



HAL
open science

Le patient et son assurance santé en Europe

Philippe Martin, Cyril Benoît

► **To cite this version:**

Philippe Martin, Cyril Benoît. Le patient et son assurance santé en Europe. Institut de l'Ouest : Droit et Europe. Plus d'assurance pour moins de protection? Le patient face au marché, pp.77-88, 2022. hal-03667367

HAL Id: hal-03667367

<https://hal.science/hal-03667367>

Submitted on 19 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PLUS D'ASSURANCE SANTÉ POUR MOINS DE PROTECTION ? Le patient face au marché

sous la direction de
Philippe BATIFOULIER
et Marion DEL SOL

COLLECTION
D'OUVRAGES
NUMÉRIQUES
IODE

A **AMPLITUDE**
DU DROIT

PLUS D'ASSURANCE SANTÉ POUR MOINS DE PROTECTION ?

Le patient face au marché

Collection « Amplitude du droit »

dirigée par Marion DEL SOL

Initiée par Marion Del Sol et l'Institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE), la collection d'ouvrages juridiques en libre accès « Amplitude du droit » a été créée dans une volonté de valoriser la recherche en droit et de faire circuler les savoirs. Les ouvrages de la collection peuvent être consultés en ligne et téléchargés sur le site de l'IODE à l'adresse suivante :

<https://iode.univ-rennes1.fr/collection-en-ligne-amplitude-du-droit>

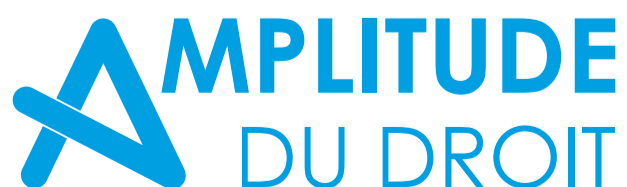
Philippe BATIFOULIER et Marion DEL SOL (dir.)

Plus d'assurance santé pour mois de protection ? Le patient face au marché, 2022, 333 p.

PLUS D'ASSURANCE SANTÉ POUR MOINS DE PROTECTION ? Le patient face au marché

sous la direction de
Philippe BATIFOULIER
et Marion DEL SOL

Institut de l'Ouest : Droit et Europe



Remerciements

L'ensemble des travaux présentés dans l'ouvrage doit beaucoup aux divers lieux de controverses et de discussions dans le cadre universitaire, mais aussi aux échanges avec les personnes rencontrées lors de débats et de conférences publiques sur l'évolution du système de santé français. Nous remercions également les professionnels du monde de l'assurance santé qui ont fait avancer notre réflexion. Notre travail collectif doit aussi à ceux qui, à un moment donné, l'ont accompagné : Thomas Houssoy, Antoine Math, Charlotte Courtecuisse et Chloé Marsolier. Nous adressons un remerciement spécial à Maryse Gadreau pour le regard expert qu'elle a porté sur le projet d'ouvrage. La relecture et la mise en forme de l'ouvrage ont été assurées par Isabelle Grandrieux, dont le travail inestimable sur chaque chapitre a permis de coordonner efficacement l'ensemble.



© INSTITUT DE L'OUEST : DROIT ET EUROPE (UMR CNRS 6262)
Faculté de droit et de science politique
9, rue Jean Macé – 35042 Rennes
<https://iode.univ-rennes1.fr/>

Secrétariat de rédaction et mise en page : Isabelle Grandrieux
Création de la maquette intérieure : Aude Bourcier
Création de la couverture : Nicolas Chauveau, agence Entreautre

ISBN : 978-2-9581843-1-5
ISSN : dépôt en cours
Dépôt légal : 1^{er} semestre 2022

Sommaire

Préface 11
Didier TABUTEAU

Chapitre introductif. Protection et marché du risque santé en temps de pandémie 13
Philippe BATIFOULIER et Marion DEL SOL

PARTIE 1

Le patient et sa « mutuelle ». Le patient face aux évolutions du marché du risque santé

Chapitre 1. La mutualité, histoire d'une lente dépolitisation (1789-1989)..... 25
Nicolas DA SILVA et Jean-Paul DOMIN

Chapitre 2. Le virage européen et marchand des mutuelles françaises 37
Gaël CORON

Chapitre 3. Les services de soins et d'accompagnement mutualistes :
logique politique, sanitaire ou marchande ? 49
Gaël CORON et Cécile VASSEUR

Chapitre 4. Une banalisation multiforme des assureurs santé privés
au sein de l'Union européenne..... 59
Philippe ABECASSIS et Nathalie COUTINET

Chapitre 5. Le patient et son assurance santé en Europe..... 77
Philippe MARTIN et Cyril BENOÎT

PARTIE 2

Le patient et son employeur. Le nouveau rôle de l'entreprise et la place de la négociation collective

Chapitre 6. La généralisation de la couverture santé en entreprise :
un processus largement en trompe-l'œil..... 91
Marion BRUNA et Catherine VINCENT

Chapitre 7. La négociation collective en matière de couverture santé
en prise à un conflit de logiques..... 103
Josépha DIRRINGER et Marion DEL SOL

Chapitre 8. La prise en charge du risque santé en entreprise
via la négociation collective 115
Josépha DIRRINGER et Franck HÉAS

Chapitre 9. La protection de l'agent public malade :
pratiques de l'État employeur au XIX^e siècle 125
Tiphaine LE YONCOURT

Chapitre 10. Agents de la fonction publique : les ex-oubliés
de la couverture santé collective 139
Clémentine COMER et Marion DEL SOL

Chapitre 11. La contribution des employeurs et des syndicats à la construction
d'un marché privé du risque santé aux États-Unis..... 153
Catherine SAUVIAT

PARTIE 3

Le patient et ses contrats d'assurance. Les évolutions du contenu de l'assurance santé

Chapitre 12. Les contrats d'assurance santé entre standardisation et différenciation :
du prêt-à-porter ou du sur-mesure ? 171
Philippe BATIFOULIER et Anne-Sophie GINON

