

Dans l'ensemble des pays européens étudiés (France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne et Royaume-Uni), une couverture maladie de base obligatoire a été instaurée par les pouvoirs publics. En France et en Allemagne, cette couverture repose sur un système d'assurance maladie gérée par des caisses de Sécurité sociale. Aux Pays-Bas ou en Suisse, cette gestion a été confiée à des assureurs privés mis en concurrence réglementée, tandis que le Royaume-Uni et l'Espagne se caractérisent par des systèmes nationaux de santé. Dans ces six pays, les assureurs privés proposent aussi des assurances facultatives, qui se structurent en fonction des couvertures de base et les complètent.

Des systèmes d'assurance privée variés en Europe

Dans tous les pays d'Europe, les assureurs privés participent au financement des dépenses de santé. Leur place dépend non seulement du niveau de la prise en charge publique mais également de l'organisation du système. Les résultats présentés ici portent sur six pays européens : la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Suisse, l'Espagne et le Royaume-Uni (Lafon et Montaut, 2017). Ils permettent d'appréhender la variété des systèmes existant en Europe. Dans ces pays, les organismes privés proposent une offre d'assurance maladie facultative qui vient améliorer la couverture de base instaurée par les pouvoirs publics. En Suisse, aux Pays-Bas et, dans une moindre mesure, en Allemagne, les assureurs privés, mis en concurrence, peuvent aussi gérer cette couverture de base.

Trois types de couverture de base en Europe

En Espagne et au Royaume-Uni (mais aussi en Italie, au Danemark, en Irlande, en Norvège et au Portugal notamment), l'État assure un service national de santé. Dans ces systèmes, tous les résidents peuvent recevoir des soins gratuitement à condition de respecter un parcours encadré, souvent lié à leur lieu de résidence. Une offre de soins privée peut se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours doivent en prendre entièrement les coûts à leur charge.

En France et en Allemagne (et aussi en Grèce, au Luxembourg, en Pologne, en Autriche et en Belgique), l'assurance maladie obligatoire est

publique. Les prestations maladie de base sont versées par des caisses de Sécurité sociale aux assurés et à leurs ayants droit en contrepartie de cotisations sociales assises sur les revenus. Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit tarif de référence. Concernant l'offre de soins, la médecine y est majoritairement libérale même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics. Les assurés ont la liberté de choix de leur praticien et de leur établissement de santé. En outre, l'État finance directement *via* des dispositifs *ad hoc* les dépenses de santé pour les personnes les plus modestes, de manière à garantir l'universalité de la couverture.

Enfin, certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents mais en ont confié la gestion aux assureurs privés mis en concurrence. L'État intervient toutefois fortement pour pallier les défaillances du marché et garantir un haut niveau de solidarité. Il définit le panier de soins de base minimal. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. De plus, un fonds de péréquation des risques prélève une partie des primes d'assurances et les redistribue aux assureurs

en fonction du nombre de « mauvais risques » qu'ils ont dans leur portefeuille, c'est-à-dire du nombre d'assurés présentant un risque d'avoir des dépenses de santé plus élevées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes. Aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée au revenu du salarié. En Suisse, les primes ne sont pas liées au revenu mais peuvent dépendre de l'âge. Toutefois, il n'est permis de distinguer que trois classes d'âges (moins de 18 ans, 18-24 ans et 25 ans ou plus) afin de mutualiser les risques entre assurés d'âges différents.

