



HAL
open science

L'assurance privée et la santé en Espagne : pertinence d'une couverture en doublon

Philippe Martin

► **To cite this version:**

Philippe Martin. L'assurance privée et la santé en Espagne : pertinence d'une couverture en doublon. RDSS. Revue de droit sanitaire et social, 2011, 2, pp.247-256. halshs-00816985

HAL Id: halshs-00816985

<https://shs.hal.science/halshs-00816985>

Submitted on 23 Apr 2013

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.

L'assurance privée et la santé en Espagne. Pertinence d'une couverture « en doublon »

Philippe MARTIN

COMPTRASEC

Université Montesquieu Bordeaux IV

La place qu'occupe l'assurance privée au regard du risque maladie, et surtout le rôle qu'elle y joue dans un pays donné dépendent largement du mode général d'organisation et des caractéristiques du système de santé institué dans le pays. Dans le cas de l'Espagne, l'organisation de l'accès aux soins de santé a connu une transformation profonde au cours des années 1990. Avant 1986, le système espagnol de santé était organisé sur la base d'une assurance maladie. La couverture santé relevait de la Sécurité sociale et bénéficiait aux personnes affiliées selon le modèle bismarckien. Une loi de 1986 a cependant transformé le système pour le faire évoluer vers un modèle de « service national de santé »¹. Rapidement brossées, les caractéristiques du système national de santé espagnol sont les suivantes.

Universalité: chacun a droit aux soins de santé, indépendamment du fait de cotiser ou non à la Sécurité sociale, donc indépendamment de la situation professionnelle et économique des individus². La loi de 1986 affirme que « sont titulaires du droit à la protection de la santé et aux soins de santé tous les espagnols et les étrangers qui ont établi leur résidence sur le territoire national ». Il semble toutefois que, bien que l'accès aux soins ne constitue plus désormais une prestation de sécurité sociale, des interrelations subsistent au plan administratif entre le système de santé et la Sécurité sociale³.

Gratuité: les consultations dans les centres de santé publics sont gratuites. Si le patient nécessite 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, par ordonnance en bonne et due forme ; 40% restent à la charge des patients⁴. Certains médicaments ne sont toutefois pas pris en charge. En ce qui concerne les soins dentaires, ne sont pris en charge que les extractions ; les autres soins dentaires ainsi que les problèmes optiques ne sont pas pris en charge et les patients doivent s'adresser aux praticiens privés⁵.

Un système 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.

¹ La *Ley General de Sanidad*, du 25 avril 1986. V. aussi la *Ley de cohesión y de calidad del Sistema Nacional de Salud*, du 28 mai 2003.

² 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.

³ V. Francisco Sevilla, « La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social », Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Doc. 86/2006.

⁴ C'est le montant du ticket modérateur établi pour les « travailleurs actifs » par le Décret Royal 1065/80 du 31 juillet 1980.

⁵ Sauf lorsque des Communautés autonomes mettent en œuvre des campagnes de soins dentaires en faveur de certaines catégories (les enfants par ex.) ; les soins sont alors pris en charge par le système de santé public. Ces campagnes peuvent être relativement constantes dans le temps.

Un système décentralisé: l'Etat, à travers le système national de santé, garantit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Par effet de la Constitution de 1978, le système est cependant fortement décentralisé. Les compétences et le financement en matière de santé ont été conférés aux Communautés Autonomes. Ce processus s'est déroulé entre 1981 et 2001 et désormais, chacune des 17 Communautés Autonomes est dotée d'un Conseil Sanitaire et d'un Service Régional de Santé (*Consejería de Sanidad y Servicio Regional de Salud*). L'ensemble est régulé au plan national par le Conseil Interterritorial du Système National de Santé qui dépend du Ministère de la santé et de la Consommation. La fonction de cet organe est d'éviter les inégalités entre systèmes sanitaires régionaux⁶.