Chapitre 13. Le marché des garanties supplémentaires santé et de l'organisation
de l'accès au bien-être..... 185
Marion DEL SOL et Anne-Sophie GINON

Chapitre 14. Les nouveaux produits d'assurance à dimension comportementale
dans l'entreprise 199
Romain JUSTON MORIVAL et Margaux REDON

Chapitre 15. Quand les organismes complémentaires d'assurance maladie
investissent la prévention en santé au travail..... 211
Gabrielle LECOMTE-MÉNAHÈS

Chapitre 16. Les prestations non contributives à l'échelle de la branche professionnelle
en marge de la complémentaire santé : des solidarités de branche contrastées..... 221
Josépha DIRRINGER

PARTIE 4

Le patient, la Sécurité sociale et ses remboursements. Les effets sur la solidarité de la mise en marché de l'assurance santé

Chapitre 17. La préférence française pour la couverture collective
ou le choix d'une solidarité fragmentée 235
Pascale TURQUET

Chapitre 18. Des réseaux de soins « à la française » pour réduire
les restes à charge des assurés..... 249
Renaud GAY

Chapitre 19. La réforme du « 100 % Santé » : mesure de solidarité ou faux-nez du marché ?.....	261
<i>Jean-Paul DOMIN et Renaud GAY</i>	
Chapitre 20. Medicare Advantage aux États-Unis : la solidarité altérée	275
<i>Lucy apROBERTS</i>	
Chapitre 21. Les complémentaires santé : plus chères et plus inégalitaires ?.....	287
<i>Nicolas DA SILVA et Victor DUCHESNE</i>	
Chapitre 22. Solidarité et primordialité de la santé : le nouvel esprit de l'assurance santé privée	299
<i>Philippe BATIFOULIER</i>	
Chapitre conclusif. La mise en marché du risque santé : la défaite du patient ?.....	311
<i>Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA, Marion DEL SOL et Anne-Sophie GINON</i>	

Chapitre 5. Le patient et son assurance santé en Europe

Philippe MARTIN

Université de Bordeaux, Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale
(COMPTRASEC – UMR CNRS 5114)

Cyril BENOÎT

Sciences Po, Centre d'études européennes et de politique comparée
(UMR CNRS 8239)

Pour qui s'intéresse à la place et des mutuelles ou à la « complémentaire santé » dans les autres pays européens, la situation française peut s'avérer trompeuse, car assez singulière (Thomson, Sagan et Mossialos, 2020). En France, plus de 95 % de la population bénéficie en effet d'une couverture complémentaire santé et, dans plus de la moitié des cas (51 %), cette couverture est assurée par une mutuelle (DREES, 2019). Or, lorsqu'on jette un coup d'œil par-delà nos frontières, le panorama est assez différent. On observe en effet que les mutuelles de santé sont inégalement implantées en Europe et qu'en outre, elles ne jouent pas nécessairement le même rôle qu'en France. Il existe certes une culture mutualiste européenne, née au XIX^e siècle avec les sociétés de secours mutuels dans une Europe en cours d'industrialisation et n'ayant pas encore « inventé » la Sécurité sociale. On estime aujourd'hui qu'un Européen sur quatre est assuré par une mutuelle de santé, ce qui représente environ 120 millions de personnes. Dans cet ensemble, la mutualité française représente toutefois à elle seule quelque 38 millions d'assurés (Vincent, 2006). Si on s'en tient au rôle de complémentaire santé que jouent les mutuelles, la France est donc incontestablement le pays européen dans lequel celles-ci sont les plus présentes. Dans les autres pays, les mutuelles de santé occupent en général une place plus modeste. Mentionnons aussi que, dans les pays de l'ancien « bloc de l'Est », l'organisation socialiste avait quasiment éradiqué la culture mutualiste de sorte que les mutuelles ont pratiquement (quoique pas totalement) disparu.

Un autre aspect à prendre en considération est que, lorsqu'en France on parle de « sa mutuelle », on utilise souvent le terme de manière générique pour désigner en réalité une assurance de santé de nature privée complémentaire par rapport au régime obligatoire de l'assurance maladie, considéré comme public. Or, 31 % des contrats d'assurance complémentaire santé en France sont pourvus par des sociétés d'assurance et 18 % par des institutions de prévoyance. Ici, comme dans d'autres pays européens, ce sont donc différents acteurs – certains à but lucratif, d'autres sans but lucratif – qui proposent de l'assurance santé dans des conditions de marché et de concurrence régies par le droit de l'Union européenne (UE). Ajoutons que le droit européen n'encadre que les conditions d'exercice de l'activité d'assurance. Le contenu des contrats, quant à lui, fait le plus souvent l'objet d'une étroite régulation au niveau national.

Dans ce contexte, le rapport du patient à sa mutuelle ou, plus largement, aux formules d'assurance santé privée offertes sur le marché, n'est pas le même d'un pays d'Europe à l'autre. Il existe en effet diverses configurations, diverses manières d'organiser l'accès aux soins et leur prise en charge financière. Il est cependant possible de dégager une typologie de l'analyse de ces différentes configurations, dont le principal déterminant est l'organisation de la couverture des soins et la place qu'occupe l'assurance privée (complémentaire ou non) dans le système de santé. L'autre déterminant concerne la place laissée au marché et à la concurrence entre acteurs, dont on verra qu'elle ne recoupe qu'imparfaitement cette première clef de répartition.

Sur cette base, quatre configurations principales sont identifiables en Europe. La présentation proposée dans le présent chapitre se concentre sur des exemples « typiques » de chaque configuration, permettant d'apprécier les points de contraste entre elles. Le premier, illustré ici à partir des exemples des Pays-Bas et de la Belgique, correspond à une situation où l'assurance maladie obligatoire (AMO) est confiée à des assureurs privés, mutualistes dans le cas de la Belgique, sous statut commercial aux Pays-Bas (1). Dans la deuxième configuration, l'assurance privée offre un certain nombre de services supplémentaires là où existe déjà un système de santé gratuit et universel. C'est le cas du Royaume-Uni et de l'Espagne (2). La troisième configuration présente des traits similaires, mais l'assurance santé privée y joue un rôle plus important : il s'agit du cas de pays disposant d'un système de santé national mais non universel, et où l'assurance couvre des individus mal, voire non pris en charge, par le régime public (3). Cette configuration sera illustrée plus loin par le cas de l'Irlande. Enfin, la quatrième configuration correspond à celle de la France, où il existe à la fois une assurance maladie obligatoire avec un fort reste à charge, et une assurance santé privée complémentaire étroitement articulée à l'AMO – un cas que nous ne discuterons pas ici, car largement traité dans le reste de l'ouvrage¹.

