

SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens

La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas,
le Royaume-Uni et la Suisse

Juin 2017 /// N° 19

> *Audrey Lafon et Alexis Montaut*

Introduction.....	3
La couverture maladie dans six pays européens.....	4
Les caractéristiques des marchés de l'assurance maladie privée.....	20
Bibliographie.....	29

La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens

La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse

Audrey Lafon et Alexis Montaut

Introduction

Le financement des soins de santé, à savoir la prise en charge des frais médicaux dont les frais d'hospitalisation, les consultations de médecins, les médicaments..., combine dans la plupart des pays européens une prise en charge publique, une prise en charge par une assurance maladie privée et enfin des paiements directs laissés à la charge des patients. Ce dossier décrit la place de l'assurance maladie privée en Europe en illustrant les différents systèmes existant dans six pays : la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse. Ce panel de pays a l'avantage d'offrir une vision large de la diversité des couvertures santé en Europe ; il permet une mise en perspective du système français en regard de ceux de ses voisins européens.

La place de l'assurance maladie privée dépend de plusieurs facteurs : le niveau de la prise en charge publique et les caractéristiques de l'organisation de ce système de prise en charge. Il peut s'agir soit d'un système national de santé étatisé (où les résidents peuvent recevoir des soins gratuitement auprès de professionnels ou de structures publiques, comme au Royaume-Uni ou en Espagne) soit d'un système d'assurance maladie (où les soins sont dispensés par des professionnels de santé libéraux payés à l'acte, comme en France, en Allemagne, en Suisse ou aux Pays-Bas).

Cette étude rappelle d'abord le rôle des assureurs privés dans le financement des soins de santé, lorsqu'ils gèrent la couverture de base ou lorsqu'ils proposent une offre facultative en marge de cette couverture. Ensuite, sont présentés les marchés de l'assurance maladie privée et leurs principales caractéristiques : le nombre d'organismes d'assurance exerçant dans chaque pays, leur nature juridique (à but lucratif ou non), la réglementation à laquelle ils sont soumis, certaines caractéristiques de leur offre de contrats...

La couverture maladie dans six pays européens

Trois schémas théoriques types pour les systèmes de couverture maladie de base en Europe

En Espagne et au Royaume-Uni (mais aussi dans d'autres pays non étudiés ici comme l'Italie, le Danemark, l'Irlande, la Norvège ou le Portugal), l'État assure un service national de santé. Dans ces systèmes dits « *beveridgiens* », tous les résidents peuvent recevoir des soins gratuitement dans des hôpitaux publics ou auprès de praticiens qui sont souvent des fonctionnaires rémunérés par l'État. Se voir dispenser ces soins gratuitement suppose généralement le respect d'un parcours encadré, parfois lié à la zone géographique : les patients passent le plus souvent par leur médecin généraliste qui les oriente ensuite vers une structure ou un professionnel (tableau 1). Une offre de soins privée peut se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours doivent prendre entièrement à leur charge les coûts des soins de ces fournisseurs privés. Malgré l'existence d'un service national de santé, des différences régionales, parfois marquées, peuvent toutefois exister dans certains pays¹.

Dans d'autres pays, comme en France ou en Allemagne, le système de santé est fondé sur une couverture assurantielle obligatoire gérée par des caisses de droit public. La Grèce, le Luxembourg, la Pologne, l'Autriche et la Belgique ont également fait le choix d'un tel système, traditionnellement nommé « *bismarckien* ». La médecine y est majoritairement libérale. Toutefois, ce mode d'exercice y cohabite avec celui des hôpitaux publics². Les assurés ont une plus grande liberté du choix de leur praticien ou de leur établissement de santé que dans les modèles *beveridgiens* mentionnés ci-dessus et la caisse d'assurance maladie rembourse leurs dépenses de santé dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics. Comme c'est l'activité professionnelle qui ouvre traditionnellement le droit à l'assurance maladie dans ces systèmes *bismarckiens*, l'État finance directement ou *via* des dispositifs *ad hoc* (Couverture maladie universelle Complémentaire ou encore Aide médicalisée d'État en France par exemple) les dépenses de santé de certaines populations éloignées du marché du travail ou à risque d'exclusion, de façon à garantir l'universalité de la couverture.

Enfin, certains pays européens au fonctionnement *bismarckien*, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents et en ont confié la gestion aux assureurs privés, ces derniers se faisant concurrence. L'État intervient fortement afin de remédier aux défaillances du marché : il

¹ En Espagne, les régions et les communautés autonomes ont une certaine latitude dans le financement et l'organisation du système de santé. Au Royaume-Uni également, il peut exister des différences entre l'Écosse, le Pays de Galles, l'Irlande du Nord et l'Angleterre. Les données présentées dans les tableaux et graphiques, de source OCDE, sont relatives au Royaume-Uni dans son ensemble. Toutefois, dans ce document, nous décrivons principalement le système de santé anglais, le *National Health System (NHS)*, par souci de simplicité. L'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord possèdent leurs propres Ministères en charge de la santé et leurs propres modalités pour prodiguer les soins de santé aux populations mais l'Angleterre reste la nation la plus importante en termes de population (84 % de l'ensemble de la population britannique) ce qui motive ce choix.