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 désignées comme « assurances de santé » (*seguros de salud*). Les compagnies d'assurance proposent à leurs assurés l'accès à des services sanitaires privés (hôpitaux privés, médecins, etc.) figurant sur des listes⁷. 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. Comme indiqué par la suite, seuls les fonctionnaires d'Etat ont une possibilité d'*opting out*, c'est-à-dire de choisir une assurance privée en lieu et place de la couverture de la Sécurité sociale⁸. Pour une bonne part, l'assurance santé privée est donc de type « duplicative » et s'offre comme une alternative au système public de santé. Il faut cependant noter que les assurances privées proposent aussi des types de soins et services qui ne sont pas dispensés par le système public : odontologie, ophtalmologie, notamment.

On peut considérer qu'en Espagne, le secteur privé de la santé est bien développé. On estime aujourd'hui que plus de 30% des soins de santé sont délivrés par le secteur privé, ce qui représenterait 2,51% du PIB⁹. Cela ne signifie pas, cependant, que l'assurance santé occupe une place très importante. La part de l'assurance maladie privée dans les dépenses totales de santé y est de 3,9%, alors qu'elle est de 12,7% en France et de 12,6 % en Allemagne¹⁰. Il semble toutefois qu'on assiste à une croissance de l'assurance privée, même si cette évolution a été ralentie par la crise économique qui affecte durement le pays. Il convient d'essayer de comprendre cette dynamique d'expansion de l'assurance privée, même relative, dans un système qui assure un accès gratuit à la santé pour tous. La couverture maladie privée constitue en effet une couverture « en doublon ». On peut supposer qu'elle présente, pour les assurés, l'intérêt d'un meilleur accès à la santé. Quel rôle joue-t-elle, par ailleurs, du point de vue de la régulation des dépenses de santé ? Contribue-t-elle à « soulager » le système public,

⁶ On relèvera qu'en moyenne, seuls 10% des financements proviennent de la fiscalité territoriale. La situation n'est cependant pas homogène et certaines Communautés Autonomes comme la Catalogne développent une politique de santé plus ambitieuse.

⁷ Le concept de *cuadro médico* qui constitue la référence à l'ensemble des professionnels de santé (privés) auxquels l'assuré est censé pouvoir accéder du fait d'avoir souscrit une police d'assurance de soins de santé.

⁸ L'*opting out* est aussi possible pour les avocats. En vertu de la loi du 8 novembre 1995 d'ordonnancement et de supervision des assurances privées, les avocats libéraux ont l'obligation de s'affilier au régime spécial des travailleurs autonomes, mais ils peuvent y substituer une inscription auprès de la Mutuelle Générale des Avocats qui existe depuis 1948 et qui offre, entre autres, des prestations sanitaires privées.

⁹ Estimations de l'Institut pour le Développement et l'Intégration de la Santé (IDIS), accessibles sur son site : <http://www.fundacionidis.com/>

¹⁰ *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Synthèses OCDE nov. 2004). Le total de la population espagnole couverte par l'assurance privée serait de 15% (Cf. Rapport *Private Health Insurance in the European Union* publié par la LSE en juin 2009). On est assez proche des chiffres allemands (18,2%) et au-delà des chiffres du Royaume-Uni (10%). La situation française, avec ses 92% de personnes couvertes par une complémentaire, n'est toutefois pas comparable.

ou bien assume-t-elle une autre fonction ? En tout état de cause, l'assurance maladie privée constitue un marché dont il convient, au préalable, d'étudier la configuration.

1. La configuration du marché de l'assurance de santé en Espagne

A. Les acteurs de la santé privée

1°) Les organismes assureurs

L'assurance de santé en Espagne tire son origine de l'institution des *iguales* qui, au XIX^e siècle, étaient des entités réunissant des professionnels de la santé et qui offraient des soins divers (médicaux, chirurgicaux) moyennant le versement périodique et régulier d'une somme d'argent. Les gens cotisaient donc directement auprès de ce genre d'organisme, sans qu'il n'y ait de contrat d'assurance à proprement parler. A partir du Règlement des Mutuelles de Prévoyance (*Reglamento de Mutualidades de Previsión*) de 1943 et de la première loi sur les assurances privées de 1954, l'activité que réalisaient ces organismes devient cependant une opération d'assurance. La loi a donc instauré la dissociation des fonctions de gestion des ressources économiques d'un côté et de prestation des soins de l'autre.

