% de la population), une couverture supplémentaire facultative est possible : 96% de la population dispose d'une assurance supplémentaire couvrant les dépenses de santé, 75% couvrant les dépenses de soins dentaires.
- Aux Pays-Bas, une distinction est faite entre les soins dits de première instance (« eerstelijnszorg »), auxquels l'accès est libre, et les soins de deuxième instance (« tweedelijnszorg »), pour lesquels la prescription d'un médecin autorisé est nécessaire.
- Le marché des soins de santé a été libéralisé en 2006 par la loi « Wet Marktordening Gezondheidszorg – WMG » (1 octobre 2006) : l'objectif est que la concurrence entre les compagnies d'assurance maladie et les négociations entre celles-ci et les institutions et professionnels de santé sur les prix et la qualité des soins contractés devraient rendre le marché des soins plus efficace en termes de coûts et plus orientés vers la demande.

Source : fiche de synthèse – Le système de santé aux Pyas-bas –Mission économique – 5 février 2009

Source : Cohu S. et alii (2006), "Pays-Bas, une réforme du système e santé fondée sur la concurrence et la privatisation", Revue des affaires sociales n°2-3

- Un système de financement dual :
  - Tous les résidents de plus de 18 ans paient une contribution nominale pour le panier de soins de base : pour une police d'assurance donnée, la prime est identique pour tous quel que soit l'âge, le sexe, l'état de santé et le montant des revenus. Les enfants ne paient pas de contribution.
  - Au delà de cette contribution nominale, une cotisation supplémentaire de 6,5% calculée sur le revenu dans la limite d'un plafond annuel de 30 000 euros, est prélevée par les services fiscaux. Elle est remboursée à l'assuré par son employeur et dans certains cas par l'organisme débiteur de prestations de sécurité sociale.

Le financement du système de santé à partir de 2006



Source : Ministère de la santé des Pays-Bas ,2006

- En 2009, la franchise annuelle obligatoire est de 155 €. Les coûts des soins de médecins généralistes, de l'assistance à la maternité et des soins dentaires des moins de 22 ans ne sont pas inclus. Une franchise supplémentaire entre 0 et 500 €, qui réduit les primes pour les assurés, est facultative. Au-delà de ces franchises, le reste à charge (après remboursement par l'assurance de base et par les assurances facultatives) est en général faible.

Panorama du système de protection sociale (2/2)

Panier de biens – Assurance maladie de base (ZVW)

- **Pour l'assurance maladie de base (ZVW),** le panier de biens est standardisé et défini au niveau national par la loi. Il comprend les soins de première nécessité, tels que* :
  - les soins médicaux, dont ceux délivrés par les médecins généralistes, les hôpitaux, les médecins spécialistes et les sages-femmes ;
  - les séjours à l'hôpital ;
  - les soins dentaires jusqu'à l'âge de 18 ans ;
  - les outils médicaux ;
  - (la plupart des) médicaments ;
  - l'assistance à la maternité ;
  - le transport des malades (ambulance et transport assis) ;
  - certains soins paramédicaux.

*Source : fiche de synthèse – Le système de santé aux Pyas-bas –Mission économique – 5 février 2009

- **Etendue et taux de couverture de base en 2009 :**
  - Lentilles de contact : seulement pour certaines indications médicales ;
  - Médicaments : Contraceptifs: 100% / Médicaments: 100% (selon le règlement de soins pharmaceutiques) / Automédication : 100% pour une période de 5 mois et plus de 6 mois pour des maladies chroniques. Les 15 premiers jours pour son propre compte.
  - Médecin, l'hôpital et des soins médicaux spécialisés : Avortement: 100% / Vaccins contre la grippe (AWBZ): 100% pour certains risques / Services ambulatoires de santé: 100% / l'hospitalisation psychiatrique: 100% / deuxième avis médical: 100% / Hospitalisation: 100%
  - Appareils : la plupart des appareils sont à 100%
  - Soins dentaires : jusqu'à 22 ans un remboursement intégral
  - Thérapies : Remboursement (jusqu'à une certaine limite), s'applique aux ambulatoires de santé mentale, l'alimentation des conseils, produits diététiques, la dyslexie traitements primaires psychologue, d'ergothérapie et d'orthophonie. La physiothérapie sont remboursés à partir de 18 ans.
  - Soins infirmiers, de soins et de soutien : 100% / Hôpital de soins à domicile: 100%
  - Grossesse et accouchement : remboursement à 100%
  - Traitements de fertilité : remboursement, sous certaines conditions.
- **Depuis le 1er janvier 2009, quelques modifications du panier de biens pour la base, par exemple :**
  - Tous les enfants du primaire âgés de 7 ans souffrant de sévère dyslexie ont droit aux soins ;
  - Le remboursement de certains somnifères et tranquillisants (benzodiazépines) est limité (remboursements pour l'épilepsie, les troubles d'anxiété, les problèmes psychiatriques, la sédation palliative en administration des soins)
  - Plus de franchises pour la psychothérapie.

Panorama du système de protection sociale (3/3)

Zoom sur la couverture des soins exceptionnels

- La Loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ) du 14 décembre 1967 a introduit une assurance générale pour tous les résidents contre les risques graves : elle prend en charge :
  - les dépenses de soins médicaux et infirmiers (cure) de longue durée proprement dites (longue convalescence, aide aux personnes handicapées ou âgées en institutions) , engagées sur plus d'un an, correspondant le plus souvent à des dépenses de prise en charge en établissements ou liées à la perte d'autonomie
  - les services d'assistance à la vie quotidienne de longue durée, ou soins de « care », qui doivent être dispensés aux personnes handicapées ou âgées maintenues à domicile (aide à l'entretien du logement)*
- Autres prestations couvertes par la loi AWZB :
  - conseils alimentaires,
  - admission et séjour à l'hôpital après les 365 premiers jours,
  - admission et séjour en institution de soins, institut, foyer ou centre de jour pour personnes avec un handicap physique,
  - soins pour handicapés résidant à "Het Dorp" à Arnhem,
  - patients traités en consultation externe par un centre de soins,
  - soins à domicile,
  - réhabilitation,
  - soins psychiatriques,
  - soins délivrés par l'Institut régional de Santé mentale pour patients externes (RIAGG),
  - soins des aveugles et myopes,
  - soins des sourds et des malentendants,
  - soins des handicapés mentaux et placement dans un centre journalier (dagverblijf),
  - test de l'hépatite B pour les femmes enceintes,
  - soins de santé pour la mère et l'enfant,
  - test pour les désordres métaboliques d'origine congénitale,
  - vaccinations.
- La compagnie d'assurance maladie contractée pour l'assurance maladie de base assure également les soins exceptionnels. Cependant, ces soins sont financés par le fonds alimenté des cotisations au titre de l'AWBZ (21 Mds € en 2008, soit 40% des dépenses de santé). Une participation est exigée des assurés âgés de plus de 18 ans pour les soins dans un centre de soins (maximum NLG 3.670 (€ 1.665) par mois).**

*Source : Velasco-Garrido M. et alii (2006), "Description des paniers de soins dans neuf pays de l'Union Européenne", Revue des affaires sociales n°2-3

**Source : fiche de synthèse – Le système de santé aux Pyas-bas –Mission économique – 5 février 2009

Pays-Bas

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (1/3)

Caractéristiques du marché privé

- Aujourd'hui on compte 10 groupes, 15 sociétés et 35 marques pour la base, 8 groupes pour la complémentaire (presque toutes les assurances couvrent base et supplémentaire, la vente liée est interdite mais de fait, les assurés ont recours à la même assurance pour les deux couvertures). La plupart des assurances privées sont des fonds à but non lucratifs (OWM), quelques-unes sont à but lucratif. Elles sont représentées par l'association Health insurers ZN et membres du College of Health Insures qui conseille le gouvernement sur le système de soins.

Groupe	Population couverte (x 1000) en 2008	Part de marché	Parts de marché (en % cumulatif)
Achmea / Agis	4.700	29%	29%
UVIT	4.200	26%	55%
CZ / OZ / Delta Lloyd	3.310	20%	75%
Menzis groep	2.150	13%	88%
Multizorg	1.000	6%	94%
De Friesland	500	3%	97%
Zorg en zekerheid	365	2%	99%
Salland	88	1%	100%

- Elles peuvent offrir un ou **deux types de polices de base**
  - Une police en nature (68% des contrats en 2006) : l'assureur passe directement des contrats avec les fournisseurs de soins et paie directement les factures aux professionnels de santé. Dans les contrats sont précisés les accords obtenus sur les prix et la qualité des soins à délivrer. L'assuré ne peut s'adresser qu'aux professionnels ayant passé un contrat avec l'assureur :
  - Une police contre remboursement (23% des contrats) : l'assuré choisit lui même son prestataire de soins, paie les factures et se fait rembourser par la suite ;
  - Un système mixte (9% des contrats).
- Même si la **contractualisation sélective** est permise, dans le faits tous les assurés qu'ils soient couverts par un contrat classique ou intégré, ont accès à tous les prestataires de soins.
- Une **tendance à l'accroissement du poids des contrats collectifs** : 57% des assurés avaient un contrat collectif en 2007 (77% correspondant à des contrats de groupes d'entreprises). Cet engouement pour le collectif est notamment lié au fait que la souscription à un contrat collectif s'accompagne d'une réduction de 10% du niveau des primes pour les assurés et d'une couverture plus large de certains biens (à 100% dans certains contrats collectifs)

- Le **montant des primes** fixé par chaque assureur est valable sur l'ensemble du territoire national (sauf pour les petites assurances qui opèrent dans une région). Leur niveau varie cependant selon le degré d'intégration du système, le type de couverture (individuelle ou collective) et le niveau des franchises.
- En 2008, la prime mensuelle moyenne s'élève à de près 95€ par adulte (+18 ans), à peu près la moitié des dépenses de soins de santé par personne. Les employeurs contribuent également à 50% dans le financement des soins médicaux à travers une cotisation proportionnelle sur le salaire de l'employé, qui est de 7,2% et plafonné à 2 248 € en 2008. Des personnes à revenues faibles (moins de 29 069 € par an en 2008) ont droit à une restitution partielle (« zorgtoeslag ») par l'Etat de la contribution de base (46 € par mois).

Assurance privée	Type de couverture	Primes annuelles 2007 (euros)	Primes annuelles 2008 (euros)	Primes annuelles 2009 (euros)
Aegon	Remboursement			1140,72
Agis	Nature	1125	1089	1089
Agis	Remboursement	1125	1089	1095
Amersfoortse	Mixte	1128	1128	1128
Amersfoortse	Remboursement	1152	1152	1152
AnderZorg	Remboursement	1056	975	963
Avero / Achmea	Mixte	1166	1146	1146
Avero / Achmea	Remboursement	1178	1165,92	1156,92
Azivo	Nature	1179	1134	1122
AZVZ	Nature			1204,8
Confior	Nature	1143	1083	
Confior	Remboursement	1191	1131	
CZ	Nature	1140	1089	1089
CZ	Remboursement	1197	1146	1131
CZ direct	Nature			999
De Friesland	Mixte	1152	1089	1079
De Goudse	Nature	1176	1121,4	115,4
De Goudse	Remboursement	1176	1121,4	1187,4
Delta Lloyd	Remboursement	1149	1134,96	1149,96
DSW	Nature	1137	1065	1053
DVZ	Mixte	1152	1104	1113
FBTO	remboursement	1134	1089	1095

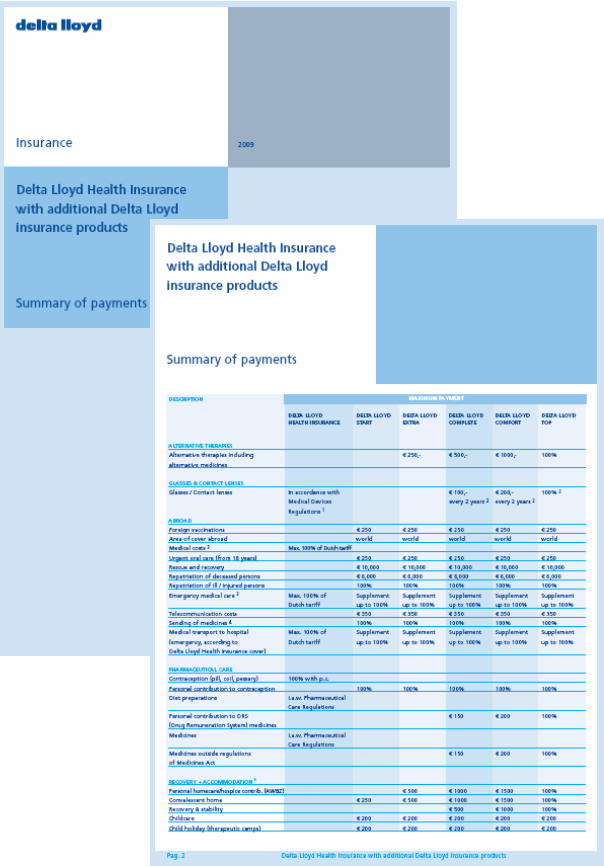
Pays-Bas

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (2/3)

Caractéristiques du marché privé

- **Les assurances privées complémentaires déterminent le panier de soins qu'elles souhaitent couvrir et le niveau des primes.**
- **Exemple de prestations fournies par l'un des plus gros assureurs des Pays-Bas – Delta Lloyld / zoom sur un formulaire d'adhésion**

Exermple de document précisant le montant des remboursements pour les différentes prestations



delta lloyd

Insurance

2009

Delta Lloyd Health Insurance with additional Delta Lloyd insurance products

Summary of payments

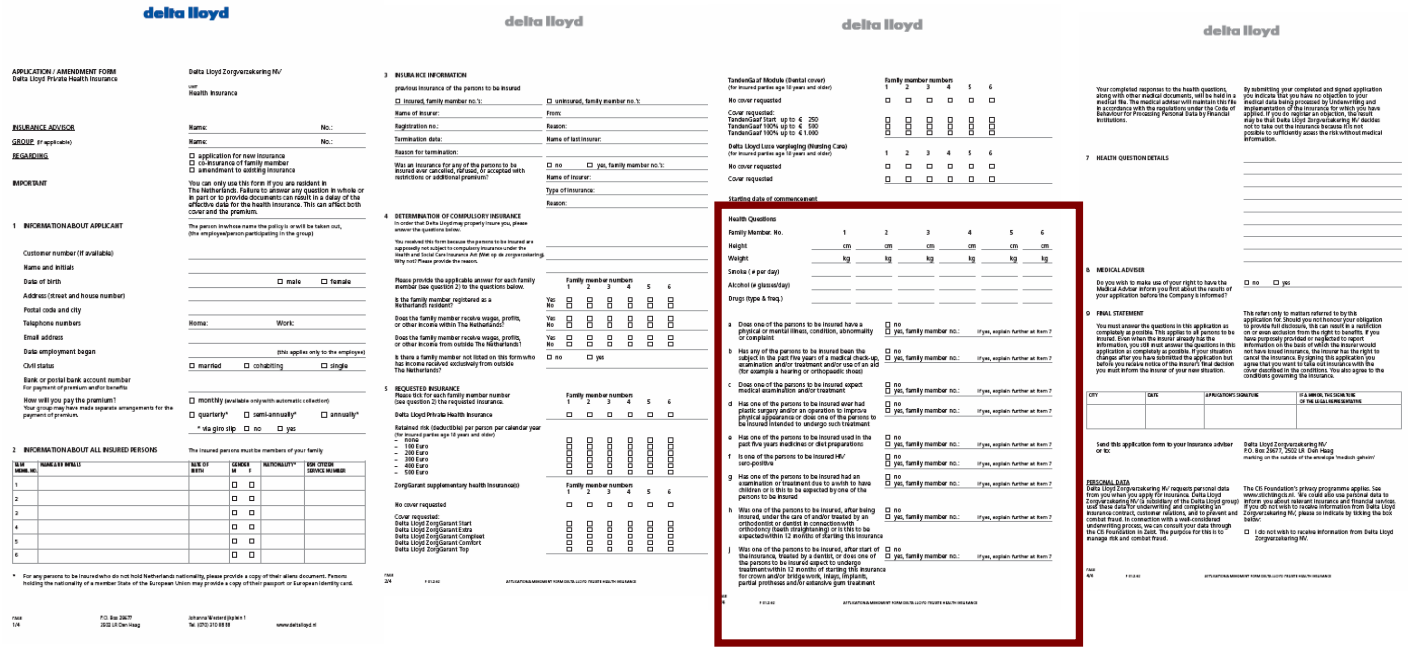
Delta Lloyd Health Insurance with additional Delta Lloyd insurance products

Summary of payments

DESCRIPTION	MAXIMUM PAYMENT					
	DELTA LLOYD HEALTH INSURANCE	DELTA LLOYD START	DELTA LLOYD EXTRA	DELTA LLOYD COMPLETE	DELTA LLOYD COMFORT	DELTA LLOYD TOP
ALTERNATIVE THERAPIES						
Alternative therapies including alternative medicines			€ 250,-	€ 500,-	€ 1000,-	100%
GLASSES & CONTACT LENSES						
Glasses / Contact lenses	In accordance with Medical Devices Regulations [1]			€ 100,- every 2 years [2]	€ 200,- every 2 years [2]	100% [2]
ABROAD						
Foreign vaccinations		€ 250	€ 250	€ 250	€ 250	€ 250
Area of cover abroad		world	world	world	world	world
Medical costs [3]	Max. 100% of Dutch tariff					
Urgent oral care (from 18 years)		€ 250	€ 250	€ 250	€ 250	€ 250
Rescue and recovery		€ 10,000	€ 10,000	€ 10,000	€ 10,000	€ 10,000
Repatriation of deceased persons		€ 6,000	€ 6,000	€ 6,000	€ 6,000	€ 6,000
Repatriation of ill / injured persons		100%	100%	100%	100%	100%
Emergency medical care [3]	Max. 100% of Dutch tariff	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%
Telecommunication costs		€ 350	€ 350	€ 350	€ 350	€ 350
Sending of medicines [4]		100%	100%	100%	100%	100%
Medical transport to hospital (emergency, according to Delta Lloyd Health Insurance cover)	Max. 100% of Dutch tariff	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%	Supplement up to 100%
PHARMACEUTICAL CARE						
Contraception (pill, ovl, pessary)	100% with p.c.					
Personal contribution to contraception		100%	100%	100%	100%	100%
Diet preparations	Law. Pharmaceutical Care Regulations					
Personal contribution to DRG (Drug Remuneration System) medicines				€ 150	€ 200	100%
Medicines	Law. Pharmaceutical Care Regulations					
Medicines outside regulations of Medicines Act				€ 150	€ 200	100%
RECOVERY + ACCOMMODATION [5]						
Personal homecare/hospice contrib. (WMO)			€ 500	€ 1000	€ 1500	100%
Convalescent home		€ 250	€ 500	€ 1000	€ 1500	100%
Recovery & stability				€ 500	€ 1000	100%
Childcare		€ 200	€ 200	€ 200	€ 200	€ 200
Child holiday (therapeutic camps)		€ 200	€ 200	€ 200	€ 200	€ 200

Pag. 2 Delta Lloyd Health Insurance with additional Delta Lloyd insurance products

Exermple de formulaire d'adhésion à une assurance privée



delta lloyd

APPLICATION / AMENDMENT FORM
Delta Lloyd Private Health Insurance

Delta Lloyd Zorgverzekering NV
UMF
Health Insurance

INSURANCE ADVISOR
GROUP (if applicable)
REGARDING

IMPORTANT

1 INFORMATION ABOUT APPLICANT

2 INFORMATION ABOUT ALL INSURED PERSONS

3 INSURANCE INFORMATION

4 DETERMINATION OF COMPULSORY INSURANCE

5 REQUESTED INSURANCE

Health Questions

7 HEALTH QUESTION DETAILS

8 MEDICAL ADVISER

9 FINAL STATEMENT

Un questionnaire sur l'état de santé du futur assuré très détaillé

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (3/3)

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Chaque assurance est libre d'établir son niveau de prime mais elle ne doit être différente selon les assurés et ne peut pas tenir compte de leur état de santé. Les primes peuvent être différentes selon les niveaux de franchises et les modèles de couverture.
- La **concurrence est nationale**. Elle est féroce entre assureurs : la plupart fixe des primes à des niveaux inférieurs aux coûts ; beaucoup d'assurances sont prêtes à perdre de l'argent pour gagner des parts de marché et un pouvoir de marché sur le long terme (une perte globale estimée à 600 millions d'euros sur le marché de l'assurance privée de base en 2007). Les assureurs jouent sur le facteur prix mais également sur la qualité des services, l'offre de services spécifiques (comme des soins de haute qualité pour les diabétiques), une meilleure information comparative sur la qualité des prestataires de soins ou l'effet de marque (réputation).
- Le **marché est très concentré** : les 5 plus grands conglomérats de caisse couvrent 82% des assurés. La tendance à la concentration sur ce marché s'est accrue depuis la réforme de 2006.
- L'entrée sur le marché est en principe plus facile qu'en Suisse puisqu'à la fois les assurances à but lucratif et les assurances à but non lucratif peuvent offrir une couverture de base. Dans les faits, il n'y a pas eu de nouvel entrant sur le marché depuis 2006. la difficulté d'entrée sur le marché existait déjà avant la réforme de 2006 : seuls 7 nouvelles compagnies sont entrées sur le marché dans les années 1990. Deux d'entre elles ont été rachetées par des entreprises existantes, deux autres sont sorties du marché avant 2002, les 3 autres ont une part de marché combinée de 1,5% aujourd'hui. La performance des assurances et les économies d'échelle ont permis la consolidation des positions sur le marché.
- L'assurance primaire n'a pas vocation à faire des profits. Le déficit était de 250 millions en 2006, de 298 millions en 2007. En revanche, sur la branche complémentaire, les assurances peuvent faire du profit : en 2006, le montant global des profits était de 47 millions d'euros et de 29 millions en 2007. Les profits sont possibles essentiellement grâce aux placements financiers réalisés par les assurances. Les profits réalisés sur la branche complémentaire ne permet pas de couvrir les pertes sur la branche primaire.

Pays-Bas

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information

Caractéristiques de la population couverte

- En 2006 : seul 1,5% de la population n'était **pas assuré** (soit 241 000 personnes dont 131 000 immigrés, 40 000 enfants). Ce nombre a baissé avec l'introduction de la nouvelle loi et atteignait 231 000 personnes en 2007.
- En 2007, 240 000 assurés ne payaient pas leurs primes. En juillet 2007, les assurances ont été autorisées à résilier le contrat de ces assurés, mais ceux-ci ont tout simplement changé d'assureur. Pour éviter ce phénomène, le gouvernement interdit désormais aux personnes qui ne paient pas leurs primes de changer d'assurance.
- Avec la loi de 2006, mise en place d'un **système d'aide** pour les personnes aux revenus les plus bas qui ont des difficultés à financer leur assurance : 40% des ménages sont éligibles.
- Pour inciter les assurés à réduire leurs dépenses, deux mécanismes existaient :
    - Franchises : l'assuré peut choisir de payer une franchise plus élevée pour avoir un niveau de primes plus bas : 5 niveaux de franchises entre 100 et 500 euros.
    - Bonus : l'assuré peut également recevoir un bonus en fin d'année si ses demandes de remboursement ont été inférieures à 255 euros dans l'année
- Ces mécanismes ont eu peu d'effet sur la réduction des dépenses de santé. En 2008, le bonus a été supprimé et remplacé par une **franchise minimale obligatoire** de 150 euros. Les adultes ont toujours le choix de prendre des franchises plus élevées mais peu le font dans les faits.

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- Les Pays-Bas cherchent à faciliter la comparaison des offres sur les sites web, mais aussi par la mise en place de paniers de soins standardisés et la suppression des freins au changement d'assurance.
- Changer d'assureur a un coût en termes d'information et aussi un coût financier et est rendu complexe par la séparation qui existe entre assurance de base et assurance supplémentaire : si les assurés changent de couverture de base, le nouvel assureur doit accepter l'assuré pour la couverture de base mais n'est pas obligé de lui offrir une couverture supplémentaire. Pour réduire cet effet, le Health Insurance Act exige que l'ancien assureur de base continue à offrir à l'assuré sa couverture complémentaire, au même taux que celui auquel l'assuré aurait été soumis s'il avait gardé sa couverture de base chez lui.
- La **mobilité des assurés** était faible avant la réforme de 2006. Au début de l'année 2006, le **taux de rotation** des contrats était de 21%, sous l'effet des campagnes incitatives menées par le gouvernement et du marketing des assurances. Parmi les assurés qui ont changé d'assureur : 57% étaient attirés par le niveau plus bas des primes offertes par les contrats collectifs, 37% étaient mécontents de leur ancienne assurance. Les taux de mobilité se sont effondrés à 4,5% en 2007 et 3,5% en 2008. Les jeunes assurés et ceux qui sont en bonne santé changent plus fréquemment que les autres.

Pays-Bas

Principaux enseignements pour la France (1/7)

Innovations et réformes récentes du secteur

- En 2006, les Pays-Bas ont adopté le **modèle de managed competition**
  - Les caisses publiques deviennent privées et sont en concurrence directe avec les assurances privées => Privatisation de l'assurance maladie obligatoire
  - L'assurance maladie devient obligatoire pour tous => Universalisation et unification du système
  - **Principes du managed competition** : un panier de soins standard défini par l'État / une concurrence entre assureurs mais pas de tarification individuelle ni de sélection des risques / la mise en place d'un système de péréquation des risques / le principe de la double obligation : les assurés doivent s'assurer, les assureurs doivent couvrir tout personne qui le demande / une contractualisation sélective des assureurs avec les professionnels de santé
- Depuis 2006 également, les Pays-Bas passent progressivement à la tarification à l'activité pour le système de soins.

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

- Les règles et systèmes de surveillance du marché privé visent à orienter la concurrence entre les assurances sur la qualité et la performance du système et à limiter les gains ou pertes liées à la structure de risques par un système de péréquation des risques : il s'appuie sur le fonds national abondé par les primes variables liées au revenu payées par les individus et les entreprises. Les ressources des assurances sont ajustées de manière prospective en fonction du nombre d'adhérents et des facteurs de risques. En plus de ce mécanisme, un système de compensation a posteriori pour les assureurs qui ont couvert des assurés avec un besoin de remboursement très élevé : le fonds verse 10% ; les fonds communs mis en place entre assurances : 90%. Le système de péréquation des risques est très sophistiqué : il regroupe les assurés par âge, sexe, statut professionnel, région d'appartenance mais également en 20 groupes pharmaceutiques (en fonction de l'utilisation passée de médicaments) et en 13 groupes de diagnostic (basé sur l'utilisation de services hospitaliers). L'utilisation de ces deux derniers modes de regroupement des individus a considérablement amélioré la capacité du système à prévoir le coût des assurés les plus chers.
- Une obligation pour les assureurs d'accepter toute personne qui demande à s'assurer lors de la période d'inscription annuelle
- Une tarification uniforme interdisant la sélection des risques liés à l'âge, au sexe ou à l'état de santé de la personne
- Un système de managed care encadré : l'interdiction de recourir à un prestataire de soins non intégré au réseau ne doit pas être excessive, les PPO sont autorisés mais pas les systèmes totalement intégrés. De plus, les assureurs ne peuvent négocier les prix que pour un nombre limité de services de soins hospitaliers et spécialisés
- « *Une logique de compétition qui fonctionne ne peut être produite du jour au lendemain. Il faut des investissements dans le développement de mécanismes d'ajustement des risques, un management de la qualité, un système complet d'information aux consommateurs et bien sûr une régulation volontariste de la concurrence.* » Van de Ven W et al. (2004) Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. Health Affairs 23, n°3, pp. 45-55.

Pays-Bas

Principaux enseignements pour la France (2/7)

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

- La loi de 2006 sur l'assurance de base (ZVW) exige des assureurs une transparence de l'information sur les prix et les prestations, pour que les assurés puissent comparer les offres. Cette obligation de transparence est réaffirmée dans la loi du 1er octobre 2006 (Wet marktordening gezondheidzorg Wmg – article 40). L'autorité de santé néerlandaise (NZa) a publié en juillet 2008 un guide sur l'information après avoir consulté toutes les parties concernées par le sujet. Il comprend une liste de 18 points avec des exemples sur les types d'informations trouvées qui ne correspondaient pas aux normes définies par la NZa.

- La NZa définit les lignes directrices et des 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 sur la santé 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. Elle veille à ce que l'information ne soit pas mensongère. En 2008, l'enquête réalisée a révélé que 11 assureurs ne respectaient pas certaines directives fixées en 2007, notamment l'obligation d'informer sur la possibilité de faire des réclamations, que les informations sur les primes n'étaient pas suffisamment claires ce qui empêchaient les assurés de comparer correctement les assureurs entre eux.

- Chaque année la NZa adapte ses lignes directrices. En 2008, elle insiste sur la nécessité de fournir une information précise, décrite de manière détaillée et aussi concrète que possible, et précise les informations que doivent fournir les sites internet aux assurés : une check-list de 18 points (ex Primes : montant, réductions, surcharge, coûts de collecte etc / Possibilités de réclamations / plaintes et moyens offerts etc.)

Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) Nederlandse Zorgautoriteit

3. Checklist informatieverstrekking

In het onderstaande overzicht staan de richtsnoerpunten in de vorm van een checklist die de NZa hanteert. Maar partijen kunnen ook zelf deze checklist hanteren (let op: lijst is niet beperkend). Daarnaast staan er bij elk punt voorbeelden van informatieverstrekking, die in de ogen van de NZa niet juist, niet volledig of niet begrijpelijk zijn en daardoor misleidend kunnen zijn.
De checklist volgt de fases van de zorgverzekering: oriëntatiefase, koopfase, productfase en opzegfase.