² En France, les hôpitaux publics représentent 37 % de la consommation de soins et biens médicaux (Les dépenses de santé en 2015, DREES).

définit le panier de soins de base³, ce qui permet notamment d'assurer une couverture minimale à tous les résidents, de rendre l'offre plus lisible et de favoriser la concurrence sur le prix des contrats. Il peut aussi imposer des contraintes dans la fixation des primes d'assurance : aux Pays-Bas par exemple, une partie des primes est liée au revenu et versée par les employeurs, tandis qu'en Suisse, les primes d'assurance dépendent uniquement du lieu de résidence, du sexe et de la classe d'âge de l'assuré (enfant, jeune adulte, adulte). Pour que la couverture soit universelle, l'État impose enfin des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent refuser un souscripteur en raison de son état de santé et que tous les résidents puissent avoir accès à une assurance santé. Un fonds de péréquation des risques prélève une partie des primes d'assurance et les redistribue aux assureurs qui auraient récupéré le plus de « mauvais risques⁴ », cela dans le but de limiter les incitations à la sélection des « bons risques ».

➤ Tableau 1 • Les trois types d'organisations théoriques du système de soins de base

Système	Assurance maladie gérée par des caisses de Sécurité sociale	Assurance maladie gérée par des assureurs privés	Système national de santé
Population couverte	Assurés sociaux et leurs ayants droit + dispositifs spécifiques pour les populations vulnérables, soit ensemble des résidents	Ensemble des résidents (obligation de souscrire une assurance)	Ensemble des résidents
Mode d'exercice des professionnels	Exercice libéral, paiement à l'acte, plus ou moins de liberté dans la fixation des tarifs (existence aussi d'hôpitaux publics)	Exercice libéral, paiement à l'acte, plus ou moins de liberté dans la fixation des tarifs (existence aussi d'hôpitaux publics)	Soins délivrés gratuitement dans les structures publiques par des professionnels de santé salariés par l'État
Parcours de soins, choix du praticien	Parcours modérément encadré, liberté de choix de son praticien	Parcours modérément encadré, liberté de choix de son praticien	Parcours très encadré, restrictions géographiques
Financement du système	Principalement par cotisations ou contributions sociales assises sur les revenus	Principalement par primes d'assurance	Principalement par l'impôt

Champ : France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne et Royaume-Uni.

Source : Catégorisation des auteurs.

³ Les pouvoirs publics définissent les soins qui doivent être pris en charge par la couverture de base (panier de soins de base) et ceux qui en sont exclus. La plupart des pays, comme la France, élaborent une liste explicite définissant les produits pris en charge (liste dite « positive ») par la couverture de base. D'autres pays au contraire, tels que l'Allemagne et le Royaume-Uni emploient des listes dites « négatives », c'est-à-dire spécifiant les soins et produits non pris en charge (Nguyen-Kim et al., 2005). De manière générale, dans les pays dotés d'un service national de santé, le panier de soins définit les devoirs et obligations des services nationaux ou régionaux de soins tandis que dans les pays dotés d'un système d'assurance sociale, le panier porte essentiellement sur la définition des droits des assurés.

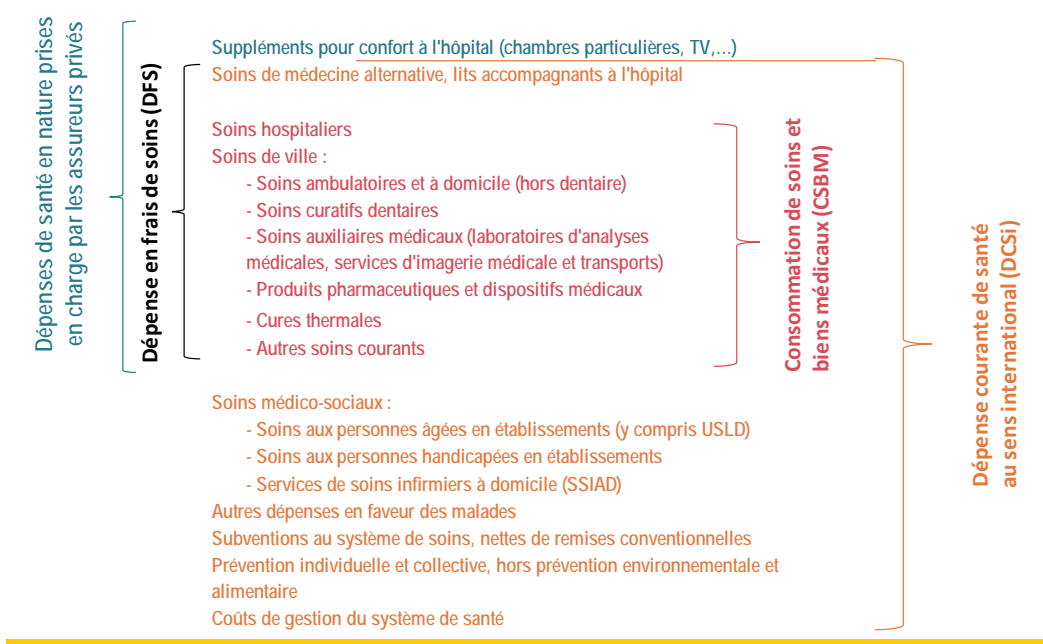
⁴ En assurance santé, un « mauvais risque » désigne une personne dont les caractéristiques laissent présager à l'assureur des dépenses de santé supérieures à sa prime (par opposition à un « bon risque »).

