

L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE

Introduction

Quel est le rôle de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE ?

L'assurance-maladie privée améliore-t-elle l'accès aux soins et leur couverture ?

Permet-elle plus de choix et une meilleure réactivité ?

L'assurance-maladie privée favorise-t-elle la qualité des soins ?

A-t-elle permis d'alléger les pressions financières ?

L'assurance-maladie privée permet-elle d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé ?

Comment l'assurance-maladie privée peut-elle améliorer la performance des systèmes de santé ?

Pour plus d'informations

Références

Où nous contacter ?

Introduction

Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé représentent en moyenne plus de 8 % du produit intérieur brut (PIB), et ce pourcentage continue d'augmenter. Globalement, les trois-quarts environ de ces dépenses sont financées par des fonds publics. L'assurance-maladie privée ne représente en moyenne qu'un quart des financements privés, même si cela varie beaucoup d'un pays à l'autre. Dans un tiers des pays Membres en effet, au moins 30 % de la population possèdent une assurance-maladie privée, tandis que dans presque autant de pays la taille de ce marché est négligeable. Par ailleurs, l'assurance-maladie privée joue des rôles très divers, qui vont de la couverture primaire pour des groupes donnés de population à un rôle de complément aux régimes publics.

Les conceptions politiques de l'assurance-maladie privée sont elles aussi diverses. Certains gouvernements ne considèrent pas l'assurance-maladie privée comme une composante importante ou souhaitable du système de santé. D'autres, au contraire, considèrent que c'est un pilier du système. Les pouvoirs publics peuvent y voir un moyen de compléter les financements publics, voire dans certains cas de les remplacer, pour des raisons diverses. Ils peuvent simplement y voir la possibilité de trouver une autre source de financement qui permette d'accroître la capacité du système de santé, ou de réaliser d'autres objectifs de la politique de santé, tels que la responsabilisation des individus relativement au financement des soins.

L'assurance-maladie privée peut aider à la réalisation des objectifs de performance d'un système de santé, mais elle peut aussi y faire obstacle. Cela dépend en partie de son rôle, en termes de taille de marché et de fonctions, par rapport au régime public. Dans les pays où l'assurance-maladie privée joue un rôle prédominant, elle a l'avantage d'injecter des ressources supplémentaires dans le système de santé et de lui permettre de mieux s'adapter aux besoins. En revanche, dans la plupart des cas, elle pose aussi des problèmes considérables d'équité et de maîtrise des coûts.

Cette Synthèse présente les tendances de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE, les possibilités qu'elle offre et les problèmes qu'elle pose. Elle recense également les pratiques qui peuvent aider les pouvoirs publics à tirer le meilleur parti des ressources privées pour réaliser les objectifs de leur politique de santé. ■

Quel est le rôle de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE ?

Aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Allemagne, l'assurance-maladie privée constitue la couverture *primaire* pour les catégories de population qui n'ont pas accès à la couverture maladie publique. Dans le système américain, où la couverture publique par les régimes Medicare et Medicaid est limitée aux personnes âgées, aux handicapés et à certaines catégories défavorisées, 72 % de la population ont sous une forme ou une autre une assurance-maladie privée. Aux Pays-Bas, près d'un tiers de la population – la catégorie supérieure des revenus – est exclue du régime

public ; dans cette catégorie, presque tous souscrivent une couverture primaire privée. L'Allemagne, quant à elle, est le seul pays de l'OCDE qui permet aux personnes dont les revenus dépassent un certain seuil de sortir du régime public.

En Australie, en Irlande, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, où les prestataires financés sur fonds privés fonctionnent parallèlement au système public de soins, l'assurance-maladie privée est *duplicative* de la couverture universelle publique, et elle offre une alternative privée au système public. En Australie et en Irlande, près de la moitié de la population choisit l'assurance-maladie privée, ce qui en fait les plus vastes marchés duplicatifs de la zone OCDE.