1. L'assurance privée pour la couverture santé obligatoire (Belgique, Pays-Bas)

Il s'agit là d'un certain mode d'organisation de la couverture maladie obligatoire qui se distingue à la fois du système de santé public et gratuit à la britannique mais aussi des caisses de Sécurité sociale à la française. La Belgique et les Pays-Bas incarnent ce modèle dans lequel l'assurance maladie en tant qu'assurance sociale obligatoire est confiée à une pluralité d'acteurs privés, sur la base du principe du libre choix de son assureur par le patient et/ou l'assuré social. Dans cette approche, la mutuelle (en Belgique) ou plus globalement, l'assurance privée (Pays-Bas) est le premier et souvent l'unique interlocuteur du patient pour ce qui est de la prise en charge des soins de santé, dans la mesure où elle va gérer les remboursements pour les soins de base et

1. Les éléments factuels présentés dans ce chapitre reposent sur l'exploitation de différentes sources de première et seconde mains, qui sont détaillées dans Benoît, Del Sol et Martin (2021) pour la Belgique, les Pays-Bas et l'Irlande ; dans Martin (2011) et Costa-i-Font (2016) pour le cas de l'Espagne ; et dans Foubister et Richardson (2016) et European Parliament (2011) pour le cas du Royaume-Uni.

proposer une couverture complémentaire pour le reste. En Belgique comme aux Pays-Bas, en ce qu'elles sont en charge de l'AMO, les mutuelles et assurances privées sont tenues de couvrir toute personne qui en fait la demande, sans sélection des risques, pour un panier de soins légalement défini de manière uniforme. Il y a néanmoins d'importantes différences entre les deux pays. Aux Pays-Bas, la législation a souhaité organiser une forme de concurrence entre assureurs au sein même de l'AMO, ce qui n'est pas le cas en Belgique où les questions de concurrence et la notion de marché n'opèrent que pour ce qui est de l'offre complémentaire, en principe facultative.

1.1. Belgique : la mutualité comme acteur central de la Sécurité sociale

En Belgique, les mutuelles occupent une position centrale aussi bien dans le système de l'assurance maladie obligatoire que sur le terrain de la complémentaire. Le système d'assurance maladie obligatoire mis en place après-guerre, en 1944-1945, fait une place importante à la mutualité à la différence de la France qui, à la même période, a choisi de confier la Sécurité sociale aux organisations syndicales, reléguant les mutuelles et les institutions de prévoyance dans le champ de la complémentaire facultative.

L'assurance maladie obligatoire belge, l'ASSI (Assurance soins de santé et indemnités), constitue l'une des sept branches de la Sécurité sociale. Elle couvre toute la population, avant tout sur une base professionnelle : salariés, indépendants, fonctionnaires. Chômeurs, pensionnés et étudiants disposent cependant aussi d'une couverture de l'ASSI. La loi établit une obligation de s'affilier auprès d'un organisme assureur et ménage la liberté de choix de ce dernier. Les organismes assureurs habilités à gérer le régime de base de l'ASSI sont les cinq mutualités historiques belges, qui se sont développées sur une base confessionnelle et partisane, auquel s'ajoutent le service régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité (CAAMI) et la Caisse des soins de santé de la SNCB-Holding (CSS). Quel que soit l'organisme choisi, le panier de soins est identique, ainsi que le taux de cotisation exigé.

Le panier de soins de l'ASSI est large. Il comprend 29 catégories de prestations de santé qui portent sur des soins aussi bien préventifs que curatifs. Comme en France, l'ASSI procède par remboursement des frais de santé, avec application d'un ticket modérateur. On notera que l'assurance hospitalisation qui vise à couvrir les frais de séjour est distincte de l'assurance maladie et n'entre pas dans le panier de soins (les soins ambulatoires et actes chirurgicaux pratiqués à l'hôpital relèvent par contre de l'ASSI). La couverture des frais de séjour à l'hôpital est offerte en complémentaire.

En Belgique, les mutuelles sont présentes sur le marché de la complémentaire, en concurrence avec les compagnies d'assurances qui offrent des couvertures santé. Mais la position historique et le statut légal des mutuelles belges leur confèrent certains avantages, contestés par les compagnies d'assurances souhaitant gagner des parts de marché. Généralement, pour les membres qu'elles couvrent au titre du régime obligatoire, les mutuelles proposent également une couverture complémentaire. On considère que, dans les faits et avant la réforme de 2010, les mutuelles gérant la couverture obligatoire rendaient, de par leurs statuts, pratiquement

nécessaire la cotisation de leurs adhérents à une complémentaire santé (90 % des mutualistes étaient dans ce cas). Elles bénéficiaient en quelque sorte d'une clientèle captive.

L'offre complémentaire est libre : toutes les mutuelles et compagnies d'assurances n'offrent pas les mêmes services et le montant des cotisations varie d'une mutuelle/assurance à une autre. La mutualité propose en complémentaire la prise en charge partielle ou totale du ticket modérateur, ainsi que toutes sortes de prestations et services touchant à la santé au sens très large² ; elle propose aussi des assurances hospitalisation. C'est d'ailleurs essentiellement sur ce type de prestation qu'ont été soulevés les problèmes de concurrence portés au plan européen par les assureurs, suscitant la réforme de 2010. Par la voix de leur représentant Assuralia, les assureurs privés ont en effet dénoncé la position dominante des mutualités dans le champ de l'assurance complémentaire de soins. La Commission européenne saisie du dossier a rendu un avis en mai 2008 (C. 2008/1458 du 6 mai 2008), avis repris par la Cour de justice de l'UE dans un arrêt condamnant la Belgique en 2010. Pour les autorités européennes, les activités des mutuelles belges, notamment en ce qui concerne les couvertures complémentaires hospitalisation, constituent des activités économiques relevant du droit des assurances et doivent s'y conformer. La concurrence doit pouvoir s'exercer librement.