Encadré 1 • Champ de l'étude et données source (SHA)

Cette étude s'intéresse à la prise en charge par les organismes privés d'assurance des dépenses de santé en nature (dépenses de santé pour hospitalisations, consultations de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, médicaments et biens médicaux, actes de biologie, transports de malades...). En France, on étudie traditionnellement la place de l'assurance santé privée sur le périmètre de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) par exemple utilisé dans les comptes de la santé. Ce concept est défini comme la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Le champ de cette étude intègre également certaines prestations que seuls les organismes d'assurances prennent en charge et qui sont parfois jugées à la périphérie des soins de santé en nature, comme les médecines alternatives (ostéopathie, consultations de psychologues, médecines douces...) ou les prestations de confort, à l'hôpital notamment (prise en charge des chambres particulières, lits pour accompagnants, actes effectués par le chef de service...). Sont en revanche exclues du champ de l'étude les prestations en espèces, en particulier les indemnités journalières, qu'elles soient pour maladie, maternité ou accident du travail-maladie professionnelle, les pensions d'invalidité, les soins de longue durée (puisqu'ils visent à traiter une perturbation « permanente » de l'état de santé), la prévention et les capitaux décès... S'agissant de la prévention, il est difficile de disposer des dépenses autres qu'institutionnelles.

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, cf. schéma), renseigné selon des critères homogénéisés entre pays. De cette DCSi, on extrait un sous-ensemble, nommé « dépense en frais de soins » (DFS) en excluant 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, dont la comparabilité nécessiterait des études complémentaires. Le sous-ensemble restant, centré sur les dépenses de santé curatives, est celui qui se rapproche le plus du champ de cette étude (il exclut toutefois certaines dépenses de confort à l'hôpital, comme les chambres particulières ou la télévision, qui sont dans le champ d'action des assureurs privés mais ne peuvent être mesurées dans leur totalité et de manière fiable). Cette dépense en frais de soins présente l'avantage d'être relativement comparable entre les pays sur le champ des soins courants. Les tableaux et graphiques de source *SHA*, présentés dans cette étude, reposent sur ce concept de DFS.

Schéma : imbrication de différents agrégats permettant la mesure des dépenses de santé



En pratique, un brassage de ces systèmes de base en Europe

Si la typologie présentée ci-avant fournit une grille de lecture aisée en raison de sa simplicité, elle reste très schématique et la plupart des pays possèdent des spécificités, liées à leur histoire ou aux politiques nationales qui y ont été menées. De ce fait, les systèmes européens présentent souvent des caractéristiques hybrides entre ces différents modèles théoriques. Ainsi, en Allemagne, les caisses de Sécurité sociale se font concurrence pour attirer les assurés et un fonds de péréquation des risques a également été instauré. De plus, les personnes dont le revenu excède un certain seuil⁵ peuvent, si elles le souhaitent, sortir du système d'assurance maladie publique. Mais elles sont alors obligées de contracter une assurance maladie auprès d'assureurs privés, cette couverture étant très encadrée par les pouvoirs publics (limites à la sélection des risques, paniers de soins minimal basé sur celui proposé par la couverture publique...). Environ 10 % des Allemands⁶ ont opté pour une couverture privée des dépenses de santé de telle sorte que leur couverture santé de base est conceptuellement proche de celles qui prévalent en Suisse ou aux Pays-Bas. Cette couverture privée financerait ainsi 4,5 % de la « dépense en frais de soins⁷ » (graphique 1). Aux Pays-Bas, en 2006, une réforme a mis fin à la coexistence des régimes public et privé⁸ pour l'assurance maladie de base. La gestion de l'assurance maladie a été confiée aux assureurs privés mis en concurrence les uns avec les autres.

Dans les années 1970, l'Espagne est passée d'un système d'assurance maladie à un système national de santé (les autres risques sociaux restant pris en charge sous la forme d'assurances sociales). Les fonctionnaires espagnols ont la possibilité de sortir du système national de santé et d'être couverts par un système assurantiel⁹. En Suisse, le système de santé est très régionalisé¹⁰ à l'image des systèmes nationaux de santé. Seul le cas anglais semble peu s'écarter du « modèle-type » de système national de santé avec un financement de la couverture de base provenant quasi exclusivement de l'État.