Tableau 1. Population couverte par des assurances-maladie privées et par des régimes publics, 2000

	Assurance-maladie privée en % de la dépense totale de santé	Population couverte par une assurance-maladie privée, %	Types de couverture privée		Assurance-maladie privée en % de la dépense totale de santé	Population couverte par une assurance-maladie privée, %	Types de couverture privée
Australie	7.3	44.9 40.3	Duplicative, complémentaire Supplémentaire	Corée	n.d.	n.d.	Supplémentaire
Autriche	7.2	0.1 31.8	Primaire (substitutive) Complémentaire, supplémentaire	Luxembourg	1.6	2.4	Complémentaire, supplémentaire
Belgique	n.d.	57.5	Primaire (principal) Complémentaire, supplémentaire	Mexique	2.5 (2001)	2.8	Duplicative, supplémentaire
Canada	11.4	65 ^(e)	Supplémentaire	Pays-Bas	15.2	92 dont : 28,0 64 ^(e)	Primaire (principal) Supplémentaire
République tchèque	0 ^(e)	Négligeable	Supplémentaire	Nouvelle-Zélande	6.3	35	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
Danemark	1.6	28 (1998)	Complémentaire, supplémentaire	Norvège	0 ^(e)	Négligeable	n.d.
Finlande	2.6	10	Duplicative, complémentaire, supplémentaire	Pologne	n.d.	Négligeable	Supplémentaire
France	12.7	92	Complémentaire, supplémentaire	Portugal	1.5 (1997)	14.8	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
Allemagne	12.6	18.2 dont : 9.1 9.1	Primaire (substitutive) Suppl., compl.	République slovaque	0 ^(e)	Négligeable	Supplémentaire
Grèce	n.d.	10	Duplicative, supplémentaire	Espagne	3.9	13 dont : 2.7 10.3	Primaire (subst., princip.) Duplic., suppl.
Hongrie	0.2	Négligeable	Supplémentaire	Suède	n.d.	Négligeable	Complémentaire, supplémentaire
Islande	0 ^(e)	Négligeable	Supplémentaire	Suisse	10.5	80	Supplémentaire
Irlande	7.6	43.8	Duplicative, complémentaire, supplémentaire	Turquie	0.7 (1994)	< 2	Complémentaire, supplémentaire
Italie	0.9	15.6 (1999)	Duplicative, complémentaire, supplémentaire	Royaume-Uni	3.3 (1996)	10	Duplicative, supplémentaire
Japon	0.3	Négligeable	n.d.	États-Unis	35.1	71.9	Primaire (principal), supplémentaire, complémentaire

Notes : Négligeable signifie moins de 1 % ; n.d. signifie non disponible ; (e) signifie estimé.

Source : OECD (2004). L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée joue un rôle *complémentaire* par rapport au régime public en couvrant la quote-part qu'il laisse à la charge des patients. Ce type de couverture prédomine en France, où l'assurance complémentaire concerne plus de 90 % de la population. Aux États-Unis, les personnes qui ont droit au régime Medicare peuvent souscrire des polices qui couvrent la quote-part restant à leur charge ou des prestations que ne couvre pas le régime public.

Enfin, dans beaucoup de pays, l'assurance-maladie privée joue un rôle *supplémentaire* par rapport au régime public, en finançant des biens et des services que celui-ci exclut. Au Canada, où le rôle supplémentaire est le seul autorisé pour l'assurance-maladie privée dans la plupart des provinces, 65 % de la population souscrivent une assurance de ce type, tandis qu'aux Pays-Bas la quasi-totalité des personnes couvertes par l'assurance-maladie publique souscrivent une assurance supplémentaire. En Suisse, 80 % de la population ajoutent à la couverture santé de base obligatoire une assurance-maladie privée volontaire.

Les types d'assurance-maladie privée

L'assurance-maladie privée intervient à des niveaux différents et pour des raisons variées selon les pays de l'OCDE. Dans certains, c'est la source primaire de la couverture santé pour une partie au moins de la population ; dans d'autres, elle a un rôle duplicatif par rapport à celui du régime public, c'est-à-dire qu'il y a le choix entre les deux ; enfin, ailleurs elle joue un rôle complémentaire ou supplémentaire par rapport au régime public.

Plusieurs facteurs expliquent cette diversité des fonctions et de l'importance de l'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE (voir tableau 1). De nombreux pays où la taille de ce marché est importante ont une tradition de financement privé de la santé et de marchés d'assurance. Les prestations, les prestataires et les catégories de population concernées par l'assurance privée dépendent de la couverture santé obligatoire et du système public de soins, et la structure et la dimension des marchés de l'assurance-maladie privée dépendent de la politique de l'État en la matière. La présence d'assurances-maladie privées liées à l'emploi contribue souvent à expliquer les niveaux élevés de couverture privée (c'est le cas aux États-Unis, au Canada et en France). Le désir des consommateurs de recevoir davantage de soins et dans des délais plus courts, ou leur niveau de satisfaction à l'égard des prestations financées sur fonds publics, influent aussi sur la demande d'assurance-maladie privée. ■

L'assurance-maladie privée améliore-t-elle l'accès aux soins et leur couverture ?