Cependant, en parallèle de cette action devant les autorités européennes, Assuralia avait mené une négociation avec la mutualité belge sur ces questions, sous l'égide du gouvernement. Ce dernier devait trancher et adopter un texte de loi en avril 2010. En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, la loi structure désormais le segment de la complémentaire santé de la manière suivante : les mutuelles peuvent imposer à leurs adhérents une couverture complémentaire qui comprend un certain nombre de services et prestations qui échappent au droit des assurances, et donc au droit de la concurrence. Une assurance hospitalisation peut être incluse dans ce package, mais elle est nécessairement limitée. Les prestations complémentaires mutualistes de ce type ne peuvent être délivrées que « dans la limite des moyens disponibles » et sont financées par des cotisations forfaitaires (comme des fonds d'action sociale). Au-delà ou à côté de cette complémentaire obligatoire pour les adhérents à une mutuelle de santé, il est possible de contracter une assurance complémentaire facultative, dans des conditions conformes au droit européen des assurances. Les couvertures facultatives peuvent être offertes par des sociétés mutualistes d'assurance ou par des compagnies privées. En pratique, leur offre porte beaucoup sur les soins dentaires et l'hospitalisation.

D'après les chiffres de la Sécurité sociale compilés par Assuralia, le nombre de Belges assurés par une assurance privée ou une société mutualiste d'assurance est en progression chaque année. En 2018, on comptabilisait 10 millions de personnes ayant souscrit un contrat : 5,9 millions auprès des assureurs privés maladie et 4,1 auprès d'une société mutualiste d'assurance pour une couverture facultative.

2. Par exemple, prêts de matériel en cas de handicap, remboursement de l'homéopathie, séances de kinésithérapie non couvertes par l'ASSI, mais aussi droit à une prime à la naissance d'un enfant ou à une aide financière pour s'affilier à un club sportif, etc.

1.2. Aux Pays-Bas : les assurances privées dans un système de concurrence réglementée

Pays de tradition bismarckienne pour ce qui est de la conception de la Sécurité sociale, les Pays-Bas avaient organisé leur système de soins sur la base d'une assurance maladie obligatoire gérée par des caisses légalement instituées – on ne trouve donc pas ici de mutuelles jouant le même rôle qu'en Belgique, bien que les deux systèmes soient historiquement très proches. À partir de la fin des années 1980, les gouvernements néerlandais ont cherché à libéraliser le système et, notamment, à introduire des éléments de concurrence au sein de l'assurance sociale maladie (abolition du monopole régional des caisses par exemple). La réforme de l'organisation de l'assurance maladie aux Pays-Bas procède de la loi générale sur les soins de santé en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, ainsi que de la loi de régulation du marché des soins de santé. À l'image de toutes les réformes qui l'ont précédée, l'objectif principal de cette loi est de limiter le coût des soins. Mais cette réforme va plus loin en cherchant à modifier les relations entre État/assureurs/assurés. Le nouveau cadre légal vise à articuler concurrence et solidarité.

La réforme a supprimé les caisses d'assurance maladie préexistantes et y a substitué des assurances privées en charge du régime universel de base, mais susceptibles d'offrir aussi une couverture supplémentaire. Ces assurances privées, déjà présentes avant la réforme quoiqu'occupant un segment marginal, sont désormais en charge du régime obligatoire de couverture maladie. Cela implique la mise en œuvre d'un « cahier des charges » imposé par la loi. La loi pose que tout résident est obligé de souscrire une assurance maladie « de base » auprès de l'assureur de son choix. Les assureurs privés sont dès lors tenus d'accepter l'adhésion de tout résident et ne peuvent pas pratiquer la sélection des risques. D'où la mise en place d'un système de compensation financière entre assureurs, *via* un fonds national, de manière que les assureurs qui couvrent une proportion importante de personnes à fort risque (personnes âgées, malades chroniques) ne soient pas pénalisés. L'assurance maladie obligatoire offre un panier de « soins de base » comprenant les prestations que doivent fournir les assureurs à l'ensemble des assurés. Ce panier de soins est assez large et complet : soins médicaux ordinaires (généralistes et spécialistes), soins hospitaliers, médicaments, soins infirmiers, matériel médical, mais aussi soins de santé mentale, kinésithérapie (pour les maladies chroniques et la rééducation), certains soins paramédicaux, soins dentaires pour les enfants jusqu'à 18 ans.

Contrairement aux assurés sociaux français qui font l'objet d'une affiliation obligatoire à la Sécurité sociale, les Néerlandais souscrivent un contrat d'assurance maladie auprès d'un assureur. Cela emporte quelques particularités. D'une part, la souscription implique le paiement par tout assuré d'une « prime nominale ». Pour les salariés s'ajoute à cette prime une cotisation patronale – versée par l'employeur au Bureau des impôts – exprimée en pourcentage de la rémunération du travailleur. Les travailleurs indépendants acquittent une cotisation en fonction de leurs revenus (autour de 5 % de leurs revenus sous plafond annuel). Les jeunes de moins de 18 ans sont obligatoirement couverts (les parents souscrivent pour eux) à titre gratuit. C'est l'État qui prend en charge la prime nominale des jeunes de moins de 18 ans, ainsi que celle des demandeurs d'asile et des migrants illégaux. L'État subventionne également une partie de la prime acquittée

par les personnes à faibles revenus (aide sociale). Les assurances privées établissent librement le montant de la prime nominale ; les résidents opèrent donc un choix sur un marché. On observe cependant peu de variations dans les tarifs car l'offre de couverture est nécessairement la même puisque la législation impose un panier de soins et interdit la sélection des risques. La loi interdit en outre de pratiquer des tarifs différents selon des groupes ou catégories d'assurés. Cette interdiction n'affecte cependant pas la possibilité pour l'assureur de proposer des contrats collectifs, notamment en direction des entreprises au profit de leurs salariés.