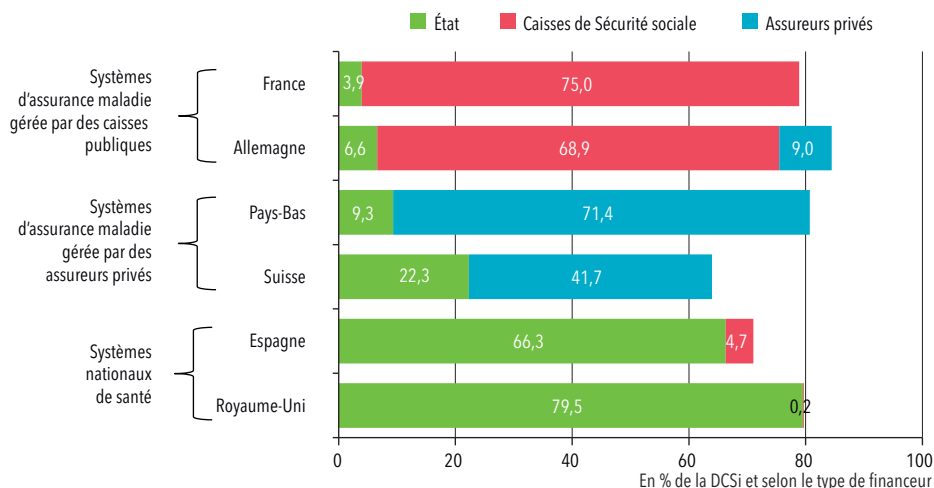
Cette typologie des systèmes de couverture santé de base reste toutefois assez théorique. Dans la pratique, la plupart des pays se caractérisent par un brassage des systèmes de base. En Allemagne par exemple, les caisses d'assurance maladie se font concurrence et un fonds de péréquation des risques a été instauré. De plus, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les salariés les plus aisés peuvent sortir de l'assurance maladie publique et s'assurer auprès d'un organisme privé. En 2015, 11 % des Allemands ont choisi cette couverture de base privée, qui prend en charge au total 9 % des

dépenses de santé allemandes (*graphique 1*). Cette couverture est proche conceptuellement de celles qui prévalent en Suisse et aux Pays-Bas. Aux Pays-Bas, en 2006, une réforme a mis fin à la coexistence des régimes public et privé pour l'assurance maladie de base. Les caisses de Sécurité sociale ont basculé sous droit privé, avec les assureurs, et la gestion de l'assurance maladie a été confiée à l'ensemble de ces acteurs, mis en concurrence. Seul le Royaume-Uni semble correspondre au modèle « type » de système national de santé.

Une assurance santé privée facultative qui se structure en marge de la couverture de base

Dans ces six pays, les assureurs privés proposent aussi une assurance facultative. Elle se structure et se positionne en fonction des contours de la couverture santé de base. Dans les pays où la couverture de base est assurantielle, des copaiements sont en effet laissés à la charge des assurés, afin de les faire participer au coût des soins. Dans les systèmes nationaux de santé, les assurés peuvent ne pas être satisfaits des restrictions géographiques qui leur sont imposées pour le choix du professionnel de santé et donc opter pour

Graphique 1 Part de la dépense de soins prise en charge par la couverture obligatoire de base en 2015 dans six pays européens



Note > En Allemagne, l'assurance de base peut être souscrite auprès des caisses publiques mais aussi, pour certaines populations particulières (fonctionnaires, indépendants, personnes aux revenus élevés), auprès d'assureurs privés. La part de la couverture de base obligatoire financée par des assureurs privés doit ici être considérée comme une approximation, réalisée en se fondant sur une clé de répartition issue d'une autre publication (Busse et Blüme, 2014).

Lecture > En Espagne, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2015 est financée à 66 % par l'État.

Source > System of Health Accounts (SHA), OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

une offre de soins privée. Enfin, dans tous les pays, certains soins, considérés comme moins prioritaires ou à la périphérie du système de soins, peuvent ne pas être pris en charge par la couverture de base. D'après la terminologie de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une assurance facultative privée est qualifiée de « complémentaire » lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les copaiements laissés à la charge des assurés. Elle est dite « supplémentaire » lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base (souvent l'optique et le dentaire) [tableau 1]. Enfin, elle est dénommée assurance « duplicative » lorsqu'elle prend en charge des soins reçus dans le privé, qui correspondent au souhait de l'assuré d'avoir le choix de son professionnel de santé, d'éviter les files d'attente ou d'obtenir une meilleure qualité de soins.

En France, l'assurance maladie privée facultative est principalement complémentaire. Elle intervient sur l'ensemble du panier de base, puisque pour chaque soin un copaiement est laissé à la charge de l'assuré. Toutefois, elle peut aussi intervenir de manière marginale à titre supplémentaire, pour les prestations de confort à l'hôpital (chambres particulières, location de télévision, etc.) ou des prestations à la périphérie du système de soins (ostéopathe, vaccins internationaux, etc.). En Allemagne également, les assurances facultatives interviennent d'abord à titre complémentaire en raison des tickets modérateurs sur les soins dentaires et hospitaliers, mais aussi à titre supplémentaire pour prendre en charge l'optique et certaines prestations de médecine alternative. Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances privées facultatives ont interdiction de prendre en