La mesure dans laquelle l'assurance-maladie privée permet d'améliorer l'accès aux soins et leur couverture varie selon l'ampleur du marché privé et l'éventail de risques qu'il couvre.

Ainsi, en Corée, au Mexique, en Grèce ou en Turquie, les marchés d'assurance-maladie privée ne sont pas suffisamment développés pour offrir une protection financière significative, bien que des pans importants de la population ou des soins sont exclus du système public. Cela peut tenir à divers facteurs, allant de l'absence d'une tradition de l'assurance-maladie privée à des primes trop élevées.

Même là où des marchés privés se sont développés, l'accès à la couverture reste le problème clé. Là où l'assurance-maladie privée n'est peu ou pas réglementée, les individus à haut risque ont souvent des difficultés à trouver des polices d'assurance à un prix abordable. Pour permettre un meilleur accès à des prix plus raisonnables, plusieurs pays de l'OCDE ont mis en place des mesures qui s'adressent soit à la totalité du marché de l'assurance-maladie privée, soit à la fraction de ce marché qui intéresse les catégories à haut risque.

Il est certain que lorsque la couverture publique n'est pas complète ou qu'elle n'est pas universelle, l'assurance-maladie privée a élargi l'accès aux soins. Mais cet accès est souvent inéquitable, du fait surtout que ce sont généralement les catégories à haut revenu qui souscrivent ce type d'assurance.

Dans les systèmes duplicatifs, par exemple, l'assurance-maladie privée offre à ceux qui peuvent se le permettre un niveau de soins, de choix et de rapidité d'accès supérieur à ce qu'offre le système public. Les assurés d'un régime privé peuvent en particulier bénéficier de délais plus courts pour la chirurgie électorale. Mais rien ne permet de dire que cela réduit du même coup les temps d'attente dans le secteur public, qui est le seul choix possible pour les catégories à faible revenu.

Des problèmes d'équité se posent aussi du fait que dans certains pays le secteur privé rémunère mieux les prestataires que le système public. Cela favorise des volumes élevés d'actes et une forte productivité dans le secteur privé, mais peut-être au détriment de la qualité et de la quantité des prestations financées sur fonds publics, surtout si les responsabilités et obligations des prestataires à l'égard des patients du régime public ne sont pas clairement définies et contrôlées. Pour éviter ce type de problème, certains pays ont adopté une réglementation qui limite la possibilité pour

les assurés privés de bénéficier d'un niveau supérieur de soins et d'un plus grand choix : c'est le cas des Pays-Bas. Cela réduit le risque de créer un système de soins à deux vitesses selon le type d'assurance et par conséquent selon la capacité de paiement. ■

Permet-elle plus de choix et une meilleure réactivité ?

Dans de nombreux pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée a permis d'offrir davantage de choix aux consommateurs et d'améliorer la réactivité des systèmes de santé. Premièrement, la possibilité de souscrire une assurance-maladie privée offre par elle-même aux consommateurs une plus grande possibilité de choix que s'ils doivent payer de leur poche les soins et les prestataires. Deuxièmement, dans la plupart des pays où existe une assurance-maladie privée duplicative, celle-ci donne aux assurés une meilleure possibilité de choix quant aux prestataires et au moment des soins – encore que l'importance de cet avantage dépende de la liberté de choix qui existe déjà dans les régimes publics. Troisièmement, la plupart des marchés de l'assurance-maladie privée proposent aux consommateurs une large gamme de produits qui leur permet de sélectionner les risques et les produits qu'ils souhaitent couvrir.

Pour que les consommateurs puissent exercer valablement leur choix, il faut évidemment que la documentation et les informations présentées par les assureurs soient claires et permettent une comparaison des différentes offres sur le marché. Dans certains pays, les consommateurs se sont plaints de la qualité de l'information fournie par les vendeurs sur les produits proposés. Dans certains cas, aux États-Unis et en Suisse notamment, les pouvoirs publics ou des organismes privés sont intervenus en diffusant des informations comparatives sur la qualité, les caractéristiques et le coût des polices d'assurance.