D'autre part, on observe que les contrats d'assurance contiennent des « clauses de responsabilisation », comprenant une franchise librement fixée mais limitée par la législation à 385 euros/an en 2018. Cela signifie que jusqu'à concurrence de ce plafond, les soins ne sont pas remboursés, mais que les soins au-delà sont intégralement pris en charge. Cela concerne notamment les médicaments car la médecine de ville est en général remboursée à 100 % au premier euro. Aucune franchise ne peut par contre être demandée pour des assurés de moins de 18 ans. Les contrats incluent également un bonus de 225 euros/an si l'assuré n'a pas eu recours à l'assurance santé pendant douze mois.

En pratique, les contrats proposent différents modes de prise en charge. Certains contrats proposent le remboursement des soins, l'assuré ayant le libre choix du médecin, de l'hôpital ou du professionnel de santé. D'autres contrats proposent aux assurés d'entrer dans un réseau de soins et rémunèrent directement les professionnels de santé ; cette formule est souvent corrélée à des cotisations de niveau plus bas sur le marché. Toutes les assurances présentes sur le segment obligatoire de base proposent aussi une couverture supplémentaire. Sont en général proposés les soins dentaires courants (non pris en charge par l'AMO), les soins d'optique, les soins paramédicaux hors AMO. On considère que 90 % des Néerlandais disposent d'une assurance supplémentaire. S'agissant d'assurance facultative s'appliquent pleinement ici les principes et règles du droit des assurances. L'assureur peut pratiquer la sélection des risques. Il est totalement libre de sa tarification. De fait, les primes sont variables et elles se situent dans une fourchette entre 250 et 800 euros par an. L'assuré est totalement libre de son choix : il peut être assuré auprès d'un assureur X pour la couverture de base et auprès d'un assureur Y pour la supplémentaire. C'est là qu'on observe les différences les plus significatives en termes d'offre de couverture.

2. L'assurance de confort (Royaume-Uni, Espagne)

Certains pays européens ont opté pour un système de soins universel (toute la population est couverte sans distinction de statuts professionnels), public et financé par l'impôt et gratuit ou du moins sans avance de frais (pas de système de remboursement des soins par des caisses de Sécurité sociale). C'est notamment le cas du Royaume-Uni. Un pays comme l'Espagne, qui avait historiquement opté pour un système d'assurance maladie proche du nôtre, a quant à lui opéré un changement dans les années 1980 pour adopter ce modèle. Dans ces pays, les assurances privées de santé ne jouent donc pas, comme en France, un rôle de complémentaire. Elles constituent un genre de canal alternatif au système public pour les personnes qui ne souhaitent pas subir les délais d'attente trop longs pour une consultation ou une intervention chirurgicale. Elles

proposent aussi à leurs adhérents de rentrer dans des réseaux de soins (médecins et professionnels de santé libéraux ; cliniques privées) pour une prise en charge globale. Naturellement, ces services s'adressent aux personnes qui ont les moyens de se l'offrir, *via* l'acquittement de primes d'assurance. C'est en cela qu'on peut parler « d'assurance de confort ».

2.1. Au Royaume-Uni : la place limitée des assurances privées

Depuis 1948, le Royaume-Uni est doté d'un service national de santé, le National Health Service (NHS), qui, selon les préceptes du Rapport Beveridge (1942), est un système universel, public et gratuit d'accès aux soins. Tous les résidents en situation régulière ont droit à des soins gratuitement fournis par le NHS, en médecine de ville (la plupart des généralistes sont des travailleurs indépendants sous contrat avec le NHS), ou dans les hôpitaux et dispensaires publics. Le panier de soins gratuits est large mais non clairement défini. Il peut varier selon les régions. La gratuité est du reste relative, car un reste à charge est appliqué pour les soins ophtalmologiques, la plupart des soins dentaires et les médicaments prescrits en médecine de ville³. La gratuité est cependant totale pour les enfants et les personnes âgées de plus de 65 ans, les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladie chronique et les personnes à faibles revenus.

En marge du NHS existe un secteur privé de la médecine qui constitue une « niche ». Les patients les plus aisés y recourent en payant de leur poche les actes médicaux ou *via* une assurance privée. L'avantage de contracter une assurance privée est qu'elle permet d'accéder à une large palette de prestations, soit au sein même du NHS mais avec un accès plus rapide, soit dans des hôpitaux privés, avec libre choix du prestataire de soins, ou auprès de médecins de ville exerçant en libéral. Les assurances privées offrent aussi des prestations non couvertes par le NHS, par exemple des thérapies alternatives. Le marché de l'assurance privée est aussi assez actif pour ce qui est de la prise en charge du ticket modérateur sur les soins dentaires. Ce secteur est en développement, car la couverture du NHS pour les soins dentaires a drastiquement diminué dans les dernières décennies. On estime qu'environ 5 % de la population a contracté une assurance uniquement pour les soins dentaires.

Le marché de l'assurance santé offre une gamme de couvertures incluant : couverture extensive avec des primes élevées (mais en général, les contrats ne couvrent pas les soins et traitements continus ou bien seulement pour une période déterminée) ; couverture standard et couverture limitée à bas prix. Le montant des primes varie en fonction du choix, plus ou moins grand ou plus ou moins limité, des fournisseurs de soins par le patient et en fonction du niveau de couverture des restes à charge. Dans tous les contrats, les primes sont modulées en fonction de l'âge et d'autres facteurs de risques. Les assureurs britanniques pratiquent donc la sélection des risques.

Le marché des assurances de santé est très concentré. On dénombre quatre grands assureurs qui récoltent près de 90 % de l'ensemble des primes versées. Les deux plus grandes assurances sont BUPA et AXA PP Healthcare, avec 65 % du marché. En troisième position, on trouve

3. Le reste à charge pour les médicaments a néanmoins été aboli en Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord.