La législation actuelle est essentiellement contenue dans la loi d'ordonnement et de supervision des assurances privées¹¹, texte refondu en 2004, qui configure l'activité des organismes fournissant l'accès à des soins de santé en tant qu'entreprises d'assurances. La législation impose un régime d'autorisation administrative (art. 5 LOSSP) et précise que les organismes qui entrent dans son champ d'application doivent exclusivement avoir comme objet social la pratique d'opérations d'assurance.

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 mutuelles n'interviennent cependant que pour couvrir la population des fonctionnaires. Il faut savoir que depuis 1963, les fonctionnaires publics d'Etat relèvent d'un régime spécial de Sécurité sociale. Jusqu'en 1975, ils avaient la liberté de s'affilier ou non à une mutuelle pour le risque maladie et l'accès aux soins de santé. Le système était dispersé (65 mutuelles référencées) et une frange des fonctionnaires n'était pas couverte. En 1975, fut créée une mutuelle unique à adhésion obligatoire : MUFACE (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado*) qui est un organisme public qui couvre différents risques, dont le risque sanitaire.

Dans le système actuel, les fonctionnaires ont le choix : soit de s'affilier au système national de santé, soit de s'affilier à l'une des trois mutuelles suivantes : MUFACE, 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 mentionnées¹². Dans tous les cas, la protection de la santé fait partie de la sécurité sociale des fonctionnaires. Ces derniers 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

¹¹ *Ley de Ordenación y Supervisión de los seguros privados (LOSSP).*

¹² Les grandes compagnies d'assurance santé privée (ADESLAS, MAPFRE Caja Salud, ASISA, SANITAS, DVK Seguros) sont présentes sur le marché de la couverture des fonctionnaires, même si cette couverture ne s'avère pas véritablement rentable.

peuvent modifier leur choix. On estime aujourd'hui que 15% des fonctionnaires sont affiliés au système national de santé et 85% à une mutuelle.

2°) Les relations juridiques entre l'assureur, l'assuré et le prestataire de soins : une configuration triangulaire

La relation juridique entre l'organisme assureur, l'assuré et le professionnel de santé prestataire de soins est de type triangulaire. Si, d'un point de vue fonctionnel, il y a interdépendance des relations, il faut néanmoins considérer au plan juridique que ce sont trois contrats distincts. Il n'y a en effet pas de lien entre, d'un côté, la prestation de services de soins de santé et, d'un autre, le financement de ces services : le professionnel de santé ne se fait pas payer par le patient mais par la compagnie d'assurance ; le patient ne verse pas d'honoraires au médecin ou à l'hôpital privé, il paye simplement sa prime à l'organisme assureur¹³.

Le contrat d'assurance de soins de santé conclu entre l'assureur et l'assuré :

L'assuré s'oblige à verser la prime. L'assureur s'engage à mettre à la disposition de l'assuré les moyens d'accéder aux soins de santé nécessaires au traitement ou à la guérison des lésions et maladies couvertes par la police d'assurance.

Le contrat de collaboration conclu entre l'assureur et le professionnel de santé :

Il s'agit en réalité d'un contrat atypique dans l'ordre juridique espagnol. Il ne saurait être assimilé à un contrat de prestation de services usuel, dans la mesure où l'objet de la prestation ne relève pas de la fonction de chaque cocontractant (le professionnel de santé ne réalise pas des prestations de soins en direction de l'organisme assureur qui, de son côté, n'indemnise pas le professionnel de santé en vertu de la réalisation d'un risque couvert). Le professionnel de santé s'engage à réaliser les services de santé exigés par l'assuré, sans que ce dernier n'ait à en assumer le coût, dès lors que ces services sont couverts par la police d'assurance. L'assureur s'engage à rémunérer le professionnel de santé/le centre de soin. Dans la mesure où l'assureur ne s'immisce pas dans l'activité professionnelle du médecin ou de l'hôpital privé, on parle de « collaboration »¹⁴.