Checklist		
Oriëntatiefase		**Voorbeelden**
1	Worden zaken die tot het wettelijke pakket horen gepresenteerd als extra, gratis of uniek/specifiek voor een bepaald product?*	Voorbeeld: 'Bij ons zijn uw kinderen tot 18 jaar gratis verzekerd voor de basisverzekering'; 'Zorgbemiddeling bij ons gratis in het basispakket'. *Toelichting:* Beide voorbeelden maken standaard deel uit van het basispakket.
2	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over prestaties die in de basisverzekering zijn opgenomen?*	Voorbeeld: 'Beperkt fysiotherapie', zonder uitleg waarom fysiotherapie beperkt in het basispakket zit en wat vergoed wordt. 'Zorgbemiddeling', 'second opinion' 'spoedeisende zorg buitenland' alleen presenteren in de informatie van de aanvullende verzekering, terwijl het ook in de basisverzekering zit. *Toelichting:* Bovenstaande voorbeelden kunnen ertoe leiden dat een verzekerde een extra aanvullende verzekering neemt, omdat hij niet weet dat de basisverzekering dit vergoedt. Verzekerde wordt mogelijk misleid.
3	Presenteert/biedt de ziektekostenverzekeraar een polis aan die niet of nauwelijks de consument bereikt door geen volledige/juiste/begrijpelijke informatie te verstrekken?*	Voorbeeld: 'U heeft alleen toegang tot deze polis als u collectief verzekerd bent'. *Toelichting:* De polis wordt niet als individuele polis aangeboden, waardoor niet wordt voldaan aan artikel 3 lid 2 en 3 Zorgverzekeringswet (Zvw).
4	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke beschrijving van de verschillen tussen een natura-, restitutie of combinatiepolis (zie bijlage 1)?*	Voorbeeld: Definitie natura: 'Bij een naturapolis heeft u geen last van bonnetjes'. *Toelichting:* Deze definitie typeert in onvoldoende mate de naturapolis.
5	Is de informatie over de risicodrager van de zorgverzekering volledig/juist/begrijpelijk?*	Voorbeeld: Een tussenpersoon biedt een zorgverzekering aan, maar vermeldt niet wie de risicodrager is. *Toelichting:* Verzekerde gaat ervan uit dat tussenpersoon de zorgverzekeraar is.
6	Is de vergelijkende reclame juist/betrouwbaar/volledig?*	Voorbeeld: 'Wij zijn de beste zorgverzekeraar!'. *Toelichting:* De zorgverzekeraar moet beschrijven op basis waarvan hij de beste is, dat kunnen bijvoorbeeld onafhankelijke onderzoeken zijn.
7	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden over de wijze van acceptatie bij de aanvullende verzekering?	Voorbeeld: 'Bij ons gelden acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering.' *Toelichting:* Informatie over welke acceptatievoorwaarden dat zijn, ontbreken. In sommige gevallen staat er helemaal niets over acceptatievoorwaarden.

Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten)

8	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijk informatie aan verzekerden met een polis met gecontracteerde zorg over de wijze van vergoeding bij niet gecontracteerde zorg?	Voorbeeld: 'De zorgverzekeraar geeft geen informatie over een polis met gecontracteerde zorg over de wijze van vergoeding bij niet gecontracteerde zorg'. 'In veel polissen staat dat een bepaald percentage bijvoorbeeld 90% van het marktconforme tarief wordt vergoed bij niet gecontracteerde zorg.' *Toelichting:* Of er een kortingspercentage geldt, welke zorg dit betreft of waar extra informatie hierover te vinden is, staat niet in de polis. Ook de hoogte van de korting staat er niets. Het is voor de verzekerde niet duidelijk welk bedrag hij moet betalen wanneer hij naar een bepaalde zorgaanbieder gaat.
9	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie aan verzekerden die bijna 18 jaar worden?	Voorbeeld 1: In de aanbiedingsbrief vermeldt de verzekeraar alleen dat de verzekerde als hij 18 jaar wordt premie moet betalen. *Toelichting 1:* De informatie ontbreekt over het feit dat hij recht heeft op de keuze van een eigen risico en dat voor bepaalde zorgvormen geen vergoeding meer plaatsvindt, maar dat hij daarvoor een aanvullende verzekering kan afsluiten. Voorbeeld 2: Aanbod bijna 18-jarigen: 'de basisverzekering wordt automatisch voortgezet met een aanvullende tandartsverzekering'. *Toelichting 2:* De wijze waarop de verzekeraar een aanvullende tandartsverzekering aanbiedt (automatisch), kan tot gevolg hebben dat de verzekerde een duurdere polis afsluit dan nodig is of zich verzekert terwijl de noodzaak niet bestaat. Er is dan sprake van misleidende informatie op grond waarvan de verzekerde mogelijk een beslissing neemt, die hij niet zou hebben genomen als hij op een juiste wijze was geïnformeerd.
Koopfase		**Voorbeelden**
10	Hebben jongeren tot 18 jaar de mogelijkheid om zelfstandig een polis af te sluiten?*	Voorbeeld: Het is niet mogelijk om in het online aanmeldingssysteem een jaartal in te vullen voor een verzekerde onder de 18. *Toelichting:* De verzekerde kan zich niet zelfstandig aanmelden.
11	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over koop op afstand? (artikel 41 en 43 Wmg)	Voorbeeld: 'Na afsluiting heeft verzekerde 14 dagen bedenktijd'. *Toelichting:* Hierbij is niet duidelijk of dit kalenderdagen zijn of werkdagen. Daarnaast vermeldt de verzekeraar niet dat dit zonder boete of opgave van redenen gedaan kan worden vanaf dag waarop die overeenkomst is aangegaan. Ook moet de zorgverzekeraar melden op welke wijze de verzekerde kan opzeggen.
Productfase		**Voorbeelden**
12	Geeft de ziektekostenverzekeraar (afdoende) onderbouwde garanties?*	Voorbeeld: 'Gegarandeerde zorg binnen x dagen!'. *Toelichting:* De verzekeraar moet deze garantie kunnen waarmaken en kunnen onderbouwen.
14	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over machtigingen?	Voorbeeld: 'Voor bepaalde vormen van zorg heeft u een machtiging nodig'. *Toelichting:* Welke zorg hieronder valt of waar extra informatie hierover te vinden is, ontbreekt. Net als de gehanteerde procedure.

Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en tussenpersonen (volmachten) Nederlandse Zorgautoriteit

15	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over kortingsacties bij gecontracteerde zorg?	*Voorbeeld:* Een sturende brief met informatie over kortingsacties van de voorkeursaanbieder van de ziektekostenverzekeraar, zonder daarbij te vermelden dat verzekerde ook naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kan. Of een andere gecontracteerde zorgaanbieder die niet als voorkeursaanbieder wordt aangemerkt. *Toelichting:* Verzekeraar geeft niet volledige informatie over gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg.
16	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de EHIC?	Voorbeeld 1: 'Met de Europese zorgverzekeringspas kunt u aantonen dat u tijdens uw vakantie in een andere EU lidstaat (...) recht heeft op spoedeisende zorg (...).' *Toelichting 1:* Het gaat om medisch noodzakelijke zorg. Deze zorg gaat verder dan alleen spoedeisende zorg. Voorbeeld 2: 'Anders dan bij veel andere verzekeraars, is het bij ons niet nodig om een extra pas aan te vragen. Deze extra pas (de European Health Insurance Card) kunnen wij u wel toesturen op uw verzoek.' *Toelichting 2:* Deze informatie kan misleidend zijn, omdat door onvolledige informatie (verzekerde weet niet hoe het zit met de bekostiging van zorg bij de EHIC en de zorgpas) de verzekerde een beslissing zou kunnen nemen over de keuze van een product (EHIC of Zorgpas) die hij anders niet zou hebben genomen.
Opzegfase		**Voorbeelden**
17	Geeft de ziektekostenverzekeraar volledige/juiste/begrijpelijke informatie over de wijze waarop de basis- en/of aanvullende verzekering kunnen worden opgezegd?*	Voorbeeld: 'U kunt tot 1 november uw basisverzekering opzeggen'. *Toelichting:* Door wetswijziging is dit 31 december geworden. Voorbeeld: 'U kunt tot 31 december uw basisverzekering opzeggen'. *Toelichting 2:* Maar de wijze waarop de verzekerde dit kan doen is niet beschreven.
18	Zegt de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering(en) op als de verzekerde de basisverzekering niet voortzet?*	Voorbeeld: 'De aanvullende verzekering eindigt wanneer de basisverzekering wordt opgezegd'. *Toelichting:* Dit is in strijd met artikel 120 Zvw.

* Deze punten van de checklist zijn de punten die ook in het richtsnoer 2006 zijn opgenomen. De andere punten zijn nieuw.

Pays-Bas

Principaux enseignements pour la France (3/7)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- Le gouvernement néérlandais (ministère de la santé) a créé un portail de santé publique www.kiesbeter.nl, pour informer les nééerlandais sur le système de soins, d'assurance etc. Ce site est labellisé, il respecte les normes édictées pour les sites médicaux et de santé, dont les principes de certification "HONcode".

- Le site a coûté 732 000 euros.
- La page consacrée à l'assurance maladie comprend les rubriques suivantes :

Recherches ciblées et rapides

•Quel est le forfait de base le moins cher? : âge et code postal, puis franchise et type de couverture souhaitée (nature, remboursement etc)

•Quel est le meilleur assureur en termes de qualité? (enquêtes, avec évaluation assurance par assurance sur différents critères – un nombre d'étoiles par rapport à la moyenne)

•Quelle est la couverture la plus large possible pour moi ? (âge, code postal, franchise, type de couverture)

•Quelles couvertures offrent les assureurs? Cocher le nom de l'assurance ou des assurances

Informations générales sur l'assurance santé

•Quels sont les changements dans l'assurance de base en 2009? (nouveaux biens et services couverts, hausse de la franchise etc) idem pour l »'assurance complémentaire

•Quels sont vos droits en tant qu'assuré? Droit à l'information, droit à la réclamation

•Comment changer d'assureur?

Questions thématiques

•A quoi correspond ma couverture actuelle?

•Quelle différence entre la couverture 2008 et 2009?

•Quels rabais de groupe puis-je obtenir?

•Comparaison des offres : quelles sont les différentes offres? Quelle est celle qui me convient le mieux?

•Je ne suis pas satisfait du service offert par mon assureur. Comment trouver un meilleur assureur?

Principaux enseignements pour la France (4/7)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- En 2006, le gouvernement a lancé une campagne d'information sur la réforme à destination des assurés, via différents canaux :
  - Publicités dans les journaux
  - Site www.kiesbeter.nl
  - Spots télévisés
  - Brochures, par exemple celle du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports – "L'assurance maladie est obligatoire si vous travaillez aux Pays-Bas ». Une publication en plusieurs langues (dont le français) structurée autour des thèmes suivants

Obligation de contracter une assurance maladie

Que devez-vous faire pour contracter une assurance maladie ?

Quels sont les soins couverts par la formule de base

Cotisation d'assurance maladie

Allocation soins de santé

Franchise

Que se passe-t-il si vous vous assurez trop tard ?

Que se passe-t-il si vous êtes licencié(e) ou si vous donnez votre démission ?

Assurance complémentaire

Informations supplémentaires => canaux officiels donnés par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports

"Vous trouverez des informations sur les assureurs maladie et les assurances qu'ils proposent sur le site internet www.kiesbeter.nl.

Les informations à propos de l'allocation soins de santé sont présentées sur le site internet www.toeslagen.nl du Service des impôts (Belastingdienst). Vous pouvez y télécharger un formulaire de demande d'allocation. Vous pouvez effectuer un calcul d'allocation sur www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Avez-vous encore des questions ? Téléphonez alors gratuitement à Postbus 51, accessible les jours ouvrables entre 8 et 20 heures au numéro 0800-8051.

Avez-vous besoin d'aide pour contracter une assurance maladie ? Téléphonez alors gratuitement à la Fondation De Ombudsman : numéro 0800-6464644, accessible les jours ouvrables de 10 à 16 heures."

Pays-Bas

Principaux enseignements pour la France (5/7)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- Les assureurs santé et les autres acteurs de la société civile ont également réalisé des campagnes d'information. La plupart ont créé des sites internet.
- Exemple de site créé par les organismes de protection des consommateurs : www.consumentenbond.nl
  - Les membres uniquement peuvent accéder à un comparateur de prix et à la liste des assurances qui offrent couverture de base et couverture complémentaire
  - L'association de consommateurs réalise des enquêtes auprès des assutés et attribue chaque année le Golden Stethoscope, prix qui récompense le meilleur assureur en termes d'écoute de la clientèle. Sont notamment pris en compte le service téléphonique, le traitement des sinistres et l'assistance du client. Les prix et la couverture d'assurance ne sont pas inclus dans l'évaluation. En 2008, le prix a été attribué à PNO Zorgverzekeraar, caisse d'assurance maladie à but non lucratif pour le secteur des médias, pour ses prestations de qualité et le choix des niveaux de primes qu'elle offre. Elle a obtenu le plus haut score total : 79 points. La deuxième place de l'enquête est partagée par Friesland Zorgverzekeraar et Pro-vie (les deux 78 points).
- Exemple de site créé par les organisations de patients : www.consumentendezorg.nl
  - La possibilité de poser des questions, demander des conseils et se plaindre / évoquer un problème soit en ligne soit par téléphone via la hotline 030 à 291 67 77 (10h00 – 16h00)
  - La possibilité pour les patients de témoigner de leur expérience en ligne : le résultat des témoignages est publié sur le site. Pour l'assurance maladie, la possibilité par exemple de témoigner du 18 décembre 2008 au 28 février 2009 sur son expérience en matière de changement d'assureur (si tout s'est bien passé ou pas, comment la transition s'est effectuée etc)

Meldactie overstap zorgverzekering

16 december 2008 - 28 februari 2009

Bent u overgestapt naar een andere zorgverzekering? Liep u tegen problemen op, of ging alles goed? Meer dan 2000 mensen hebben hun ervaring met het overstappen van hun zorgverzekeraar gemeld. Binnenkort leest u hier de resultaten van deze meldactie.

(http://www.consumentendezorg.nl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=132&Itemid=276)

Pays-Bas

Principaux enseignements pour la France (6/7)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- **Exemple de site créé par des organismes intermédiaires intervenant dans le domaine de la santé :**

  - **www.verzekeringssite.nl**

  - **www.independer.nl, un site de conseil et de comparaison, donnant une liste des primes 2007, 2008, 2009 par assureur, la possibilité de faire un devis personnalisé en ligne (situation familiale, âge, code postal, sexe)**

  Une contractualisation sélective avec certains assureurs : "Voici une liste de toutes les réductions que vous obtenez lorsque vous avez une assurance par le biais de Independer quitter. "

  Delta Lloyd : 10% de la base / 12% de l'assurance complémentaire

  Fortis : 6% sur la base / 10% de l'assurance complémentaire

  Ohra : 10% de la base / 5% de l'assurance complémentaire

  Le Amersfoortse : 6% sur la base / 10% de l'assurance complémentaire

  Univé : 5% sur la base

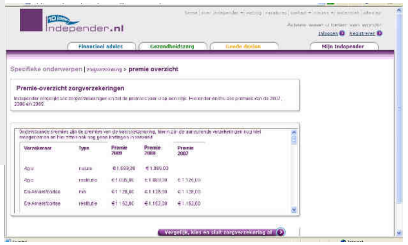
  Trias : 5% sur la base

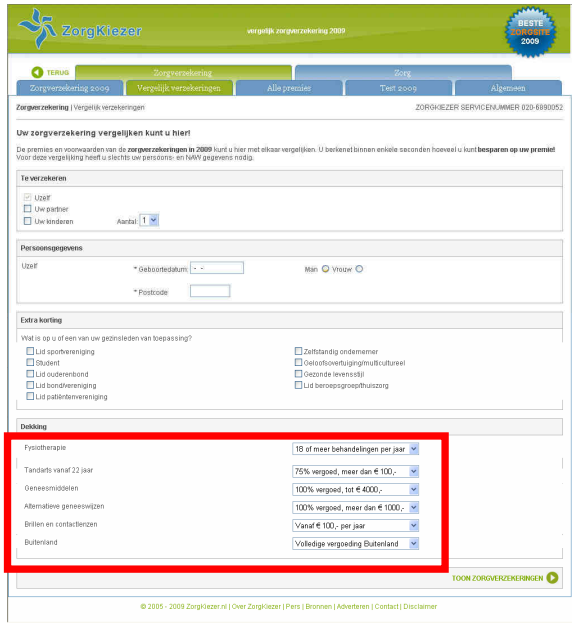
  VGZ : 5% sur la base

  SIZ : 5% sur la base

  - **www.zorgkiezer.nl: comparateur qui permet de sélectionner des préférences en matière de panier de biens (aucune couverture, couverture à x% etc)**

- Exemple de site créé par la fédération des assurés santé : www.zorgverzekeraar.nl. Ce site a été créé après de nombreux débats sur la concurrence accrue entre les assureurs, pour donner de l'information générale sur les assureurs santé





Capgemini Consulting

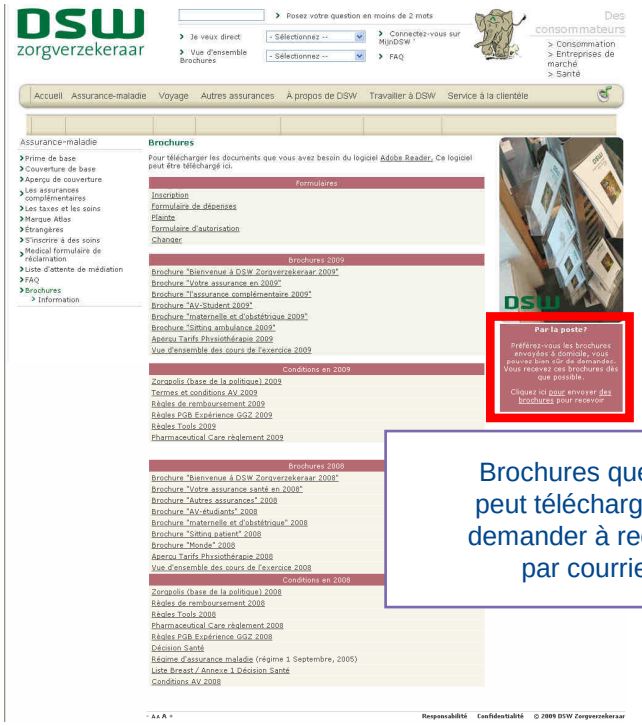
Centre d'analyse stratégique

Pays-Bas

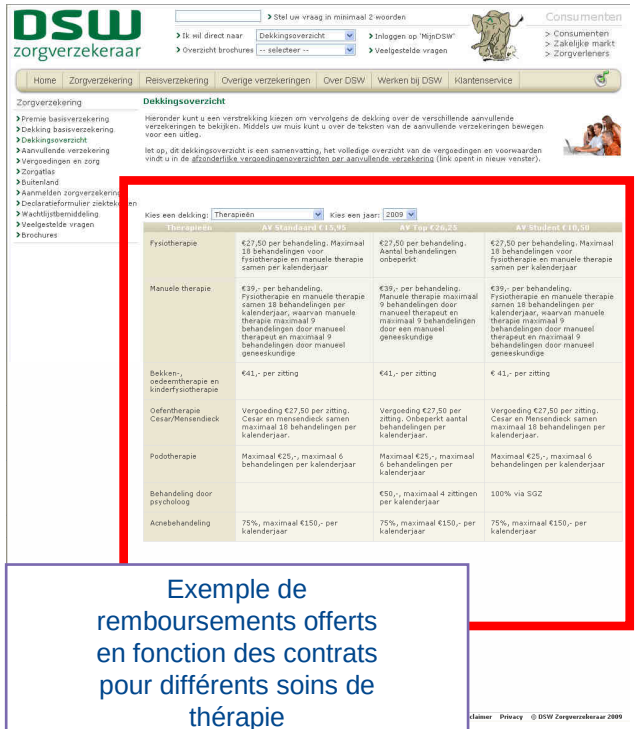
Principaux enseignements pour la France (7/7)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- Exemple de site créé par la fédération des assurés santé : www.zorgverzekeraar.nl. Ce site a été créé après de nombreux débats sur la concurrence accrue entre les assureurs, pour donner de l'information générale sur les assureurs santé
  - Des explications très claires et pédagogiques sur la composition et le calcul des primes
  - Une liste complète de brochures d'information ex "Votre assurance santé en 2009", "L'assurance complémentaire en 2009"
  - Un moteur de recherche permettant d'avoir un aperçu des remboursements par type de soins (détail du soin et du coût)



Brochures que l'on peut télécharger ou demander à recevoir par courrier

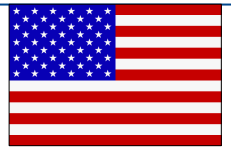


Exemple de remboursements offerts en fonction des contrats pour différents soins de thérapie

Capgemini Consulting

Centre d'analyse stratégique

Etats-Unis



Panorama du système de protection sociale

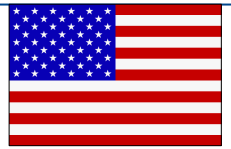
Présentation du système de protection sociale

- Un système de protection sociale d'inspiration **libérale** ne reposant ni sur un principe de couverture universelle (16% de la population n'est pas couverte) ni sur un financement public solidaire
- Un système très **fragmenté d'acteurs opérant au niveau des Etats**: une diversité des acteurs ainsi que des modèles de couverture de base, qui peut être soit privée soit publique selon les caractéristiques de l'assuré.
- La **couverture publique vise des populations ciblées,** à travers différents programmes fédéraux non exclusifs l'un de l'autre :
  - MEDICARE, piloté et géré au niveau fédéral par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, joue un rôle d'assureur au premier dollar pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler, dès lors qu'elles ne disposent pas/plus d'une assurance privée liée à l'emploi ;
  - MEDICAID et S-CHIP (State Children Health Insurance Program), gérés conjointement par le DHHS et les gouvernements des Etats, couvrent les personnes les plus démunies et les enfants ;
  - Autres programmes publics : TRICARE pour les militaires ; Veterans Affairs pour les vétérans ; Indian Health Services (HIS) pour les Indiens d'Amérique et originaires d'Alaska ; Federal Employees Health Benefits (FEHB) pour les fonctionnaires fédéraux.
- La couverture privée est essentiellement collective, **liée à l'emploi**. Il existe un marché de l'assurance **individuelle** mais il est résiduel et accueille pour l'essentiel ceux qui n'ont pas de couverture liée à l'emploi (chômeurs ou travailleurs sans couverture par l'entreprise ou avec une couverture trop minimale ou trop chère proposée par l'entreprise) => dans les deux cas, la couverture privée est substitutive d'une couverture publique inexistante pour les populations autres que ciblées par l'Etat.
- Compte tenu du fait que la protection du risque maladie n'est pas obligatoire, le **concept d'assurance maladie « complémentaire » demeure très limité** aux Etats-Unis. Elle peut concerner les bénéficiaires de Medicare, qui sont autorisés à souscrire à une assurance privée ou publique supplémentaire (donought hole), mais le nombre est de plus en plus réduit depuis l'extension de la couverture publique (réforme de Medicare en 2003).

Répartition des risques entre ces acteurs

- Depuis 20 ans, les risques couverts par les programmes publics se sont étendus, si bien que le panier de biens offerts par le secteur privé et le secteur public, (à des populations certes différentes), est quasiment le même.
- **Risques couverts par les programmes publics : exemple de l'extension du panier de biens de Medicare**
  - Avant 2003 : une assurance hospitalisation obligatoire (dépenses hospitalières et séjours en maison de repos-partie A), une assurance médicale supplémentaire optionnelle (93% des éligibles à Medicare y adhérent) payante (soins ambulatoires/honoraires des professionnels de santé-partie B), aucune prise en charge des dépenses pharmaceutiques (donc 2/3 des bénéficiaires avaient une couverture supplémentaire)
  - Depuis la réforme de 2003 : à partir de 5 451 dollars, les dépenses de médicaments sont prises en charge à un taux de 95 % (benefit's catastrophic coverage). La prise en charge de la partie B sur les soins ambulatoires est proportionnelle au revenu de la personne âgée en fonction d'une grille dégressive. Seules les personnes disposant de revenus inférieurs à 80 000 dollars par an bénéficient du maintien du taux de couverture à 75 %. Au-delà de 200 000 dollars de revenu annuels, les dépenses des assurés âgés ne sont couvertes qu'à hauteur de 20 %. Entre ces deux seuils, trois autres tranches de revenus ont été définies.
- **Risques couverts par le secteur privé**
  - Consultations chez des spécialistes, soins prénatal, prescription de médicaments, soins de santé mentale, consultations annuelles chez les médecins, hospitalisation, prise en charge externe, soins de longue durée, soins dentaires, optique, handicap etc.
- **Le reste à charge pour les assurés s'élève à 12% en moyenne.**

Etats-Unis



Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Caractéristiques du marché privé

- Une **assurance privée décentralisée (niveau fédéré) et concurrentielle**, offerte par des assurances traditionnelles mais également par des réseaux de soins très intégrés
- Deux types de couverture privée :
  - **Les couvertures prises en charge par les compagnies d'assurance agréées par l'Etat** (State licensed Health insuring organisations) rassemblent des assurances commerciales (sociétés par action ex Aetna ou mutuelles), des associations fédérales à but non lucratif, dans le domaine hospitalier (Blue Cross) ou médical (Blue Shield) bénéficiant d'une réglementation adaptée (obligation de moindre exigence dans la sélection des prospects), les Health Maintenance Organizations (HMO) (à la fois des assureurs et des prestataires de soins, tels que Kaiser Permanente ou Harvard Pilgrim)
  - **Les couvertures prises en charge par des structures d'assurance autofinancées par les entreprises** (self-funded employee health benefit plans), gérées soit directement soit par un tiers (autre assurance ou HMO).
- 98% des entreprises de plus de 200 salariés et 43% des PME (moins de 50 salariés) proposent une couverture santé à leurs employés.
- Depuis 20 ans, le marché de l'assurance santé a subi de profondes mutations aux Etats-Unis. Les réseaux de soins proposés par les compagnies privées, les **Managed Care Organisation**, sont devenus le modèle dominant par rapport à l'assurance maladie traditionnelle (4%), dont les contrats sont fondés sur un remboursement des coûts supportés par les patients. Ces réseaux réunissent les fonctions d'assurance et de production des soins. Plus de 70 % des Américains ont souscrit, sous diverses formes, à un plan de Managed Care dans le cadre de l'entreprise ou à titre individuel. Plusieurs modèles coexistent au sein des organisations en managed care selon la liberté laissée aux patients dans le choix du médecin et le type de contrat passé avec les praticiens :
  - Les Health Maintenance Organizations (HMO) qui ne représentent plus que 20% du marché, offrent à leurs adhérents l'accès à un réseau de praticiens et d'hôpitaux moyennant un budget fixé préalablement indépendant du recours effectif aux services. Sauf urgence, l'assuré ne peut en principe s'adresser qu'à un praticien du réseau. Les praticiens peuvent être soit salariés du HMO, soit contractuels et rémunérés à l'acte ou par un forfait per capita.
  - Les Point of Service (POS), dans beaucoup de HMO permettent aux patients de se faire soigner en dehors du réseau et de recevoir tout de même un remboursement partiel pour leurs soins.
  - Les Preferred Provider Organization (PPO), modèle le plus fréquent (60%), plus souple que le HMO reposent sur une contractualisation sélective entre organismes assureurs et prestataires de soins, payés à l'acte qui s'engagent à pratiquer des tarifs préférentiels pour leurs assurés. Les PPO ne sont donc pas des assurances mais des réseaux de prestataires de soins qui passent des contrats avec les sociétés d'assurance.

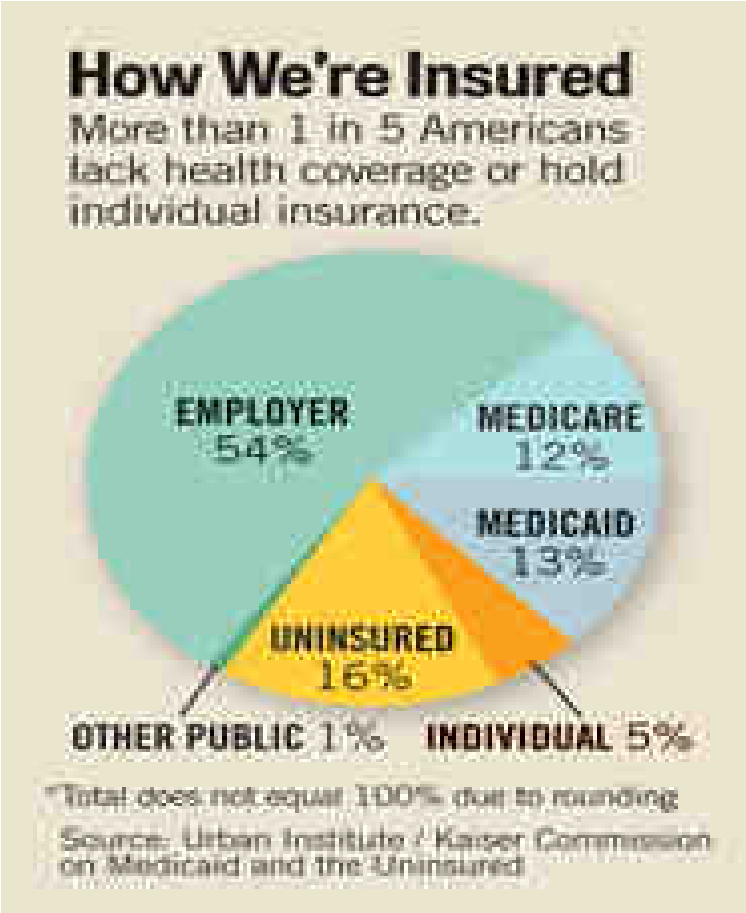
Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Le marché de l'assurance privée se caractérise par une forte concentration du marché : WellPointINC. avec 34 millions d'assurés et UnitedHealth Group avec 33 millions d'assurés possèdent 36% du marché national. Au niveau fédéré, BlueCross Blue Shield dispose de 60% du marché au New Jersey, 70% au Massachussets et 90% au Kentucky. Ces trois sociétés font partie des 1300 compagnies membres de l'Association of Health Insurance Plans (AHIP) et couvrant 200 millions de personnes (www.ahip.org).
- Ce niveau de **concentration** rend difficile l'entrée de nouveaux acteurs sur le marché en raison d'exigences légales mais surtout de la difficulté de créer son propre réseau de fournisseurs (les grands compagnies d'assurance disposent en la matière d'un pouvoir sur le marché des prestataires de soins), de partenaires et d'assurés et de se développer suffisamment pour gérer les différents risques. Par ailleurs, les compagnies d'assurance dans chaque Etat sont protégées de la concurrence interétatique par la loi McCarran Ferguson de 1945 : les Etats peuvent réguler le marché à l'intérieur de leurs frontières. Pour une assurance implantée dans un Etat, obtenir une autorisation dans un autre peut s'avérer coûteux. Le système se caractérise davantage par une concurrence entre assureurs et prestataires de soins, qu'entre assureurs.
- Cette tendance à la concentration s'accompagne d'une tendance à la **hausse des primes** : entre 2000 et 2006, les primes se sont accrues à un rythme nettement supérieur à l'inflation, de 10 % environ par an durant les cinq premières années et de 7,7 % en 2006. Le montant moyen des primes pour une famille de trois personnes, qui atteint environ 11 500 dollars par an en 2006, ce qui était supérieur au salaire minimum fédéral. La hausse des primes s'explique entre autres par la hausse des dépenses de santé et la hausse des coûts administratifs pour les assurances.