Aviva Insurance (11 %) et, en quatrième, VitalityHealth (10 %). BUPA est le seul assureur spécialisé dans la couverture santé et il est à but non lucratif.

Les mutuelles sont par contre peu présentes. Le mouvement mutualiste britannique a été fort au XIX^e siècle et dans la première partie du XX^e. Toutefois, la mise en place du NHS après-guerre a eu pour effet de pratiquement éradiquer le rôle des mutuelles dans la protection sociale en général. Néanmoins, en matière de couverture santé, les mutuelles ont conservé une certaine présence. En 2007, il y avait huit mutuelles sur le marché britannique de l'assurance santé. Les mutuelles sont d'implantation locale et elles sont en général liées à un fonds de charité intervenant en matière de soins de santé au plan local.

Le marché de l'assurance santé au Royaume-Uni a connu une expansion dans les années 1970 et jusqu'aux années 1990. Sa progression a été plus lente depuis lors. Il a même connu une contraction dans la période de crise économique entre 2009 et 2012. Aujourd'hui, ce sont environ 11 % des Britanniques qui sont couverts par une assurance privée, le plus souvent contractée *via* leur entreprise (plans collectifs). L'assurance santé individuelle (y compris mutualiste) est en déclin.

2.2. Espagne : une montée en puissance de l'assurance santé

Depuis 1986, l'Espagne a mis en place un « Service national de santé » (SNS) sur le modèle britannique, dont il partage de nombreux traits⁴. Il s'agit en effet d'un système universel sur critère de résidence : chacun a droit aux soins de santé, indépendamment de sa situation professionnelle et économique. De fait, l'ensemble de la population (99,5 %) bénéficie du SNS. Les soins sont gratuits dans la limite d'un panier. Si le patient requiert un traitement spécial, il est orienté par le médecin du centre de santé (son médecin référent) vers un spécialiste. Les soins hospitaliers sont gratuits et les patients ont droit à toute une gamme de prestations sanitaires (prothèses, orthopédie, transfusions, etc.). En général, le système prend en charge le coût des médicaments à hauteur de 60 %, à condition qu'ils aient été prescrits par le médecin du système de santé, 40 % restant à la charge des patients. Certains médicaments ne sont toutefois pas pris en charge. En ce qui concerne les soins dentaires ne sont prises en charge que les extractions ; les autres soins dentaires ainsi que les soins optiques ne sont pas pris en charge et les patients doivent s'adresser aux praticiens privés. Le SSN, à l'instar du NHS, est fiscalisé : la transformation du mode de financement s'est faite progressivement et s'est achevée en 1999. Le système est désormais totalement financé par l'impôt. Enfin, il s'agit d'un système décentralisé, dans lequel l'État, à travers le SSN, garantit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Toutefois, ce sont les 17 Communautés autonomes espagnoles qui ont compétence pour financer et organiser leur système régional de santé.

4. En Europe, le modèle du système universel de santé, d'inspiration beveridgienne, a été adopté par le Royaume-Uni, par les pays scandinaves (Norvège, Suède, Finlande, Danemark), mais aussi par les pays du Sud (Italie, Grèce, Espagne, Portugal).

L'accès aux soins n'est toutefois pas monopolisé par le système public et les personnes ont traditionnellement la possibilité de souscrire un contrat privé auprès des organismes assureurs génériquement désignés comme « assurances de santé » (*seguros de salud*). Les compagnies d'assurances proposent à leurs assurés l'accès à des services sanitaires privés (hôpitaux privés, médecins, etc.) figurant sur des listes. La souscription d'un contrat d'assurance de santé n'a pas de caractère substitutif et l'intéressé a toujours la possibilité d'accéder au système public. Pour les fonctionnaires d'État cependant, la situation est un peu différente. Ils ont la possibilité de choisir une assurance privée en lieu et place de la couverture de la Sécurité sociale.

L'assurance santé privée en Espagne joue donc essentiellement un rôle duplicatif : elle fournit les mêmes types de soins que le système public, mais en principe sans file d'attente et avec le choix du praticien. Elle joue aussi un rôle de couverture supplémentaire pour les soins et services qui ne sont pas dispensés par le système public tels que l'odontologie et l'optique notamment.

On trouve deux catégories d'organismes assureurs sur le marché de la santé en Espagne : les sociétés d'assurances d'une part et les mutuelles d'autre part. Les grandes compagnies d'assurances santé privées présentes sur le marché espagnol sont ADESLAS, MAPFRE Caja Salud, ASISA, SANITAS, DVK Seguros. Les mutuelles, quant à elles, n'interviennent que pour couvrir la population des fonctionnaires. Pour ces derniers, l'adhésion était autrefois obligatoire. Aujourd'hui, les fonctionnaires ont le choix entre s'affilier au système national de santé ou à l'une des trois mutuelles suivantes : MUFACE (mutuelle générale des fonctionnaires de l'État), MUGEJU (mutuelle générale de la Justice), ISFAS (mutuelle des Forces Armées). Lorsque le fonctionnaire choisit de s'affilier à une mutuelle, il va en pratique être conduit à contracter auprès d'une compagnie d'assurance privée conventionnée avec l'une des trois mutuelles mentionnées qui jouent en quelque sorte un rôle d'interface. Les fonctionnaires ont une faculté de choix, mais le coût des soins prodigués – soit par le service public, soit par des prestataires privés – est en réalité assumé par leurs propres cotisations de Sécurité sociale (et celles de leur employeur). Chaque année, les fonctionnaires peuvent modifier leur choix. On estime aujourd'hui que 15 % des fonctionnaires sont affiliés au système national de santé et 85 % à une mutuelle.

Les assurances de santé privées ont un certain succès en Espagne et le nombre de bénéficiaires d'une couverture « alternative » est en progression. Il est estimé qu'environ 13 % de la population est couverte par une assurance privée, avec toutefois d'importantes variations régionales, le taux de couverture étant nettement plus élevé dans les régions les plus riches telles que la Catalogne, le Pays basque, la Navarre et la région de Madrid (Costa i Font, 2016). Même la crise économique des années 2008 et suivantes ne semble pas avoir stoppé cette progression, qui doit beaucoup à l'action des entreprises espagnoles qui tendent à développer des couvertures santé collectives au profit de leurs salariés. Ce mouvement est soutenu par une politique d'exonérations fiscales et sociales pour les primes d'assurances versées par les employeurs dans ces plans collectifs. Par contre et du fait de la place croissante des couvertures collectives d'entreprise, la souscription de couvertures individuelles est en déclin, une tendance également constatée au Royaume-Uni.