Tableau 1 Fonctions de l'assurance privée facultative selon les pays

	Fonction principale		Fonctions secondaires			
	France	Allemagne	Suisse	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
L'assurance complémentaire	Tickets modérateurs et dépassements d'honoraires	Tickets modérateurs pour les prothèses dentaires et soins hospitaliers notamment				Participation aux frais de soins dentaires
L'assurance supplémentaire	Suppléments pour confort à l'hôpital et médecines alternatives	Optique et médecines alternatives	Suppléments pour confort à l'hôpital, soins et prothèses dentaires, optique et certains médicaments	Soins dentaires, prothèses dentaires et optique pour les adultes, certains soins de kinésithérapie	Optique et dentaire	
L'assurance duplicative			Prise en charge hors de son canton de résidence		Prise en charge plus rapide, meilleur confort, choix du médecin opérant	Prise en charge plus rapide, meilleur confort

Note > Le confort à l'hôpital consiste par exemple en une chambre particulière, un lit pour un accompagnant, etc. Les soins d'ostéopathie, du psychologue, etc., relèvent des médecines alternatives.

Lecture > Pour la France, l'assurance privée facultative a une fonction complémentaire et une fonction supplémentaire. La fonction d'assurance complémentaire prend en charge les dépassements d'honoraires et les tickets modérateurs. La fonction d'assurance supplémentaire prend en charge les suppléments pour confort à l'hôpital et les médecines alternatives.

Champ > OCDE, enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé, Health in Transition, CLEISS.

Source > Enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé (OCDE), Health System Review (OMS).

charge les franchises et autres copaiements imposés par la couverture de base, qui ont été instaurés par les pouvoirs publics pour responsabiliser les assurés quant à leur consommation de soins. Les assurances facultatives privées interviennent donc à titre supplémentaire, c'est-à-dire pour couvrir les soins hors du panier de base. Enfin, en Espagne et au Royaume-Uni, l'assurance privée est à dominante « duplicative » c'est-à-dire qu'elle permet principalement de couvrir les dépenses de santé engagées auprès des fournisseurs de soins privés. Elle peut aussi intervenir de façon plus marginale à titre supplémentaire pour l'optique et certains soins dentaires notamment.

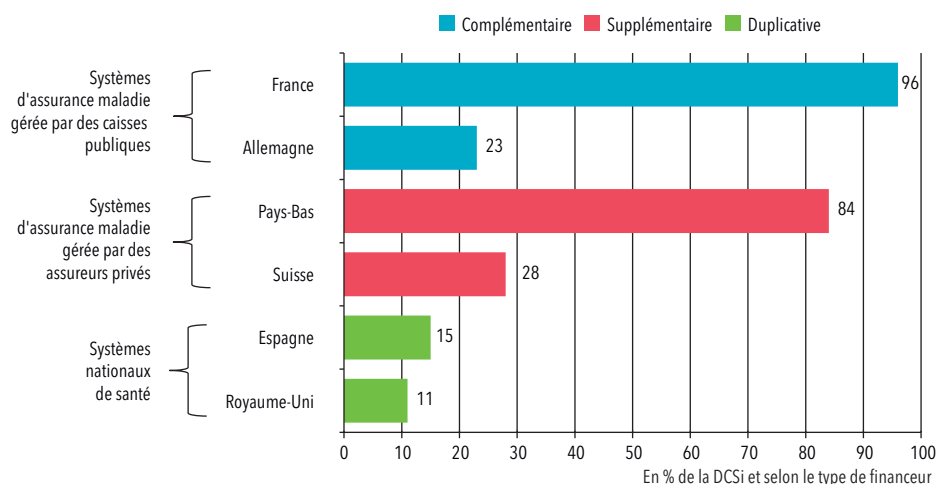
Des assurances facultatives très répandues en France et aux Pays-Bas

Les assurances privées à dominante complémentaire peuvent être très répandues, comme en France (96 % de la population française couverte) [graphique 2],

ou bien moins, comme en Allemagne (23 %). De même, les assurances facultatives à dominante supplémentaire sont très répandues aux Pays-Bas, alors qu'elles sont peu fréquentes en Suisse (84 % contre 28 %). En revanche, les assurances duplicatives semblent de fait réservées à une plus petite fraction de la population, puisqu'elles couvrent 15 % des Espagnols et 11 % des Britanniques. En effet, dans ces deux pays, les assurances duplicatives coûtent cher, car les assurés doivent en acquitter les cotisations tout en finançant par leurs impôts le système public, même s'ils ne l'utilisent pas.