Le contrat de prestation de services médicaux ou hospitaliers conclu entre le professionnel de santé et le patient/assuré :

Ce contrat n'est pas écrit. Selon les cas, il est passé entre le médecin figurant sur la liste et le patient/assuré, ou bien entre ce dernier et une clinique désignée par la police d'assurance au sein de laquelle intervient le médecin. Au plan théorique, la doctrine ne semble pas admettre l'existence d'une créance de l'assuré envers le prestataire de soins qui dériverait d'une stipulation pour autrui (l'assureur étant le stipulant et le professionnel de santé le

¹³ Il est bien clair que la prime ne saurait être assimilée à des honoraires. Son montant est fixé par la compagnie d'assurance en fonction de paramètres statistiques et actuariels.

¹⁴ La législation pose comme règle générale que les organismes assureurs ne doivent pas s'immiscer dans les décisions médicales prises par les médecins ou centres de soins sanitaires librement choisis par l'assuré. La dissociation est donc claire, ce qui distingue sur ce point le système espagnol du système américain du « managed care » dans lequel l'assureur s'ingère dans le contrôle des activités des professionnels de santé (cette ingérence a souvent pour fonction de réguler les coûts en évitant notamment la prescription de traitements jugés non nécessaires et coûteux par le médecin traitant mandaté par l'assureur pour exercer le contrôle).

promettant)¹⁵. Néanmoins, dans la pratique et en raison de l'interdépendance fonctionnelle des relations, le médecin ne refusera pas l'accès aux soins à l'assuré. Le médecin consulté par le patient assuré ne reçoit pas d'honoraires de ce dernier. Il facture sa prestation à l'assureur en vertu de la convention d'honoraires passée avec lui.

3°) *La responsabilité des organismes assureurs pour erreurs ou négligences médicales*

Il semble que jurisprudence et doctrine peinent à établir de manière indiscutable un fondement clair pour engager la responsabilité de l'assureur dans des cas d'erreurs ou de négligences médicales dommageables. Au fond, les solutions oscillent entre la responsabilité extra contractuelle de l'article 1903.4 du Code civil espagnol (responsabilité du fait d'autrui) et la responsabilité contractuelle. Sur le terrain de la responsabilité extra contractuelle, la jurisprudence du Tribunal Suprême a connu une évolution. Avant 1999, la responsabilité de l'assureur était engagée s'il existait de fait, entre lui-même et le médecin fautif, une relation de dépendance (par ex. déduite de ce que les moyens techniques étaient mis à la disposition du médecin par la compagnie d'assurance). Depuis 1999¹⁶, la responsabilité de l'assureur est engagée s'il existe entre ce dernier et le médecin un contrat de louage de services¹⁷, même sans relation de dépendance. Cette jurisprudence est critiquée par certains auteurs qui rappellent que l'art. 1903.4 du Code civil espagnol pose expressément comme condition, entre autres, l'existence d'une relation de dépendance et qui font remarquer que dans la réalité, les médecins privés réalisent leurs actes en toute indépendance en fonction de leurs connaissances scientifiques et techniques, sans que la compagnie d'assurance n'interfère sur ce plan là¹⁸.

Sur le terrain de la responsabilité contractuelle, la doctrine émet aussi des doutes quant au bien-fondé des solutions jurisprudentielles consistant à considérer que l'assureur serait débiteur, auprès des assurés, des « services de soins » du fait que les professionnels de santé seraient les « auxiliaires » des organismes assureurs avec lesquels ils ont conclu une convention. Il convient en effet de distinguer d'un côté la relation contractuelle assureur-assuré, qui a un objet propre, et d'un autre côté la relation assuré-professionnel de santé qui a un objet distinct. Dans ce schéma, aussi bien l'assureur de son côté, et le professionnel du sien sont des « débiteurs principaux » vis-à-vis de l'assuré-patient, ce qui fait obstacle à l'application de la responsabilité contractuelle du fait des auxiliaires qui suppose un schéma triangulaire du type : débiteur principal/auxiliaire/créancier.

S'il y a bien « interdépendance fonctionnelle » de contrats connexes, cela ne devrait donc pas impliquer nécessairement que l'assureur endosse la responsabilité contractuelle ou même extra contractuelle pour des fautes commises par les professionnels de santé auprès des assurés. La doctrine juridique espagnole explore néanmoins d'autres voies qui permettraient de fonder plus sûrement la responsabilité de l'assureur du fait du médecin privé. Il s'agit notamment de la théorie du « cocontractant indépendant » agissant pour le compte d'un

¹⁵ M. Martin Casals, « Hacia un replanteamiento del problema: el marco contractual del seguro de asistencia sanitaria », texte présenté au XIII^e Congrès National de Droit Sanitaire (19-21 oct. 2006) à Madrid., consultable à l'adresse <http://www.aeds.org/Congreso13/programa.htm>.