Il existe naturellement toute une variété de contrats et polices d'assurance, avec une gamme de primes en fonction du niveau de couverture offert, mais aussi du profil de risque de l'assuré. On peut distinguer trois grands types de polices d'assurance :

- ▶ Les polices de soins de santé (*pólizas de asistencia sanitaria*) : elles fournissent à l'assuré l'accès aux soins médicaux, hospitaliers et chirurgicaux en cas de maladie ou d'accident. L'assuré est pris en charge dans des cabinets privés, des centres de santé ou des hôpitaux privés avec lesquels l'assureur a passé un contrat de collaboration. Elles peuvent être proposées comme couverture individuelle, familiale ou collective (assurance de groupe). Ce type de couverture est le plus courant et représente plus de 80 % du marché, pour une prime moyenne de 500 euros par an.
- ▶ Le remboursement de frais (*pólizas de reembolso*) : ce type de police permet de se faire soigner par le médecin de son choix. L'assuré paie et l'assurance rembourse. La prime moyenne est de 600 euros par an.
- ▶ Les assurances fournissant des allocations et des indemnités (*seguros de subsidios*) : ce sont surtout les travailleurs indépendants qui utilisent ce genre de police qui leur sert des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail. La prime de base se situe aux alentours de 150 euros par an.

Si les assurances de santé connaissent un certain succès en Espagne, il faut cependant noter que les assureurs pratiquent la sélection des risques, avec examen médical exhaustif préalable, modulation des primes en fonction du profil de risque – notamment de l'âge – et même possibilité de refuser de couvrir. Les contrats prévoient en général des périodes de carence, c'est-à-dire que la couverture ne devient effective qu'après écoulement d'un délai pendant lequel le client aura démontré qu'il n'est pas « problématique » pour l'assureur. Il n'est pas rare non plus que les contrats excluent de manière explicite certaines pathologies ou certains soins, tels que le sida, l'alcoolisme, les traitements contre la stérilité ou l'interruption volontaire de grossesse.

3. L'assurance privée pour les patients exclus du régime public (Irlande)

Le système de couverture maladie irlandais présente une particularité : apparemment conçu sur le modèle beveridgien – c'est-à-dire un système public, universel et gratuit –, il est en réalité à deux vitesses. La couverture gratuite des soins de santé n'est en effet offerte qu'à une partie des Irlandais, aujourd'hui 37 % de la population, qui se voit octroyer la Carte de santé (*Medical Card*). Il s'agit des personnes à revenus modestes. Ceux qui ne remplissent pas les conditions d'octroi de la Carte de santé doivent payer pour les soins ambulatoires (visites auprès de leur médecin généraliste), les séjours à l'hôpital, les médicaments et autres services, même si ces soins et services sont par ailleurs subventionnés. Certains soins et services sont cependant gratuits, sans prise en considération du niveau de revenus : en cas de maladie de longue durée ou bien pour les soins liés à la maternité et les soins délivrés aux enfants jusqu'à 6 ans.

Pour ces raisons, on estime qu'environ 45 % de la population irlandaise est couverte par une assurance privée volontaire qui permet de faire face aux soins non pris en charge par le système public (c'est-à-dire pour les non-titulaires de la Carte de santé), mais aussi d'accéder aux hôpitaux privés, à des lits privés dans les hôpitaux publics et de bénéficier en principe de temps d'attente réduits par rapport au système public. Ces assurances privées jouent donc essentiellement un rôle duplicatif par rapport au régime public.

Les sociétés et organismes assureurs qui offrent une couverture privée volontaire en Irlande sont : VHI Healthcare, l'assureur « historique » semi-public à but non lucratif qui détient 50 % du marché ; Laya Healthcare (anciennement BUPA Ireland, assureur privé) pour 26 % du marché ; Irish Life Health, autre assureur privé qui a acheté Aviva Health et GloHealth et qui est présent à 20 %. Il existe un autre assureur, HSF Health Plan, qui se contente de fournir des prestations monétaires et ne garantit pas l'hospitalisation. Certaines assurances de santé ne couvrent que les salariés et retraités de certaines entreprises. On parle dans ce cas de « plans restreints ». La plupart des sociétés d'assurance ont des accords avec les hôpitaux de manière à dispenser les assurés de faire l'avance des frais. Cependant, pour ce qui est des consultations médicales (frais ambulatoires), les assurés paient et sont ensuite remboursés.

Conscient du rôle majeur que jouent les assurances privées dans la couverture du risque maladie, en raison même des limitations du régime public, le législateur irlandais les a assujetties à des obligations. On peut à cet égard estimer que les assurances privées remplissent des missions de service d'intérêt général. Trois grands principes sont applicables :

- ▶ L'ouverture à tous (*open enrolment*) : les assureurs doivent accepter toute personne qui souhaite s'assurer, quels que soient l'âge, le sexe ou l'état de santé.
- ▶ La couverture à vie (*lifetime cover*) : l'assureur ne peut mettre fin au contrat de manière unilatérale, même si la couverture devient non rentable (l'assuré vieillit ou son état de santé se dégrade).
- ▶ Non-sélection des risques et égalité des primes (*community rating*) : l'assureur doit appliquer le même niveau de prime pour un niveau déterminé de services sans tenir compte de l'âge, du sexe ou de l'état de santé du preneur d'assurance.