Parmi les six pays considérés, c'est en France que l'assurance privée occupe la place la plus importante. Elle prend en charge 14,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [graphique 3 et encadré 1]. Cette assurance est très répandue et prend en charge des montants assez élevés (environ 460 euros en moyenne en 2015 par personne couverte) puisqu'elle intervient

Graphique 2 Part de la population couverte par une assurance santé privée facultative en 2015, selon la fonction principale de cette assurance dans six pays européens



Note > Les types d'assurance considérés ici pour les classifications par couleur sont les types dominants de chacun des pays. Par exemple, la France est caractérisée par sa couverture à dominante complémentaire, la fonction supplémentaire n'y étant que marginale. En outre, pour la Suisse, le chiffre de 28 % de personnes couvertes ne se rapporte qu'aux personnes couvertes par une couverture supplémentaire hospitalière (prise en charge des suppléments pour chambres particulières et de frais pour soins effectués par le chef de service). D'autres sources de données plus anciennes (antérieures à 2012) évaluaient la proportion de personnes couvertes à 80 % ou 90 % dans ce pays. Toutefois, une réforme intervenue en 2012 (possibilité pour l'assuré de se faire hospitaliser partout en Suisse) a diminué le champ d'intervention des assurances facultatives privées.

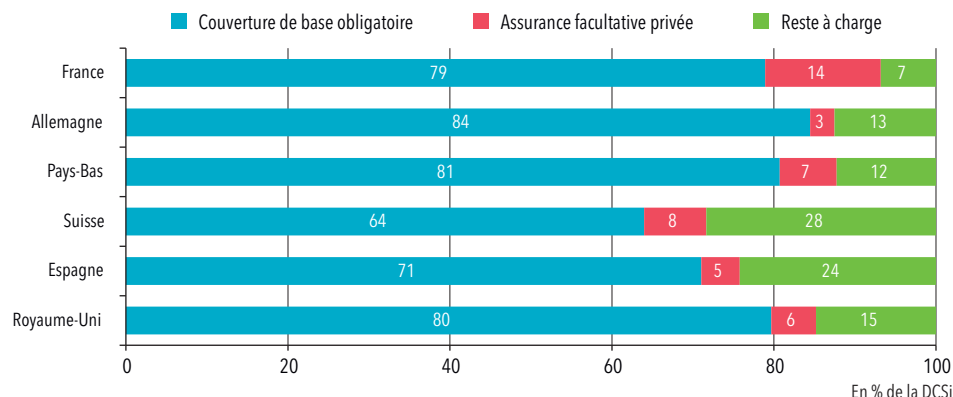
Lecture > En France, 96 % de la population est couverte par une assurance santé privée, dont la fonction dominante est de type complémentaire.

Source > OCDE, Panorama de la santé 2017, calculs DREES.

sur l'ensemble du panier de soins. En Allemagne, l'assurance facultative privée complémentaire ne prend en charge que 3 % de la dépense totale de santé puisqu'elle ne couvre qu'un quart de la population et pour des montants de prestations avoisinant 250 euros par an et par personne couverte. Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances facultatives privées prennent en charge respectivement 7 % et 7,7 % de la DCSi. Aux Pays-Bas, elles sont très répandues et versent environ 300 euros de prestations par an et par personne couverte, principalement en dentaire et en optique (*graphique 4*). En Suisse, les assurances « supplémentaires » sont plus rares,

mais prennent en charge environ 1 360 euros par an et par personne couverte. Deux raisons principales expliquent ce constat : d'une part, les soins médicaux y sont chers et, d'autre part, elles ont souvent été souscrites pour des soins coûteux, à l'hôpital notamment (chirurgie réalisée par le chef de service, etc.). Enfin, en Espagne et au Royaume-Uni, les assurances de type « duplicatif » ne sont contractées que par une petite part de la population mais prennent en charge des montants plutôt élevés (respectivement 620 euros et 760 euros par an et par personne couverte), car elles interviennent sur tous les soins, notamment les plus coûteux et les

Graphique 3 Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs en 2015 dans six pays européens



Lecture > Pour la France, 79 % de la dépense courante de santé est prise en charge par la couverture de base obligatoire, en 2015, 14 % par les assurances facultatives privées et 7 % de la dépense restent à la charge des ménages.