Mais l'abondance de choix dans les produits peut, dans la mesure où elle introduit une ségrégation du marché en fonction du niveau de risque, rendre l'accès à une couverture plus difficile pour les patients à haut risque. Afin d'éviter que les catégories vulnérables se trouvent exclues du marché de l'assurance-maladie privée en raison du prix, comme cela s'est vu dans quelques pays de l'OCDE, certains gouvernements ont limité la marge de souplesse et d'innovation laissée aux assureurs, par exemple en fixant les prestations minimum qu'ils doivent couvrir, en imposant la standardisation des produits d'assurance ou en restreignant les possibilités pour les assureurs de refuser une couverture ou de calculer les primes en fonction du risque individuel. ■

L'assurance-maladie privée favorise-t-elle la qualité des soins ?

L'assurance-maladie privée n'a dans la plupart des pays de l'OCDE qu'un impact minime sur la qualité des soins, car les assureurs ne font généralement pas beaucoup d'efforts pour influencer sur la qualité des prestations qu'ils financent. Cela tient à une conjonction de facteurs, qui vont de l'absence d'incitations réglementaires et financières jusqu'à un désir de ne pas restreindre les choix individuels, en passant par l'hostilité des prestataires à toute contrainte supplémentaire sur leurs décisions quant à l'opportunité d'un soin.

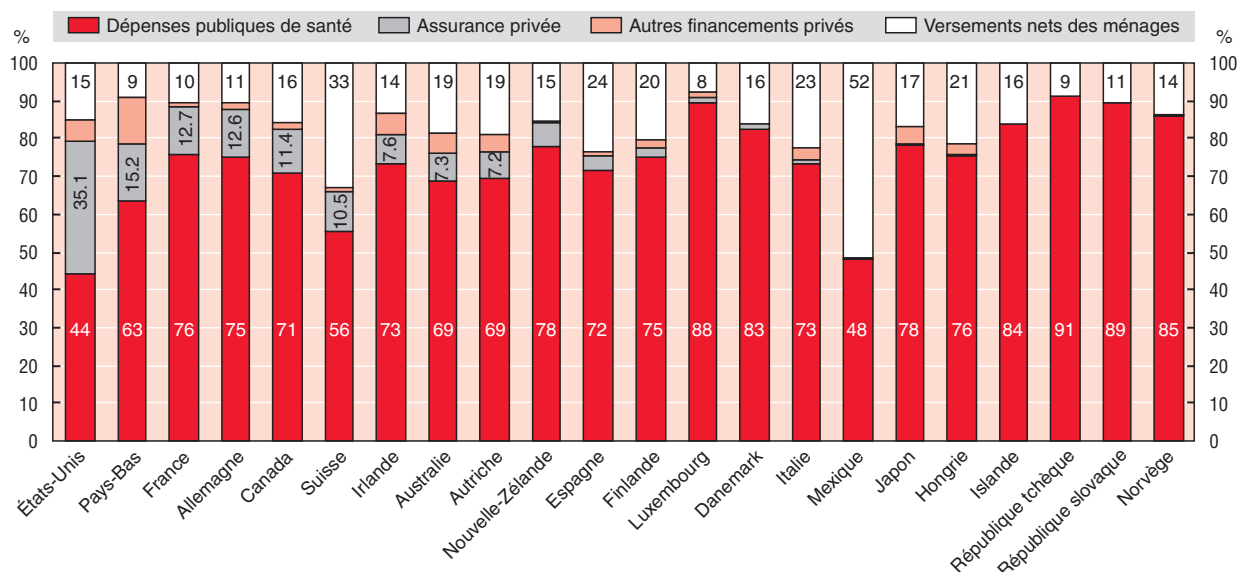
Les États-Unis sont le seul pays de l'OCDE où certaines assurances privées – les régimes dits « de soins gérés » – ont véritablement agi afin d'influer sur certains aspects de la prestation des soins. En dépit de certains signes positifs, le constat global de l'impact sur la qualité des soins est mitigé : les processus cliniques ne semblent pas fondamentalement modifiés. Des modes de rémunération qui ne prennent pas systématiquement en compte les efforts faits par les assureurs ou les employeurs pour améliorer la qualité, et l'insuffisance des systèmes de compte-rendu et de mesure de la qualité expliquent l'impact encore faible et fragmentaire de l'assurance-maladie privée sur l'amélioration de la qualité des soins aux États-Unis. ■

A-t-elle permis d'alléger les pressions financières ?