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (1/2)

Caractéristiques de la population couverte

- Parmi les 253,4 millions d'assurés en 2007 :
  - 27,8% bénéficient d'une ou de plusieurs couvertures publiques (13,8% via Medicare, 13,2% via MEDICAID/SCHIP, 3,7% via les programmes pour les militaires et les vétérans)
  - 67,5% bénéficient d'une couverture privée dont 59,3% liée à l'emploi et 8,9% individuelle.
- 15,3% de la population ne dispose d'aucune couverture maladie
- Parmi les couvertures privées, la **couverture liée à l'emploi est la plus répandue**. Elle représente pour l'assuré un avantage financier par rapport à la couverture individuelle, puisque l'employeur finance jusqu'à 80% de la prime. Par ailleurs, le panier de biens est en général plus avantageux lorsque le contrat est collectif. Les assurés choisissent souvent leur entreprise en fonction de la couverture qu'elle offre.
- Selon l'enquête réalisée en 2008 par le Health Confidence Survey, 53% des assurés interrogés se disent extrêmement ou très satisfaits de leur assurance. Seuls 14% sont pas ou pas du tout satisfaits. La principale raison d'insatisfaction est financière.
- Selon l'enquête menée par l'Opinion Research Corporation en mars 2008), 33% des moins de 65 ans assurés considèrent que le niveau de prime se justifié compte tenu de la qualité des services offerts.

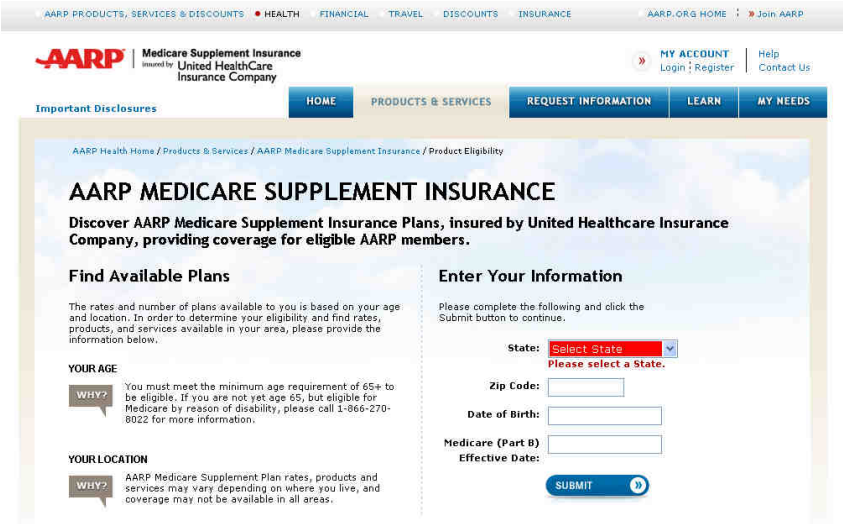


Chiffres 2006

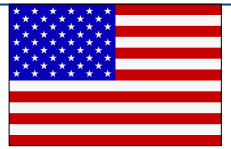
Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (2/2)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- Il existe **énormément d'informations** destinées aux usagers pour choisir un organisme d'assurance santé, disponibles notamment sur :
  - des sites commerciaux, comme celui de l'America's Health Insurance Plans : www.ahipresearch.com/statedata.html ou celui de www.eHealthInsurance.com qui permet de comparer les différentes offres et les prix ;
  - des sites non commerciaux gérés par des organismes associatifs, des universités, des fondations…, comme celui de l'American Association of Retired People : www.aarp.org/health/insurance qui fournit des informations sur les produits pour les 50-64 ans et pour les plus de 65 ans éligibles à Medicare (informations sur le programme public et sur l'assurance complémentaire à Medicare offerte par United Healthcare Insurance Company) ;
  - des sites publics gérés par les Etats fédérés ou l'Etat fédéral comme les sites des programmes publics Medicare ou Medicaid qui affichent la liste des primes payées par les bénéficiaires. Ces listes peuvent servir de référence pour les assurés privés et également pour les assureurs lors de leurs négociations avec les prestataires de soins.
- Il existe par ailleurs dans chaque Etat, un Office of Insurance Commissionner placé auprès du Gouverneur, qui délivre des informations pratiques sur l'assurance médicale privée et des conseils aux usagers. Le site du Delaware www.delawareinsurance.gov/health/default.shtml donne des informations, prévient des publications et guides disponibles (The Instant Insurance Guide: Health) et avertit les usagers sur les produits qui ne sont pas des produits d'assurance (les Discount Plans or Discount Cards et les Non-Licensed Risk-Sharing Plans)
- Malgré l'importance de la documentation disponible, les assurés ignorent souvent la nature de leur plan d'assurance santé. Selon une étude du Centre for Studying Health System Change, environ un quart des personnes interrogées se trompent, en effet, sur le type de plan auquel elles ont souscrit.



Etats-Unis



Principaux enseignements pour la France (1/2)

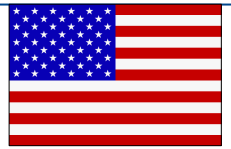
Innovations et réformes récentes du secteur

- **Au niveau fédéral, la Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act en 2003** a étendu la couverture maladie des bénéficiaires de Medicare aux dépenses de médicaments à partir de 2006 et ouvert la possibilité d'une délégation de la gestion à des opérateurs privés. Cette loi prévoit également la privatisation progressive de l'assurance publique pour les personnes âgées à compter de 2010.
- **Au niveau fédéral également, la création des comptes épargne santé (Health Savings Accounts) en 2003** qui visent à inciter les personnes à économiser pour financer elles-mêmes leurs dépenses de santé supplémentaires. Les personnes qui adhèrent à des Plans santé à franchise élevée (High-Deductible Health Plans) et qui ouvrent, en supplément, un compte épargne santé bénéficient d'exonérations fiscales. En janvier 2006, environ 3,2 millions de personnes disposaient d'un compte d'épargne santé et d'un Plan santé à franchise élevée.
- **Au niveau fédéré, la réforme de l'assurance maladie du Massachusetts en 2006** impose pour la première fois aux Etats-Unis une obligation d'assurance maladie, tant aux employeurs qu'à l'ensemble de la population. Pour inciter les personnes les plus pauvres à s'assurer, l'Etat leur verse des subventions ou leur remet des chèques prépayés. Une structure de gestion d'assurance quasi publique, « The Insurance Connector» a été créée pour réduire les coûts d'assurance pour les petites entreprises et les individus, faciliter l'achat d'une assurance pour les personnes travaillant à temps partiel ou dans plusieurs entreprises, ou encore comme saisonnier. Le Connector doit leur proposer des Plans santé offrant un panier de prestations de bonne qualité et à des prix « abordables ». Les entreprises de plus de 11 salariés qui n'offrent pas d'assurance santé à leurs salariés à temps plein doivent payer au Connector une contribution de 295 dollars par an, par équivalent temps plein. Des amendes (free rider surcharge) sont imposées aux employeurs qui ne fournissent pas d'assurance santé à leurs salariés lorsque ces derniers se font soigner gratuitement dans les hôpitaux. Actuellement, onze États dont la Californie, New York, le Vermont, réfléchissent à des projets similaires L'État du Vermont, par exemple, a mis en place en 2006 un programme facultatif pour les non-assurés intitulés « Catamount Health » qui fournit des subventions pour adhérer à un des Plans santé proposés par des compagnies d'assurance. En Californie, les employeurs qui ne fournissent pas d'assurance à leurs salariés devront payer à l'État une somme égale à environ 4 % des salaires versés. Cette somme servira à aider les personnes non assurées à adhérer à un Plan santé.

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

- **Une régulation par les Etats** : établissement et contrôle de dispositions d'autorisation d'exercice des compagnies d'assurance, variables selon les Etats et laissant une certaine souplesse aux assureurs quant à la sélection de leurs adhérents, au panier des prestations couvertes, au niveau des primes etc.
  - Des exigence de solvabilité des assurances
  - Des règles concernant l'accès à l'assurance maladie : guaranteed issue laws (interdiction de discrimination sur l'état de santé), guaranteed renewability laws (interdit aux assureurs d'annuler une couverture en raisons de la nécessité d'indemniser les assurés ou d'un diagnostic de maladie), unfair marketing practices requirements (normes pour éviter que les deux types de normes précédentes soient contournées : ex obligation de commercialiser l'assurance à toutes les petites entreprises, pas seulement aux travailleurs en bonne santé), guaranteed access for special populations, state continuation laws : obligation de continuité de couverture (comme COBRA, mais au niveau fédéré)
  - Des règles concernant l'évaluation : pour les marchés de l'assurance collective mais aussi individuelle : rate bands : limite la fourchette au sein de laquelle les assureurs peuvent faire varier les primes pour chaque assuré en fonction de sa santé etc, community ratings : oblige à fixer les primes à partir de l'expérience collective de l'indemnisation, même si la localisation et l'âge peuvent être aussi pris en compte, mais pas le sexe
  - Des règles concernant le panier de biens (inclusion obligatoire dans certains Etats de soins ou services supplémentaires dans le panier de base ex : soins de diabète, scanner du cancer du col de l'utérus, mammographies, soins aux nouveaux nés)
- **Quelques lois fédérales** également :
  - L'Employer Retirement Income Security Act (ERISA) de 1994 qui fixe les exigences de forme notamment pour les contrats collectifs ;
  - Le Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 qui établit les premiers standards nationaux d'accessibilité et de transférabilité de la couverture des assurances santé individuelles et collectives. Cette loi a permis l'extension de la couverture collective mais n'a pas eu l'impact escompté sur la couverture individuelle.

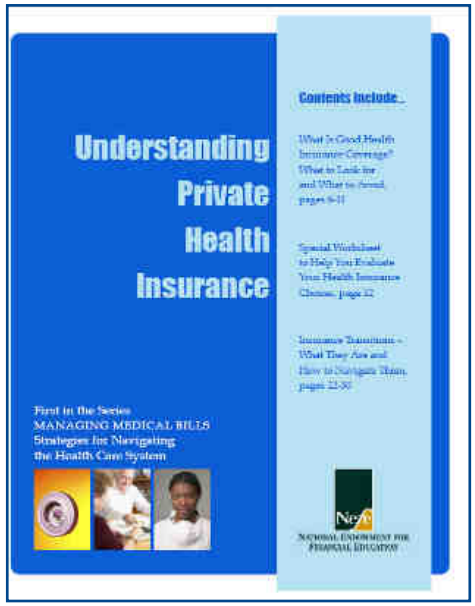
Etats-Unis

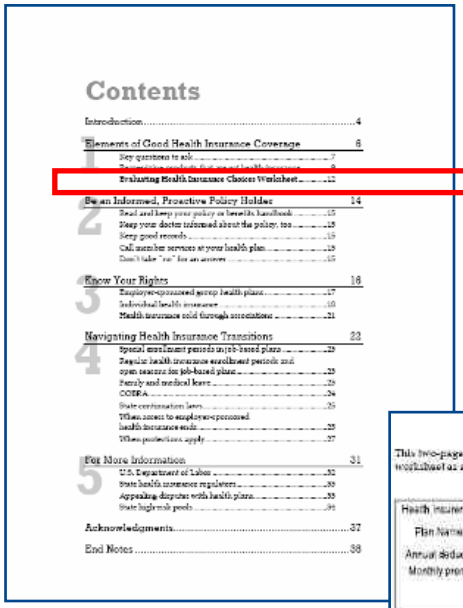


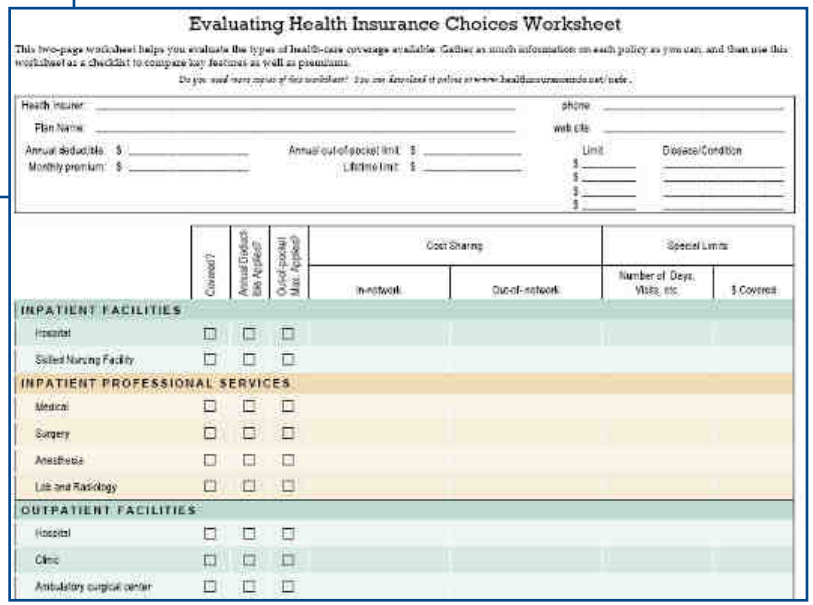
Principaux enseignements pour la France (2/2)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

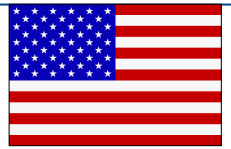
- **Au niveau fédéral** : publications de brochures comme celles de la National Endowment For Financial Education dans laquelle les assurés ou les consommateurs peuvent trouver des grilles leur permettant de choisir le système d'assurance le plus adapté à leur situation personnelle et professionnelle





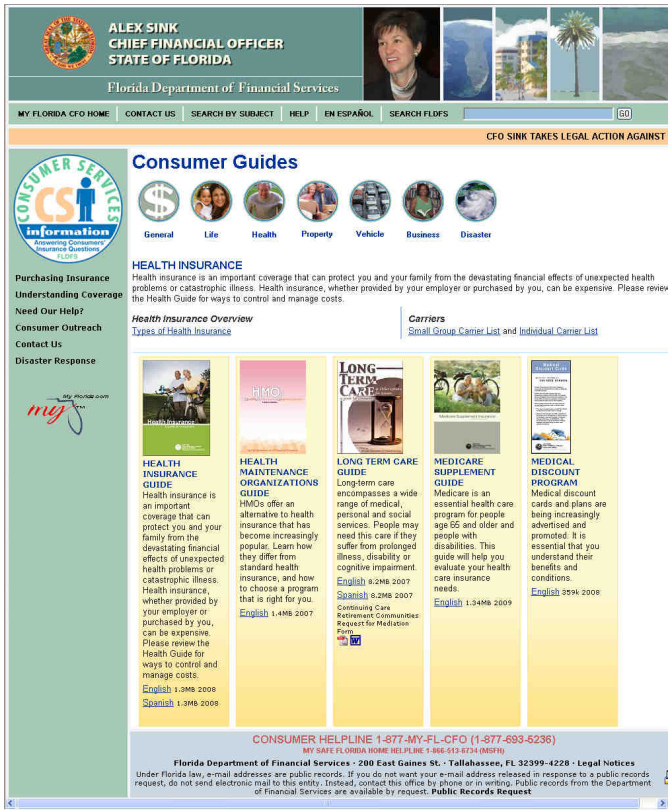


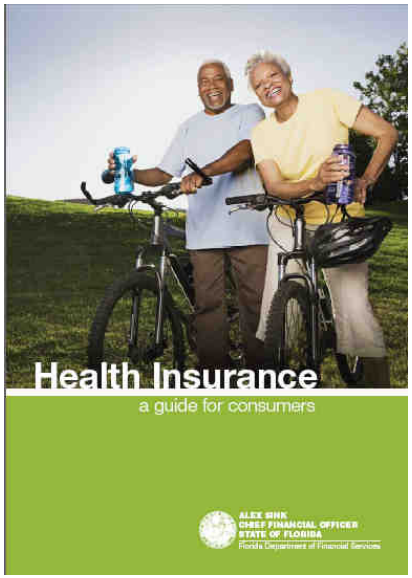
Etats-Unis



Principaux enseignements pour la France (2/2)

- **Au niveau des Etats** : exemple du site du Département des services financiers du **gouvernement de Floride** : http://www.myfloridacfo.com/consumers/guides/Health/index.htm. Le site comporte une rubrique « Aide aux consommateurs » en matière d'assurance en général et une page consacrée à l'assurance santé en particulier. Cette page présente les différents guides mis à disposition des consommateurs.





Contenu du guide

Informations sur les types de couverture (classiques / intégrées), les formes de régulation (loi sur la transférabilité des contrats etc)

Conseils sur les éléments à prendre en compte pour comparer des options proposées par un assureur (ex quel sera le reste à charge?)

Questions/réponses sur les primes

Astuces pour les consommateurs etc.

Types de conseils donnés aux assurés :

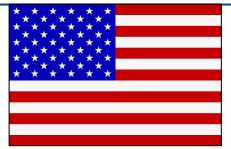
•Veiller à compléter correctement le formulaire d'inscription : une compagnie d'assurance peut refuser de payer une réclamation si le document est incomplet

•Faire attention au télémarketing frauduleux et aux téléopérateurs qui vous incitent fortement à prendre une couverture dont vous n'avez pas besoin

•L'entreprise doit prévenir à l'avance (délais de 45 jours) d'un changement de contrat ou d'un renouvellement

•Attention à ne pas vous sur-assurer

Etats-Unis

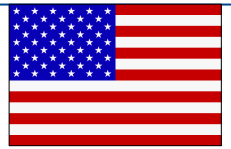


Principaux enseignements pour la France (2/2)

- **Au niveau des Etats** : exemples de sites internet et d'organismes publics, privés (associatifs) en **Californie** fournissant de l'information aux bénéficiaires de Medicare et Medicaid, de couvertures liées à l'emploi etc.

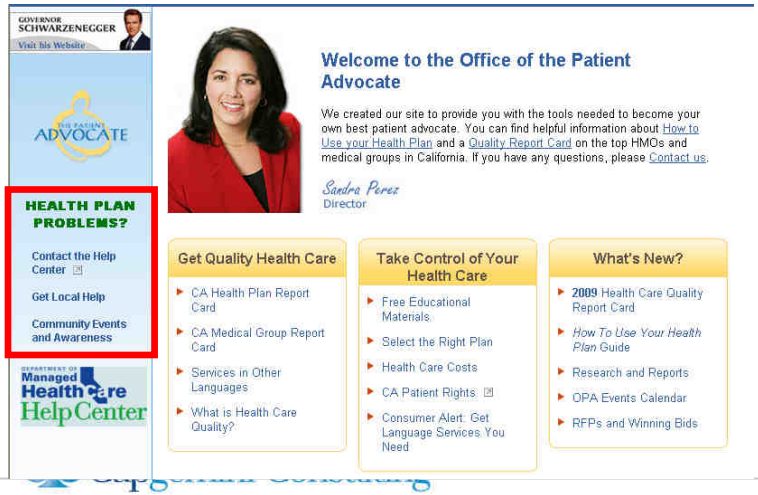
Agency & Web Site	Provides Help With	Phone Number
Medicare.gov	The official government site for people with Medicare. The site provides comprehensive information on Medicare, including an online tool for comparing drug plans and finding a plan that covers your medications.	800.MEDICARE (800.633.4227)
Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)	Volunteers provide free telephone and in-person counseling about the Medicare program and Medicare coverage options.	800.434.0222 See Web site for office locations.
CalMedicare.org	Online consumer resource provides basic information about Medicare in California.	NA
BenefitsCheckUp	An online service to help people explore their drug coverage options and their eligibility for assistance with medication costs.	See Web site.
Social Security Administration	Federal agency provides information on enrollment and eligibility for Medicare and help paying for the Medicare drug benefit for people with low incomes.	800.772.1213 See Web site for office locations.
County Social Services Office	County agencies provide information on enrollment and eligibility for Medi-Cal, and on assistance for people with low incomes in paying for the Medicare drug benefit.	See Web site for county phone numbers and office locations.
California Department of Insurance	State agency provides information on many types of insurance including Medicare supplement insurance or "Medigap." See their **Guide to Medicare Supplement Insurance**.	800.927.4357 (213.897.8921 in the Los Angeles area or from out of state)
HMO Help Center	The California Department of Managed Health Care regulates all HMOs in California and provides help with resolving problems with Medicare HMOs such as denials for care.	888.466.2219
Healthcare Quality Report Card	The California Office of the Patient Advocate rates and compares the quality of California's HMOs and medical groups.	NA
Medi-Cal Program	Medi-Cal is California's Medicaid health care program. This program pays for a variety of medical services for children and adults with limited income and resources.	NA
Healthy Families Program	Healthy Families Program is a low-cost health coverage program for children ages 0 through 19.	888.747.1222
CalHospitalCompare.org	This site rates quality of care, patient experience, and safety measures for hospitals in California.	NA
California Nursing Home Search	Compare long-term care services in California. Evaluate your needs and find health care services by city, county, or zip code. Detailed information on nursing homes, home health care, hospice services, congregate living health facilities, residential care, continuing care retirement communities, adult day health care, adult day care, and other long-term care options.	NA
HealthCoverageGuide.org	Targets California businesses with 2 to 50 employees. The site offers tools and guidance to help small businesses decide whether health insurance is right for them, and, if so, understand which options are best for their business and employees. In both English and Spanish.	NA

Etats-Unis



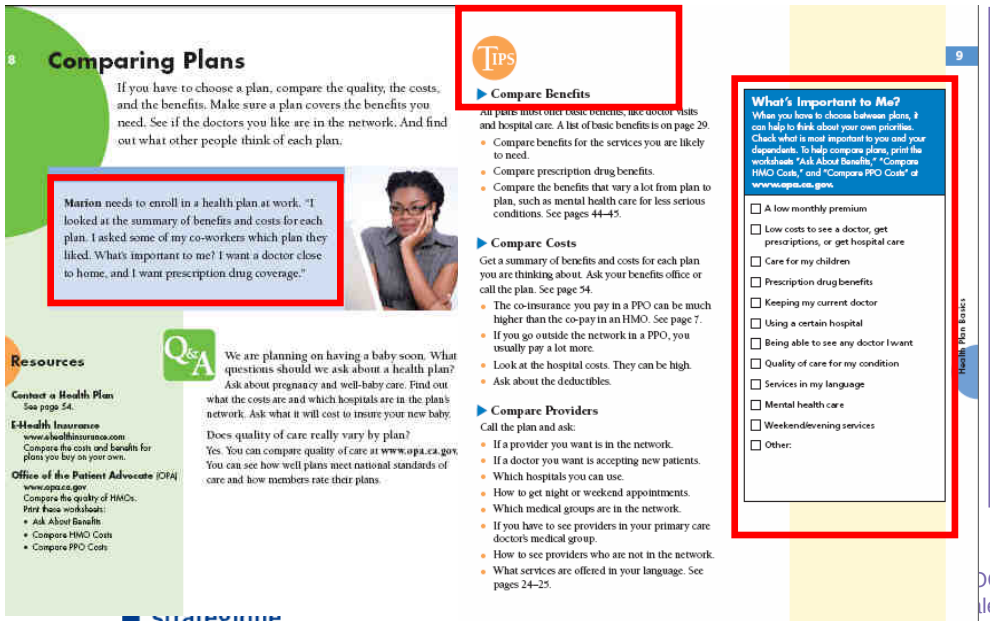
Principaux enseignements pour la France (2/2)

- **Au niveau des Etats** : exemple du site créé par le service de défense des patients de **Californie - Office of the Patient Advocate (OPA)** : http://www.opa.ca.gov/english/about/index.aspx
  - L'Office of the Patient Advocate est un service gouvernemental indépendant, créé en 2000, en lien avec le Department of Managed Health Care de l'Etat de Californie.
  - Il a été mis en place pour améliorer la transparence de l'information dans le domaine de la santé et de l'assurance santé, informer les consommateurs sur leurs droits et responsabilités en tant qu'assurés dans le domaine de la santé et leur apprendre à utiliser de manière optimale les services offerts par leurs assurances
  - 3 rôles : élaborer et diffuser des outils pédagogiques, coordonner et améliorer l'aide apportée par le gouvernement au public californien / publier un rapport annuel sur les soins de santé et l'assurance / travailler avec des organisations / programmes gouvernementaux et non gouvernementaux d'aide aux patients, faire des recommandations au département de la santé



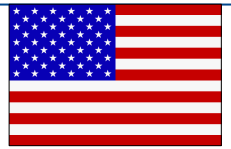
Sur ce site, un guide téléchargeable sur l'assurance maladie

Un guide publié par le gouvernemant Californien, apprécié des usagers notamment pour sa clarté et sa facilité d'utilisation, ainsi que pour les sites web et contacts mentionnés à la fin



Pour chaque rubrique du guide, deux pages : un premier conseil synthétique avec un témoignage et des questions-réponses / une page d'astuces et de conseils et une grille permettant une première autoévaluation de ses besoins

Etats-Unis



Principaux enseignements pour la France (2/2)

- **Au niveau des Etats** : des initiatives comme celles du **gouvernement du Colorado** qui informe sur des types d'assurance et décrypte les pièges dans lesquelles peuvent conduire des publicités mensongères.

Discount Health Plans

What Consumers Should Know About Discount Health Plans

March 2008

Colorado Division of Insurance
1560 Broadway, Suite 850
Denver, CO 80202
303-894-7490 (metro-area)
800-930-3745 (statewide)
www.dora.state.co.us/insurance

Introduction

The term *Discount Health Plan* refers to a type of "buyer's club" that specifically markets reduced-rate health care services. They typically charge a monthly membership fee in exchange for a list of health care professionals who will provide services at a discounted rate to members.

Plans may be marketed to consumers as a way to save money on various medical services, such as medical, dental and vision care, as well as pharmacy and/or chiropractic services. Discount Health Plans, as identified above, are not insurance!

Click on topics of interest

- How Discount Health Plans Work
- Internet Sales
- Potential Problems
- Important Questions to Ask Before Purchasing a Discount Health Plan
- Purchasing Tips
- Consumer Protections Under Colorado Law

Important Questions to Ask Before Purchasing a Discount Health Plan:

- ✓ What guarantees do I have as part of this Plan? Does the Plan guarantee access to health care providers or a minimum discount for the provided services?
- ✓ Will the Plan's discount be better than a cash discount? Will I be required to prepay services or pay at the time of service? Will I receive discounts for emergency services or when traveling? Do health care services have to be preauthorized?
- ✓ Will I receive regular statements outlining my savings? Can I pay the fee monthly rather than on an annual basis?
- ✓ Is the membership fee refundable if I cancel the membership at any time? What do I have to do to cancel my membership?
- ✓ Does the Plan have a 24-hour customer service line? If not, during what hours can I call for assistance?
- ✓ What privacy protections are provided? Who is allowed to access the personal information that I have submitted? Does the Discount Health Plan share or sell my personal information with other companies when I become a member?
- ✓ Click on this link to view a sample advertisement:

Purchasing Tips

- Read all promotional material carefully. If it seems too good to be true, it probably is.
- Understand the discounts being offered. Savings should exceed membership costs and a provider's discount for a cash payment. Ask about additional costs, such as administrative fees, that may be associated with the Plan.
- Verify with the health care providers you plan to use that they are participating in the Plan. Ask what happens if you move or need services while you are traveling. Inquire about payment rules. With some Plans, the consumer is required to pay for discounted services at the time of service and sometimes in cash.
- Do not give out bank or credit card information until you decide to purchase the Plan. Ask about the Plan's cancellation and refund policies and get them in writing before enrolling.

Be cautious of Advertisements in the form of Flyers or Faxes!

Be suspicious if you do not see a company name!

MEDICAL

AFFORDABLE HEALTH COVERAGE

Watch out for words like clean and affordable healthcare!

5 DAY PROMOTIONAL PRICE – NO MEDICAL QUESTIONS

Question anything that tries to rush you into a decision!

No Medical Questions is a RED FLAG!

INDIVIDUAL PLANS $79.95

If it seems too good to be true, it probably is!

(This is an association plan, not insurance)

READ THE FINE PRINT!

INCLUDES:

- DOCTOR VISITS
- HOSPITAL
- EMERGENCY SERVICES
- PHYSICAL THERAPY
- CHIROPRACTIC
- LAB WORK

IF YOU HAVE HAD ENOUGH OF PAYING HIGH PREMIUMS, BETWEEN JOBS, OR NO COVERAGE, THIS IS FOR YOU.

Discount Health Plans do not qualify as "creditable health insurance coverage." This means that if you drop your health insurance after purchasing a Discount Health Plan and later decide to purchase health insurance again, your new insurance may not cover preexisting conditions.