Malgré ces brassages de configuration des systèmes, une tendance commune semble toutefois s'imposer à l'ensemble de ces systèmes européens, celle d'une couverture

⁵ Ce plafond d'assurance obligatoire (Versicherungspflichtgrenze) est actualisé chaque année. Il est fixé à 54 900 € de revenu annuel brut en 2015, 56 250 € en 2016 et 57 600 € en 2017.

⁶ Les fonctionnaires allemands (en activité ou retraités) ne peuvent pas prendre part à l'assurance maladie publique. En effet, le gouvernement prend déjà en charge au moins la moitié de leurs dépenses de santé et ils doivent donc souscrire une assurance privée pour couvrir le reste. Sur les 10 % d'Allemands hors de l'assurance maladie de base, environ la moitié sont des fonctionnaires (Busse R. et Blümel M., 2014, Health in Transition).

⁷ Voir encadré 1 pour la définition de la dépense en frais de soins utilisée ici comme mesure des dépenses de santé

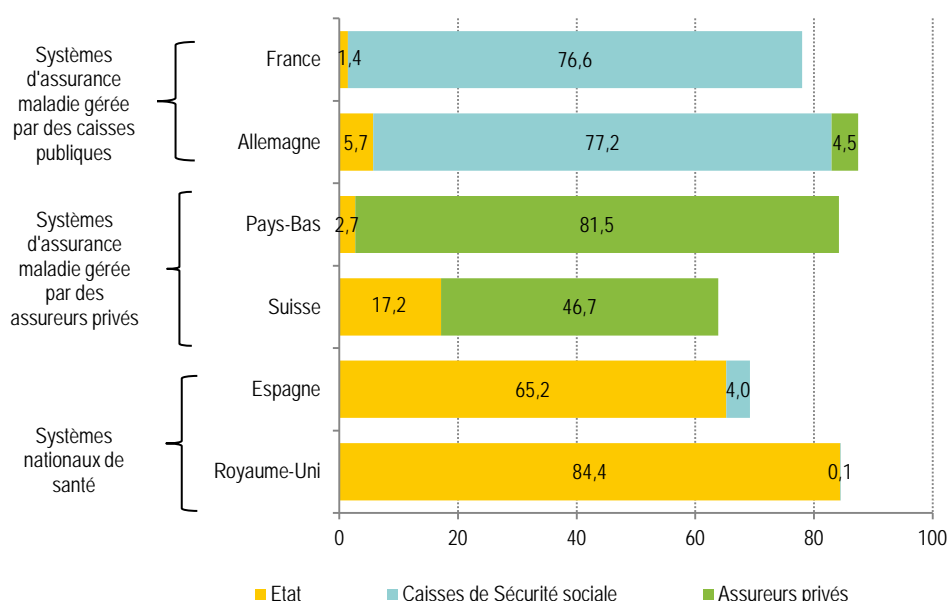
⁸ Auparavant, les Pays-Bas disposaient d'un système dual, proche de celui applicable actuellement en Allemagne, qui comportait un système public pour les personnes dont les revenus n'excédaient pas le seuil de 32 750 € annuels. Au-delà de ce seuil, contrairement à l'Allemagne, les assurés devaient forcément se tourner vers l'assurance privée.

⁹ Plutôt que d'appartenir au système national de santé, les fonctionnaires espagnols ont la possibilité d'opter pour un système dit assurantiel. Celui-ci est géré par trois grandes mutuelles, MUFACE pour les fonctionnaires d'État, MUGEJU pour ceux de la Justice et ISFAS pour le personnel des forces armées, auxquelles les fonctionnaires espagnols peuvent cotiser. Environ 15 % des fonctionnaires seraient aujourd'hui affiliés au système national de santé et 85 % à une de ces trois mutuelles. Chaque année, les fonctionnaires peuvent modifier leur choix d'affiliation.

¹⁰ En Suisse, les cantons financent directement une grande partie des dépenses de santé. Chaque canton dispose de sa propre constitution et gère notamment les hôpitaux publics situés sur son territoire. Avant 2012, un assuré devait avoir recours à un hôpital situé dans son canton de résidence. Depuis 2012, les assurés peuvent, sous certaines conditions, se faire hospitaliser partout en Suisse.

maladie tendant vers l'universalité¹¹. Mais cette tendance a parfois été mise à mal par la crise financière de 2009. En Espagne par exemple, le système est moins universel depuis les réformes de 2012 excluant ainsi les immigrés en situation irrégulière notamment.

➤ Graphique 1 • Part de la dépense en frais de soins prise en charge par la couverture obligatoire de base en 2014 (en % et selon le type de financeur)



Note : Financeurs en % de la « dépense en frais de soins » (encadré 1). 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. Pour l'Allemagne, les données SHA ne permettent toutefois pas de distinguer au sein de la DCSI et de la DFS les montants pris en charge par les caisses publiques et ceux pris en charge par les assureurs privés. Aussi, le partage présenté doit-il être considéré comme une approximation, réalisée en se fondant sur une clé de répartition issue d'une autre publication (Busse R. et Blümel M., 2014, Health in Transition).