Les pouvoirs publics voient souvent dans l'assurance-maladie privée une source alternative ou supplémentaire de financement du système de santé, surtout lorsqu'ils n'ont plus de marge de manœuvre budgétaire. Cependant, les systèmes de santé des pays de l'OCDE continuent d'être financés en majeure partie par des fonds publics : ceux-ci assument en moyenne 72 % du total des dépenses de santé, contre 6,3 % pour l'assurance privée et 19 % pour les paiements à la charge du patient. La part de l'assurance-maladie privée ne dépasse le tiers de la dépense totale qu'aux États-Unis (35 %), et elle ne dépasse 10 % qu'aux Pays-Bas, au Canada, en France, en Allemagne et en Suisse (graphique 1).

Quel que soit son rôle dans le système de santé, l'assurance-maladie privée a eu pour effet d'accroître la dépense totale de santé. La plupart des pays de l'OCDE exerce moins de contrôle sur les activités et les prix du secteur privé que sur les régimes publics et leurs prestataires. D'autre part, les assureurs privés tendent à avoir moins de poids dans la négociation du prix et de la quantité des soins que les régimes publics, particulièrement lorsque ces derniers sont à payeur unique. Les pays où existent de multiples

Graphique 1. Dépenses de santé par source de financement en 2000



Note : Classement des pays en fonction de leur part de l'assurance-maladie privée dans les dépenses totales de santé.
Source : *Éco-Santé OCDE 2003*, 2^e édition.

sources de couverture primaire, y compris ceux où le marché de l'assurance-maladie privée est important, tendent à avoir le niveau de dépenses totales de santé par habitant le plus élevé : c'est le cas des États-Unis, de la Suisse, de l'Allemagne et de la France. ■

L'assurance-maladie privée a-t-elle soulagé les régimes publics d'une partie des coûts ?

Diverses raisons font que l'assurance-maladie privée n'a pas sensiblement réduit la charge des budgets publics. D'une part, lorsqu'elle est duplicative, ses clients continuent souvent de se faire soigner dans les hôpitaux publics. D'ailleurs, les hôpitaux privés se concentrent souvent sur une gamme limitée de soins électifs, laissant au secteur public la prise en charge des soins ou des catégories de population qui coûtent le plus cher.

Deuxièmement, dans les pays de l'OCDE où les régimes publics ne s'adressent qu'aux catégories vulnérables et à faible revenu, à charge pour les autres de s'adresser pour leur couverture primaire à une assurance-maladie privée (États-Unis, Pays-Bas, Allemagne), la part des dépenses publiques de santé dans le PIB n'est pas inférieure à celle de nombreux autres ayant une couverture publique universelle (graphique 2). Ceci s'explique en partie par le fait que les coûts se concentrent sur la petite fraction de la population qui bénéficie générale-

ment d'un régime public – personnes âgées, malades chroniques et handicapés.

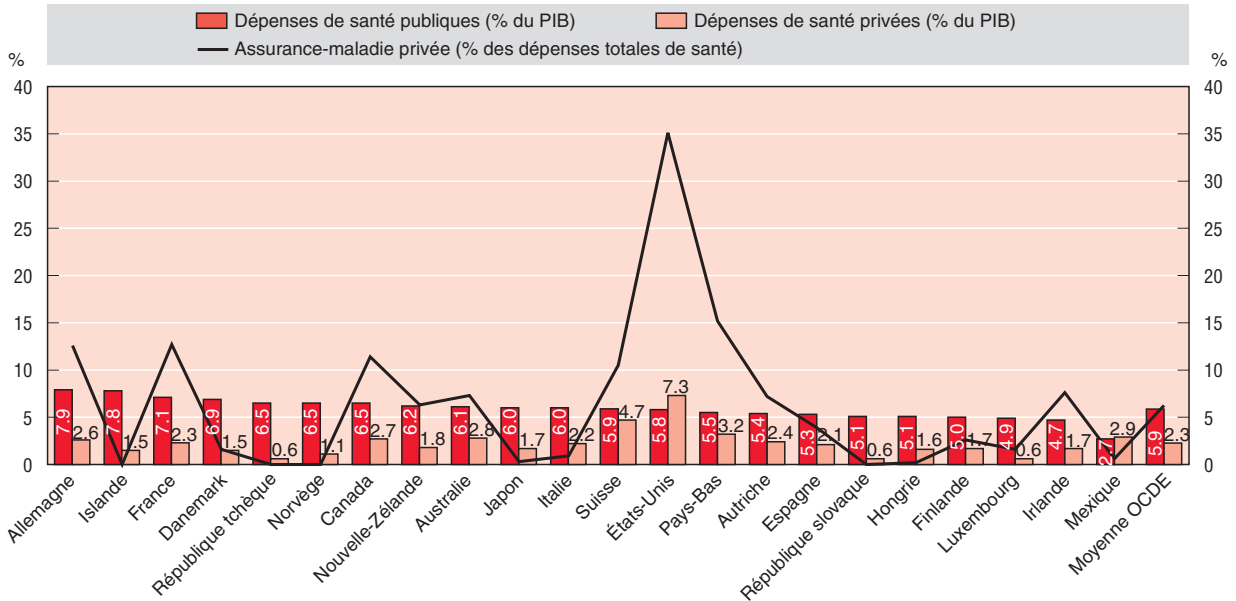
Troisièmement, une autre politique de transfert des coûts vers le secteur privé, à savoir l'exclusion de certaines prestations de la couverture publique, s'est jusqu'ici généralement limitée aux prestations les moins coûteuses, qui peuvent être payées soit par le patient soit par une assurance supplémentaire privée.