¹⁶ Décision du Tribunal Suprême du 2 novembre.1999 [RJ 1999/7998].

¹⁷ *Contrato de arrendamiento de servicios profesionales*. Contrat civil par lequel une partie s'engage auprès d'une autre à réaliser une prestation indépendamment de son résultat. Ce type de contrat utilisé notamment par les professions libérales peut dans certains cas placer le prestataire dans une situation de dépendance (par ex. la situation du médecin travaillant pour un centre de soins privé), de telle sorte qu'on peut alors envisager éventuellement sa requalification en contrat de travail.

¹⁸ V. M. Martin Casal, précit.

commettant. La responsabilité du commettant (ici la compagnie d'assurance) semblerait pouvoir être engagée sur la base du devoir de celui-ci de choisir des prestataires présentant les compétences professionnelles et techniques nécessaires pour mener à bien leur mission.

B. Les différents types de contrats

1°) L'individuel et le collectif

Les polices d'assurances offertes en Espagne sont principalement individuelles. Il semble toutefois qu'en raison notamment des changements intervenus en matière fiscale, la part de l'assurance volontaire individuelle soit actuellement en régression et celle de la couverture collective d'entreprise en hausse. Ce changement est visible depuis l'année 2003 où la part des couvertures collectives de santé a atteint 20% de l'ensemble des couvertures privées. Certains experts considèrent néanmoins que malgré les avantages fiscaux, la couverture privée n'est pas à la portée de toutes les entreprises et de tous les travailleurs, et que par conséquent, cette expansion devrait connaître rapidement ses limites¹⁹. Pourtant, certaines compagnies (SANITAS) proposent des tarifications allant jusqu'à une baisse de 40% par rapport au montant des primes individuelles et offrent des avantages additionnels (4% de décompte si l'entreprise acquitte les primes à l'année ; 2% si tout le personnel relève de la catégorie administrative). On observe que certaines compagnies ont particulièrement ciblé la couverture collective d'entreprise. L'une des caractéristiques des couvertures collectives, par rapport aux couvertures individuelles, est que la tarification est uniforme, quel que soit l'âge ou le sexe du bénéficiaire.

2°) Types de couvertures offertes

Il existe en pratique trois types de polices d'assurances offertes par les organismes assureurs :

- a) Les polices d'assistance sanitaire ou plus exactement 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. Ces polices d'assurance ne garantissent pas le versement d'un capital (pas de fonction d'indemnisation). Elles peuvent être proposées comme couverture individuelle, familiale ou collective (assurance de groupe). La prime moyenne pour ce type de couverture est de 500 euros/an. Ce type de couverture est le plus courant et représente plus de 80% du marché.
- b) Le remboursement de frais (*pólizas de reembolso*) : ce type de police permet de se faire soigner par le médecin de son choix. L'assuré paye et l'assurance rembourse (la prime moyenne pour ce type de couverture est de 600 euros/an)
- c) 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 servent des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail. La prime de base se situe aux alentours de 150 euros/an.

¹⁹ Père Ibern, Políticas públicas y regulación de los seguros sanitarios, Gaceta Sanitaria v.19 n.1 Barcelona ene.-feb. 2005.

2. La dynamique de l'assurance privée dans la couverture du risque maladie

Confrontés à la maladie, les citoyens espagnols ont un droit d'accès universel et gratuit au système national de santé. Certes, bien avant la mise en place d'un tel système moderne et efficace, les franges aisées de la société espagnole avaient coutume de s'adresser au secteur privé, sans d'ailleurs nécessairement passer par une assurance. Mais on peut aujourd'hui se poser la question de l'intérêt, en Espagne, de souscrire une assurance de santé privée. La question se pose du point de vue des individus, ce qui conduit à se questionner sur les avantages et inconvénients de la couverture privée ; elle se pose aussi du point de vue des pouvoirs publics. Quelles politiques doivent être mises en œuvre au regard de l'assurance privée ? Faut-il encourager son développement ou plutôt observer une neutralité toute pragmatique ?