Lecture : En Espagne, la dépense en frais de soins en 2014 est financée à 65 % par l'État.

Champ : Dépense en frais de soins, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees.

Un panier de soins de base dont le dentaire et surtout l'optique sont souvent absents

Les soins hospitaliers, de médecins, d'infirmiers ou de kinésithérapie, ainsi que les analyses en laboratoires sont considérés comme des soins de « première nécessité » et sont généralement pris en charge par la couverture de base obligatoire dans l'ensemble des six pays étudiés (tableau 2). Dans les systèmes nationaux de santé, ces soins sont entièrement gratuits. Dans les systèmes assurantiels, où les professionnels de santé peuvent fixer plus ou moins librement leurs tarifs, des copaiements sont souvent laissés à la charge des

¹¹ En France, par exemple, depuis le 1^{er} janvier 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France un droit à la prise en charge des frais de santé. En Allemagne, jusqu'en 2007, il était possible de ne pas contracter d'assurance de base. Depuis le 1^{er} avril 2007, les personnes qui décident de sortir de l'assurance de base publique ont toutefois obligation de contracter une assurance privée, de sorte que tout résident allemand dispose d'une couverture santé. Aux Pays-Bas, la réforme de 2006 avait aussi pour objectif de garantir l'universalité de l'assurance santé en protégeant les assurés contre la sélection des risques (Cohu S., Lequet-Slama D., Volovitch P., 2005).

patients ou de leur éventuelle complémentaire santé (tickets modérateurs, franchises, dépassements d'honoraires, voir encadré 2).

Les médicaments et les dispositifs médicaux sont aussi considérés comme des soins de première nécessité. Cependant, dans les six pays, y compris donc dans les systèmes nationaux de santé, des copaiements sont généralisés pour ces biens médicaux. Ils permettent aux caisses ou aux assureurs de maîtriser ces dépenses tout en visant à responsabiliser les assurés quant à leur consommation.

➤ Encadré 2 • Les différentes formes de copaiements, non pris en charge par la couverture de base obligatoire

Dans tous les pays, les couvertures de base obligatoires laissent à la charge des assurés des copaiements, qui visent à les sensibiliser au coût des soins et à les inciter à une consommation raisonnable. Ces copaiements se basent en général sur un « tarif de référence » (ou tarif de responsabilité) qui est un tarif fixé conventionnellement par les pouvoirs publics pour chaque soin ou bien médical et qui sert de base de remboursement pour les assurances maladie. On distingue quatre grands types de copaiements :

Ticket modérateur : somme proportionnelle au coût du soin de santé ou du bien médical et couverte par l'assuré ou par son éventuelle assurance facultative privée. Par exemple, en France, 35 % du tarif de référence d'un médicament à service médical rendu important.

Dépassement d'honoraires, dépassement d'un tarif de référence : différence entre le prix facturé (lorsque les offreurs de soins ou de biens médicaux ont une certaine liberté dans la fixation de leurs tarifs) et le prix utilisé comme base de remboursement. Pour des soins fournis par des professionnels de santé, on parle plutôt de dépassements d'honoraires, tandis que pour les médicaments et biens médicaux, on parle de dépassements des tarifs de référence.

Forfait, participation forfaitaire : somme fixe couverte par l'assuré ou par son éventuelle assurance facultative privée pour la consommation de soins de santé ou de biens médicaux : par exemple, X euro par jour passé à l'hôpital, ou par ligne de prescription (comme les participations forfaitaires de 1 € sur les consultations de médecins et les actes de biologie en France ou encore les sommes laissées à la charge de l'assuré, de 0,5 € à 2 € par acte d'auxiliaire, boîte de médicament ou transport sanitaire, en sus des tickets modérateurs applicables).

Franchise : montant pour lequel une personne assurée est redevable du coût des soins en dessous d'un seuil fixé ; au-dessus de ce seuil, l'assurance intervient pour prendre en charge tout ou partie de la somme. Les franchises peuvent s'appliquer à une catégorie spécifique de soins ou à toutes les dépenses de santé (alors dénommées « franchises générales », que l'on rencontre aux Pays-Bas ou en Suisse). La franchise est plafonnée, généralement par année.

En pratique, ces différents types de copaiements peuvent être combinés, modulés (en fonction du revenu ou du respect du parcours de soins par exemple), ou plafonnés, donnant ainsi lieu à une grande variété de situations. Pour que les assurés restent sensibilisés au coût des soins, la législation peut interdire ou désinciter les assurances facultatives à prendre en charge certains de ces copaiements. En Suisse, par exemple, la franchise générale ainsi que le ticket modérateur de 10 % ne peuvent être couverts par les assurances facultatives. En France, pour bénéficier des avantages fiscaux, les contrats « solidaires et responsables » doivent s'abstenir de prendre en charge la franchise de 50 centimes par boîte de médicament ou la participation de 1 € sur les soins de médecins par exemple.