ACT NOW and Save BIG on MEDICAL AND DENTAL COSTS! CALL 1-800-XXX-XXXX

Allemagne

Panorama du système de protection sociale

Présentation du système de protection sociale

- Le système de santé allemand est mixte : 88 % de la population est couverte par le système public, 10% par le système privé (employés aux revenus élevés, professions libérales), 2 % ne sont pas couverts.
- Depuis janvier 2009, l'assurance maladie est obligatoire pour tous, qu'elle soit publique ou privée.
- Les assureurs publics et privés ont pour obligation d'accepter toute personne en faisant la demande et doivent offrir une couverture minimum.
- Le système public se compose de 200 organismes. Environ 50 organismes privés proposent des assurances maladie.

Répartition des risques

- Les soins couverts par l'assurance santé publique sont les soins hospitaliers, les soins primaires/médecins généralistes, les médecins spécialistes, les médicaments et les soins dentaires. L'assurance maladie privée est substitutive (soins hospitaliers, soins primaires/médecins généralistes, médecins spécialistes, médicaments, soins de longue durée), et supplémentaire (choix du médecin spécialiste, soins dentaires particuliers, médecine alternative, prestations de luxe)
- Contribution de l'assurance maladie privée par type d'assurance

	Contributions [million d'€]	Part des contributions totales [%]
Assurance substitutive	21,21	72
Assurance supplémentaire	3,72	12,6

- Le reste à charge pour les patients est relativement faible
  - Un forfait de 10€ couvre toutes les consultations sur un trimestre
  - Les actes préventifs ne sont pas facturés
  - Les patients envoyés chez un spécialiste par un autre généraliste ne paient pas de contribution supplémentaire
  - Une participation aux frais d'hospitalisation à hauteur de 10 EUR par jour, limitée à 28 jours au maximum dans l'année civile.
- Concernant les médicaments en revanche, une participation aux frais est demandée à hauteur de 10 % du prix, mais ne pouvant être inférieure à 5 EUR ni supérieure à 10 EUR par médicament.

Allemagne

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Caractéristiques du marché privé

- Environ 50 organismes privés proposent des assurances substitutives et/ou supplémentaires qui couvrent 99,9% du marché : il s'agit d'assureurs traditionnels, dont des sociétés par actions et des mutuelles. Toutes les assurances-maladie privées sont vendues par des assureurs spécialisés en santé. En outre, il existe environ 45 autres très petits assureurs maladie privés qui agissent au niveau local.
- Les primes d'assurances maladie privées ont augmenté continuellement depuis 2004 (augmentation de 3%)
- Elles sont calculées sur la base du sexe, de l'âge, des antécédents médicaux, des franchises et des statistiques générales du système de santé.
- Les contrats collectifs sont peu développés (7% des assurés privés le sont par des contrats collectifs en 2004). Une des explications est le fait que les employeurs ne peuvent cotiser qu'aux polices d'assurance-maladie privée substitutives. De plus, le taux élevé des cotisations de sécurité sociale peut dissuader les entreprises d'assurer une couverture maladie privée à leurs salariés.
- Les assureurs privés embauchent de plus en plus de médecins pour contrôler les honoraires et commencent à réfléchir à de nouveaux dispositifs (médecin référent, idée de contrat direct).

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

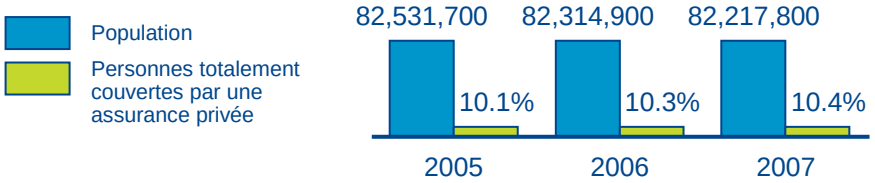
- En 2004, aucun assureur ne détenait plus de 14 % des parts de marchés. 82% du marché était réparti entre 14 acteurs
- La concurrence est une notion spécifique sur le marché des assurances privées dans la mesure où ce secteur est fortement réglementé par l'Etat. Il est d'ailleurs d'avantage régulé que les autres marchés assurantiels.
- Les conditions de couverture minimale imposées par l'Etat influencent le montant général des primes. Les primes de la police standard sont liées au taux de cotisation moyen pour la couverture sociale.
- En Allemagne, l'assurance-maladie privée est proposée par des sociétés par actions et par des mutuelles. Ces deux types d'organisation sont soumis aux mêmes exigences de la loi sur les contrats d'assurance-maladie, de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie et autres réglementations spécifiques de l'assurance-maladie (par exemple exigences financières et de solvabilité, méthodes de calcul des primes).

Allemagne

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (1/2)

Caractéristiques de la population couverte

- La part de la population assurée par les assurances maladie privées est relativement constante depuis 2004 :



- L'Allemagne autorise les personnes situées au-dessus d'un certain seuil de revenu, à sortir de l'assurance-maladie sociale fournie par les caisses maladie et à souscrire une police d'assurance privée. Les personnes qui ont cette faculté peuvent néanmoins décider de rester assurées par une caisse maladie publique. En revanche, lorsqu'elles décident d'en sortir, il leur est pratiquement interdit d'y revenir. Au total, on estime à 9.6 % de la population le nombre de personnes qui sont sorties de l'assurance sociale en 2002, et à 14 % le nombre de celles qui, bien qu'ayant le choix, ont décidé d'y rester.

- Dans le système privé les patients sont traités plus favorablement dans la mesure où les médecins peuvent facturer des prix plus élevés. Davantage de services sont couverts et il n'y a pas de limite de budget.

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- La majorité des informations est disponible via internet, mais les médias tels que la télévision et la radio sont également utilisés pour diffuser des publicités.

- La diversité des contrats rend l'information difficile à comprendre.

- L'association des assurances maladies privées donne accès à beaucoup d'information via des brochures disponibles sur leur site internet concernant :
  - Les changements impliqués par la réforme
  - Le principe de tarification de base
  - Les différences entre le système public et le système privé

- Elle diffuse également des publicités à la télévision et à la radio.

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (2/2)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

Campagne publicitaire de l'association des assureurs santé privés - 2008

Campagne publicitaire de l'association des assureurs santé privés - 2006/2007

Campagne publicitaire de l'association des assureurs santé privés - 2006

Chacune des campagne publicitaires renvoie ensuite à un site internet spécialisé

Allemagne

Principaux enseignements pour la France (1/2)

Innovations et réformes récentes du secteur	• En 2007, la réforme a porté sur l'amélioration de la concurrence sur le marché de l'assurance maladie et proposé plusieurs modalités de régulation
	  • La couverture maladie devient obligatoire.
	  • Le fond central de la santé chargé de financer le système de santé en collectant les contributions salariales et patronales est créé et devient opérationnel à partir du 1er janvier 2009.
	  • Les fonds d'assurance maladie ont la liberté d'offrir différentes polices d'assurance maladie à différents tarifs
	  • Le système de santé est étendu à de nouveaux services comme la prévention et la convalescence

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence	• Les assurances privées doivent fournir une police minimale à un tarif standard. Il existe des exigences de renouvellement pour une couverture substitutive et pour les autres types de couverture, la résiliation par l'assureur est interdite au bout d'un certain nombre d'années. Les assureurs privés ne peuvent pas demander des primes moindres aux nouveaux entrants qu'aux personnes du même âge déjà assurées. Il y a une protection de la transférabilité s'il y a passage d'une assurance publique à une assurance privée. Les sommes provisionnées au sein d'une compagnies d'assurance par un assuré peuvent être transférées dans une autre compagnie au moment du changement d'assurance. • Les assureurs participent à un mécanisme de péréquation pour les polices à tarif standard car le nombre des assurés âgés varie d'une compagnie à l'autre. • L'Allemagne a encouragé l'instauration d'une concurrence réglementée dans les systèmes d'assurance-maladie sociale et de base afin d'améliorer le choix offert aux patients et d'inciter les assureurs à réduire les coûts. Les pouvoirs publics ont imposé des règles pour promouvoir une concurrence « équitable » et réduire au minimum la concurrence basée sur la sélection des risques : principe de libre affiliation, liberté de fixation des niveaux de primes, dispositifs de péréquation des risques
Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information	• La loi exige que l'assureur fournisse au consommateur (individuel ou collectif) certaines informations. Si les assureurs ne respectent pas cette exigence, le consommateur est en droit de contester le contrat : exigence précontractuelle, les assurés doivent recevoir une brochure expliquant les différents principes de base des systèmes publics et privés ; exigences contractuelles : les titulaires de polices âgés de plus de 60 ans doivent être bien conscients que les tarifs incluent des catégories de prestations identiques à celles des termes des contrats convenus antérieurement. • Plusieurs institutions publiques mettent à disposition des informations sur l'assurance maladie privée sur internet. • Le gouvernement diffuse également des brochures et met à disposition une hotline. • Enfin des organismes privés et des associations de consommateurs donnent des informations sur l'assurance privée. • Malgré la diversité des informations disponibles, il a été constaté que le niveau de connaissance des assurés sur le système privé était relativement bas

Allemagne

Principaux enseignements pour la France (2/2)

Site internet www.gesundheitsreform.de

Brochures du gouvernement

CANADA

Panorama du système de protection sociale (1/2)

Présentation du système de protection sociale

- Le système d'assurance maladie du Canada est essentiellement financé et administré par l'Etat : l'assurance publique garantit pour tous l'accès aux soins médicaux et d'hospitalisation et la gratuité au point de service.

  ➔Ce sont les régimes des 10 provinces, des 3 territoires nordiques et les régimes spécifiques (gérés au niveau du gouvernement fédéral). Ces régimes sont régis par des principes communs issus de la Loi de Santé de 1984 : universalité, intégralité, administration publique, portabilité et accessibilité.

- Dans ce cadre, l'assurance privée est de nature supplémentaire et porte principalement sur le remboursement des médicaments et des soins dentaires (respectivement, 38,6% et 30,1% des revenus des assurances privées en 2005).

  ➔Les assurances privées sont facultatives et le plus souvent souscrites sur le lieu de travail mais la part de financement direct par les assurés reste importante. Il existe également des régimes non garantis offerts par les employeurs.

- Les assurances privées complémentaires et duplicatives sont rendues impossibles par les principes qui régissent le système de santé, les restrictions fortes imposées au système privé et la régulation opérée par le public. Une réflexion est cependant en cours, en raison notamment de l'importance des listes d'attente pour certaines interventions.

- Les dépenses totales de santé du Canada sont estimées à 161,6 milliards de dollars en 2007 et 171,9 en 2008 (estimations), soit un montant de 5 170 $ par habitant en 2008. Le rapport du total des dépenses de santé au PIB est passé de 10,3% en 2005 à 10,7% en 2008.

Voici les cinq principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* :

Gestion publique :
Les régimes provinciaux et territoriaux doivent être sans but lucratif et être gérés et exploités par un organisme public qui rend des comptes au gouvernement provincial ou territorial.

Intégralité :
Les régimes provinciaux et territoriaux doivent assurer tous les services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux, les praticiens et les dentistes qui exercent en milieu hospitalier.

Universalité :
Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées selon des modalités uniformes.

Accessibilité :
Les régimes provinciaux et territoriaux doivent fournir à toutes les personnes assurées un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires sans frais ni autres mesures restrictives.

Transférabilité :
Les régimes provinciaux et territoriaux doivent protéger toutes les personnes assurées lorsqu'elles déménagent dans une autre province ou dans un autre territoire au Canada et lorsqu'elles voyagent à l'étranger. Les provinces et les territoires limitent la protection offerte dans le cas de services dispensés à l'étranger. Ils peuvent exiger l'approbation préalable de services non urgents dispensés à l'extérieur de leur province ou de leur territoire.

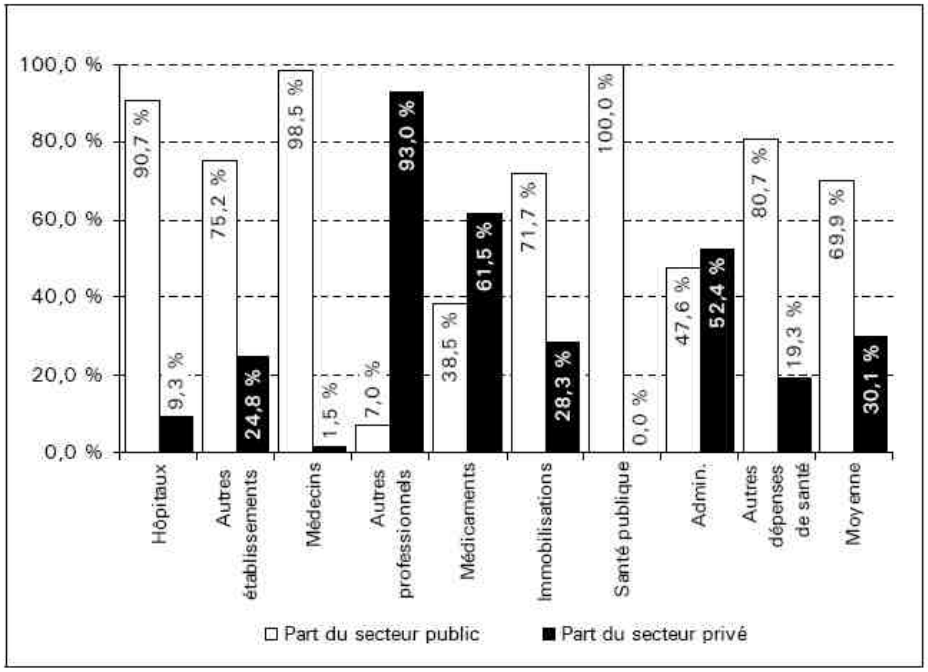
CANADA

Panorama du système de protection sociale (2/2)

Répartition du financement et des risques entre ces acteurs

- La répartition du financement entre dépenses publiques et dépenses privées est respectivement de 70% et 30% en 2008 (estimation).
- Sur les 30% de dépenses privées, 15% représentent les versements directs des ménages et 12% les assureurs privés.
- En termes de risques couverts, le régime public d'assurance maladie prend en charge les soins médicaux et soins d'hospitalisation et peut proposer, selon les Provinces, d'autres couvertures en fonction des catégories de population notamment (populations précaires, personnes âgées).
- Les régimes supplémentaires couvrent en général les produits et services suivants, lorsque ceux-ci ne sont pas déjà couverts par un régime d'État : médicaments sur ordonnance, optique, séjours à l'hôpital, soins infirmiers spéciaux, …, certains services médicaux et paramédicaux qui ne sont pas couverts par les régimes d'État (ex. les services de chiropraticiens, de physiothérapeutes…). Les soins dentaires peuvent être couverts en vertu d'une assurance maladie supplémentaire mais ils le sont en fait souvent dans le cadre d'une assurance distincte.

➔ Parts du total des dépenses de santé consacrées aux secteurs public et privé, selon l'affectation des fonds, Canada, 2006



Source
Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

CANADA

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Caractéristiques du marché privé

- Il existe 3 types d'acteurs sur le marché de l'assurance maladie privée :
  - Les compagnies d'assurance santé et assurance vie, à but lucratif, qui couvrent 80% du marché de l'assurance privée.
  - Les organisations d'assurance à but non lucratif
  - Les assureurs de biens et de personnes, à but lucratif
- Au total, en 2005, on recensait 126 organismes d'assurance à but lucratif dont :
  - 81 étaient des compagnies d'assurance maladie et assurance vie et détenaient 96% du marché de l'assurance maladie privée et de l'invalidité.
  - 45 étaient des compagnies d'assurance de biens et de personnes pour une part de marché inférieure à 5%.
- La majorité des assureurs privés sont présents dans plus d'une province et sont donc soumis au contrôle du niveau fédéral et des Provinces.
- 66% de la population était couverte par une assurance privée en 2005, majoritairement via des contrats collectifs.

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Les assurances privées ont un rôle très faible dans le gouvernance du système de santé du Canada. Le secteur est relativement peu dynamique, marqué par une forte réglementation et régulation par le public.
- Les assurances privées font l'objet d'une surveillance à 2 niveaux
  - Surveillance financière pour s'assurer de la solvabilité des assureurs par l'OFSI au niveau fédéral et par l'Autorité des marchés financiers au Québec. Les assureurs doivent adhérer au fond de garantie Assuris.
  - Intervention sur les produits d'assurance proposés :

    Les assurances privées ne sont pas autorisées à intervenir sur les services couverts par l'assurance publique que sont les soins médicaux et d'hospitalisation. De plus, les Provinces ont contraint le développement des assureurs privés en réglementant les médecins et les tarifs appliqués dans le cas de services privés.
- Les primes ne font l'objet d'aucune réglementation.
- Les entreprises peuvent déduire le produit des assurances santé fournies à leurs employés. Les assurés peuvent également bénéficier dans certains cas de crédits d'impôts relatifs à des dépenses médicales ou dépenses d'invalidité.

CANADA

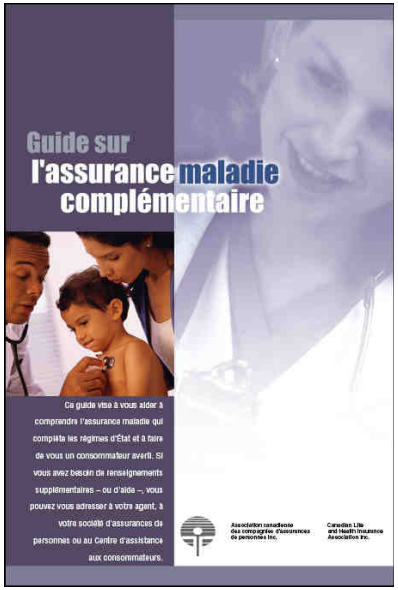
Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information

Caractéristiques de la population couverte

- 66% de la population était couverte par une assurance privée en 2005.

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- Un certain nombre de documentation est mise à la disposition des publics afin de les orienter dans le choix d'une assurance complémentaire.



- Il existe également des sites permettant des cotations et offrant un comparatif entre les différentes offres des assureurs

HealthQuotes.ca
Protection from the Unexpected

Healthcover.ca
A TFG Global Insurance Solutions Ltd. Web Site

You may be paying up to 400% more for the same thing.
InsuranceHotline.com

CANADA

Principaux enseignements pour la France

Innovations et réformes récentes du secteur

Trois débats sont en cours aujourd'hui qui remettent en question le rôle et la place de l'assurance privée :

- L'émergence des listes d'attente pour des interventions courantes et complexes (chirurgie orthopédiques, des yeux, traitement des cancers…) a conduit certains à défendre une assurance privée parallèle (duplicative) au public et l'abandon des restrictions sur les assurances supplémentaires. Sur ce sujet, la décision de la Cour Suprême du Canada en 2005 (Chaoulli) a fait référence, la cour ayant reconnu que dans le cas de listes d'attente trop importantes, la loi du Québec interdisant aux assurances privées d'intervenir sur des services fournis par l'assurance publique était une violation de la Charte des Droits.
- L'importance croissante des médicaments dans les dépenses des assurés pose question, les médicaments n'étant pas pris en charge par l'assurance publique, un nombre important de canadiens étant sur ce sujet soit non couverts, soit insuffisamment couverts. De ce fait, certains appellent à l'élargissement de l'assurance maladie aux prescriptions de médicaments et d'autres au développement du partenariat public/privé.
- L'interaction croissante entre public et privé dans le domaine de la santé est soulignée par beaucoup. Certains ont pu démontrer qu'un accès inégal à l'assurance privée pouvait conduire à un accès et à un usage inégal des services couverts par l'assurance publique (exemple d'un assuré possédant une couverture pour les médicaments et qui ira plus facilement en consultation chez le médecin). Cette question met en cause les modalités d'atteinte des objectifs fixés au système de santé public.

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- Une initiative originale du Conseil canadien de la santé : un débat public sur « La valorisation de l'argent : renforcer le système canadien de soins de santé », avec un premier rapport et un site ouvert à tous : www.valeurdelasantecanada.ca

Capgemini Consulting

Centre d'analyse stratégique

AUSTRALIE

Panorama du système de protection sociale et données générales (1/2)

Présentation du système de protection sociale

- L'Australie est un état fédéral, composé de 6 territoires, comptant 20,6 millions d'habitants pour un PIB de 908 millions de dollars USD (données 2007).
- En 2006, les dépenses de santé, d'un montant de 86,8 milliards de dollars USD (9,0% du PIB) ont été financées à hauteur de 41,4% par l'Etat fédéral, 50,6% par les territoires mêmes. 10% restaient à charge, financés soit par le secteur privé soit par les ménages.
- En 2005-06, la dépense de santé par habitant a augmenté de 45% par rapport à la décennie précédente (2150 USD en 1996 vs 3122 USD en 2006), le ratio du PIB passant de 7,5% à 9%.
- Le système de protection sociale australien se base sur une sécurité sociale publique universelle et obligatoire, MEDICARE, et sur 38 opérateurs privés (recensement de 2008), installés sur tout le territoire fédéral (44% de la population a souscrit à une complémentaire santé en 2007).
- L'assurance santé privée est de nature double : elle peut être à la fois complémentaire et supplémentaire (*Hospital treatment* vs *General treatment*)
- Une grande réforme du système de la protection sociale a été lancée le 1er avril 2007, élargissant le périmètre de l'assurance privée et instaurant la notion de labellisation des opérateurs (adhésion obligatoire au PHIAC, *Private Health Insurance Administration Council*).

Table 8.1: Total health expenditure and GDP, current prices, 1995–96 to 2005–06

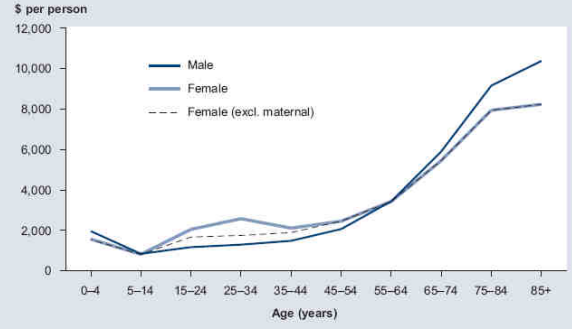
Year	Total health expenditure ($m)	GDP ($m)	Ratio of health expenditure to GDP (%)
1995–96	39,047	518,144	7.5
1996–97	42,116	545,698	n.a.
1997–98	44,802	577,373	7.8
1998–99	48,502	607,759	8.0
1999–00	52,442	645,058	8.1
2000–01	58,287	689,262	8.5
2001–02	63,448	735,714	8.6
2002–03	68,932	781,675	8.8
2003–04	73,945	840,285	8.8
2004–05	81,125	896,568	9.05
2005–06	86,879	966,442	9.0

Sources: AIHW 2007a; ABS 2007.

Évolution des dépenses de santé en % du PIB

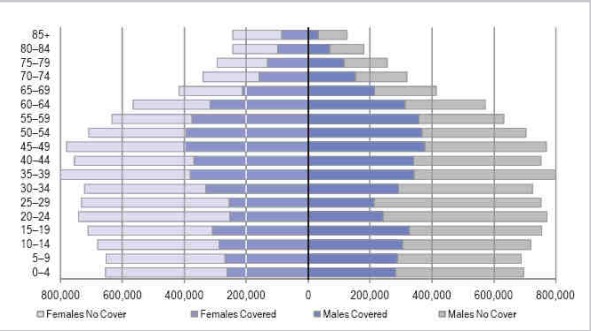
Source : Australia's Health 2008

Évolution de la dépense de santé par habitant 1984-2007



Source: AIHW in press.

Figure 8.5: Allocated health expenditure per person by age and sex, 2004–05 ($)

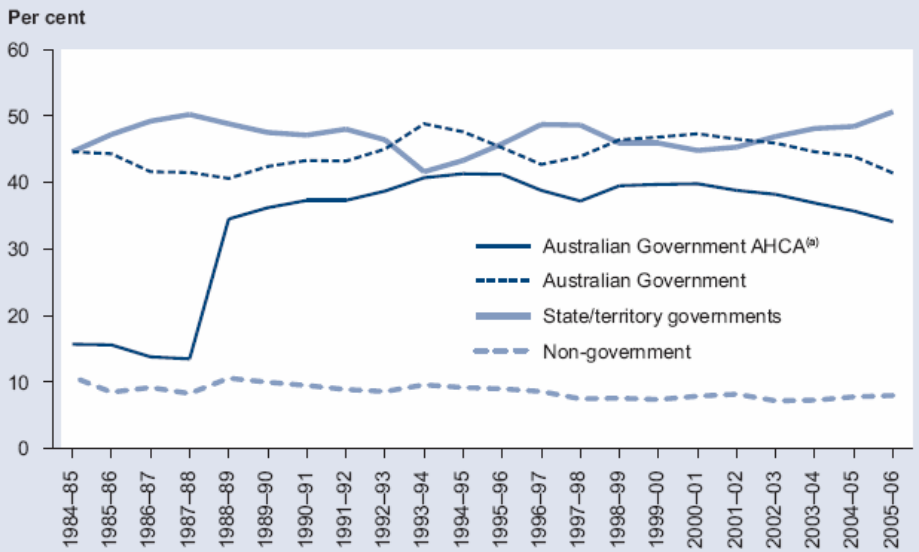


Population couverte par l'assurance privée par tranche d'âge au 30 juin 2008

Panorama du système de protection sociale et données générales (2/2)

Évolution de la dépense de santé en fonction de la source de financement 1984-2006

Source : Australia's Health 2008



(a) Includes Medicare Agreements from 1984–85 to 1997–98.

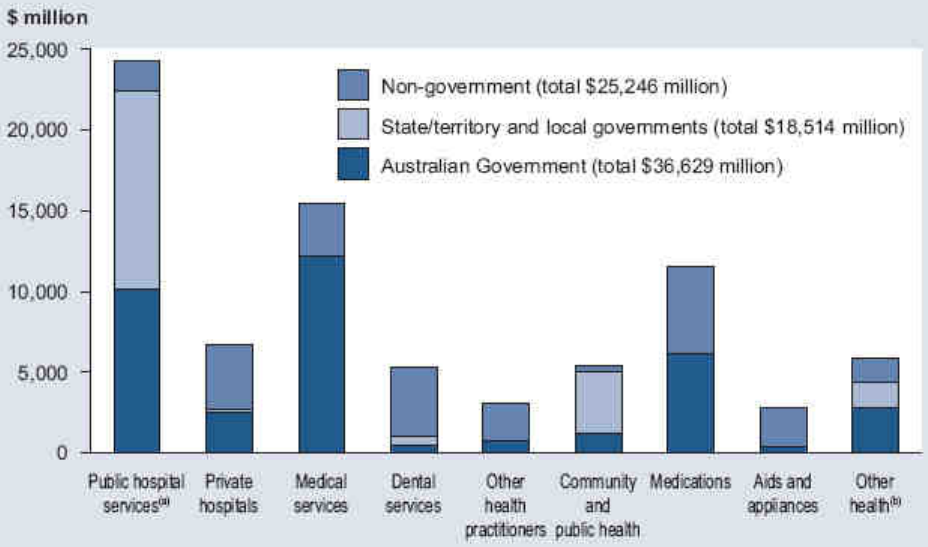
Note: Public hospitals includes dental services, community health services, patient transport services, public health and health research undertaken by public hospitals.

Source: AIHW Health Expenditure Database.

Figure 8.7: Recurrent expenditure on public hospitals by source of funds, current prices, 1984–85 to 2005–06 (per cent)

Dépenses de santé par type et par source de financement 2005-06

Source : Australia's Health 2008



(a) Public hospital services excludes dental services, community health services, patient transport services, public health and health research undertaken by the hospital. Can include services provided off the hospital site such as hospital-in-the-home dialysis or other services.

(b) Other health comprises patient transport services, administration and research.

Source: AIHW Health Expenditure Database.