De plus, la législation oblige les assureurs à garantir un niveau minimum de prestations de soins. Il y a donc un « socle » de prestations qui doit être proposé par toutes les assurances privées. Afin de donner tout son sens au principe de non-sélection des risques qui est au cœur de la loi, le *Health Insurance Act* de 1994 a institué un système d'égalisation des risques entre assureurs de santé. Ce système a pour objet de compenser et neutraliser entre les différents assureurs les variations de coûts induits par le profil des âges de leurs assurés. On estime en effet que le montant annuel moyen des soins prodigués aux personnes dans la tranche 70-79 ans est dix fois supérieur à celui des soins délivrés aux 18-29 ans. VIH Healthcare, l'assureur non lucratif historique, assure une proportion de personnes âgées bien plus importante que les autres assureurs privés. Techniquement, le Fonds lui verse des crédits, tout comme aux assureurs qui couvrent des assurés de 60 ans et plus. Les montants des crédits varient en fonction de l'âge, du sexe et

du niveau de couverture offerte. Ces crédits sont aujourd'hui financés par un prélèvement sur les contrats d'assurance conclus par les différents organismes assureurs.

Ce chapitre a montré que la relation entre le patient et sa « mutuelle » en Europe est très variable. L'organisation de la couverture publique ou obligatoire, ainsi que celle de la concurrence entre opérateurs privés jouent un rôle important dans cette variation. Des enseignements plus généraux, qui ont été abondamment discutés par la recherche comparative sur les systèmes de santé, peuvent également être tirés de ce rapide survol. D'abord, il apparaît que, dans les cinq pays évoqués, la couverture complémentaire ne compense que partiellement les limites du régime obligatoire. Cela s'explique assez largement par le fait que l'offre complémentaire est très variable en termes de niveau de couverture ou de prise en charge, qu'elle peut s'avérer coûteuse et donc accessible pour une partie de la population seulement (c'est notamment le cas aux Pays-Bas et en Espagne) ou que la couverture du régime public est simplement trop faible (comme en Irlande). En mettant au jour le rôle déterminant de l'amplitude et de l'organisation de l'offre obligatoire sur la formation de la demande d'assurance complémentaire, cette comparaison suggère aussi que c'est rarement la recherche d'une plus grande efficacité qui explique son développement. Le marché de la complémentaire, y compris là où il n'apporte que des services « de confort » (comme en Espagne et au Royaume-Uni), propose avant tout une compensation (prospective ou rétrospective) des coûts divers que le régime obligatoire laisse à la charge des individus (Thomson, Sagan et Mossialos, 2020).

Bibliographie

BENOÎT C., DEL SOL M. et MARTIN P. (dir.), 2021, *Private Health Insurance and the European Union*, Londres, Palgrave Macmillan

COSTA-I-FONT J., 2016, « Spain », dans A. SAGAN et S. THOMSON (dir.), *Voluntary Health Insurance in Europe. Country experience*, Observatory Studies Series n° 42, World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies, p. 139-142

BARLET M., GAINI M., GONZALEZ L. et LEGAL R. (dir.), 2019, *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. Édition 2019*, Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

EUROPEAN PARLIAMENT, 2011, *The role of Mutual Societies in the 21st Century*, IP/A/EMPL/ST/2010-004

FOUBISTER T. et RICHARDSON E., 2016, « United Kingdom », dans A. SAGAN et S. THOMSON (dir.), *Voluntary Health Insurance in Europe. Country experience*, Observatory Studies Series n° 42, World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies, p. 157-161

MARTIN P., 2011, « L'assurance privée et la santé en Espagne : pertinence d'une couverture en doublon », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 247-256

THOMSON E., SAGAN A. et MOSSIALOS E. (dir.), 2020, *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*, Cambridge, Cambridge University Press

VINCENT H., 2006, « La mutualité française dans l'Union européenne : nouveau contexte, nouveaux défis », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 300, p. 62-77

Plus d'assurance santé pour moins de protection ?

Le patient face au marché

La maladie est une épreuve physique et mentale. C'est aussi une épreuve financière si les patients doivent payer la facture qui peut atteindre plusieurs milliers d'euros en cas d'hospitalisation. L'assurance santé sert à effacer ou à réduire cette épreuve financière. Elle permet d'accéder aux soins mais aussi de bénéficier des progrès de la médecine. En effet, les découvertes médicales, aussi importantes soient-elles, ne servent à rien si les malades ne peuvent pas se les payer.

En France, il existe deux assurances santé, la Sécurité sociale et les assurances complémentaires que l'on appelle « mutuelles ». Cet ouvrage retrace l'histoire mouvementée de l'articulation entre ces deux assurances dont les objectifs et le fonctionnement sont bien différents. Il analyse la spécificité française en intégrant les problématiques les plus récentes : généralisation de la complémentaire d'entreprise, réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, réseaux de soins, politique du reste à charge (100 % Santé), développement des inégalités, originalité des mutuelles, concentration du secteur de l'assurance, etc. L'ouvrage montre comment le marché de l'assurance complémentaire s'est développé au prix de grandes inégalités et interroge le rôle de l'État dans cette marchandisation. En brossant un panorama complet de l'assurance santé en France, l'ouvrage fournit des clés pour comprendre les débats contemporains autour de la « Grande Sécu ». Il éclaire, dans un langage accessible, les réformes du financement des frais de santé en mettant les premiers concernés, les patients, au centre de l'analyse.

Qu'est-ce que le marché de l'assurance santé fait au patient ? Plus de marché conduit-il à plus de protection pour le patient ? Que reste-t-il de l'identité mutualiste ? La prévention et le bien-être sont-ils les nouveaux moteurs du marché ? Ces questions sont décomposées en différentes problématiques : le patient et sa « mutuelle », le patient et son employeur, le patient et ses contrats d'assurance, le patient et ses remboursements.

Cet ouvrage qui réunit une vingtaine d'auteurs de différentes disciplines – droit, économie, histoire, sociologie, science politique – est le fruit d'un projet de recherche financé par l'Agence nationale de la recherche (projet MaRiSa-Marché du risque santé). Il a été coordonné par Philippe Batifoulier (professeur d'économie à l'Université Sorbonne Paris Nord) et Marion Del Sol (professeur de droit à l'Université de Rennes 1).

ISBN : 978-2-9581843-1-5



UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



anr[®]