Au sein des six pays ici étudiés, l'optique est généralement exclue du panier de soins de base¹². Seule la France se distingue par sa prise en charge même si elle reste extrêmement marginale. Les financements publics y couvrent 4 % de cette dépense d'après « Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016 », DREES.

Les soins et prothèses dentaires peuvent également être exclus du panier de soins de base¹³, comme en Suisse et en Espagne. Dans les autres pays, la prise en charge du dentaire est partielle : aux Pays-Bas, par exemple, les prothèses dentaires et les actes de

¹² L'optique est en revanche souvent prise en charge pour les enfants (moins de 18 ans).

¹³ Les soins dentaires sont en revanche souvent pris en charge pour les enfants (moins de 18 ans).

chirurgie sont couverts mais les soins dentaires courants, comme le traitement des caries, ne le sont pas, à l'inverse de ce qui prévaut en France¹⁴.

En France et en Allemagne, les participations¹⁵ des assurés prennent généralement la forme de forfaits (c'est-à-dire de faibles montants unitaires appliqués à un type de consommation de soins donné) ou encore de tickets modérateurs. En Suisse et aux Pays-Bas, le système est construit assez différemment, puisqu'il existe une franchise globale obligatoire (280 € en Suisse et 385 € aux Pays-Bas au minimum pour les adultes¹⁶ en 2016). Les assurés paient eux-mêmes leurs dépenses de santé en dessous de cette franchise, et l'assurance intervient lorsque celle-ci est dépassée. Aux Pays-Bas, l'assurance prend en charge quasi intégralement les dépenses qui excèdent le montant de la franchise générale tandis qu'en Suisse, les assurés doivent encore contribuer à hauteur de 10 %¹⁷ à l'ensemble de leurs frais de santé.

Enfin, les copaiements sont souvent modulés en fonction de l'âge des assurés, de leur état de santé ou de leurs ressources. En France, par exemple, les personnes en affection de longue durée (ALD) notamment sont exonérées du ticket modérateur. En Espagne, les retraités et les personnes aux revenus modestes ne participent qu'à hauteur de 10 % du coût des médicaments, contre 40 à 60 % pour les autres résidents.

¹⁴ En France, le taux de prise en charge par la sécurité sociale pour les prothèses dentaires est particulièrement faible, alors que les soins conservateurs sont relativement mieux pris en charge et ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

¹⁵ En France et en Allemagne, les participations laissées à la charge des assurés peuvent toutefois être plafonnées. Par exemple, en France, les participations forfaitaires sont plafonnées à 50€ maximum sur une année. Les franchises sont également plafonnées à 50 €. En Allemagne, la participation aux frais est plafonnée en fonction de la situation sociale et des revenus : elle ne peut dépasser 2 % des ressources d'un ménage, abaissée à 1 % en cas de maladie chronique.

¹⁶ Il s'agit du montant minimal de la franchise pour les adultes. Les assurés qui souhaiteraient réduire le montant de leur cotisation peuvent opter pour une franchise plus élevée (jusqu'à 500 € aux Pays-Bas et 2 300 € environ en Suisse). Aux Pays-Bas, la franchise ne s'applique pas aux dépenses des soins de généralistes et de maternité. Les enfants (moins de 18 ans) en sont également exemptés. En Suisse, la franchise ne s'applique pas aux soins de maternité. Pour les enfants, la franchise minimale est de 0 € mais elle peut être augmentée jusqu'à 560 € environ pour bénéficier d'une cotisation réduite. En Suisse, 9 enfants sur 10 seraient toutefois couverts par un contrat sans franchise d'après le conseil fédéral (<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-58367.html>).

¹⁷ En plus de la franchise, les assurés doivent aussi participer à hauteur de 10 % des frais relatifs aux consultations médicales, aux prescriptions de médicaments ou aux frais d'hospitalisation. Cette quote-part de 10 % est toutefois plafonnée sur une année, en 2016 à 700 CHF pour les adultes et 350 CHF pour les enfants (soit environ 650 € et 330 € respectivement).

➤ Tableau 2 • Panier de soins pris en charge par la couverture maladie de base obligatoire

	France	Allemagne*	Suisse	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
Soins hospitaliers	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts
Généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes...	Intégralement couverts	Couverts avec copaiements couverts par les assurés ou leur éventuelle assurance facultative privée	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts
Analyses en laboratoires et transports sanitaires	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts
Médicaments et biens médicaux (hors optique et dentaire)*	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Intégralement couverts
Soins et prothèses dentaires	Intégralement couverts	Intégralement couverts	Non couverts	Intégralement couverts	Non couverts	Intégralement couverts
Optique	Intégralement couverts	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Non couverts	Non couverts

Intégralement couverts
Couverts avec copaiements couverts par les assurés ou leur éventuelle assurance facultative privée
Non couverts

* : En Allemagne, les franchises sur les consultations de médecins ont été supprimées en 2012 et le copaiement sur les soins dentaires (10 € par trimestre et par cabinet dentaire) a été supprimé en 2013 (l'objectif de réduire le nombre de consultations n'a pas été atteint et il a conduit les patients aux revenus plus modestes à renoncer aux visites de routines, couvertes à 100 % et donnant droit à des bonus de prise en charge).