Figure 8.6: Recurrent health expenditure by area of expenditure and source of funds, 2005–06

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (1/2)

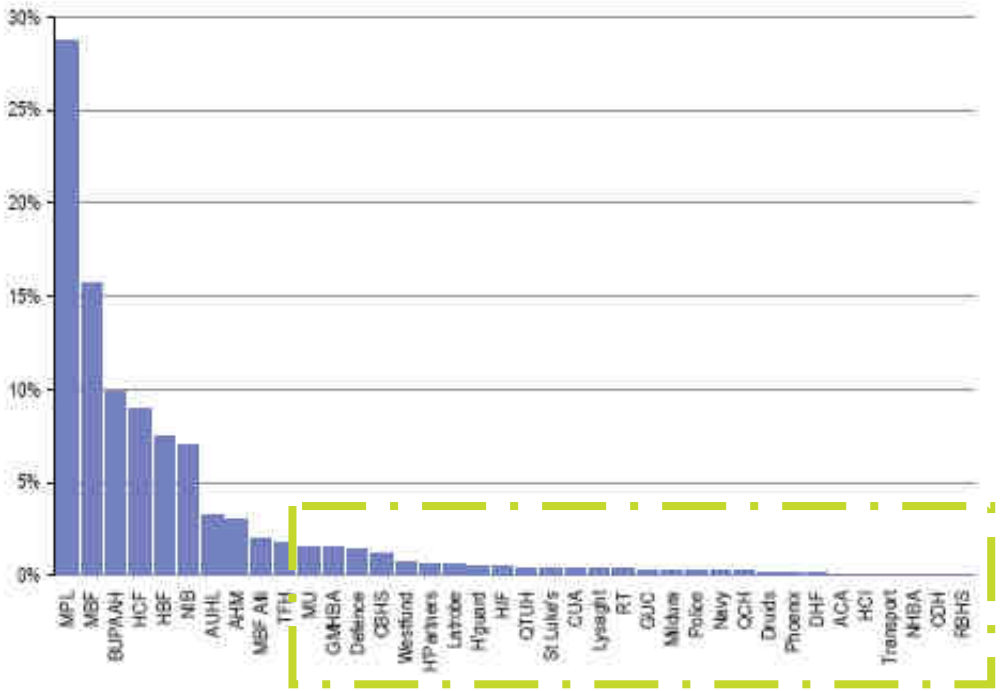
Caractéristiques du marché privé

- Les 38 opérateurs de l'assurance complémentaire sont de deux nature différentes, sur la base de deux statuts juridiques distincts :
  - 13 opérateurs ne sont pas tout publics tandis que les 25 autres sont ouverts à tous (*open* vs *restricted*)
  - Deux types de statuts existent : les assurances non lucratives et les assurances qui fonctionnent comme des sociétés (77% « not for profit » et 23% « for profit »).
- L'assurance privée propose une couverture complémentaire et supplémentaire, globalement sous 2 formes :
  - **Hospital treatment** : Full cover hospital treatment (couvre tous les postes de dépenses autorisées par la loi au niveau des soins hospitaliers), Medium level cover hospital treatment (n'exclut que quelques dépenses précises : soins cardiaques, soins de la hanche et du genoux, et soins de maternité) et Low cover hospital treatment (ne propose qu'une couverture partielle des soins hospitaliers),
  - **General treatment :** prend en charge les dépenses supplémentaires dentaires, optiques et quelques autres services connexes
- Selon le rapport 2007-08 du PHIAC (Le *Private Health Insurance Administration Council*, le marché de l'assurance privée est caractérisé par :
  - Sa relative saturation (38 opérateurs bien installés sur le marché)
  - Ses coûts élevés à l'entrée (complexité de l'offre de soins etc)
  - La protection relative des usagers (communautés favorisées, législation, etc.)
  - La forte pression sur les marges due à la régulation des prix des cotisations par l'Etat
  - Une législation importante et directive (cotisations minimales et maximales instaurées, sélection des usagers contrôlée, fonds propres surveillés)
  - L'existence d'une forte protection primaire (Medicare), universelle et obligatoire

AUSTRALIE

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (2/2)

Parts de marchés des opérateurs d'assurance complémentaire au 30 juin 2008



26 des plus petits opérateurs (24% des parts de marché) mutualisent leurs moyens dans l'instauration de leurs offres et dans la négociation de leurs prix avec les réseaux de médecins et de laboratoires

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- L'industrie de l'assurance complémentaire est un marché mature, fortement protégé par l'Etat depuis le *Private Health insurance Act 2007*
- L'Etat propose 30% de remise sur les cotisations à la population et taxe les revenus des gens non couverts par une complémentaire santé (taxation moyenne de 1% du revenu)
- Un organisme de surveillance, le PHIAC (Private Health Insurance Administration Council) et une association de consommateurs, l'Australian Competition Consumer Commission, s'assurent du respect des lois de concurrence (*Trade Practice Act 1974*) et du respect de la qualité des prestations des opérateurs. Il réalise par ailleurs des études complètes chaque année sur le marché
- Les 6 premiers acteurs détiennent 77% des parts de marché. Par Etat, la plus élevé part de marché revient à HBF en Australie occidentale avec 61% des parts de marché local.
- L'industrie fixe ses prix en accord avec l'Etat sur des bases concurrentielles transparentes et homogènes (une seule augmentation des prix par an (en avril) et par opérateur privé. En 2008, l'Etat a autorisé une augmentation globale des cotisations de 4,99%).

AUSTRALIE

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information

Caractéristiques de la population couverte

- 44,6% de la population était couverte par une assurance privée en 2008, ce qui reste stable par rapport aux années précédentes

Pourcentage de la population couverte par une assurance privée, 2001-2008

Year ended 30 June		AUST
2008	Coverage '000	9,534
	% Population R	44.6%
2007	Coverage '000	9,145
	% Population	43.5%
2006	Coverage '000	8,846
	% Population	42.7%
2005	Coverage '000	8,699
	% Population R	42.7%
2004	Coverage '000	8,627
	% Population R	42.9%
2003	Coverage '000	8,639
	% Population	43.5%
2002	Coverage '000	8,705
	% Population	44.3%
2001	Coverage '000	8,712
	% Population	44.9%

Source : www.phiac.gov.au

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés (1/2)

- Des sites d'aide à la sélection (privés) existent pour assister la population dans le choix de son assurance de santé privée
- Les sites d'information (publics) apportent les informations « grand public » nécessaires à la compréhension des la complémentaire santé
- Les sites web des opérateurs sont complets et très interactifs : ils proposent des simulations de situations, des comparaisons entre leurs offres et celles de leurs concurrents, et même des adhésions en ligne

Capgemini Consulting

Centre d'analyse stratégique

AUSTRALIE

Connaissance des risques liés à la souscription à une assurance santé privée

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés (2/2)

- Sur les sites des assureurs, des informations sont mises à disposition des adhérents pour les avertir des procédures de réclamation, des chartes de conduites, de la fixation des prix et d'autres points essentiels à la compréhension de l'offre (ex. ci-contre : Latrobe)
- Les principales législations en vigueur en matière de protection sociale sont également décrites sur les sites des assureurs : remise de 30% sur les cotisations, LHC (*Lifetime Health Cover* = plan de prévention de l'assurance, *Management Levy Surcharge* = taxation des personnes non couvertes par une assurance privée)
- L'historique des réclamations est également disponible sur les sites des assureurs (accès réservé aux membres des assurances)
- En cas de problème avec un assureur, un organisme de réclamation existe, le PHIO (Private Health Insurance Ombudsman) qui accompagne l'adhérent dans sa démarche de réclamation

Problems with your insurer

I have a problem with my health insurer. Who can help with this?

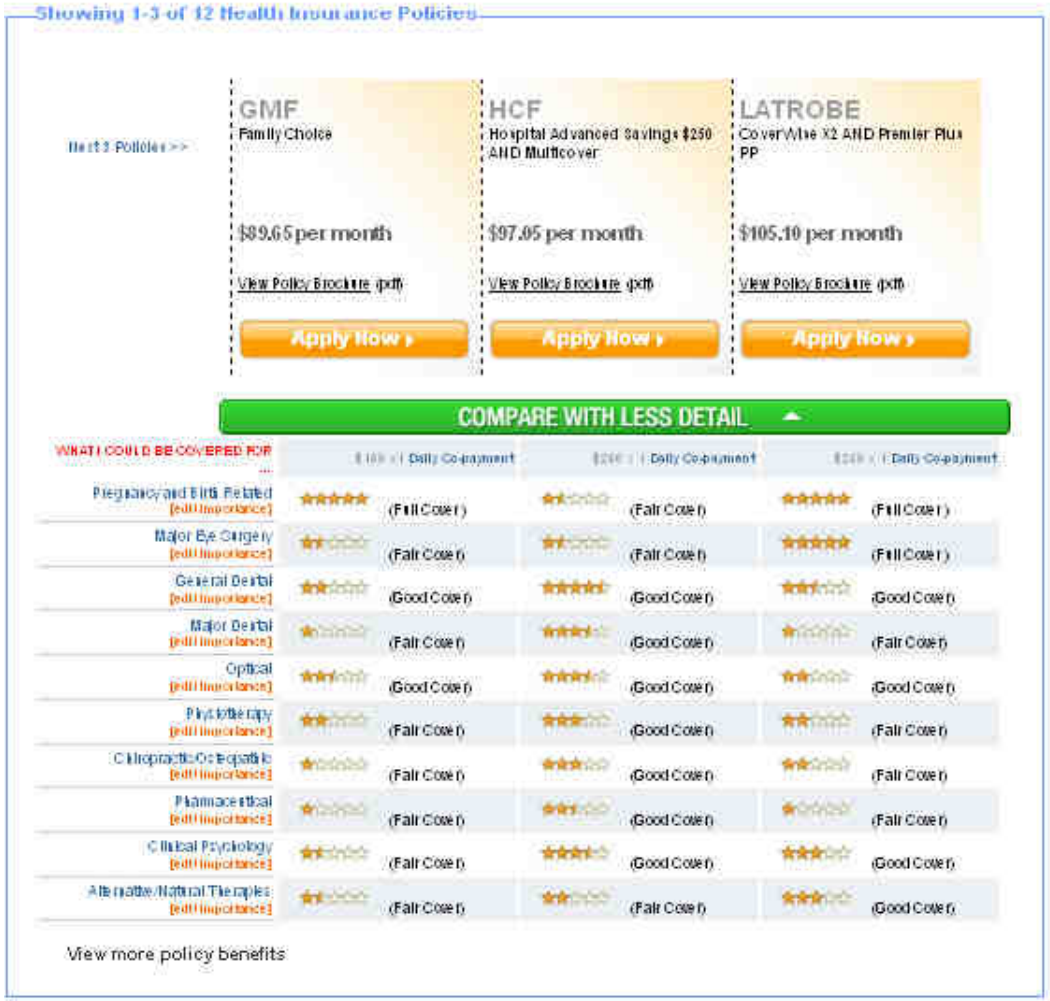
The first step you should take is to try to resolve matters with the insurer. If you still have a problem or need some advice contact the Private Health Insurance Ombudsman(PHIO). The PHIO website has a brochure on how to lodge a complaint: Making a Complaint to PHIO. (PDF 168 KB)

Source : www.phiac.gov.au

AUSTRALIE

Performance des sites comparateurs d'offres : exemple de www.iselect.com.au

- Le site www.iselect.com.au a été créé par une entreprise privée, dont le capital est détenu à 30% par l'entreprise NINEMSN (Hotmail et Messenger en Australie) et 70% par des actionnaires privés
- **Les assureurs choisissent de mettre certains produits à disposition des comparateurs, mais on ne retrouve pas toute leur offre. Iselect ne propose des comparaisons que pour les fonds qui l'ont décidé. :**
- **Il est possible d'adhérer en ligne à la suite d'un benchmark des offres qui intéressent le futur assuré**
- Description d'une demande réalisée sur www.iselec.com.au :
  - Informations basiques sur le futur assuré (sexe, âge, lieu de résidence, fréquence de recours à l'hôpital…)
  - Sélection des services médicaux à couvrir
  - Comparaison des assurances qui proposent ces services :
    - Prix
    - Brochure de l'assureur en ligne
    - Possibilité de contracter l'assurance en ligne (liens avec les sites des assureurs)
- Un site interactif, vivant, riche en informations et dont l'ambition est de répondre à toutes les demandes et questions de la population pour l'aider à choisir la meilleure assurance santé possible



8 des 38 assureurs privés sont référencés sur ce site

Participating Health Insurers

AUSTRALIE

Principaux enseignements pour la France (1/2)

Innovations et réformes récentes du secteur

- Une caractéristique importante du système de protection sociale en Australie est l'implication fiscale de l'Etat dans le développement de ce marché : 30% de remise sur les cotisations des nouveaux adhérents et surtout 1% de taxation sur le revenu des personnes non adhérentes à une assurance santé privée, sachant que plus de 50% de la population n'en a pas.
- La mise en place d'un conseil de surveillance de l'industrie (PHIAC) qui surveille l'application de la législation en vigueur dans le secteur et qui s'assure du bon fonctionnement du marché de l'assurance de santé privée est une garantie supplémentaire pour la population et a permis de crédibiliser le marché de l'assurance complémentaire.

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

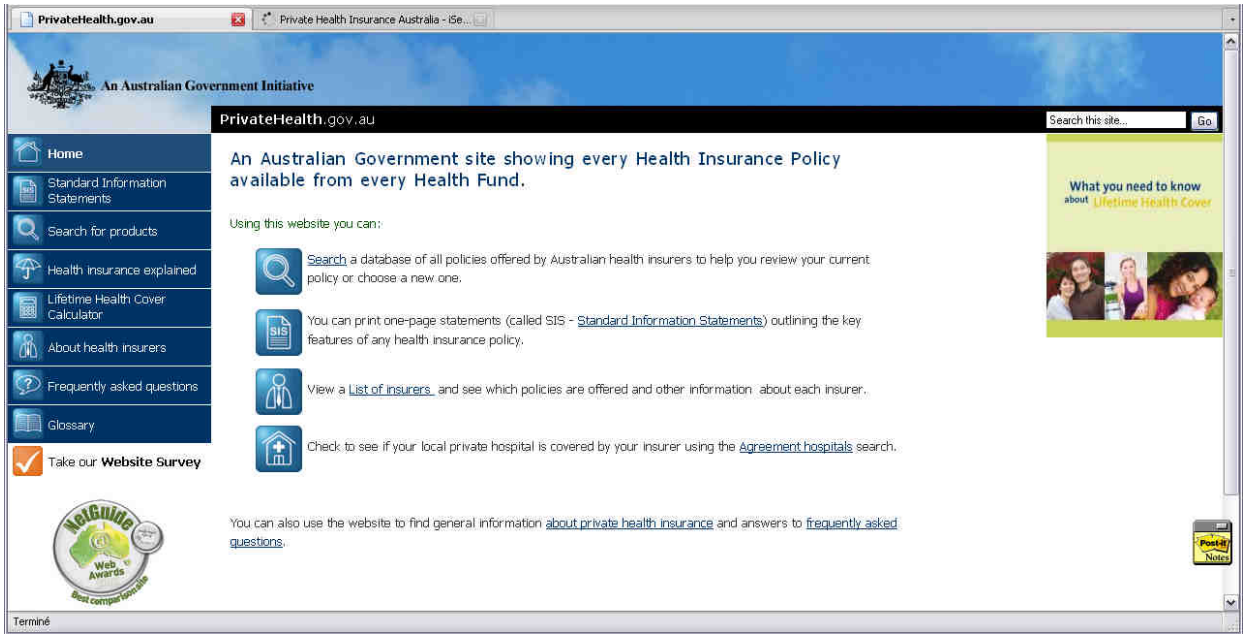
- La réforme importante lancée en 2007 a permis de :
  - Obliger les opérateurs à devenir des sociétés d'ici le 1er janvier 2010 ;
  - Elargir le panel des produits couverts par les assurances santé, leur permettant ainsi d'élargir leurs offres (les assurances privées peuvent à présent rembourser des dépenses réalisées hors périmètre public) ;
  - Obliger les opérateurs à adhérer au PHIAC pour être contrôlés et labellisés ;
  - Introduire la notion de péréquation des risques entre les opérateurs, de sorte que le degré de santé de population cliente ne pénalise pas leur développement économique ;
  - Protéger les usagers contre toute forme de discrimination à l'adhésion par les opérateurs privés.
- L'Etat est présent au niveau de l'instauration des prix : il fixe des minima et maxima pour les cotisations des usagers et contrôle des augmentations de ces cotisations (une fois par an, augmentation en moyenne de 8% par an depuis 5 ans).

AUSTRALIE

Principaux enseignements pour la France (2/2)

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- Sur les sites des opérateurs privés, on retrouve les grandes caractéristiques (historique, réformes, principales législations) du système de protection sociale australien
- Le site www.privatehealth.gov.au est un site public fournissant toutes les informations sur l'industrie d'assurance santé complémentaire



Capgemini Consulting

Centre d'analyse stratégique

Australian Government
Private Health Insurance Administration Council

AUSTRALIE

La diversité des publications du PHIAC couvre la grande majorité des thèmes de l'assurance de santé privée

Publications

Publications

PHIAC Charters

PHIAC Corporate Plan

Industry Risk Management

Private Patients' Hospital Charter

Insure? Not Sure? Your quick guide to Private Health Insurance (in pdf format)

PHIAC Annual Report 2007-08

Operations Of The Private Health Insurers Annual Report 2007-08 Includes industry statistics by fund.

Operations Of The Private Health Insurers Annual Report for previous years

PHIAC Annual Report for previous years

Presentations

Discussion Papers

Top of Page

Topics in this section

PHIAC Charters

PHIAC Corporate Plan

Industry Risk Management

Private Patients' Hospital Charter

Insure? Not Sure?(pdf format)

PHIAC Annual Report

Operations Of The Private Health Insurers Annual Report

Financial and Statistical tables of past Operations Annual Reports

Industry Statistics

Presentations

Discussion Papers

Analyses quantitatives

Feuillet informatif à l'attention du consommateur

Essais sur des sujets divers en lien avec le système d'assurance santé privé

Panorama du système de protection sociale

Présentation du système de protection sociale et répartition des risques

• En ce qui concerne l'accès aux soins par le système public, la population est divisée en 2 catégories de patients :

Catégorie 1

- Les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil fixé tous les ans par le gouvernement (et leurs ayant droit) et les personnes de plus de 70 ans sont détentrices de la carte médicale (1 276 181 en 2007 – 29% de la population en 2004)
- La carte médicale donne accès gratuitement à une gamme complète de prestations comprenant :
  - la médecine générale
  - les médicaments prescrits par ordonnance
  - tous les séjours en hôpital public dans les services publics, y compris les prestations des spécialistes,
  - toutes les consultations à l'hôpital, y compris les prestations des spécialistes
  - les soins dentaires, l'ophtalmologie, l'audiologie, les appareils, le suivi des grossesses et celui des nouveau-nés

Catégorie 2

- Elle concerne les personnes dont les revenus dépassent le seuil fixé tous les ans par le gouvernement (non détentrices de la carte médicale).
- Elles ont accès, contre paiement de certains frais :
  - Aux prestations des hôpitaux publics durant leur hospitalisation dans les services publics ainsi que durant les consultations hospitalières
  - Au suivi des grossesses et des nouveau-nés jusqu'à 6 semaines après la naissance
- Les tarifs légaux d'hospitalisation sont de 55 € par nuit. L'utilisation des services d'urgence est facturée 55€ quand le patient n'a pas de lettre de référence de son médecin traitant. Les revenus générés par ces facturations représentent une source non négligeable de financement pour les hôpitaux publics

• Les patients sont libres d'opter pour des prestations privées et sont tenus de régler les frais y afférents, c'est-à-dire la chambre d'hôpital, les honoraires des spécialistes et le tarif légal d'hospitalisation mentionné précédemment pour ce qui concerne les hôpitaux publics, ou les prestations de la clinique et les honoraires des spécialistes pour les cliniques privées.

• En 2007, 50,9 % de la population a recours à une assurance maladie privée. La couverture privée dépend du contrat souscrit, mais doit assurer un minimum de prestations (fixé par le Health Service Executive - Principe de Minimum Benefits) : soins de jour, hospitalisation, maternité, convalescence, traitements psychiatriques et addictions.

IRLANDE

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Caractéristiques du marché privé

- Ouvert à la concurrence depuis 1994, le marché des assurances privées est structuré autour de 3 acteurs principaux dont l'opérateur historique d'Etat VHI dispose encore en 2007 70% des parts de marché

Evolution des parts de marché des companies d'assurance privées

Q.1b With which company do you currently have your private health insurance?

	2002	2005	2007
QUINN	13%	18%	20%
VHI	82%	76%	70%
VIVAS	0%	1%	6%
Other	5%	6%	4%

Source : *The Health Insurance Authority – The private Health Insurance Market in Ireland – March 2008*

- La gamme des produits offerts par les 3 compagnies d'assurance est très homogène.
- Depuis l'ouverture du marché de l'assurance privée, le montant des primes augmente de manière régulière. En 2006, VHI a augmenté ses primes de 12%, BUPA de 9,5% et VIVAS de 6,70%. L'écart entre les primes de VHI – les plus élevées du marché – et BUPA/QUINN est de 10% et Hibernian propose des prix de 10% inférieurs à BUPA.
- 33% des assurés sont couverts de manière collective par le biais de leur entreprise.
- Un marché régulé par un opérateur indépendant rattaché à l'Etat : la Health Insurance Authority
- 4 principes fixés par l'Etat : Community rating, Lifetime Community rating, Open enrolment, Minimum Benefits

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- L'aspect concurrentiel du marché de l'assurance privée soulève de nombreux débats. Les distorsions du marché sont définies par les points suivants :
  - Le positionnement de VHI et ses avantages : non obligation de respecter les conditions de solvabilité imposées par le régulateur financier, possibilité de vendre des produits ne relevant pas de l'assurance maladie privée
  - Le principe de Minimum Benefits : possibilité d'innovations limitée
  - Le principe de Community Rating : pas de gestion des risques
  - Sélection des risques implicites : certaines compagnies d'assurance font en sorte d'attirer principalement des populations peu risquées
- La volonté d'introduire un système de compensation des risques permettant de répartir les coûts liés à des populations spécifiques a été controversé. Le système proposé profite principalement à VHI– déjà en position dominante sur le marché, mais peut par ailleurs permettre de limiter la sélection implicite des risques.
- En 2006, suite à la décision d'introduire un système de compensation des risques, BUPA annonce son retrait du marché irlandais. Le groupe QUINN reprend ses activité en 2007. Après plusieurs jugements nationaux et européens légitimant l'introduction du système de péréquation des risques, la Cour Suprême a invalidé en juillet 2008 le système de péréquation des risques.
- Les nouveaux entrants potentiels interrogés par la HIA ne jugent pas opportuns de pénétrer le marché de l'assurance maladie privée.

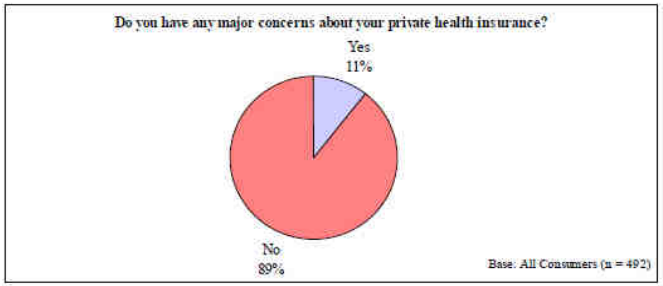
IRLANDE

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information

Caractéristiques de la population couverte

- En 2007, environ la moitié de la population dispose d'une assurance maladie privée .
- Les raisons principales de souscription sont le coût élevé des traitements médicaux (pour 52% des personnes interrogées) et la perception de la qualité du service public (pour 38% des personnes interrogées) . Même si la demande continue à croître malgré la hausse des primes, le prix reste la raison principale du taux de rotation des contrats.
- Selon la HIA, les assurés sont satisfaits de leur assurance maladie privée tant du point de vue de la qualité de service (59%), que du service client (62%), de la qualité de l'information (62%) et du niveau de couverture (64%).
- On constate un faible taux d'inquiétude concernant les compagnies d'assurance maladie privée au sein de la population couverte.

Le niveau d'inquiétude vis-à-vis des compagnies l'assurance privée

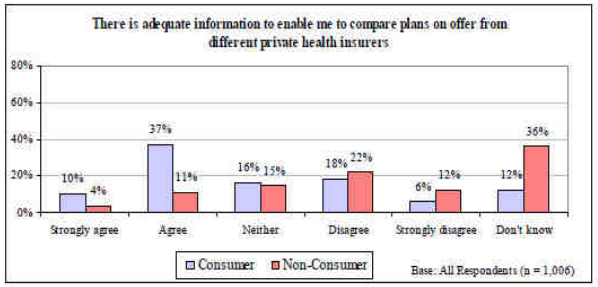


Source : *The Health Insurance Authority – The private Health Insurance Market in Ireland – March 2008*

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- L'information à destination des prospects et des assurés est jugée satisfaisante par la HIA

Le niveau de satisfaction de l'information disponible



Source : *The Health Insurance Authority – The private Health Insurance Market in Ireland – March 2008*

- La Health Insurance Authority et la Health Information and Quality Authority sont garantes de l'information donnée au public.
- Sur les sites internet des compagnies privées, il est possible de suivre ses dépenses et ses remboursements, d'indiquer un changement de statut, de recevoir des conseils en matière de prévention santé et de faire les démarches pour changer d'assurance. Ces sites permettent d'effectuer en ligne des comparaisons entre les contrats de la même gamme de produits chez les trois assurances et donnent des informations sur les modalités de changement allant même jusqu'à proposer des lettres types de résiliation.

IRLANDE

Principaux enseignements pour la France

Innovations et réformes récentes du secteur

- Les réformes du secteur de la santé ont majoritairement concerné le secteur public dans une logique de rationalisation et de performance du fonctionnement du système de santé publique
    - En 2008, le HSE's National Service Plan a pour objectif de rationaliser les dépenses de fonctionnement du système de soins public et de dégager 280 millions € d'économie sur l'année
    - Le plan de réorganisation 2007 – 2010 du système de soin a également pour ambition d'optimiser les coûts des différents soins et d'instaurer un système de mesure de la performance
- Depuis l'ouverture du marché de l'assurance maladie privée en 1994 sur demande de l'Union Européenne, plusieurs mesures ont été prises afin de réguler le marché et d'accroitre la concurrence (cf. ci-dessous), mais aucune réforme de grande ampleur n'a été mise en place.

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

- Les mesures prises par les pouvoir publics pour améliorer la concurrence se sont inspirées de nombreux rapports sur le marché de l'assurance maladie privée réalisés par la Health Insurance Authority, la Competition Authority ou par des Think Tank comme le rapport Barrington ou le Private Health Insurance Advisory Group sur demande du Ministère de la Santé
- Le changement de statut de VHI (société commerciale) est prévu pour 2012. D'ici là, VHI devra avoir adopté les mêmes règles et droits que les deux autres compagnies (normes IFRSA, conditions de solvabilité).
- Le Minimum Benefits offre une garantie sur des niveaux de qualité (et non plus des produits) et doit être déterminé en pourcentage du coût de traitement à assurer (et non plus d'un prix en valeur monétaire).
- Des charges spécifiques pour les personnes contractant tardivement une assurance privée sont mises en place.
- L'Etat intervient également sur les contrats collectifs en rendant obligatoire la présentation de deux compagnies minimum dans une entreprise

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- En 2007 est créée la Health Information et Quality Authority dont l'objectif est d'informer le public sur le système de santé (public ou privé) et d'en garantir la qualité.
- Depuis le site internet de la Health Insurance Authority, le public a accès à une information exhaustive et abordable concernant les modalités de changement d'assurance d'une part et les données générales sur le fonctionnement du système (2 brochures et 1 charte client) d'autre part. Des informations beaucoup plus poussées sont également mises à disposition (rapports, recherches, textes de loi)
- La HIA est également beaucoup intervenue pour encourager le public à changer d'assurance et ainsi faire jouer davantage la concurrence entre les 3 compagnies : contrat de renouvellement standard, campagne publicitaire etc. Il n'y a pas eu d'analyse de l'impact de la campagne publicitaire.

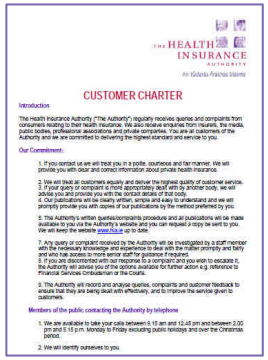
IRLANDE

Annexes – Illustration des initiatives publiques en matière d'information

Page d'accueil du site de la HIA

Brochures d'information sur les assurances privées à destination du public

Charte Client

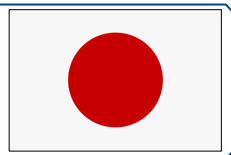


Le site de la HIA est référencé en 9ème sur google.ie lorsqu'on cherche « switching health insurance »

Campagne d'information à destination du public 2006

Source : Annual report and accounts 2007 – *The Health Insurance Authority – 2008*

JAPON



Panorama du système de protection sociale (1/3)

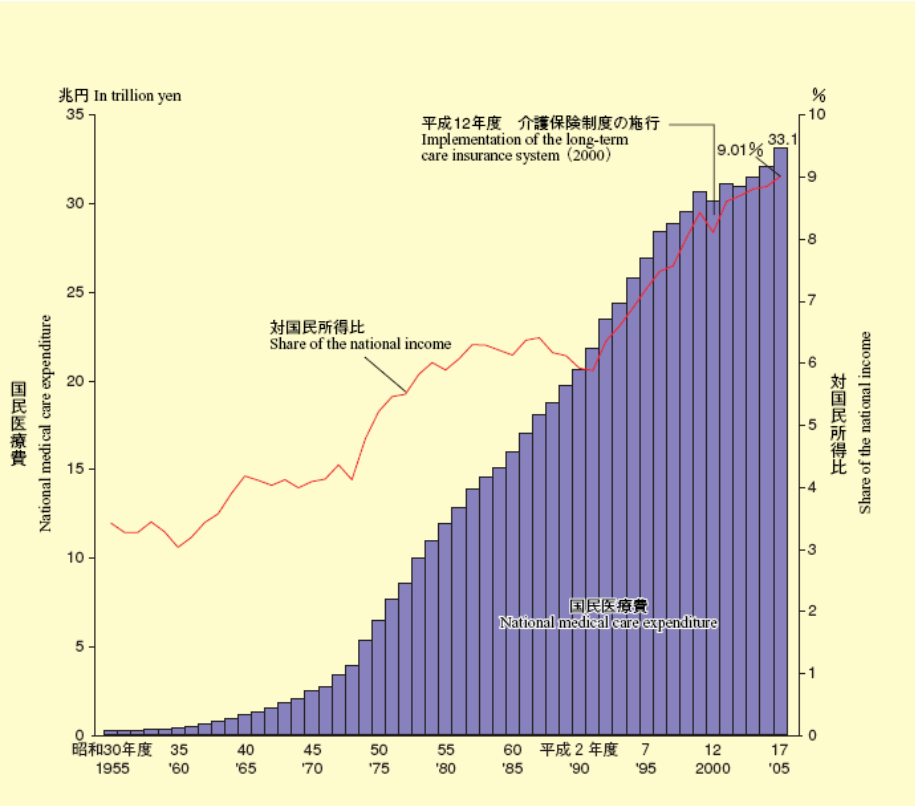
Présentation du système de protection sociale

- Le Japon, seconde puissance mondiale, compte plus de 127 millions d'habitants en 2006. En 2005, la dépenses de santé nationale atteint les 8,2% du PIB.
- Le système de protection sociale japonais, très conservateur, est essentiellement basé sur la sécurité sociale publique. Cette assurance est obligatoire et universelle. Les assurances de santé privées sont très peu présentes sur le marché, et couvrent essentiellement les besoins des étrangers vivants au Japon. Le financement des dépenses de santé est couvert à 82,7% par l'Etat (*OCDE 2008*), laissant 27,3% à la charge des ménages.
- L'assurance maladie publique se compose des éléments suivants :
  - National Health Insurance Plan (*kokumin kenko hoken*) : assurance qui couvre les besoins de près de 70% de la population, en particulier des personnes qui s'auto-emploient, ainsi que des personnes au chômage. Cette assurance universelle comporte également un volet pour les personnes âgées (*Insurance for the elderly*). Le NHI est géré localement par les municipalités ou par des agences désignées par l'Etat. Ces dernières reçoivent des budgets qu'elles gèrent à leur guise, ce qui engendre parfois des disparités de prix de la cotisation d'une région à l'autre, ce qui est perçu par les japonais comme un manque d'égalité important.
  - Social Health insurance : assurance obligatoire pour les salariés ainsi que pour les cadres dirigeants d'une entreprise de taille moyenne ou grande. Elle couvre 30% de la population. La cotisation, presque automatique une fois embauché, est à la charge de l'employé à hauteur de 50%. Pour les plus petites entreprises, c'est l'Etat qui prend en charge les frais de santé des salariés. La SHI est gérée par la Social Health Insurance Agency.
- Les cotisations de ces trois assurances sont instaurées par l'Etat
- L'assurance maladie publique prend en charge les dépenses de santé des habitants à hauteur de 70% en 2006.