Source > System of Health Accounts (SHA) ; OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

Encadré 1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) propose un agrégat nommé dépense courante de santé au sens international (DCSi) [Befy et al., 2017], renseigné selon des critères homogénéisés entre pays. La DCSi se définit par l'ensemble des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, ainsi que par les prestations délivrées en établissements médico-sociaux (soins de longue durée), les coûts de gestion du système de santé, la prévention et enfin les autres dépenses et subventions. La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) regroupe la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ainsi que les soins de longue durée (soins aux personnes âgées en établissements (y compris USLD), soins aux personnes handicapées en établissements, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins, nettes des remises conventionnelles, la prévention individuelle et collective, hors prévention environnementale et alimentaire et les coûts de gestion du système de santé (hors frais de gestion des indemnités journalières)

plus courants (hôpitaux, médecins, etc.). Ainsi, elles financent respectivement 4,7 % et 5,5 % de la DCSi.

Un reste à charge des ménages plus faible en France

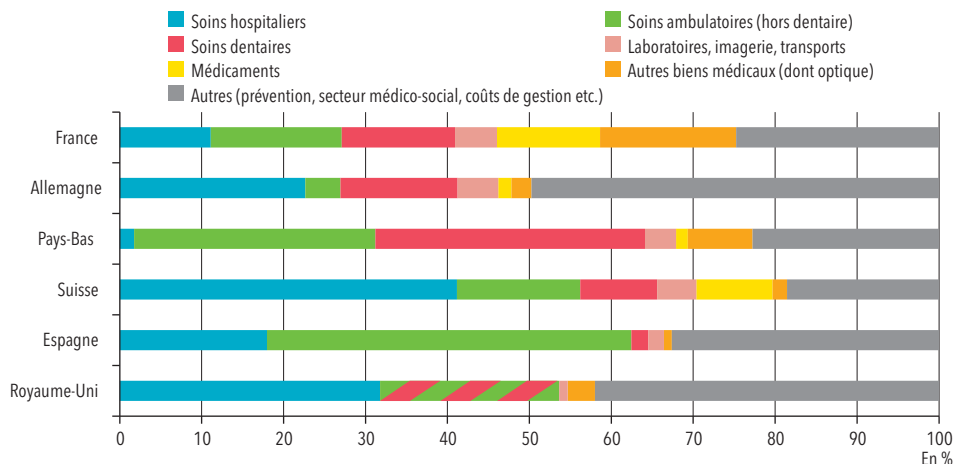
Le reste à charge représente les paiements directs que les ménages doivent acquitter après intervention de la couverture de base et d'une éventuelle assurance santé privée facultative. Parmi les six pays considérés ici, la France est le pays dont le reste à charge est le plus faible puisqu'il s'élève à 6,8 % de la DCSi. En effet, la France bénéficie d'une couverture de base étendue à laquelle vient s'ajouter un deuxième niveau de mutualisation élevé *via* les assurances privées facultatives. Le reste à charge est plus élevé aux Pays-Bas (12,3 %). L'assurance facultative privée y est certes très répandue, mais il existe aux Pays-Bas une franchise globale obligatoire de 385 euros minimum par adulte. Les assurés paient eux-mêmes leurs dépenses de santé en dessous de ce montant de franchise et l'assurance intervient lorsque celle-ci est dépassée. Le reste à charge atteint 12,5 % en Allemagne et 14,8 % au Royaume-Uni. Ces pays se caractérisent par une couverture de base étendue (prenant en charge au

moins 85 % des dépenses de santé) et par une place plus marginale de l'assurance facultative privée. Les restes à charge sont nettement plus élevés en Espagne et en Suisse : respectivement 24,2 % et 28,3 % de la DCSi. Ces pays se caractérisent tout d'abord par des paniers de soins plus restreints, ne prenant en charge ni l'optique ni les soins dentaires notamment. En Suisse, la franchise de 280 euros ainsi que le copaiement de 10 % applicable à l'ensemble des soins et biens médicaux se traduisent directement par un reste à charge pour les assurés, puisque les assurances privées facultatives ont l'interdiction de les couvrir. En Espagne, le reste à charge a augmenté depuis la crise financière de 2009 du fait de mesures de restriction budgétaire, alors qu'il avait plutôt eu tendance à diminuer au cours de la décennie précédente.