Note : Les différents pays ont été ici classés de façon schématique selon leur mode de prise en charge dominant pour chaque poste de soins dans le cas général. En pratique, il peut exister des subtilités (frais intégralement couverts pour les mineurs et non couverts pour les adultes, copaiements pour les prothèses dentaires et absence de couverture pour les soins dentaires...).

Champ : Dépenses de santé en nature prises en charge par les couvertures maladie de base obligatoires, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : Enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé de l'OCDE, CLEISS.

Une offre d'assurance privée facultative organisée en fonction de la couverture de base

Dans les six pays étudiés ici, une offre d'assurance santé facultative, proposée par des assureurs privés, s'est développée en marge de la couverture de base. Cette assurance facultative se structure et se positionne en complément de la couverture santé de base, parfois jugée insuffisante.

Dans tous les pays, certaines prestations ne sont pas incluses dans le panier de soins de base. Elles sont jugées comme n'étant pas de première nécessité (souvent l'optique et le dentaire), à la périphérie des soins de santé (médecins doux ou alternatives : ostéopathie, consultations de psychologues...) ou encore considérées comme du confort plus que de la santé (chambre particulière ou télévision à l'hôpital par exemple).

L'assurance privée facultative est qualifiée de « **supplémentaire**¹⁸ » lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les prestations laissées en dehors du panier de soins de base. Elle est qualifiée de « **complémentaire** » lorsqu'elle est souscrite pour des soins inclus dans le panier de base, mais pour couvrir tout ou partie des copaiements laissés à la charge du patient. Enfin, dans les pays à service national de santé, les patients peuvent souhaiter obtenir des soins de meilleure qualité, contourner les files d'attentes¹⁹ ou les restrictions géographiques qui leur sont imposées auprès des fournisseurs de soins publics et gratuits. Des assurances santé privées facultatives se sont alors développées pour permettre aux assurés d'obtenir, *via* des fournisseurs de soins privés, un accès plus rapide aux soins, un choix plus large de prestataires ou des soins de meilleure qualité. L'assurance santé privée est alors qualifiée de « **duplicative**²⁰ ».

L'organisation de la couverture de base a ainsi une influence déterminante sur le type d'assurance facultative privée (tableau 3). En France, l'assurance privée facultative est très largement complémentaire, car la grande majorité des soins entrent dans le panier de base avec des copaiements laissés à la charge des assurés et que les assureurs se proposent de prendre en charge. Ce système « à deux étages » avec un cofinancement public/privé pour la quasi-totalité des soins et biens médicaux est assez spécifique à la France (Paris V., Polton D., 2016). Toutefois, les assurances privées interviennent aussi en France de façon plus marginale à titre supplémentaire pour des prestations de confort à l'hôpital (chambres particulières, location de télévision...) ou des médecines alternatives. 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 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. Ces assurances facultatives 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, en raison des restrictions géographiques notamment, l'assurance privée facultative sert principalement à couvrir les dépenses de santé engagées auprès de fournisseurs de soins privés (fonction duplicative). Afin de désengorger le système national de santé, les pouvoirs publics espagnols encouragent les résidents qui en ont les moyens à souscrire une telle assurance grâce à des incitations fiscales (Paris V., Polton D., 2016).

¹⁸ Nous reprenons ici la terminologie de l'OCDE (couvertures duplicatives, complémentaires et supplémentaires). L'OMS propose sa propre typologie, assez proche de celle de l'OCDE même si elle diffère sur certaines dénominations.

¹⁹ « La souscription d'une assurance privée [dans un système de santé de type NHS] permet à l'assuré d'avancer le moment d'un traitement, d'avoir un plus large choix des prestataires, de bénéficier d'un plus grand confort hospitalier. Autrement dit, elle permet aux assurés d'avoir une prise en charge de meilleure qualité que celle dont ils pensent pouvoir bénéficier dans le service public », Agnès Couffinal, Thèse de doctorat, Paris IX Dauphine, 1999.

²⁰ Ou « doublon », « L'assurance privée et la santé en Espagne : pertinence d'une couverture en doublon », Philippe Martin, L'archive ouverte pluridisciplinaire (HAL), 23 avril 2013.