JAPON

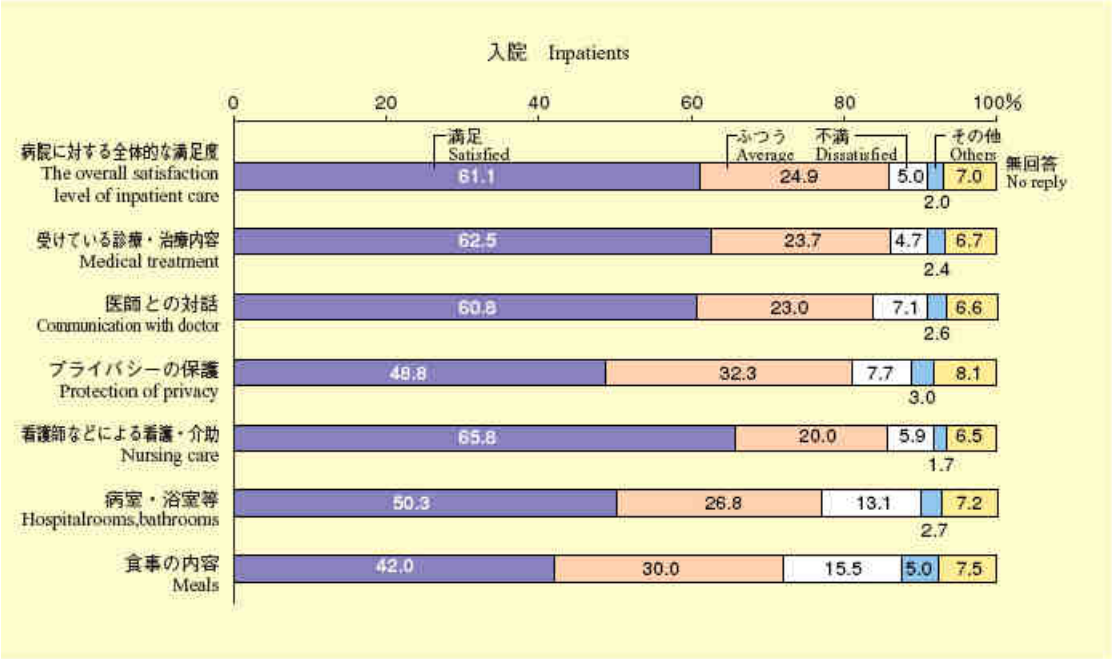
Panorama du système de protection sociale (2/3)

Dépenses de santé de 1955 à 2005



（国民医療費）
(Estimates of National Medical Care Expenditure)

Pourcentage de la population satisfaite par le système de santé national (2005)



（受療行動調査）
(Patient's Behavior Survey)

Capgemini Consulting

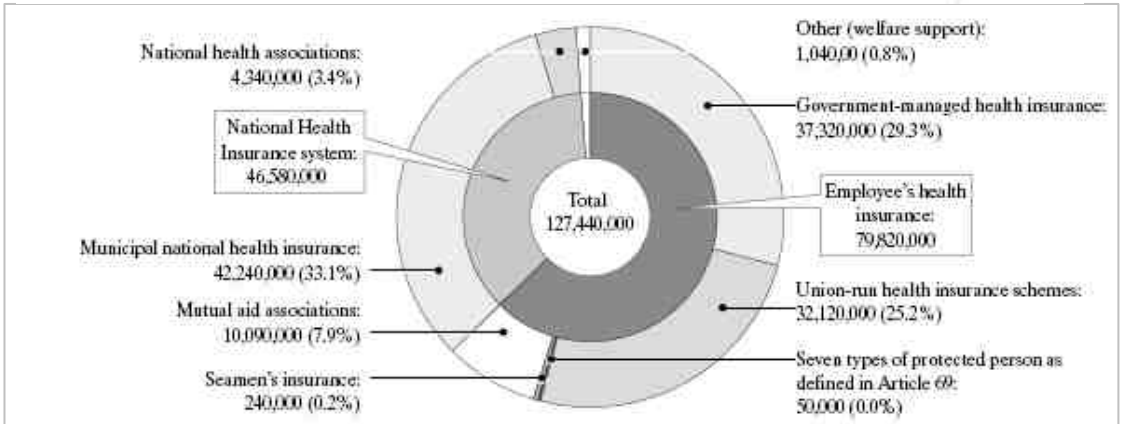
Centre d'analyse stratégique

Panorama du système de protection sociale (3/3)

Répartition de la population par type d'assurance et modalités de financement

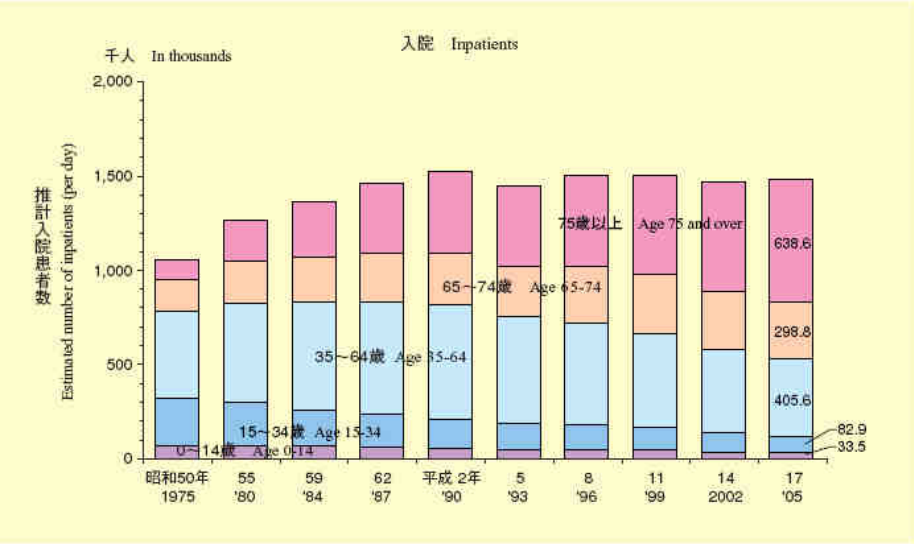
- L'assurance primaire couvre la plupart des soins hospitaliers, y compris les soins dentaires et le remboursement des médicaments. Cependant, certains soins ne sont pas pris en charge, et notamment les frais de grossesse. L'Etat donne, à la place, des forfaits aux futures mères.
- En 2000, l'Etat a mis en place un système appelé *Long term care Insurance system* pour financer les soins et biens médicaux des seniors (> 65 ans). Le financement est collecté par l'Etat (par les municipalités)

Breakdown of Enrollments in the Medical Insurance System



NB: • Classifications may differ between schemes.
• Employee's health insurance membership applies to the insured and their family/dependents.
• National Health Insurance membership applies to all persons other than employees.
Source: Ministry of Health, Labour and Welfare website

Population couverte par l'assurance santé publique par tranche d'âge, 1975 2005



(患者調査)
(Patient Survey)

JAPON

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (1/2)

Présentation du marché de l'assurance privée

- L'assurance privée au Japon est reléguée au deuxième plan. Elle est, en grande majorité, destinée aux étrangers qui n'ont pas accès au système de Social Health Security (Health One et Med one sont les assurances les plus connues).
- Cependant, l'Etat ne couvrant que 70% des frais médicaux de la population, les 30% restant peuvent être couverts par une assurance santé privée de type supplémentaire
- Les biens couverts par l'assurance privée sont notamment :
  - Les soins dentaires
  - Le handicap
  - Les soins d'hospitalisation
  - Les soins d'hospitalisation d'une personne atteinte par une maladie chronique
  - Certains actes de chirurgie (réparatrice, transplantation d'organes)
  - Les traitements des cancers
- L'assurance privée est surtout individuelle, et fournie principalement par des grosses compagnies d'assurance ayant un volet Santé.

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

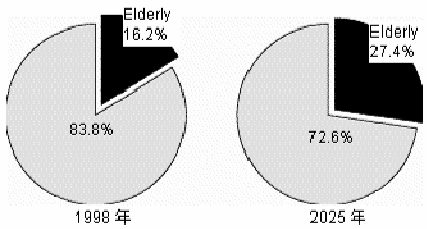
- L'assurance de santé privée représentait en 2002 816 milliards de YEN (8,2 milliards de USD).
- Le marché de l'assurance privée est en cours de développement car l'Etat envisage aujourd'hui de privatiser une partie de l'assurance santé publique. On attend une croissance de 10% sur les 5-10 ans qui viennent.

Caractéristiques et évolution de la demande

- Les soins dédiés à la population âgée absorbent plus de 40% du budget de l'Etat (*article du Herald tribune du 9/04/07)*
- La séniorisation de la population implique le développement d'une nouvelle offre de la part du gouvernement *(Long Term Care insurance)* mais également de la part des entreprises privée d'assurance santé

Pourcentage de la population de plus de 65 ans

(Projection 1998-2025)



Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur (2/2)

Potentiel de développement de l'assurance privée

- Les soins non couverts par l'assurance primaire représentent un marché potentiel pour les assurances privées :
  - Scanner et autres diagnostics d'imagerie
  - Médecine régénérative
  - Médicalisation génétique
  - Chirurgie esthétique
  - Fécondations in-vitro
  - Grossesse et naissance
  - Soins préventifs
  - Vaccination
  - Orthodontie
- Par ailleurs, la densité de population est telle, au Japon, que les files d'attente à l'hôpital sont interminables, et font partie des premiers griefs qu'a la population contre le système public. La privatisation d'une partie de ces services est également une réponse à cet engorgement.
- En 2005, 69% des établissements publics affichaient un déficit à la clôture de leur exercice.

JAPON

Principaux enseignements pour la France

Innovations et réformes récentes du secteur	•La mise en place d'un plan national de financement des soins pour les personnes âgées •En 2004, la promulgation d'une loi a permis l'entrée des entreprises privées dans le domaine de la gestion hospitalière (mais cas extrêmes, sous de nombreuses conditions). •En 2005, la première compagnie d'assurance santé japonaise (un *join venture* dans le domaine de la chirurgie plastique) a été crée. Cet évènement a suscité de vives réactions d'opposition, notamment de la part du Ministère de la Santé, du travail et de la protection sociale (*Ministry of Health, Labour and Welfare*).
Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence	•En réalité, l'Etat n'est pas très favorable à la privatisation des activités de santé, malgré le vieillissement accéléré de sa population et l'augmentation de la charge de soins médicaux que cela représente
Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information	• Il existe un site de surveillance de l'assurance santé publique : www.nationalhealthinsurance.jp, qui donne une vision globale critique du système de santé japonais. • Le ministère de la Santé fournit quelques éléments sur l'assurance maladie sur son site : http://www.mhlw.go.jp/english/index.html mais les informations restent anecdotiques et les quelques statistiques datent des années 90. • Très peu d'informations sont distillées au sujet de l'assurance santé privée.

Principaux enseignements pour la France (1/2)

Sur le site du ministère de la Santé, très peu d'informations récentes

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

For people, for life, for the future

HOME | What's New | Related Sites Links | Japanese
search

Topics

- The 6th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies Outline of Summary
- Pandemic Influenza and Avian Influenza
- Ministry of Health, Labour and Welfare Oganaizastion(PDF:254KB)
- New Notification System for the Importation of Animals
- Standards for Cosmetics
- Child-support allowance system is expanded.
- Food Safety Information
- Pandemic Influenza and Avian Influenza
- The Report of "Symposium on Globalization and the Future of Youth in Asia"
- Registration Procedure at lodging facilities in Japan to be changed as of April 1, 2005
- Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Action Plan (June 2, 2003)
- Importing or Bringing Medication into Japan for Personal Use
- Long-term Care Insurance in Japan
- The Official Data of the Emergency Patients related to the 2002 FIFA World Cup Games in Japan The Interim Report
- Questions & Answers Concerning Benefits Provided for Atomic Bomb Survivors Overseas

Organization
- Organization of the Ministry of Health, Labour and Welfare
- Guide Chart

White Paper & Reports
- Annual Reports on Health and Welfare
- White Paper on the Labour Economy
- Other Reports

Statistic & Other Data
- Vital Statistics
- Labour Statistics
- Database

Social Insurance Agency

Central Labour Relations Commission

Translations of Japanese Laws and Regulations

Principaux enseignements pour la France (2/2)

Le site de surveillance de l'assurance santé nationale critique fortement les assurances santé privées

- Les objets des griefs sont :
  - Le prix de l'assurance
  - Le délai de remboursement
  - Le faible montant des remboursements
- L'exemple ci-contre est celui de la page web sur laquelle on peut trouver ces informations (www.nationalhealthinsurance.jp)
- Très véhément, l'article dénonce les travers de l'assurance privée et décourage la population à contracter.

National Health Insurance Watch

KEEPING AN EYE ON JAPAN'S NHI

Home | About us | Disclaimer | Testimonials | News & Events | Contact us

Home
What is NHI?
The controversy
How foreigners are getting off
Is the system collapsing?
Private Insurance

PRIVATE INSURANCE PLANS FOR USE IN JAPAN:

On this page we hope to clear the air on a lot of misconceptions people generally have about private insurance.

Dental Insurance - a total waste of money

When most people go shopping for a "good" insurance plan they seem intent on finding insurance that has dental coverage. Little do they under

insurance company will come out ahead of the game. But whe
it is something that "will" happen. In order for an insurance co
own dental work--in the form of high premiums--and in advar
never run into high figures like they can with medical and hos
has it available as an option, if you think in terms of a span of
companies by not paying extra for dental insurance.

Also keep in mind that even if a plan has dental coverage, it is almost always loaded with exclusions (we don't pay for this, we don't pay for that sort of thing). Not to mention, most of what they do pay requires co-pay (you still end up paying part of it). Save your money!

Emergency Evacuation - don't hold your breath

Many expatriates believe, and with good reason, that a good insurance plan should include some form of evacuation. We have all seen movies whereby an air ambulance takes an injured party away for treatment. There is much more to this than meets the eye.

Le site est très critique. La traduction littérale de ces deux titres donne : « Assurance dentaire - une vraie perte financière » et « L'évacuation d'urgence - ne retenez pas votre respiration »

ESPAGNE

Panorama du système de protection sociale (1/2)

Présentation du système de protection sociale

- L'Espagne est un état central composé de 17 communautés autonomes (*Comunidades autonomas*), comptant plus 46,1 millions d'habitants en 2008. En 2006, les dépenses de santé atteignent 56,46 milliards d'euros, soit 8,4% du PIB.
- Le système de protection sociale est à la fois centralisé (en lien avec le ministère de la Santé et de la Consommation) et décentralisé : les communautés autonomes gèrent leurs dépenses et assurent la santé de leurs habitants (gestion des réseaux de médecins, etc.). Il finance les dépenses de santé à hauteur de 71,2%. Parmi les 28,9% restants, 23,7% resteront à charge de l'usager*.
- Le système de protection sociale primaire se base sur les principes suivants : obligation et universalité de la couverture (presque 99,5% de la population couverte), accessibilité et déconcentration (réduction de la concentration urbaine), décentralisation (donner du pouvoir aux communautés autonomes afin de réduire les lenteurs du système) et attention primaire (apporter l'assistante essentielle de base pour la bonne santé des habitants).
- De nature duplicative, l'assurance de santé privée couvrait en 2005 près de 15% de la population (*source : www.geosalud.com*)
- Selon une enquête sur la satisfaction du système de santé, le *Barometro sanitario 2007,* plus de 60% de la population est satisfaite du système de santé espagnol.

Baromètre de santé 2007 et dépenses de santé 1991-2003

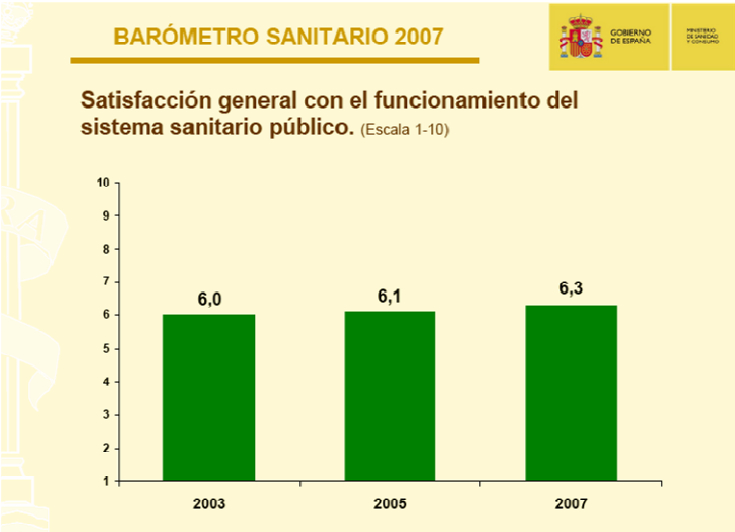


Table 3.1 Sources of revenue as a percentage of total expenditure on health, 1991–2003 (selected years)

Sources of revenue	1991	1995	1999	2000	2001	2002	2003
Public	77.50	72.20	72.00	71.60	71.20	71.30	71.20
Government (central + regional) excluding social security funds	55.70	55.10	65.20	64.80	64.60	66.00	65.90
Social security funds	21.80	17.10	6.80	6.90	6.50	5.30	5.30
Private sector	22.50	27.80	28.00	28.40	28.80	28.70	28.90
Private insurance enterprises (other than social insurance)	2.90	3.40	3.80	3.90	4.00	4.10	4.30
Private household out-of-pocket expenditure	18.70	23.50	23.30	23.60	23.90	23.70	23.70
All other private funds	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.80

Source: OECD 2005.

Note: Rounding errors may mean that percentages do not exactly add up to 100%.

** Source : Spain Health System review – EOHSP 2006*

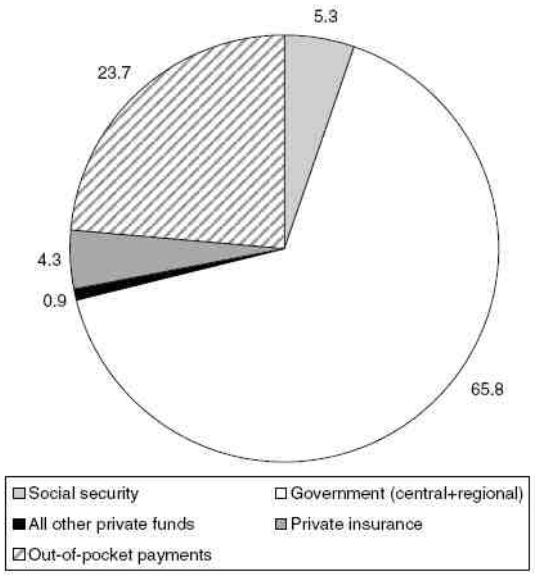
Panorama du système de protection sociale (2/2)

Un modèle original de gestion décentralisée

- Le processus de décentralisation du système de santé s'est achevé en 2002. Aujourd'hui, les systèmes de santé sont très différents d'une communauté autonome à l'autre :
  - En Catalogne, la gestion de la santé se base sur un financement public géré par des structures privées à but non lucratif, des consortiums et des hôpitaux fondations
  - La communauté de Valence a délégué toute la gestion du système de santé à une Agence de santé
  - L'Andalousie a lancé un grand plan qualité pour la rationalisation et l'amélioration de la qualité du système de santé, avec la mise en place d'une Agence de qualité sanitaire sous forme de fondation publique
  - La communauté de Madrid a promulgué en 2001 un Plan intégral de qualité sanitaire, dont l'un des objectifs est le meilleur accès aux services de santé et le libre choix de son praticien et de sa structure
  - Par ailleurs, à Madrid, en Andalousie et en Estrémadure, les prix des médicaments sont plafonnés
- Ces différences permettent une certaine émulation des gouvernements décentralisés, qui cherchent la meilleure qualité des soins pour leurs habitants

Dépenses de santé par source de financement (2003)

Fig. 3.1 Percentage of total expenditure on health according to source of revenue, 2003



Source: OECD 2005.

ESPAGNE

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Présentation du marché de l'assurance privée

- En 2007, le marché de l'assurance privée comptait 64 intervenants
- Les produits proposés par l'assurance privée sont de trois natures (*source : www.elseguromedico.com et www.geosalud.com*) :
  - Les *Seguros de asistencia sanitaria* (86% des produits d'assurance vendus) : les assureurs proposent un réseau de médecins et couvrent les services proposés par ces praticiens identifiés. La cotisation annuelle moyenne est d'environ 514 euros
  - Les *Polizas des reembolso* : produit de remboursement des frais médicaux avec sélection du médecin de son choix par l'adhérent. Cotisation annuelle moyenne : 600 euros.
  - Les *Seguros de subsidio* : simples indemnisations occasionnelles, elles ne sont contractées que très occasionnellement pour couvrir des risques extraordinaires ou ponctuels (missions, déplacement risqués, etc.). Cotisation annuelle moyenne : 145 euros
- 3,8% de la population en 2004 est couverte par un contrat collectif d'entreprise

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Un marché très concurrentiel (des classements sont publiés chaque année)
- En 2007, les 3 plus grosses compagnies d'assurance santé sont ASISA, ADESLAS et SANITAS, qui détiennent à elles 3 plus de 50% des parts de marché totales.
- La concentration du marché est variable en fonction des régions.

Caractéristiques et évolution de la demande

- Selon un article paru en juin 2008 sur le site www.seguropia.es, la demande en termes d'assurance santé privée croit de façon continue ces dernières années du fait de :
  - Une augmentation de la population dont l'Etat a de plus en plus de mal à couvrir la demande
  - Une accélération du progrès dans la technique médicale
  - Une amélioration notoire du niveau de vie, qui pousse la population à chercher la meilleure qualité possible
  - Un développement important de la médecine préventive et de la chirurgie esthétique (l'Espagne est parmi les premiers consommateurs de chirurgie esthétique)

ESPAGNE

Classement des entreprises en fonction du chiffre d'affaire en 2007

Listado de compañías aseguradoras de seguro medico o seguro de salud, por cuota de mercado y volumen de primas aseguras durante el año 2007

	Compañía Seguro Medico	Volumen Primas
1	Adeslas	1.085.218.641,01
2	Sanitas	905.733.536,67
3	Asisa	720.089.661,92
4	Mapfre Caja Salud	423.698.610,05
5	DKV Seguros	303.042.411,64
6	Caser	200.282.272,36
7	As. Sanitaria Colegial	160.835.890,77
8	ARESA	150.683.818,47
9	IMQ	142.794.090,16
10	AXA Winterthur Salud	117.284.304,00
11	FIATC	103.735.566,32
12	Agrupacion Mutua	90.041.190,44
13	Quinta de Salud la Alianza	83.885.438,69
14	Aegon Salud	69.484.658,43
15	Mutua General de Catalunya	64.295.637,83
16	HNA	60.660.747,30
17	Cigna Life	52.224.235,34
18	Groupama Seguros	46.040.464,11
19	Estrella Seguros	43.672.127,00
20	Vitalicio Seguros	43.031.144,89
21	La Prevision Mallorquina	41.669.332,66
22	Antares	37.307.919,97
23	IMQ Colegial	32.098.809,00
24	Seguros Bilbao	29.051.789,53
25	Acunsa	27.832.379,45
26	Cisne Aseguradora	25.103.624,26
27	Allianz	21.911.261,19
28	IMQ de Asturias	19.330.881,79
29	VIDACAIXA	18.343.839,71
30	IQUIMESA	17.686.280,00
30	IQUIMESA	17.686.280,00
31	Clinicum Seguros	16.137.096,13
32	Cosalud	15.890.866,12
33	Atlantida Medica	13.378.656,08
34	IMQ de Navarra	12.433.472,10
35	Seguros Latina	12.139.639,43
36	Vital Seguro	11.497.003,70
37	Euromutua	7.935.066,48
38	AVIVA Vida y Pensiones	7.872.389,06
39	AIG Life España	7.645.925,01
40	Mutual Medica	6.570.857,57
41	El Perpetuo socorro	5.673.314,43
42	Agrupacion Sanitaria	5.432.492,18
43	Nueva Equitativa	5.503.092,20
44	Previsora Bilbaina	5.318.565,88
45	Union Medica la Fuencisla	5.318.565,88
46	Mutua General de Seguros	4.017.025,25
47	Sabadell Aseguradora	3.937.247,02
48	Helvetia Seguros	3.712.964,43
49	Hercules Salud	3.629.737,36
50	IPRESA	3.457.672,00
51	ASMEQUIVA	3.442.741,63
52	ATOCHA	3.312.441,00
53	Universal Asistencia	2.271.786,89
54	ING	2.177.652,55
55	GES Seguros	2.158.297,93
56	REALE	1.895.909,21
57	NORTEHISPANIA	1.762.252,00
58	CAJASUR	1.716.358,88
59	AMSYR	1.489.605,52
60	LIBERTY Seguros	760.420,00
61	MERIDIANO	608.825,48
62	ASEVAL	431.753,54
63	LA CORONA	123.707,00
64	Zurich España	84.504,00

50% des parts de marché

ESPAGNE

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (1/2)

Caractéristiques de la population couverte

- 15 % de la population est couverte par un assurance santé privée (2005)
  - 7,9% l'ont volontairement contractée auprès de sociétés dédiées
  - 3,8% l'ont obtenue via leur entreprise
  - 5,1% sont couverts par leur propre assurance privée

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- De nombreuses critiques du marché de l'assurance de santé privée concernent la transparence de l'information :
  - Au niveau des dépenses réellement couvertes par les produits proposés
  - Au niveau des restrictions appliquées par les médecins des réseaux partenaires
  - Au niveau des pathologies non couvertes (cancer et SIDA par exemple)
- Très peu de gens savent, par exemple, qu'au-delà de 65 ans, les cotisations annuelles payées par les adhérents augmentent de 75% à 100% (répercussion du risque représenté par la personne âgée).
- Des sites d'information existent cependant, comme www.elseguromedico.com , organisme indépendant qui a pour but d'aider les consommateurs à mieux choisir leur assurance santé privée *(ayudar a los consumidores a elegir su mejor seguro medico).*
- Des organisations de consommateurs existent et notamment la OCU (*Organizacion de consumidores usuarios*)

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (2/2)

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- **Analyse d'un site comparateur d'offres : exemple de www.elseguromedico.com**
  - Le site est un réseau d'assureurs
  - Les entreprises diffusant leurs offres sur le site sont les suivantes :

  - Il existe sur le site un endroit où l'ont peut voter sur la qualité de la prestation des assureurs

  - Il n'est pas possible d'adhérer en ligne après la comparaison des assureurs

ESPAGNE

Principaux enseignements pour la France

Innovations et réformes récentes du secteur

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence

- La gestion décentralisée du secteur de la santé par les communautés autonomes est certes :
  - Un moteur de créativité
  - Un accélérateur de développement (« course à la qualité »
- Mais la régulation du secteur de l'assurance santé privée par l'Etat central est encore à un niveau faible :
  - L'industrie de l'assurance santé est « autonome »
  - La gestion décentralisée ne facilite pas la mise en place d'une législation au niveau
  - L'information (sur les offres, sur les risques) ne circule pas encore totalement chez les usagers
  - Il n'existe pas encore d'organisme (public ou indépendant) garant de la qualité, malgré des sites très interactif.

Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information

- Peu d'informations au niveau de l'Etat
- Les initiatives se situent au niveau des communautés autonomes

ITALIE

Panorama du système de protection sociale (1/2)

Présentation du système de protection sociale

- Le système de santé public de l'Italie offre une couverture à l'ensemble de la population de manière automatique. Il est financé par différents types d'impôts (nationaux et locaux)
- Les assurances privées sont de type complémentaires / supplémentaires / duplicatives.
- En 2002, 14,2% de la population disposait d'une assurance privée alors qu'elle était entre 5 et 10% au milieu des années 90.
- Au final les dépenses de santé se montent à 9% du PIB (8,1% en 2000) et 77% des dépenses sont couvertes par le système public.
- Les réformes ont vocation, pour une large part, à l'équilibre du système entre l'état et les régions.

Panorama du système de protection sociale (2/2)

Répartition des risques entre ces acteurs

- Le système de soin public couvre :
  - La médecine générale et spécialisée
  - Les médicaments
  - Les soins résidentiels et semi résidentiels (psychiatrie etc.)
  - Les hôpitaux publics
- Les assurances privées couvrent :
  - Les soins fournis au travers des fournisseurs non accrédités par le système public (mais offrant des temps d'attente moindres)
  - Le reste à charge soit dans les soins privés soit dans les soins publics.

- En 2008, les services proposés par les mutuelles ont été précisés afin d'améliorer leur rôle complémentaire au système public. Les mutuelles doivent couvrir des nouveaux soins tels que les soins dentaires et les soins thermaux. Le département de la santé a été créé pour contrôler l'assurance privée.