A. L'intérêt de souscrire une assurance privée

1°) *Un accès aux soins a priori facilité*

a) La liberté de choix

Parmi les avantages qu'offre l'assurance privée par rapport au système de santé public, il y a le fait que les assurés peuvent accéder librement au médecin de leur choix parmi ceux « offerts » par la compagnie privée. En pratique, les assurés se voient communiquer le *cuadro médico* qui constitue la liste des professionnels de santé, avec leurs coordonnées et horaires de consultation, accessibles dans la localité (province). En outre les assurés peuvent directement consulter un spécialiste, alors que dans le système public, il faut d'abord passer par son médecin référent (sauf en cas d'urgences). En principe, l'accès aux services de soins privés est plus rapide. De plus, les assureurs privés offrent la possibilité d'accéder à des services plus confortables: chambres individuelles avec toilettes en hôpital, lit pour les accompagnants. Certaines compagnies permettent aussi d'être hospitalisé dans des cliniques privées aux Etats-Unis en ne payant que 10% du prix de l'hospitalisation. Il n'est d'ailleurs pas rare que la couverture « soins de santé » complète inclue la possibilité de recevoir des soins à l'étranger.

b) Une large palette de soins

Le panier de soin n'est pas déterminé par une quelconque réglementation étatique. Il est librement déterminé par contrat. La plupart des contrats d'assurance offrent :

- La médecine générale
- Les urgences
- Les spécialités médicales y compris le buccodentaire (noter que pour toutes les compagnies d'assurance, la couverture des soins dentaires fait l'objet d'un contrat à part)
- La chirurgie
- Les accouchements
- La médecine préventive
- Les analyses
- L'hospitalisation
- Traitements spéciaux

- Autres (ambulances, podologie, préparation à l'accouchement, soins liés à la grossesse)

La gynécologie, la pédiatrie et la traumatologie sont les spécialités les plus demandées par les usagers de la santé privée.

2°) *L'envers du décor : sélection des risques, limitations et exclusions contractuelles*

Sélection des risques : la législation espagnole ne semble guère contraindre les offreurs privés qui peuvent largement la pratiquer. Les clients sont systématiquement soumis à un examen médical exhaustif avant la souscription du contrat. L'assureur peut refuser de contracter s'il a le moindre doute sur les possibles complications médicales susceptibles de survenir dans un futur proche. Les tarifications varient aussi, notamment en fonction de l'âge du preneur d'assurance²⁰.

Périodes de carence : là encore, il n'y a pas de réglementation particulière et c'est l'examen des polices d'assurance types qui permet de connaître la pratique en la matière. Certaines couvertures ne deviennent effectives qu'après écoulement d'un délai pendant lequel le client aura démontré qu'il n'est pas « problématique » pour l'assureur. Ces périodes de carence sont conçues afin d'exclure autant que possible de la couverture des maladies préexistantes. Quelques exemples : L'assurance DKV prévoit 6 mois de carence pour les interventions chirurgicales, 10 mois pour des soins liés à l'accouchement, 12 mois pour des transplantations. L'assurance SANITAS : 6 mois pour une ligature des trompes, une vasectomie ou un traitement psychiatrique ; 10 mois pour des soins liés à l'accouchement. L'assurance ADESLAS : 6 mois pour certaines interventions chirurgicales, pour certaines hospitalisations, pour des frais de prothèse, ligature des trompes et vasectomie, thérapies au laser, chimiothérapies et radiothérapie oncologique, dialyse ; 10 mois pour les soins liés à l'accouchement. L'assurance IMQ : 6 mois pour certaines techniques spéciales de diagnostic, odontologie, hospitalisation, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie, soins intensifs en unité de cardiologie, électrothérapie, radiothérapie, chimiothérapie à domicile ou ambulatoire ; 10 mois pour soins liés à la grossesse et à l'accouchement ; 12 mois pour des soins liés à des pathologies rénales ; 18 mois pour une transplantation de cornée.

Ces délais de carence ne s'imposent pas, cependant, en cas d'urgence vitale.