Dans certains cas, l'assurance-maladie privée a en fait accru les dépenses publiques de santé ou les dépenses publiques en général. Lorsqu'elle couvre le ticket modérateur des régimes publics, comme c'est le cas en France, l'augmentation de recours aux services qui en résulte accroît les coûts pour le budget public du système de santé. D'autre part, les pays qui subventionnent de façon importante l'assurance-maladie privée, comme l'Australie et les États-Unis, ont vu les recettes du budget public baisser et ses dépenses augmenter. ■

L'assurance-maladie privée permet-elle d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé ?

Bien qu'elle soit souvent considérée comme un outil pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé, l'apport de l'assurance-maladie privée dans ce domaine est jusqu'ici faible. Il y a plusieurs raisons à cela. Pour pouvoir attirer et retenir les clients, leur

Graphique 2. Proportion du PIB allouée aux dépenses de santé publiques et privées et dépenses financées par l'assurance-maladie privée, 2000



Source : Éco-Santé OCDE 2003, 2^e édition.

proposer un éventail de polices différentes et négocier des relations contractuelles multiples avec les prestataires, les assureurs sont obligés d'exposer des coûts administratifs élevés. Par ailleurs, dans plusieurs pays de l'OCDE, peu a été fait pour les inciter à assurer une gestion efficace des soins, en raison à la fois d'une volonté de ne pas restreindre la liberté de choix des individus, de résistances du corps médical et du coût de la mise en œuvre d'une telle action.

La difficulté d'obtenir des améliorations de l'efficacité de la part de l'assurance-maladie privée peut aussi tenir à la façon dont s'exerce la concurrence. Dans plusieurs pays de l'OCDE, la pression concurrentielle est faible car il y a peu de mobilité des consommateurs d'une assurance à l'autre. Il est tentant pour les assureurs de recourir à la sélection des risques et à diverses pratiques qui reportent les coûts sur d'autres payeurs plutôt que de rechercher une meilleure efficacité des soins pour leurs clients. Enfin, l'absence d'une véritable concurrence entre les prestataires des soins, tant sur les prix que sur la qualité, limite le jeu des forces du marché de l'assurance. C'est le cas par exemple lorsque les prestataires ont une position dominante qui leur permet d'exiger des prix élevés et d'être insensibles aux pressions des assureurs pour qu'ils améliorent la qualité ou l'efficacité des soins. ■

Comment l'assurance-maladie privée peut-elle améliorer la performance des systèmes de santé ?

Un système basé sur la concurrence entre assureurs primaires peut améliorer la réactivité du système de santé et le choix offert aux consommateurs, mais en augmentant les coûts. Toutefois, lorsque c'est l'assurance-maladie privée qui constitue la couverture primaire pour certaines catégories de population, garantir aux populations vulnérables un accès adéquat peut être particulièrement problématique. En effet, les réglementations destinées à remédier aux défaillances du marché et à promouvoir l'équité ont leur coût en termes de ressources publiques et de limitation des possibilités d'innovation du côté des assureurs.