En France, un marché de l'assurance santé privée comportant de nombreux acteurs et fortement réglementé

En France, environ 500 organismes exercent sur le marché de la complémentaire santé en 2016 (Fonds CMU) [fiches 06 et 07]. Les 10 plus grands organismes d'assurances ne représentent que 35 % du marché

Graphique 4 Répartition de la dépense courante de santé prise en charge par les assurances privées facultatives par type de soins en 2015



Note > Pour le Royaume-Uni, soins dentaires et ambulatoires ne peuvent être distingués. Autres : prévention, médico-social, coûts de gestion, etc.

Lecture > En France, les soins hospitaliers représentent 11 % des prestations versées par les assurances facultatives privées en 2015.

Source > System of Health Accounts (SHA), OCDE-Eurostat-OMS, calculs DREES.

français en matière de cotisations collectées. Dans les autres pays, le marché de l'assurance santé est bien plus concentré, avec 30 organismes environ qui exercent aux Pays-Bas ainsi qu'au Royaume Uni et jusqu'à 120 organismes en Suisse. De plus, les « top 10 » concentrent de 65 % des parts de marché en Suisse à près de 100 % aux Pays-Bas.

Les contrats collectifs sont obligatoires dans les entreprises françaises depuis le 1^{er} janvier 2016. Ils représentent 46 % des cotisations collectées en France en 2016. Dans les autres pays, les contrats collectifs peuvent aussi être des outils de rémunération et de motivation des salariés, mais ils ne sont pas obligatoires dans les entreprises. Ils sont toutefois très répandus aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

La France se distingue enfin par la réglementation à laquelle sont soumis les assureurs privés. Lorsque les assureurs gèrent l'assurance maladie de base, aux Pays-Bas et en Suisse, cette activité est très fortement réglementée par les pouvoirs publics (souscription obligatoire, sélection des risques interdite, fonds de péréquation, panier de soins minimal imposé, contraintes dans la fixation des primes). En revanche, dans tous les pays à l'exception de la France, l'activité d'assurance facultative privée est très peu contrainte. La souscription est facultative. Les assureurs peuvent

refuser de couvrir quelqu'un pour raison de santé et définissent librement le panier de soins et les montants des primes d'assurance.

Du point de vue de la réglementation, la complémentaire santé en France est dans une situation intermédiaire. En effet, elle est obligatoire dans les entreprises depuis le 1^{er} janvier 2016, même si cette obligation ne s'applique pas à l'ensemble de la population française. De plus, l'État encourage fiscalement cette couverture, qui permet de limiter le renoncement aux soins, et gère des dispositifs d'aide à l'acquisition pour les plus modestes (CMU-C et ACS, voir fiches 16 et 17), ces dispositifs étant financés à l'aide d'une taxe prélevée sur les complémentaires santé privées. L'État impose un panier de soins minimal, encadre le recours à un questionnaire médical à la souscription et la modulation des tarifs en fonction des dépenses de santé observées. Ces contraintes dans la réglementation française (contrats « solidaires et responsables ») [voir annexe 1] sont en partie communes à l'assurance de base aux Pays-Bas et en Suisse. Toutefois, les assureurs peuvent librement établir leurs tarifs en fonction de l'âge des assurés (voir fiche 10). Cela segmente le marché et peut finalement induire une importante autosélection par les assurés, comme dans les assurances facultatives privées des autres pays. ■

Pour en savoir plus

- > **Beffy, M., Roussel, R., Héam, J-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Busse, R., Blüme, I M.** (2014). Germany, Health system review, Health systems in transition (16)2. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S. et al.** (2010). France, Health system review. Health systems in transition (12)6. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Cylus, J., Richardson, E., Findley, L. et al.** (2015). United Kingdom, Health system review, Health systems in transition (17)5. World Health Organization (OMS) European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I. et al.** (2015). Switzerland, Health system review, Health systems in transition (17)4. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Garcia-Armesto, S., Abadia-Taira, MB., Duran, A. et al.** (2010). Spain, Health system review, Health systems in transition (12)4. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M. et al.** (2016). Netherlands, Health system review, Health systems in transition (18)2. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **OCDE** (2017). *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de la santé*. Paris, France : éditions OCDE.