Exclusions contractuelles : parmi les exclusions les plus fréquemment incluses dans les polices d'assurances santé, on trouve :

- le sida
- la dépendance à une drogue
- l'alcoolisme
- les traitements contre la stérilité
- l'interruption volontaire de grossesse
- les dommages causés par des tentatives de suicide
- la chirurgie esthétique

²⁰ Les organismes de défense des consommateurs estiment que les primes d'assurance santé augmentent de 75% à 100% pour les assurés à partir de 65 ans (Cf. Eroski Consumer, en ligne sur <http://revista.consumer.es/web/es/20050901/actualidad/informe1>).

Limitations de couverture : elles varient beaucoup d'une assurance à une autre. Par exemple, ADESLAS établit une limite de 4 consultations en podologie par an, tandis que IMQ (Igualatorio Médico Quirúrgico) les limite à 2 ; DKV fixe à 60 jours par an les soins délivrés à l'étranger, de même que l'hospitalisation en psychiatrie (pour ce type de prestation, la limite chez ADESLAS est de 50 jours et celle de IMQ est de 30 jours/an) ; IMQ limite aussi à 30 jours l'hospitalisation en unité de néo natalité, l'hospitalisation sans intervention chirurgicale, la pédiatrie, et à 7 jours l'admission en soins cardiologiques et intensifs.

De plus, l'examen détaillé des polices d'assurances privées met en évidence certaines limitations, notamment en ce qui concerne le traitement du cancer. Dans de nombreux cas, les polices ne couvrent pas les traitements oncologiques les plus récents, approuvés par les pouvoirs publics, mais dont le coût est élevé. Ou bien les polices annoncent qu'elles garantissent les soins oncologiques, mais indiquent, souvent en petits caractères, que la couverture n'inclut pas les soins ambulatoires en la matière. Le problème est que ce type de soins implique généralement le recours à des médicaments très onéreux (pour limiter les effets nauséux du traitement ou éviter la baisse des défenses immunitaires occasionnée par la chimiothérapie). Ou bien encore elles couvrent la chimiothérapie mais pas les médicaments pour les effets secondaires.

B. L'assurance privée et les politiques de santé

1°) Une politique fiscale hésitante

Un mécanisme de déductibilité fiscale (15%) du montant des primes acquittées a joué jusqu'en 1997, dans le cadre de l'impôt sur le revenu. A ce mécanisme a été substitué un système de déductibilité portant sur l'impôt payé par les entreprises²¹. Ce système profite aux couvertures collectives, au détriment des couvertures volontaires individuelles. Les employeurs obtiennent des avantages, mais leurs salariés aussi car les primes versées dans des contrats de santé collectifs ne sont pas considérées comme des éléments de rémunération et sont exonérées de l'impôt sur les revenus dans la limite de 500 euros par an pour chaque membre de la famille inclus dans la police d'assurance.

Aujourd'hui, il n'existe pas d'exemption fiscale particulière pour les assurances maladie privées individuelles et le recours à la médecine privée. Les professionnels font cependant pression sur les pouvoirs publics pour obtenir un régime fiscal favorable. Les acteurs de la santé privée ont créé une plateforme dont l'objectif est de valoriser l'apport de la santé privée au Système National de Santé. Cette plateforme regroupe les assureurs Asisa, Adeslas, Sanitas, Mapfre, DKV et Aresa-Mutua Madrileña, ainsi que les groupes hospitaliers Quirón, Hospital de Madrid, Hospiten, Capio, Aces et USP. Ces acteurs ont constitué l'Institut pour le Développement et l'Intégration de la Santé (IDIS) qui entend œuvrer en relation avec les administrations publiques. L'IDIS critique le fait que les personnes qui contractent une assurance privée paye deux fois pour le système de santé. Il demande aux pouvoirs publics de réinstaurer un régime d'exonération fiscale pour les polices d'assurance santé, comme avant 1997, et que la Sécurité sociale prenne en charge un pourcentage du prix des médicaments prescrits par les médecins privés. L'exemple pourrait bien venir des Communautés Autonomes si on en croit les annonces faites, au tout début de l'année 2011, par les autorités catalanes en faveur d'un dégrèvement fiscal (sur la portion de l'impôt acquitté à la Communauté Autonome), au profit des personnes souscrivant une assurance santé privée.