Les assurances-maladie privées duplicatives peuvent servir de levier pour améliorer la capacité de réponse du système de santé lorsque les pouvoirs publics jugent opportun de rationner les dépenses publiques de santé en fonction de ce que les consommateurs sont prêts à payer. Mais cela se traduit généralement par des disparités d'accès aux soins et de couverture selon le régime d'assurance. L'importance de ces disparités d'accès et la mesure dans laquelle certains y voient des problèmes d'équité varient selon le pays.

Par ailleurs, l'existence des assurances privées duplicatives n'a pas sensiblement réduit les dépenses publiques de santé.

Lorsque les régimes publics laissent une part importante des coûts à la charge du patient, les assurances privées complémentaires aident à lui assurer l'accès aux soins nécessaires. Cependant, lorsqu'elles couvrent intégralement la quote-part à la charge du patient, assurés et prestataires sont encouragés à la consommation. Si l'assurance privée ne laisse pas un pourcentage minimum à la charge des patients, afin de les sensibiliser aux coûts, elle compromet les efforts de maîtrise des dépenses des régimes publics.

Enfin, une couverture de type supplémentaire offre aux individus une protection financière contre les risques liés aux prestations exclues du régime public. L'exclusion de certaines prestations de la couverture publique permet certes de réduire les dépenses publiques ; mais lorsque l'utilisation de prestations supplémentaires est liée à des prestations financées sur fonds publics, cela accroît les coûts publics. D'autre part, comme le marché des assurances privées couvre en général une tranche de population moins large que les régimes publics, avant de décider d'exclure de la couverture publique certaines prestations, il faut bien peser les réductions souhaitées des dépenses publiques, face à ce qu'implique au plan de l'équité l'absence de couverture publique.

Face à ces défis, les pouvoirs publics disposent d'un certain nombre d'outils.

- Des normes d'accès qui permettent de favoriser la couverture des individus à haut risque peuvent être particulièrement indiquées sur les marchés de l'assurance-maladie privée primaire. La nécessité de telles normes dépend souvent de la mesure dans laquelle elles s'appliquent à une offre globale de prestations et dans laquelle les coûts de la couverture des hauts risques sont subventionnés par les autres assurés privés ou par d'autres sources de financement. Si les régimes publics offrent un accès adéquat aux prestations de santé nécessaires, les décideurs politiques peuvent remettre en cause la nécessité de ce type d'intervention.
- Bien que l'assurance-maladie privée puisse créer des disparités d'accès aux soins entre les bénéficiaires d'une couverture privée et les autres, les pouvoirs publics peuvent intervenir en délimitant les fonctions que l'assurance privée est autorisée à remplir ; en réglementant les différentiels de tarif des actes médicaux financés sur fonds publics et sur fonds privés ; en stipulant les obligations des prestataires à l'égard des patients du régime public et en veillant au respect de ces obligations.

- Le maintien dans les régimes publics d'une quote-part, même minime, à la charge du patient qui ne peut être couverte par une assurance permet de réduire les dérapages des coûts que peuvent induire les assurances privées complémentaires.
- Les pouvoirs publics peuvent maximiser les possibilités effectives de choix sur les marchés de l'assurance-maladie privée en favorisant la diffusion d'une information comparative simple à comprendre. Il peut être opportun de fixer les limites de la couverture proposée, particulièrement lorsqu'elle s'adresse à des catégories vulnérables. Toutefois, la standardisation des prestations réduit les possibilités pour les assureurs d'innover et d'adapter leurs produits aux demandes individuelles.
- Les pouvoirs publics peuvent maximiser les transferts de coûts du secteur public au secteur privé en encourageant les assurés privés à ne pas recourir au secteur public pour des prestations couvertes par leur assurance privée. Il convient aussi de vérifier si les subventions au marché privé sont appropriées et s'autofinancent, en examinant de près leurs coûts et avantages. L'application de mesures de maîtrise des coûts à l'ensemble du système de santé, y compris le secteur privé, permet de mieux maîtriser les coûts sur le marché privé.
- Les incitations ou les obligations réglementaires peuvent faciliter l'amélioration de l'efficacité des soins. Il peut s'agir de supprimer l'obligation pour les assureurs de passer contrat avec tous les prestataires, ou de leur offrir des incitations à s'engager dans la prévention ou dans la gestion des soins. Une meilleure information des consommateurs peut favoriser une concurrence effective entre les assureurs. Les systèmes de compensation des assureurs qui ont à couvrir des risques élevés peuvent contribuer à réduire la tentation de sélectionner les bons risques et favoriser une mutualisation des risques plus équitable. Cependant, ils peuvent aussi affaiblir ou éliminer les incitations à l'efficacité des assureurs eux-mêmes. ■