	2002	2003	2004
Public Expenditure	77,7	77,4	78,6
Hospital Treatment	32,60	32,40	33,30
Pharmaceutical Treatment	11,60	10,50	10,60
Generical Services	4,50	4,60	4,40
Specialized Services	2,90	3,00	3,00
Hospital Treatment covered by SSN	6,20	6,70	6,60
Prosthesic Assistance	3,60	3,50	3,40
Other	16,30	16,70	17,30
Private Expenditure	22,30	22,60	21,40
Hospital Services	2,10	2,00	1,90
Pharmaceutical Good	11,30	11,70	10,90
Medical and Paramendical Services	8,90	8,90	8,60

ITALIE

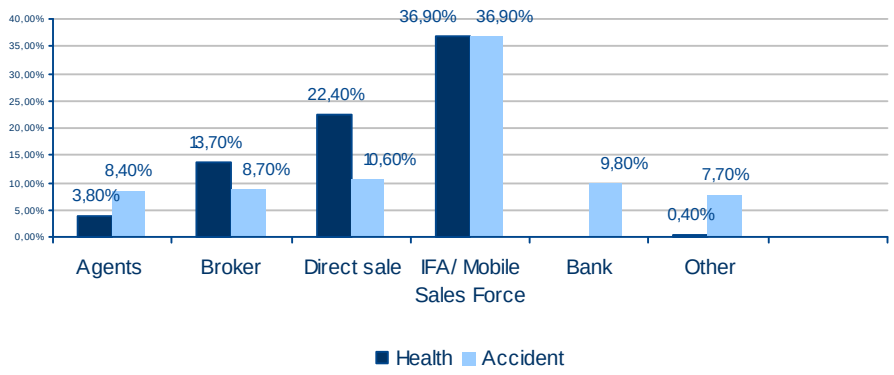
Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Caractéristiques du marché privé

- Il existe 2 types d'organisations :
  - Les assureurs privés, ayant vocation à faire du profit
  - Les mutuelles, n'ayant pas vocation à faire du profit (organisées par exemple par catégorie professionnelle). Ces fonds achètent une assurance collective auprès d'un assureur privé de manière majoritaire
- Les mutuelles représentent 40% des organisations.
- Les activités des assureurs santés privés sont contrôlées par l'ISVAP, comme les autres assureurs.
- Les réseaux de santé se développent : les assureurs ont des accords avec des fournisseurs privés
- Le montant moyen des primes est de 890€ / an
- Aujourd'hui les thèmes de réflexions sont les suivants :
  - La réglementation des mutuelles (comparée à celle des assureurs)
  - Le traitement fiscal des assurances fournies par les mutuelles (déductibles) et les assureurs privés.
  - Le manque de discipline sur les soins de longue durée

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Il y a 90 assureurs dont 12 spécialistes : le leader, Generali dispose de 32,2% des parts de marché (primes), et les 4 premiers assureurs détiennent 67% du marché.
- Le montant des primes collectées s'élève à 2 milliards d'euros en 2007, et 557 millions d'euros au premier trimestre 2008 (hausse de 11,4% par rapport à l'année précédente, alors que la hausse n'a été que de 1,1% sur le marché de l'assurance dommages)
- Le ratio combiné a été de 102,7% en 2007 et de 102,4% en moyenne depuis 7 ans (contre 84% sur le marché des accidents)
- Les réseaux de distributions :



ITALIE

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information

Caractéristiques de la population couverte

- Le taux de foyers couverts par une assurance santé privé a cru de 6,4% en 2004 à 11,5% en 2008.
- Le taux de pénétration est nettement plus fort au nord qu'au sud
- La probabilité de la souscription à une assurance privée est positivement influencée par l'âge du chef de famille (non linéaire, avec une probabilité maximale à 42 ans), le type d'employeur (les managers et les indépendants ayant la plus grande probabilité), le niveau d'éducation et de revenu.
- Les polices individuelles vendues par les assureurs commerciaux sont achetées par les personnes à fort revenus tandis que les assurances collectives des mutuelles sont achetées par les personnes à revenu faible ou moyen.

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- L'information sur les assurances privées est disponible dans la presse spécialisée et sur internet (mais peu à la télévision ou dans les journaux)
- Des informations sur certains assureurs ne sont disponibles que sur le lieu de travail
- Cela étant il est difficile de comprendre les produits de l'assurance privée et de les comparer (notamment entre les mutuelles et les assureurs à but lucratif)
- Il existe des difficultés à identifier le réseau de santé attaché à un assureur
- Comme pour les autres types d'assurance, l'assureur doit fournir un certains nombre d'informations (avant et après la contractualisation). Faute de cela, l'assuré peut résilier son contrat.

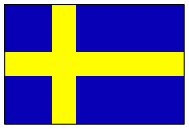
ITALIE

Principaux enseignements pour la France

Innovations et réformes récentes du secteur	• De nouveaux produits arrivent sur le marché et en particulier les soins long terme et les réseaux de santé
	• Par ailleurs le taux d'hospitalisation baisse pour une prise en charge à domicile
	• Des scénarios se dessinent :
	  • Une convergence entre l'assurance complémentaire retraite et santé
	  • Une hausse de l'assurance privée pour réduire la charge du système public
	  • Des incitations fiscales pour les assurances privées à vocation lucrative

Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence	• Les assurances santé privées sont réglementées comme les autres assurances • Les mutuelles sont réglementées par le ministère de la santé • Il existe des incitations fiscales à l'achat d'assurance privée
Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information	• Des informations sont disponibles à la fois sur le site web du ministère de la santé, l'autorité de régulation des assurances et l'association des assureurs • L'ISVAP vient de développer un comparateur de prix auto et essaye de promouvoir les assurances retraites complémentaires mais ne semble pas très active sur la santé. Il y a sur son site des FAQ et différentes informations dont les risques couverts et le type de police.

SUEDE



Panorama du système de protection sociale

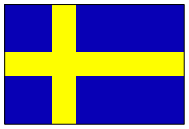
Présentation du système de protection sociale

- L'ensemble de la population est couverte par le système de protection sociale et le système de soin est financé par l'impôt.
- Il y a deux types d'assurance santé qui s'occupent respectivement de:
  - La gestion du salaire pendant les arrêts maladie
  - La nature et l'accès aux soins
- La gouvernance du système de santé est répartie entre l'Etat, les comtés et les municipalités.
- Le système est organisé depuis le milieu des années 1980, sur 3 niveaux :
  - 1er niveau : 1000 centres de soins primaires sous l'autorité des comtés. La plupart des centres sont publics. 25 à 30% sont détenus par le secteur privé (50% dans le comté de Stockholm) mais la majorité est sous contrat avec le comté. Le système est transparent pour le client.
  - 2ème niveau : 65 hôpitaux de comtés sont en charge des soins spécialisés
  - 3ème niveau : 8 hôpitaux de soins intensifs et très spécialisés
- L'objectif de réduction et de stabilisation des coûts du système de soin (8,7% du PIB en 2007) et la contrainte que cela fait peser sur le système de santé public peuvent expliquer le basculement vers le système privé (1% d'assurés en 2004 et 4% en 2008)

Répartition des risques entre ces acteurs

- Les risques couverts par le secteur public sont les suivants :
  - Soins primaires/médecin généraliste
  - Médecins spécialistes
  - Médicaments
  - Prise en charge du revenu pendant un arrêt maladie dans une certaine limite (34,5 K US-Dollars)
- L'assurance maladie privée est à la fois duplicative, supplémentaire et complémentaire. Elle couvre les risques suivants :
  - Clinique privée et médecins spécialistes en consultation privée ; accès plus rapide aux soins ambulatoires non urgents (assurance duplicative)
  - Co-paiements (assurance complémentaire)
  - Soins dentaires, médicaments non remboursables, traitements alternatifs (assurance supplémentaire)
- Le niveau de participation des usagers est relativement significatif :
  - Hospitalisation : 8,6€ / jour
  - Consultation médecine générale : entre 11 et 16€ (fixé par le comté)
  - Consultation médecine spécialisée : env. 28€
- La coparticipation des patients est plafonnée sur 12 mois à 100 euros pour les dépenses de santé et à 200 euros pour les dépenses de médicaments.

SUEDE



Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

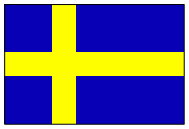
Caractéristiques du marché privé

- Il y a relativement peu d'acteurs présents sur le marché de l'assurance maladie privée. En 2004, 5 assureurs se répartissent 85% du marché.
- Ces assurances ne sont pas spécialisées dans le secteur de l'assurance maladie, elles opèrent dans tous les secteurs de l'assurance et offrent tout un panel de produits d'assurance.
- Les assurances maladie privées sont souvent proposées aux entreprises sous la forme de contrat collectif, mais elles offrent également des assurances individuelles.
- Le niveau des primes est basé de manière individuelle sur l'âge et la condition physique de la personne. Un questionnaire sur les antécédents médicaux est à renseigner afin d'obtenir un contrat. C'est sur cette base que se calcule le niveau de risque.
- Il est interdit aux médecins d'exercer dans les deux secteurs à la fois pour éviter qu'ils ne négligent les patients financés par le régime public. Les médecins sont pour 90% salariés du comté.
- Les financements privés restent exceptionnels, puisqu'il est interdit d'ouvrir de nouveaux hôpitaux détenus par des investisseurs privés.

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- Le marché est surveillé par l'autorité de surveillance financière (Finansinspektionen).
- Le prix des primes d'assurance a baissé de manière régulière et significative depuis le milieu des années 1980, afin d'attirer davantage de public.
- « *La concurrence a déprécié les prix à un tel point que les primes ne couvrent plus les coûts.* » (Kent Andresson, directeur de l'assurance maladie de Trygg Hansa)
- Les prix des primes devraient augmenter devant la hausse du recours à l'assurance maladie privée (estimation de 30%)
- L'évolution rapide du marché de l'assurance maladie privée (environ 20 à 30% par an) devrait avoir pour effet d'intensifier la concurrence sur le marché.

SUEDE



Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information

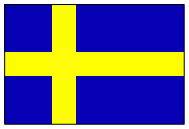
Caractéristiques de la population couverte

- En 2008, environ 4% de la population est couverte par une assurance maladie privée.
- Les assurances maladie privées sont souscrites en grande majorité par des entreprises privées du secteur tertiaire. En effet, 90% de la population couverte par le privé en 2004, le sont par un contrat collectif souscrit par leur employeur.
- Les salariés peuvent déduire de leurs coûts les primes d'assurance acquittées par l'employeur.
- Les raisons principales de souscription sont :
  - Un accès rapide aux soins (création de file d'attente dès les années 80')
  - Une prise en charge du revenu total lors d'un arrêt maladie

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

- Sur les sites internet des compagnies d'assurance, il est possible d'avoir une information introductive sur les différents niveaux de couverture, mais pour plus de détail, il faut entrer en contact avec les compagnies (par téléphone ou sur RDV).
- Le site public de présentation du système de soin se limite à donner des informations sur le système public, mais ne mentionne pas les assurances maladie privées.
- Il existe une confusion importante au sein de la population entre le concept d'assurance maladie privée permettant un accès aux soins et celui d'assurance maladie permettant de compenser la perte de salaire en cas d'arrêt maladie.
- Par ailleurs, les suédois ne sont pas convaincus de l'intérêt de souscrire à une assurance maladie privée.

SUEDE



Principaux enseignements pour la France (1/2)

Innovations et réformes récentes du secteur	• C'est davantage en essayant d'améliorer la productivité du système de soin public et non pas en offrant un système parallèle, privé et plus cher, pour ceux qui peuvent se le permettre que la Suède tente de faire face à ses difficultés.
Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence	• NA
Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information	• La loi impose aux assureurs de faire figurer au sein du contrat tout un ensemble d'informations. Si l'assureur ne respecte pas cette règle, l'assuré peut contester le contrat.

Principaux enseignements pour la France (2/2)

Informations devant être communiquées aux prospects et aux assurés depuis le Swedish Insurance Act de 2006

The Swedish Insurance Act from 2006 states

- what the insurer should provide information on pre and post contract
  - Information before an insurance notified
    - Before a consumer insurance is bought the insurer shall provide information to facilitate the customer's assessment of insurance needs and choice of insurance. The information must be in a simple way reflect the essence of the policy that the customer need to be aware in order to assess the cost and scope of the insurance. Important limitations of the insurance cover be made clear. The same applies if the insurance liability arises only when the premium paid.
    - The insurer must also provide information on the policyholder's ability to renew the insurance.
  - Information when agreement is reached
    - Shortly after the conclusion of the contract the insurer shall provide to the insurance policy holder a written acknowledgment of the agreement. The insurance company shall also, unless it happened in the past, inform the policy holder of policy content and in particular stress
      - 1. conditions with respect to the insurance code or other circumstances, an unexpected and significant limitation of the coverage,
      - 2. that the insurer's liability does not arise until the premium paid,
      - 3. on the obligation to notify change of the risk and consequences of a missed notification, and
      - 4. important safety and the consequences of their not being followed.
  - Information in the insurance period and in connection with the renewal
    - During the insurance period and in connection with the renewal, the insurer shall inform the policyholder of any circumstances relating to insurance, which is essential for him to know.
    - The insurer shall, at the policyholder's request, also in general provide information on the premium and other conditions of the insurance.
- in which case there is a right to insurance
- when the policyholder and the insurer may cancel the contract
- which limits the insurer may make up for their responsibilities
- when and how the premium to be paid
- how the claim should be calculated
- how the claim should go to
- who has the right to insurance compensation
- how the policyholder may dispose of his personal insurance, such as a förmånstagarförordnade, and
- what safeguards exist against the execution.

UK

Panorama du système de protection sociale

Présentation du système de protection sociale

- Tous les résidents du Royaume-Uni sont couverts par l'assurance maladie publique : le National Health Service. Le système public est financé par les impôts. En 2005, les dépenses de santé s'élèvent à 8,3% du PIB.

- Le NHS s'organise en primary et secondary health services :
  - Les primary health services prennent en charge les primary care (soins primaires ou de base : médecins généralistes, dentistes, pharmaciens et opticiens). Ils orientent les patients vers les autres services de santé et bénéficient de 75% du budget du NHS.
  - Les secondary health services regroupent les hôpitaux, les ambulances et les services psychiatriques. On distingue les NHS trusts (groupement d'hôpitaux), les Care trusts (services sociaux et hospitalisation à domicile), les Mental health trusts, les Ambulance trusts.

- Les dysfonctionnements croissants (en particulier les listes d'attente) du NHS ont conduit au développement du secteur privé. La médecine privée ne donnant lieu à aucun remboursement, des assurances privées se sont répandues afin de la prendre en charge.

Répartition des risques

- Les risques pris en charge par le NHS sont :
  - Les soins à hôpital public
  - Les soins primaires/médecin généraliste
  - Les médecins spécialistes publics
  - Les médicaments et soins dentaires

- L'assurance maladie privée est à la fois duplicative et supplémentaire :
  - Clinique privée et médecins spécialistes en consultation privée, soins dentaires (assurance duplicative)
  - Soins de longue durée et médecine alternative, soins à domicile (assurance supplémentaire)

- Les clients n'ont pas de reste à charge sur la médecine générale et spécialisée, les soins d'hospitalisation, la radiologie et la pathologie. Les clients ne dépensent donc pas d'argent pour ces soins. Sur les médicaments, il existe un reste à charge d'environ 9 USD par ordonnance. Ils peuvent être gratuits avec un « abonnement » de 130 USD. A noter que de nombreuses personnes sont exonérées.

UK

Présentation du marché privé et évaluation du caractère concurrentiel du secteur

Caractéristiques du marché privé

- Une grande diversité d'organismes peut proposer des assurances maladie privées : des assureurs traditionnels, des mutuelles à but non lucratif et des compagnies à but lucratif. 36 % de ces assureurs sont spécialisés dans l'assurance maladie. Le revenu des primes d'assurance maladie privée s'élève à 3 milliards de Pounds en 2006.

- Certains assureurs ont mis en place des contrats sélectifs avec des prestataires, au sein desquels ils s'engagent à ne pas dépasser les plafonds de remboursement des assureurs et à respecter certains critères de qualité.

- Collaboration entre le système public et le système privé
  - Les médecins généralistes et spécialistes du NHS peuvent exercer en secteur privé à concurrence de 10 % de leur revenu du NHS. S'ils dépassent ce plafond, ils perdent 1/11 du salaire que leur verse le NHS
  - Les hôpitaux publics peuvent comporter des lits privés, mais leur nombre est limité par le ministère de la Santé

- Concernant les contrats collectifs, les primes des polices de groupe d'employeur sont parfois négociées de manière à refléter l'expérience des années précédentes, ce qui signifie qu'un employeur supporte un type de risque qui correspond à ses antécédents en termes de risque et que ses taux de prime peuvent refléter les sinistres en matière de santé de l'employeur en question plutôt que ceux de tous les employeurs assurés auprès d'un assureur donné.

Evaluation du caractère concurrentiel du secteur

- 2 assureurs : BUPA et AXA dominent le marché en couvrant plus de 62% des assurés individuels en 2007 (39,4% pour BUPA et 23,2% pour AXA).

- Le marché des assurances maladies collectives est dominé par 3 assureurs : New Hampshire (28%), ACE (26,3%) et Royal & Sunalliance (18,1%).

- En 2006, un important mouvement de fusion/acquisition a davantage concentré le marché, mais il reste un nombre important d'acteurs.

- Les pouvoirs publics interviennent peu dans la régulation du secteur : les assureurs ne sont pas contraints de fournir certains produits. Il n'y a pas d'exigence de renouvellement des contrats, ni de protections de la transférabilité.

UK

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (1/2)

Caractéristiques de la population couverte

- En 2007, l'assurance maladie privée couvrait 7,4 millions de personnes, soit 12% de la population.
- Les assurances privées sont majoritairement souscrites par les entreprises pour leurs employés.
- Les raisons principales de la demande d'assurance maladie privée sont :
  - Les délais d'attente dans les hôpitaux publics
  - L'augmentation des coûts médicaux
  - Un service de qualité (horaires de visites plus souples, chambre privée, etc.)
- Les raisons principales de non souscription à une assurance maladie privée sont :
  - Une couverture qui souvent se limite aux maladies de court terme ou aux accidents
  - Une offre peu lisible pour le public (beaucoup d'acteurs sur le marché)
  - L'augmentation des primes de manière annuelle
  - Des hôpitaux privés pas aussi spécialisés et performants que les hôpitaux publics

Evaluation du degré de transparence de l'information à destination des assurés

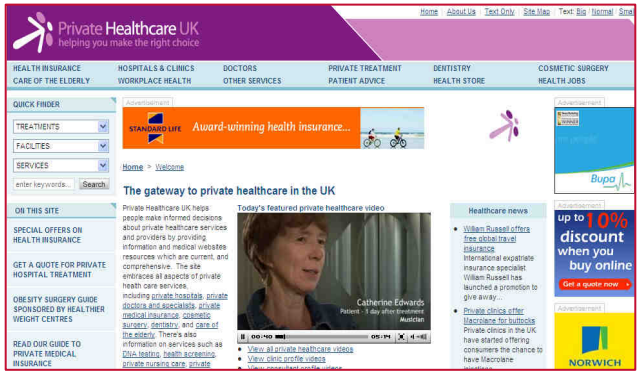
- Le public dispose de beaucoup d'informations sur le secteur de l'assurance maladie privée, mais compte tenu de la multitude d'acteurs présents sur le marché, l'accès à l'information dépend en grande partie de la proactivité du public.
- Le Conseil général des normes en matière d'assurances (GISC) est un organisme de réglementation volontaire créé à l'origine, en 2000, par le secteur de l'assurance mais géré de manière indépendante. Il produit des codes de bonnes pratiques opposables aux sociétés membres du GISC, qui affectent pratiquement tous les assureurs médicaux privés du Royaume-Uni. Ces activités ont cessé en 2005 et en 2006 le Financial Services Executive a été crée.
- Le site http://www.privatehealth.co.uk (site commercial) propose en plus des informations générales via des brochures, des forums de discussion, la notation par les assurés sur les différentes compagnies, et des comparaisons de prix.
- Les compagnies d'assurance investissent également en termes de communication et de marketing en diffusant des vidéos promotionnelles sur internet, en distribuant des coupons promotionnels afin d'encourager l'adhésion ou en organisant des événements comme la Great North Run de BUPA. Des numéros de téléphone gratuits sont également mis à disposition.

Caractéristiques de la population couverte et transparence de l'information (2/2)

Coupons réduction pour une assurance maladie privée

http://www.couponcodes4u.com/vouchers/standardlifehealthcare.co.uk

Page d'accueil du site
www.privatehealth.co.uk

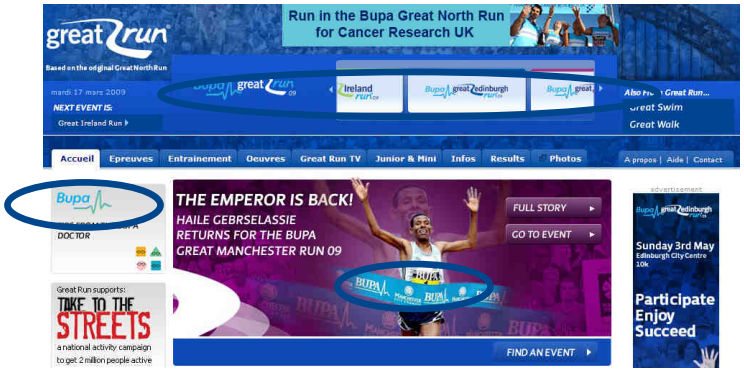


Informations thématiques générales

Publicités pour des compagnies d'assurance privées et offres de réduction

Vidéos d'information sur différents thèmes (soins en cliniques, des avis d'experts etc.)

Actualités sur le secteur de la santé et celui de l'assurance privée



BUPA sponsorise une course d'athlétisme et est très présent sur le site internet spécialisé sur la course.

Principaux enseignements pour la France

Innovations et réformes récentes du secteur	
Degré / type de régulation du secteur par l'Etat et impact sur la concurrence	• Les pouvoirs publics interviennent peu dans la régulation du secteur.
Initiatives publiques en faveur de la transparence de l'information	• Les pouvoirs publics incitent l'association des assureurs britanniques à produire différents codes de bonnes pratiques qui sont une condition d'adhésion pour les membres (réalisant environ 95 % de l'activité d'assurance du Royaume-Uni). Le Conseil général des normes en matière d'assurances (General Insurance Standards Council) reprenait également ces exigences pour tous les assureurs qui en sont membres. • De manière générale, les pouvoirs publics se concentrent sur la diffusion d'informations liées au secteur public via la presse (BBC News, Health Service Journal) ou des organes de prévention de santé comme le National institutes for clinical excellence (NICE) ou encore via le Department of Health

Capgemini Consulting

www.capgemini.com/consulting

Capgemini Consulting is the strategy and transformation consulting brand of Capgemini Group

Copyright © 2009 Capgemini. All rights reserved.

Pièce jointe N°3 : Note Jérôme Wittwer sur la demande de contrat individuel de complémentaire santé sur données françaises

Les déterminants de la demande d'assurance complémentaire santé en France : les enseignements de trois études sur données d'enquête

Jérôme Wittwer, décembre 2008

Selon les comptes de la santé 2007, les organismes de complémentaire santé (OCS) couvrent plus de 13% des consommations de soins et de biens médicaux[1] (CSBM), soit 12,3 milliards d'euros. Ce qui représente plus de 60% du reste à charge des ménages (défini comme la part des dépenses de soins engagée non couverte par l'assurance maladie).

Le comportement des assurés sociaux sur ce marché est mal connu. Trois études récentes sur données françaises, deux sur l'enquête SPS (Santé et Protection Sociale) 2004[2] et l'une sur l'enquête Budget des Familles 2006[3], proposent quelques premiers résultats. Avant de présenter les principaux enseignements de ces études revenons un instant sur le risque couvert et les déterminants théoriques de la demande de complémentaire santé (CS).

La nature du risque[4] :

Dans le système français, les assurances complémentaires santé ont essentiellement deux rôles : (1) couvrir le ticket modérateur (le forfait hospitalier notamment) (2) couvrir les dépassements d'honoraires et les appareils médicaux (prothèses dentaires et lunettes essentiellement). Les gros risques, ceux notamment occasionnés par l'hospitalisation (hormis le forfait hospitalier), sont couverts par l'assurance maladie.

Le risque couvert par les OCS est en première analyse un risque santé, celui d'avoir besoin de soins[5]. Cependant, ces besoins ne s'observent pas directement, seul le risque financier, le reste à charge (RAC), est concrètement observé et couvert par les OCS. Le lien avéré entre recours aux soins et couverture complémentaire, notamment pour le dentaire et l'optique[6], complique singulièrement l'analyse et la mesure du risque. Elle complique la mesure du risque car l'observation des RAC (de leur distribution) ne reflète pas uniquement le risque supporté mais le comportement de recours aux soins, lui-même dépendant de la couverture complémentaire. Dit autrement, on ne peut établir de lien biunivoque entre le risque financier observé et le risque santé, c'est-à-dire le besoin de soins.

Malgré tout, il est important de collecter des informations sur les RAC et leurs distributions, notamment parmi les individus couverts afin de cerner le risque financier de fait pris en charge par les OCS. Peu d'information sont aujourd'hui disponibles en France sur ce sujet. On se réfèrera ici aux

---

[1] Un peu moins si l'on soustrait les prestations CMUC versées par les organismes de complémentaire santé.
[2] Grignon et Kambia-Chopin (2008), Saliba et Ventelou (2007).
[3] Jusot, Legal et Wittwer (2008).
[4] Tous les chiffres présentés dans cette section sont tirés des calculs de Grignon et Kambia-Chopin (2008).
[5] La notion de besoin de soins est bien entendu une notion très complexe qu'il ne s'agit pas de discuter ici. Nous l'entendons ici dans un sens étroit, défini comme un besoin objectivé par un médecin.
[6] Voir Kambia-Chopin, Perronin, Pierre et Rochereau (2008).

travaux de Grignon et Kambia-Chopin (2008) sur les données de l'EPAS (Echantillon Permanent des Assurés Sociaux) pour l'année 2004.

Le montant moyen par individu du RAC est évalué à 421 euros. La concentration des RAC est très élevée : les 20% les plus élevés représentent 60% du total. Le RAC moyen des deux déciles les plus élevés s'élève à 1327 euros contre 182 euros pour les déciles restants. Pour la population n'étant pas couverte par une CS la concentration est identique, les montants étant plus réduits, respectivement 1235 euros et 109 euros. Les individus non couverts par une complémentaire supportent donc un risque financier important. La concentration est particulièrement marquée pour l'hôpital (le forfait hospitalier essentiellement), le dentaire et l'optique.

Le risque financier supporté par les ménages est donc conséquent au regard du revenu disponible moyen des ménages français. Il conviendrait néanmoins d'affiner l'étude des distributions, notamment en fonction du revenu, des types de couvertures complémentaires et de l'état de santé subjectif tel qu'il est mesuré dans les enquêtes.

Les déterminants théoriques de la demande :

Il s'agit ici d'énumérer les facteurs qui doivent, en toute rationalité économique, influencer la demande de CS. Il s'agit ici d'interpréter la demande de CS comme relevant d'un choix rationnel et éclairé. Ce point de vue est naturellement très partiel, d'autres facteurs seraient à prendre en ligne compte, notamment ceux liés à l'accès à l'information, tant du point de vue des contrats proposés sur le marché, que de la réalité du risque supporté, voire de l'aide publique offerte[7]. Nous n'évoquerons pas ici ces déterminants, certainement importants pour comprendre la demande des ménages les plus modestes, notamment. Les données d'enquête utilisées par les études présentées dans cette note ne permettent pas, de toute manière, de les identifier clairement.

Le risque :

En toute logique, le risque pesant sur les individus, le risque perçu tout au moins, est le premier facteur devant influencer la demande de CS. Pour certaines dépenses, notamment le dentaire et l'optique, le risque n'en n'est plus vraiment un et les dépenses à engager assez largement prévisibles. On s'attend donc à pouvoir établir un lien étroit entre le risque, les RAC anticipés, et la demande de CS.

La difficulté tient bien sûr, nous l'avons dit, à la mesure du risque. Les données d'enquêtes centrées sur les questions de santé (SPS et l'enquête santé de l'INSEE) collectent un certains nombre d'informations sur l'état de santé des individus. Les variables construites à partir de ces informations offrent des mesures synthétiques de l'état de santé des individus et constituent des candidats potentiels pour apprécier les risques individuels.

[7] Le non recours à la CMUC, et de manière plus massive à l'ACS, s'explique certainement pour partie par un déficit d'information.

Cependant, comme nous l'avons déjà précisé, le risque pertinent pour l'analyse n'est pas le risque santé à proprement parler mais le risque financier associé. Or, le lien est lâche entre ces deux risques. D'une part, il faut garder à l'esprit que les assurés sociaux souffrant d'affection de longue durée (ALD) sont exonérés de ticket modérateur pour tout ou partie de leurs dépenses, ce qui mécaniquement affaiblit le lien entre état de santé et demande de CS. Il est bien sûr possible de contrôler l'analyse statistique en informant le statut d'ALD[8] des individus enquêtés mais cela n'est pas parfaitement satisfaisant puisque les bénéficiaires d'ALD ne sont pas nécessairement exonérés de ticket modérateur pour toutes leurs consommations de soins. D'autre part, le risque financier est aussi matière de préférences : la consommation de soins pour un état de santé donné (et une couverture santé donnée) est variable d'un individu à l'autre.

Les préférences :

Les RAC anticipés par un ménage sont fonction du risque santé (du risque sur l'état de santé) pesant sur lui mais aussi de la consommation de soins anticipés pour un état de santé donné. La variabilité entre ménages est mal connue mais probablement importante ; d'une part, en raison d'habitude de consommations différentes, d'autre part en raison d'arbitrages variables entre le risque financier et le risque de renoncement aux soins[9]. Le renoncement aux soins est bien évidemment fonction des ressources du ménage - nous y reviendrons - mais également le résultat de choix qui se trouvent « incorporés » dans le choix lui même d'une CS.