²¹ Peuvent donc bénéficier du dégrèvement fiscal les travailleurs autonomes.

2°) *La question du transfert des dépenses*

On considère, en général, que le rôle que peuvent jouer les assurances privées dans la régulation des dépenses de santé dépend de plusieurs facteurs. Pour qu'il y ait véritablement transfert des coûts (du public vers le privé), il faut que les affiliés aux systèmes privés renoncent à utiliser le système de santé public pour se tourner les services offerts par les assurances privées. Les réglementations portant sur l'assurance privée ainsi que les orientations de la fiscalité ont un impact certain²².

Dans quelle mesure observe-t-on un phénomène de transfert du public vers le privé en matière de santé en Espagne ? Comme il l'a été dit, plus de 30% des soins de santé sont aujourd'hui délivrés par le secteur privé qui offre l'accès à 491 hôpitaux pour environ 56 000 lits. 32% des hospitalisations se feraient dans le secteur privé qui accueillerait aussi 25% des urgences. 40% des interventions chirurgicales se font dans des hôpitaux privés et 15% des consultations médicales se réalisent dans le secteur privé²³. La thèse du transfert semble cependant faire aujourd'hui polémique en Espagne. Les assureurs privés estiment que, du fait qu'ils contribuent à diminuer les files d'attente dans le service de santé public, ils permettent d'atténuer le déficit des comptes publics. Par conséquent, ils réclament des exonérations fiscales sur les primes payées par les assurés qui ont contracté des polices d'assurance santé. Certains se demandent toutefois dans quelle mesure le système privé décongestionne et allège véritablement le système public. Plutôt qu'un système de vases communicants, on observerait un phénomène de segmentation : pour les problèmes graves (et coûteux) de santé, les gens s'adressent au système public souvent seul à même de les prendre véritablement en charge. C'est notamment l'avis du sociologue de l'Institut d'Etudes Sociales Avancées (IESA-CSIC), Rafael Serrano, avis partagé par le porte-parole de la Fédération des Associations pour la Défense de la Santé Publique, Marciano Sánchez. D'un autre côté, selon les calculs de l'IDIS qui défend la complémentarité de la santé publique et de la santé privée, l'Etat réaliserait une économie de 1 400 euros par an pour chaque personne qui paye une police d'assurance privée. Néanmoins, pour le Centre de Recherches en Economie de la Santé (CRES), il n'est pas scientifiquement démontré que le patient qui se tourne vers le secteur privé se détourne en même temps du secteur public. Il se pourrait qu'il y ait augmentation globale de la consommation médicale. Le débat est en réalité fortement politisé.

La question de savoir s'il est pertinent de développer une assurance privée de type « duplicative » est l'objet de débats en Espagne. Les partisans de l'assurance privée mettent en avant le fait que les délais d'accès au système public sont, en général, trop longs. Ceux du système public rappellent que pour des affections nécessitant des traitements longs et coûteux (type cancer), le système privé est inopérant et que, globalement, les hôpitaux publics sont mieux équipés et permettent de faire face à tous problèmes de santé sans exclusive. Du point de vue des pouvoirs publics, l'attitude semble cependant assez pragmatique. On table sur des synergies entre service public et prestataires privés, sans que se dessine nettement une politique. Du point de vue comparatif, il est clair que l'assurance privée espagnole n'est pas la complémentaire « à la française » et les articulations avec le système public sont bien différentes²⁴. En Espagne, l'assurance santé constitue un bien de consommation assez

²² Cf. L'Assurance maladie dans l'OCDE, Entretien avec Francesca Colombo, Diplomatie, affaires stratégiques et cultures internationales, sept. 2007.

²³ Chiffres IDIS, 2010.

²⁴ Il n'y a pas en Espagne d'équivalent des lois Evin et Veil sur la protection sociale complémentaire.

banalisé, ce qui explique la fonction régulatrice particulière que sont amenés à jouer les organismes de défense des consommateurs²⁵.

²⁵ Par ex. *Eroski Consumer* dont une partie des activités est consacrée à l'analyse critique des polices d'assurance de santé.