Pour plus d'informations

Pour plus d'informations sur les travaux de l'OCDE relatifs à l'assurance-maladie privée, s'adresser à Francesca Colombo
 (courriel : francesca.colombo@oecd.org ;
 tél. : + 33 1 45 24 93 60). ■

Références

- **L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE**, OCDE, 2004. ISBN : 9264015655
- **Vers des systèmes de santé plus performants**, OCDE, 2004. ISBN : 9264015574
- **Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques**, OCDE, 2004. ISBN : 9264015612
- **Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems**, Francesca Colombo et Nicole Tapay, documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 15. Accès gratuit sur Internet : www.oecd.org/els/health/workingpapers.
- **Private Health Insurance in France**, Thomas C. Buchmueller et Agnès Couffinhal, documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 12, 2004. Accès gratuit sur Internet : www.oecd.org/els/health/workingpapers.
- **The Slovak Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance. Policy Challenges**, Francesca Colombo et Nicole Tapay, documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 11, 2004. Accès gratuit sur Internet : www.oecd.org/els/health/workingpapers.
- **Private Health Insurance in Ireland. A Case Study**, Francesca Colombo et Nicole Tapay, documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 10, 2004. Accès gratuit sur Internet : www.oecd.org/els/health/workingpapers.
- **Private Health Insurance in Australia. A Case Study**, Francesca Colombo et Nicole Tapay, documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 8, 2003. Accès gratuit sur Internet : www.oecd.org/els/health/workingpapers.
- **Private Health Insurance in the Netherlands. A Case Study**, Nicole Tapay et Francesca Colombo, à paraître.
- On trouvera des informations complémentaires sur l'**assurance-maladie privée** sur le site : <http://www.oecd.org/sante>, en cliquant sur « OECD Health Project / Projet OCDE sur la santé » puis sur « Private health insurance/ Assurance maladie privée ».

**Vous pouvez acheter en toute sécurité les publications
de l'OCDE par l'intermédiaire de la librairie en ligne de l'OCDE**

www.oecd.org/bookshop

Les Synthèses de l'OCDE sont préparées par la Division des relations publiques,

Direction des relations publiques et de la Communication.

Elles sont publiées sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE.

Où nous contacter ?

ALLEMAGNE

Centre de l'OCDE
de BERLIN
Schumannstrasse 10
D-10117 BERLIN
Tél. : (49-30) 288 8353
Fax : (49-30) 288 83545
E-mail :
berlin.contact@oecd.org
Internet :
www.oecd.org/deutschland

ÉTATS-UNIS

Centre de l'OCDE
de WASHINGTON
2001 L Street N.W.,
Suite 650
WASHINGTON D.C. 20036-4922
Tél. : (1-202) 785 6323
Fax : (1-202) 785 0350
E-mail :
washington.contact@oecd.org
Internet : www.oecdwash.org
Toll free : (1-800) 456 6323

FRANCE

Siège de l'OCDE de PARIS
2, rue André-Pascal
75775 PARIS Cedex 16
Tél. : (33) 01 45 24 81 67
Fax : (33) 01 45 24 19 50
E-mail : sales@oecd.org
Internet : www.oecd.org

JAPON

Centre de l'OCDE de TOKYO
Nippon Press Center Bldg
2-2-1 Uchisaiwaicho,
Chiyoda-ku
TOKYO 100-0011
Tél. : (81-3) 5532 0021
Fax : (81-3) 5532 0035
E-mail : center@oecdtokyo.org
Internet : www.oecdtokyo.org

MEXIQUE

Centre de l'OCDE
du MEXIQUE
Av. Presidente Mazaryk 526,
Colonia: Polanco,
C.P. 11560
MEXICO D.F.
Tél. : (00.52.55) 9138 6233
Fax : (00.52.55) 5280 0480
E-mail :
mexico.contact@oecd.org
Internet :
www.ocdemexico.org.mx

Les Synthèses de l'OCDE sont disponibles sur le site Internet de l'OCDE

www.oecd.org/publications/Pol_brief/index-fr.htm