L'attitude face au risque est théoriquement déterminante dans le comportement de demande d'assurance. En matière de CS l'analyse est délicate car, comme nous venons de le souligner, deux types de risque s'entrecroisent : le risque lié aux renoncements aux soins et le risque financier associé à la consommation de soins. Il ne s'agit donc pas de considérer une aversion vis-à-vis d'un risque financier parfaitement exogène, comme traditionnellement dans l'analyse économique, mais à une attitude face à deux risques interdépendants. Dans les données d'enquête, il est de toute manière délicat de mesurer l'attitude face au risque des individus si ce n'est de manière très indirecte en observant les comportements d'épargne ou de prévoyance des enquêtés.

Certains auteurs invoquent des comportements plus sophistiqués que la simple couverture vis-à-vis de risques. La CS peut ainsi être considérée comme un moyen de s'engager à faire le nécessaire pour sa santé en cas de besoins. Il ne s'agit plus réellement de se couvrir contre le risque santé mais se contraindre à ne pas faire de mauvais arbitrages dans l'avenir entre consommations de soins et autres consommations. On peut s'attendre à ce que ce type de comportement, difficile à identifier et relevant d'une forme d'irrationalité[10], soit plus fréquent pour les revenus élevés.

Le revenu :

L'achat d'une CS est avant tout un arbitrage entre plusieurs consommations. Sur l'enquête Budget des Famille 2006, on observe que la prime moyenne pour un ménage ayant souscrit une CS à titre

[8] En rappelant que les ALD représentent 64% des remboursements de l'assurance maladie.
[9] Le risque financier peut être réduit par un moindre recours aux soins, en particulier aux soins dentaires.
[10] Une forme d'incohérence temporelle plus précisément.

individuel s'élève à plus de 1000 euros. Le renoncement à d'autres consommations induit par l'achat d'une CS est donc conséquent.

L'arbitrage, pour les ménages les plus modestes, se fait avec des consommations de biens essentiels, on doit donc s'attendre à un effet majeur et positif du revenu sur la demande de CS. On peut néanmoins rétorquer que le risque financier est plus lourd pour les ménages modestes et qu'en conséquence le bénéfice de la couverture offerte par les CS est plus grand. Cet argument est cependant à tempérer puisque, comme nous l'avons déjà répété, les ménages peuvent réduire le risque financier en renonçant à certains soins[11] ou encore en se dirigeant sur des offres de soins gratuits (l'hôpital en particulier[12])[13].

Si le revenu est à l'évidence une variable déterminante, l'autre variable clé de l'analyse économique du choix du consommateur est le prix.

Le prix :

Définir le prix d'une CS est délicat. En effet, pour une prime d'assurance, il est difficile de distinguer le volume du prix comme pour un bien de consommation commun. Pour attribuer le prix d'une prime d'assurance pour un individu donné, il est nécessaire d'évaluer le montant actuariel du remboursement offert par le contrat d'assurance (le remboursement moyen). Le prix, ou taux de chargement, est alors défini comme le rapport entre la prime et le montant actuariel. Ainsi, le prix d'un même contrat d'assurance peut varier d'un individu à l'autre dès lors que l'assureur ne module pas le prix en fonction du risque ; l'assuré le plus risqué bénéficiant d'un prix plus faible. Or, en France, sur le marché de la CS, la modulation du prix en fonction du risque est réduite. Cet état de fait devrait donc renforcer le lien entre risque et demande de CS. Néanmoins, Il faut à nouveau remarquer que les consommations de soins anticipés ne dépendent pas uniquement du risque santé à proprement parler mais aussi des préférences, ou habitudes de consommation, dont la variabilité dans la population est mal connue et peut affaiblir le lien entre le risque santé et la demande de CS.

Définir la demande de CS :

Pour analyser la demande de CS, il est nécessaire de commencer par définir plus précisément ses contours.

Contrats de groupe et contrats individuels :

Certains salariés bénéficient d'une CS par l'intermédiaire de leur employeur (à peu près autant que d'individus qui bénéficient d'une CS à titre individuel selon l'enquête SPS). L'adhésion est facultative ou obligatoire et l'entreprise participe au coût de la prime généralement dans les mêmes proportions que le salarié. Sur l'enquête Budget des Familles 2006, la contribution moyenne annuelle des

[11] Ce qui pose naturellement le problème de santé publique qui nous retient fondamentalement ici.
[12] Ce qui pose alors le problème de l'efficacité de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires.
[13] Il est également à noter que les politiques sociales des CPAM les conduisent fréquemment à financer les restes à charges des ménages les plus modestes qui en font la demande et qui ne bénéficient pas de la CMUC.

ménages ayant souscrit un contrat de groupe, 1140 euros, est légèrement supérieure à la contribution moyenne d'un ménage ayant souscrit un contrat individuel, 1040 euros. Si l'on ajoute la contribution de l'employeur, dont le montant n'est pas informé dans l'enquête mais qui est généralement à parité avec la contribution du salarié, on constate que les contrats de groupes sont très nettement de meilleure qualité.

Les deux marchés ne peuvent s'étudier conjointement. Si la qualité de la CS offerte par l'employeur et la contribution demandée peuvent être des éléments participant au choix du salarié de l'entreprise, ce ne sont que des éléments parmi d'autres, dont les effets sont très difficiles à isoler dans le comportement des salariés[14]. Pour les contrats individuels, il en va tout autrement, on est face, dans ce cas, à un véritable choix de consommation que l'on peut analyser comme tel. Pour ces raisons, les travaux dont nous présentons les résultats dans cette note se focalisent sur ce segment du marché de la CS.

Qualité et quantité :

La diversité des contrats proposés sur le marché complique l'analyse. On ne peut raisonner comme pour un bien de consommation usuel en quantité consommée.

La première démarche consiste à contourner la difficulté en expliquant simplement la détention d'une CS : expliquer pourquoi certains individus bénéficient d'une CS et pas d'autres. Ceci a l'avantage de la simplicité et de centrer l'analyse sur ce qui peut paraît central du point de vue de la santé publique. Les travaux présentés ci-dessous proposent des résultats en ce sens.

Cette démarche est néanmoins insuffisante si l'on se fixe pour objectif de comprendre les déterminants de l'achat d'une complémentaire santé de qualité. Une solution possible est de catégoriser les contrats de CS en fonction de la qualité de leur prise en charge pour différents types de soins. L'analyse revient alors à expliquer non seulement la détention d'une CS mais aussi sa qualité. Nous présentons des résultats reprenant cette optique ci-dessous.

Enfin, à l'instar de Grignon et Kambia-Chopin (2008), on peut considérer les dépenses engagées pour l'achat d'une CS comme le produit de la couverture actuarielle proposé par le contrat et de son prix. La qualité du contrat est alors assimilée au niveau de la couverture actuarielle, elle-même appréhendée par les dépenses engagées. Les dépenses de CS sont alors analysées comme des dépenses de consommation habituelles.

Les résultats :

Si les données utilisées et les modélisations proposées diffèrent d'une étude à l'autre certaines régularités se dégagent assez nettement. Il est important de noter que les résultats présentés ci-dessous ne concernent que les déterminants de la demande de CS à titre individuel, celle qui révèle directement d'un choix de consommation.

[14] Aux Etats-Unis, l'enjeu de l'assurance est d'une autre importance et l'on peut mettre en évidence des comportements d'offre de travail influencés par l'offre de CS des entreprises (Monheit, Primoff Vistnes (2006)).

Détenir une complémentaire santé :

Saliba et Ventelou (SV), d'un côté, Jusot, Legal et Wittwer (JLW) de l'autre, proposent des estimations de la probabilité de bénéficier d'une CS. Les données utilisées diffèrent, SV se placent au niveau individuel et JLW au niveau des ménages ; pourtant, les résultats de ces deux études se rejoignent largement, sur plusieurs points notamment.

1. Hormis l'effet de l'âge (sensible aux deux extrémités du cycle de vie, en des sens opposés naturellement), ces études ne peuvent mettre en évidence de lien entre les variables rendant compte de l'état de santé des enquêtés et leur probabilité de détenir une CS. Ce résultat est remarquable pour l'étude de SV fondée sur une enquête (SPS) dont une partie du questionnaire est dirigée vers la collecte de telles variables.[15]
Ce résultat tend à montrer que la variabilité des comportements individuels en matière de consommations de soins et d'attitude face au risque[16] masque le lien attendu entre risque santé et détention. L'état de santé, tel que mesuré dans les enquêtes, ne permet pas d'expliquer le recours à une CS[17] .

2. Le chômage réduit sensiblement la probabilité de détenir une CS. La précarité de la situation économique réduit la probabilité de détenir une CS. La crainte de ne pouvoir faire face à ces consommations de soins est dominée par l'effet des arbitrages induits par la réduction du revenu.

3. Un adulte appartenant à un ménage nombreux a plus de chance d'être couvert par une CS. On peut comprendre ce résultat, soit comme la conséquence d'un effet prix - le prix par tête d'un même contrat diminue en effet sur le marché français avec le nombre de bénéficiaires - soit comme le fait de comportements plus prudents des ménages avec enfants. Il faut noter, cependant, comme le montrent JLW, que ce dernier résultat ne tient pas pour les familles monoparentales dont la probabilité de détenir une CS est plus réduite. L'effet de la précarité économique est plus fort.

4. Le revenu est une variable clé pour comprendre la décision d'acheter une CS ; c'est de loin la variable dont l'effet est le plus significatif, le plus robuste en termes statistiques. La CS est un bien normal très sensible au niveau du revenu. La CS n'est pas un bien de première nécessité pour de nombreux ménages, les arbitrages en termes de consommation imposés par un revenu faible rejaillissent négativement sur la CS.

5. Le lieu d'habitation revêt également une influence importante. Les individus habitant une grande ville, et plus particulièrement Paris, ont une probabilité plus faible de détenir une CS. Ce lien n'est

[15] Dans les travaux de SV, les individus en ALD ont sans surprise une probabilité plus faible de détenir une CS.
[16] Ainsi que la variabilité de l'information détenue par les ménages sur les risques encourus et les dispositifs institutionnels de prise en charge des consommations de soins.
[17] Sachant, comme nous l'avons dit, que l'existence du statut particulier des individus en ALD affaiblit mécaniquement le lien entre état de santé et recours à une CS.

pas simple à interpréter. On peut y voir un effet prix des contrats de CS eux-mêmes[18] ou des autres biens de consommations, le logement notamment. Sur ce dernier point, néanmoins, JLW montrent que l'on ne peut mettre en évidence, à l'échelle de la France, d'effets négatifs des dépenses de logement sur les dépenses en CS[19] ; on n'observe pas de mécanisme de substitution entres les deux types de dépenses.

Choisir une complémentaire santé :

Comme le montre les données de l'enquête Budget des Familles 2006, parmi les ménages bénéficiant d'une CS à titre individuel, la variabilité de la prime payée est importante. Au-delà de la compréhension de la détention d'une CS, il est utile d'analyser les déterminants de l'achat d'une CS de qualité.

SV choisissent d'expliquer le recours à une CS de qualité versus une CS de mois bonne qualité en s'appuyant sur des questions posés aux enquêtés sur la qualité de leur CS dans l'enquête SPS 2004. Sur la population bénéficiant d'une CS à titre individuel, les auteurs n'identifient que très peu de variables ayant manifestement une influence si ce n'est le revenu et la taille du ménage.

GKC et JLW, quant à eux, analysent la dépense de CS comme une dépense de consommation d'un bien courant. La dépense engagée est alors comprise un indicateur de qualité du contrat. De manière remarquable, Ils montrent que les variables expliquant la détention d'une CS expliquent également les dépenses en CS. Là encore, le revenu tient une place déterminante alors que les variables rendant compte de l'état de santé sont sans effet apparent.
GKC mettent en œuvre des simulations qui démontrent que conduire les ménages les plus modestes non couverts par la CMUC (les éligibles à l'ACS) à acheter en grand nombre des CS de qualité (600 euros par personne et par an) suppose la gratuité de ces dernières.

En conclusion, les principaux déterminants de la dépense en CS sont des déterminants économiques, le revenu et la taille du ménage (négativement corrélée au prix du contrat), et l'âge des assurés sociaux.

[18] Legal (2008) montre que la politique tarifaire d'une grande banque-assurance ont des déterminants géographiques en raison, notamment, du prix de l'offre de soins local (de la part des spécialistes en secteur 2 en particulier) mais pas uniquement semble-t-il.
[19] Contrairement à ce que Levy et Deleire (2003) montrent sur données américaines.

Bibliographie :

- Grignon M., Kambia-Chopin B. (2008), “Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France”, *Document de travail*.
- Jusot F., Legal A., Wittwer J. (2008), “La complémentaire santé : un bien normal ?”, *Document de travail*.
- Kambia-Chopin B., Perronin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), “La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l’Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS)”, *Questions d’économie de la santé,* IRDES, N° 132.
- Legal R. (2008), "Les déterminants de la demande individuelle de couverture complémentaire de santé en France", Thèse de docotorat, Université Paris-Dauphine.
- Levy H., Deleire T. (2003), “What Do People Buy When They Don’t Buy Health Insurance and What Does That Say About Why They Are Uninsured ?”, *National Bureau of Economic Research,* Working Paper N° 9826.
- Monheit A., Primoff Vistnes J. (2006), “Health Insurance Enrollment Decisions : Preferences for Coverage, Worker Sorting, and Insurance Take-Up”, *National Bureau of Economic Research,* Working Paper N° 12429.
- Saliba B., Ventelou B. (2007), “Complementary Health Insurance in France : Who Pays, Why ? Who will suffer from Public Disengagement ?”, *Health Policy,* 81, 166-182.

Pièce jointe N°4 : Note Jérôme Wittwer sur la demande de complémentaire santé et l'élasticité-prix complémentaire santé individuelle d'après les cas américain, suisse et néerlandais

La sensibilité de la demande d'assurance maladie au prix : enseignements des expériences américaine, suisse et néerlandaise

Le marché de l'assurance complémentaire santé (CS) en France est sollicité par l'assurance maladie pour couvrir des dépenses qu'elle ne prend pas en charge. L'efficacité de ce type d'organisation concurrentielle du financement des dépenses de soins repose sur la sensibilité des assurés au prix des contrats, ou plus précisément aux variations de prix. Ce point est particulièrement d'intérêt pour évaluer l'efficacité des dispositifs de subventionnement sur ces marchés tels que l'Aide à la Complémentaire Santé en France.

Des travaux ont exploré assez largement cette question dans des pays ayant placé la concurrence entre assureurs au cœur de leur système de régulation. Nous résumons dans cette note les principaux résultats obtenus dans trois pays emblématiques de ce type d'organisation : les Etats-Unis, la Suisse et les Pays-Bas. Ces deux derniers pays présentent des systèmes de financement des soins très organisés et largement similaires. La forte régulation à l'œuvre dans ces pays constitue un cas d'école pour observer les comportements des assurés face aux prix des contrats même si le système français de financement des soins s'éloigne aujourd'hui sensiblement de ce type de régulation. Le modèle français est en fait, pour la partie assurance complémentaire du système de financement, proche du modèle américain qui constitue une référence naturelle.

Les résultats pour les Etats-Unis d'un côté et pour la Suisse et les Pays-Bas de l'autre seront ainsi successivement exposés.

L'élasticité de la demande d'assurance santé sur un marché faiblement régulé: le cas des Etats-Unis

En matière d'assurance Maladie, les Etats-Unis et la France proposent des organisations bien différentes. Pourtant, la réalité du marché de l'assurance santé (AS) aux Etats-Unis est, d'un certain point de vue, comparable à la réalité du marché de l'assurance complémentaire santé en France[1] :

- la concurrence n'est pas organisée autour de contrats types,

[1] Bien entendu, l'étendue des soins couverts par les contrats d'assurance santé est incomparablement plus vaste aux Etats-Unis et la régulation de modulation des primes en fonction du risque sensiblement plus étroite en France.

- deux marchés très segmentés coexistent : le marché des contrats de groupe et celui des contrats individuels,

- les ménages les plus modestes bénéficient de prestations particulières (Medicaid aux Etats-Unis, la CMUC et l'ACS en France) offertes sous conditions de ressources[2].

Ces similitudes font de l'expérience américaine une référence utile pour le cas français. Afin d'évaluer les effets potentiels des politiques envisagées par les différentes administrations américaines pour augmenter le taux de couverture de la population américaine des études ont cherché à mesurer les élasticités prix et revenu de la demande de CS. Mesurer les élasticités est également un moyen d'estimer l'intensité de la concurrence et donc d'évaluer l'efficacité de ce mode de régulation. La difficulté principale de telles mesures est celle de l'observation des prix des contrats, le prix étant défini comme le rapport entre le montant de la prime et la valeur actuarielle du contrat (c'est-à-dire la valeur espérée des remboursements) et n'est donc pas directement observable.

On rencontre deux types d'études mettant en œuvre des stratégies différentes pour estimer les élasticités prix. *Les premières*[3] s'intéressent aux choix des employés d'entreprises proposant des menus de contrats à leurs salariés. La prise en charge variable des primes par l'employeur selon la qualité du contrat conduit dans les faits à une hétérogénéité des prix exploitée par les auteurs pour estimer des élasticités prix. *Les secondes* se focalisent sur la demande des ménages ne bénéficiant pas de couverture par leur employeur. Ces études sont plus directement d'intérêt si l'on s'attache à expliquer et prévenir le recours insuffisant à une couverture santé. Nous en retenons quatre mettant en œuvre différentes stratégies d'identification des élasticités prix.

Les travaux de Marquis et Long (1995), sur une population de salariés non couverte par un contrat de groupe, et Marquis et al. (2004), sur le même type de population mais en Californie, exploitent les variations de primes entre diverses zones géographiques pour identifier les effets prix. L'étude de Thomas (1995) s'intéresse à l'ensemble de la population américaine et, grâce à des données anciennes (1977) mais très fines, reconstitue les valeurs actuarielles des contrats et leur prix. Il démontre à quel point le prix des contrats de groupe sont inférieurs aux prix des contrats individuels ce qui conduit à un gradient revenu très important (le prix estimé moyen des contrats est de 0.86 pour les ménages ayant un revenu cinq fois au dessus du seuil de pauvreté et de 1.42 pour les ménages en dessous du seuil de pauvreté). Enfin, Auerbach et Ohri (2006) se focalisent sur une population représentative de la population américaine non couverte par un contrat de groupe ; pour estimer les élasticités prix ils exploitent la variété des réglementations dans les différents états américains concernant la modulation autorisée des primes en fonction du risque sanitaire.

---

[2] Et parfois conditionnées à la composition familiale aux Etats-Unis.
[3] Strombom et Buchmueller (2002).

Il est remarquable d'observer que ces travaux reposant sur des hypothèses d'identification des élasticités prix très différents convergent très largement. Les élasticités prix moyennes sont comprises entre 0,4 (si le prix baisse de 10% le taux de recours à une AS augmente de 4%) pour Marquis et Long et 0,6 pour Auerbach et Ohri (2006) et Marquis et al. (2004). Elles sont plus importantes chez les jeunes, les individus en bonne état de santé et parmi la population la plus pauvre. Sans proposer directement d'estimations, les travaux de Thomas (1995) conduisent à mesurer des élasticités plus élevées. Ce résultat s'explique par le fait que la population étudiée comprend des bénéficiaires de contrats de groupe qui sont plus sensibles aux prix comme le démontrent les travaux centrés sur la demande des salariés américains bénéficiant de tels contrats (Royalty et Solomon (1999)).

Les auteurs de ces différents travaux proposent également d'évaluer plus directement les effets d'une subvention à l'achat d'une AS sur le taux de recours. Là encore, les résultats sont convergents et d'un certain point de vue très décevants. Une subvention de 50% pour l'achat d'un contrat conduit, selon les estimations de Auerbach et Ohri (2006), à faire passer le taux de recours de 16 à 20% ; pour une même subvention de 50%, sur la population étudiée par Marquis et al. (2004), le taux de non recours passe de 23 à 29% dans le meilleur des cas ; enfin, Marquis et Long (1995) estiment qu'une subvention de 60% conduit à un taux de recours inférieur à 50% pour un taux de non recours de 40% sans subvention.

Les travaux de Thomas (1995) conduisent aux mêmes types de résultats ce qui amène l'auteur à la conclusion suivante : « Voluntary purchase is not a viable option to encourage more extensive private health insurance coverage ».

L'élasticité de la demande d'assurance santé sur des marchés fortement régulés : les cas des Pays-Bas et de la Suisse

Une solution polaire à l'organisation américaine de l'assurance santé est celle mise en œuvre aux Pays-Bas et en Suisse. La régulation y est très forte, en particulier sur le marché de l'assurance de maladie de base. Quelques principes simples organisent ce marché :

- des contrats types de base sont offerts par tous les assureurs (les assurés peuvent choisir des contrats avec franchise pour bénéficier de primes plus faibles),

- l'assurance est obligatoire,

- la sélection est interdite et les primes sont identiques pour tous les assurés d'une même compagnie (avec possibilité en Suisse d'une modulation par âge et par zone géographique),

- une péréquation entre compagnies est mise en œuvre (plus sommaire en Suisse qu'aux Pays-Bas) en fonction des risques couverts.

Les assureurs se concurrencent donc essentiellement sur le montant des primes ainsi, qu'en théorie, sur la qualité du réseau de soins offert par le contrat (ce ressort de la concurrence est aujourd'hui très faible dans les deux pays).

Cette organisation est également très éloignée de l'organisation du système de financement de soins français. Elle a l'avantage cependant de constituer un cas d'école pour observer le comportement des assurés sur un marché (principalement pour observer leur réactivité aux différences entre les primes offertes par les assureurs) : l'observation des comportements n'est en effet pas obscurcie par la concurrence en contrats que l'on rencontre aux Etats-Unis et en France sur le marché de la CS.

Les résultats bruts sont décevants aussi bien en Suisse qu'au Pays-Bas (avant la réforme de 2006 tout au moins pour ce dernier pays). Deux faits importants sont à retenir :

1. La convergence des primes (conséquence attendue de la concurrence) n'est pas observée (Dormont et al. (2008) pour la Suisse),

2. les taux de permutation des individus (d'un assureur à un autre) sont très réduits mais néanmoins plus élevés en Suisse (Colombo (2001), Laske-Aldershof et al. (2004)) ; les jeunes, les individus en bonne santé et ceux avec un haut niveau d'éducation sont plus mobiles.

Pour les Pays-Bas, ces résultats sont complétés d'une estimation assez faible des élasticités prix (rarement significativement différentes de zéro chez Schut et al. (2003)). Il faut néanmoins noter que la réforme de 2006, qui a augmenté sensiblement le montant de la prime à la charge des assurés, a conduit à une guerre intense entre assureurs et à une mobilité importante des assurés en 2006. La situation était cependant exceptionnelle puisque la réforme a donné lieu à une large réorganisation industrielle du secteur (par la disparition des fonds sociaux finançant préalablement une grande partie des dépenses de santé) et, comme nous venons de le dire, à une augmentation très sensible des primes directement payées par les assurés ce qui peut expliquer leur souci de raisonner leur choix avec plus d'attention à cette occasion (le recours à des contrats collectifs encouragé par la réforme a également accéléré la mobilité).

Pour la Suisse, les élasticités prix estimées (Laske-Aldershof et al. (2004)) sont plus importantes sans que, comme nous l'avons dit, on observe une rapide convergence des primes et une mobilité importante des assurés.

Ces résultats ont plusieurs explications possibles :

- les coûts pour les individus de changer d'assureur ; le régulateur (aux Pays-Bas comme en Suisse) veille pourtant à ce que les coûts monétaires de ces changements soient très réduits,

- une information insuffisante ; mais, là encore, l'uniformité des contrats et la publicité organisée par le régulateur réduit la portée de cette explication,

- les effets de sélection provoqués par les contrats d'assurance supplémentaire dont le marché n'est pas réglementé comme pour l'assurance de base (la forme des contrats est libre contrairement à l'assurance de base).

Ces contrats permettent d'assurer des prestations additionnelles (chambres seules à l'hôpital, accès à l'offre de soins sur tout le territoire (en Suisse) …) ou des soins non couverts par l'assurance de base (soins dentaires, médecines alternatives …). Ils sont très largement souscrits et dans la très grande majorité des cas dans la même compagnie d'assurance que celle qui délivre l'assurance de base (en Suisse, seul 7% des individus détenant une assurance supplémentaire souscrivent leur contrat dans une assurance différente de celle leur délivrant l'assurance de base).[4]

Ces contrats supplémentaires peuvent être en effet un moyen de sélection des risques et freiner la rotation et donc l'efficacité de la concurrence (Paolucci (2007)). Deux mécanismes (Dormont et al. (2008)) peuvent être envisagés : (i) les assurés en mauvais état de santé craignent de pas pouvoir s'assurer dans une autre compagnie (ou à un tarif prohibitif) que celle qui leur délivre l'assurance de base et renonce à changer de compagnie (existence d'une barrière à l'entrée, dans l'esprit des assurés tout au moins), soit, (ii) la détention de contrat d'assurance supplémentaire (ou certains d'entre eux) est positivement corrélée à la faible consommation de soins et les assureurs vont s'efforcer de conserver les assurés qui détiennent une assurance supplémentaire (l'assurance supplémentaire est alors un moyen de sélectionner les assurés « peu coûteux » pour l'assurance de base).

Les résultats de Dormont et al. (2008) apportent des éléments en faveur de la première interprétation (i). Les auteurs montrent en effet que la probabilité de changer de compagnie d'assurance pour les individus bénéficiant d'une assurance supplémentaire est plus faible parmi ceux déclarant un mauvais état de santé. En revanche, la probabilité de changer d'assureur n'est pas plus faible pour les individus en très bonne santé bénéficiant d'une assurance supplémentaire. Ceci invalide la deuxième interprétation (ii) qui fait de l'assurance supplémentaire un moyen pour les assureurs de sélectionner les bons risques (moyen donc de réduire le coût de l'assurance de base).

---

[4] Ces contrats ne peuvent être directement comparés aux CS en France puisqu'ils ne couvrent pas de tickets modérateurs non pris en charge par l'assurance de base : leur objet est le financement des dépenses additionnelles et non le financement du co-paiement comme c'est le cas pour une part importante des prestations des CS en France.
Schut et al. (2003) estiment pour les Pays-Bas une élasticité prix pour l'assurance supplémentaire plus élevée que pour l'assurance de base mais néanmoins réduite (-0,4).

Les systèmes suisse et néerlandais sont aujourd'hui parmi les systèmes de financement de la santé les plus sophistiqués. Ils font de la concurrence entre assureurs l'outil central de la régulation. Le bénéfice attendu est une assurance au moindre coût grâce, notamment, à une régulation du prix de l'offre de soins par les assureurs eux-mêmes. La sensibilité des assurés aux prix des contrats est bien entendu déterminante pour l'efficacité de la régulation.

Les résultats sont à cette date mitigés, l'inertie des assurés (hormis l'épisode récent aux Pays-Bas qui a fait suite à la réforme de 2006) n'est guère encourageante. Il est néanmoins possible que l'efficacité de telles organisations se révèle dans la durée, durée nécessaire à l'apprentissage du jeu de la concurrence sur ce type de marché.

Quelques enseignements pour la France :

L'expérience américaine n'est naturellement pas directement transposable au cas français notamment parce que le coût de l'assurance santé aux Etats-Unis est incomparablement plus élevé que le coût des CS en France. Néanmoins, les travaux relatés plus haut démontrent que le subventionnement de l'achat d'une assurance santé - d'une CS dans le cas français - ne garantit pas des effets importants sur le taux de détention et cela même pour des subventions importantes.

Les expériences suisses et néerlandaises illustrent la complexité du marché de l'assurance santé. L'instauration de contrats types dans le cas français du marché de la CS ne se traduira pas nécessairement par une convergence rapide des primes. Les contrats types pourraient néanmoins avoir le grand avantage d'égaliser les conditions d'accès au marché de la CS entre ceux bénéficiant aujourd'hui d'un contrat de groupe et ceux n'en bénéficiant pas.

Bibliographie :

Auerbach D., Ohri S. (2006), "Price and the Demand for Non-Group Health Insurance", *Inquiry,* 43: 122-134.

Colombo F. (2001), "Toward More Choice in Social Protection ? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland", *Occasional Papers n°53, OCDE.*

Dormont B., Geoffeard P-Y, Lamiraud K. (2008), "The Influence of Supplementary Health Insurance on Swiching Behaviour: Evidence from Swiss Data", *Health Economics,* Forthcoming.

Laske-Aldershof T., Schut F.T., Beck K., Gress S., Shmeuli A., Van de Voorde C. (2004), "Consumer Mobility in Health Insurance Markets: a Five-Country Comparison", *Applied Health Economics and Health Policy*, 3(4): 229-241.

Marquis M.S., Long S.H. ((1995), "Worker Demand for Health Insurance in the Non-Group Market", *Journal of Health Economics,* 14(1): 47-63.

Marquis M.S., Buntin M.B., Escarce J.J. Kapur K. Yegian J.M. (2004), "Subsidies and the Demand for Individual Health Insurance in California", *Health Services Research,* 39(5): 1547-1570.

Paolucci F., Schut E., Beck K., Gress S., Van de Voorde C., Zmora I. (2007), "Supplementary Health Insurance as a tool for Risk-Selection in Mandatory Basic Health Insurance Markets", *Health Economics, Policiy and Law,* 2(2): 173-192.

Royalty A.B., Solomon N. (1999), "Health Plan Choice: Price Elasticities in a Managed Competition Settings", *The Journal of Human Resources,* 34(1): 1-41.

Schut F.T., Greβ S., Wasem J. (2003), "Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer in Germany and the Netherlands", *International Journal of Health Care Finance and Economics,* 3: 117-138.

Strombom B.A., Buchmueller T.C., Feldstein P.J. (2002), "Switching Costs, Price Sensitivity and Health Plan Choice", *Journal of Health Economics,* 21: 89-116.

Thomas K. (1995), "Are subsidies Enough to Encourage the Uninsured to Purchase Health Insurance ? An analysis of Underlying Behavior", *Inquiry,* 31: 415-424.