➤ Tableau 3 • Les fonctions de l'assurance santé privée facultative

Prise en charge...	France	Allemagne	Suisse	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
Complémentaire	Tickets modérateurs et dépassements d'honoraires	Tickets modérateurs pour les prothèses dentaires et soins hospitaliers notamment				Participation aux frais de soins dentaires
Supplémentaire	Suppléments pour confort à l'hôpital et médecines alternatives	Optique et médecines alternatives	Suppléments pour confort à l'hôpital, soins et prothèses dentaires, médecines alternatives et certains médicaments	Soins dentaires, prothèses dentaires et optique pour les adultes, certains soins de kinésithérapie	Optique et dentaire	
Duplicative					Prise en charge plus rapide, meilleur confort, choix du médecin opérant	Prise en charge plus rapide, meilleur confort

	Fonction principale
	Fonctions secondaires

Lecture : En France, l'assurance privée facultative intervient principalement à titre complémentaire. Elle prend notamment en charge en partie les tickets modérateurs et les dépassements d'honoraires. L'assurance privée facultative a aussi une fonction secondaire, de type supplémentaire, lorsqu'elle intervient pour prendre en charge les suppléments pour confort à l'hôpital et les médecines alternatives.

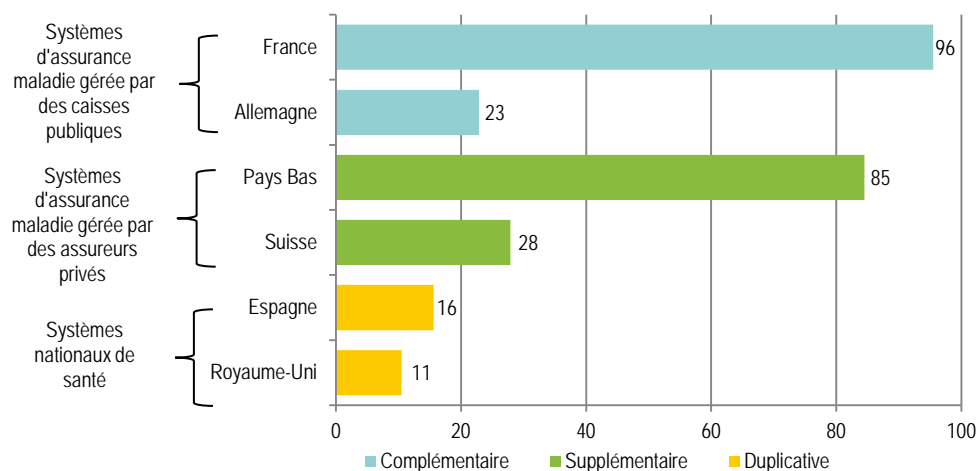
Champ : Dépenses de santé en nature prises en charge par les organismes privés d'assurance (encadré 1), France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

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

Sur cet échantillon de six pays, la part de la population couverte par une assurance facultative complémentaire ou supplémentaire ne semble pas particulièrement liée aux caractéristiques de cette assurance. En effet, les assurances facultatives à dominante complémentaire couvrent 96 % des Français en 2014, contre seulement 23 % des Allemands (graphique 2). La couverture obligatoire de base est en effet plus large en Allemagne qu'en France (87,5 % contre 78,0 %, graphique 1) où les tickets modérateurs sont plus importants.

Les assurances facultatives à dominante supplémentaire sont très répandues aux Pays-Bas alors qu'elles sont peu fréquentes en Suisse. En revanche, les assurances duplicatives semblent réservées à une plus petite fraction de la population (elles couvrent 16 % des Espagnols et 11 % des Britanniques). En effet, les personnes ayant souscrit une assurance duplicative ne sont pas pour autant dispensées de financer par leurs impôts la couverture de base, même si elles ne l'utilisent pas.

➤ Graphique 2 • Part de la population couverte par une assurance santé privée facultative en 2014, selon la fonction principale de cette assurance



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 des 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 %. Toutefois, une réforme intervenue en 2012 (possibilité pour l'assuré de se faire hospitaliser partout en Suisse, voir note de bas de page 10), 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.

Champ : Population France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne, Royaume-Uni.

Source : Panorama de la santé 2016 OCDE, calculs DREES.

C'est en France que l'assurance facultative privée occupe la place la plus importante en termes de financement des dépenses de santé puisque celle-ci prend en charge 13,4 % de la dépense en frais de soins²¹ (graphique 3). Cela s'explique par le fait que cette assurance facultative prend en charge des montants assez élevés (environ 460 €²² par an et par personne couverte en moyenne) et est étendue à quasiment toute la population. En France, les prestations versées par les assurances facultatives sont réparties de façon assez homogène entre tous les postes de soins comportant des tickets modérateurs, reflétant ainsi leur caractère principalement « complémentaire » (graphique 4). En Allemagne, l'assurance facultative joue un moindre rôle qu'en France, puisqu'elle ne couvre qu'un quart de la population et pour des prestations avoisinant 250 € par an et par personne couverte car elle intervient principalement sur les hospitalisations et les prothèses dentaires (présence de tickets modérateurs). Ainsi, l'assurance facultative privée complémentaire ne prend en charge que 1,5 % de la dépense totale en frais de soins allemande.

Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances facultatives privées prennent en charge respectivement 7,9 % et 7,8 % de la dépense en frais de soins. Aux Pays-Bas, elles sont très répandues et versent environ 300 € de prestations par an et par personne couverte. Ces assurances de type « supplémentaire » concentrent principalement leurs remboursements

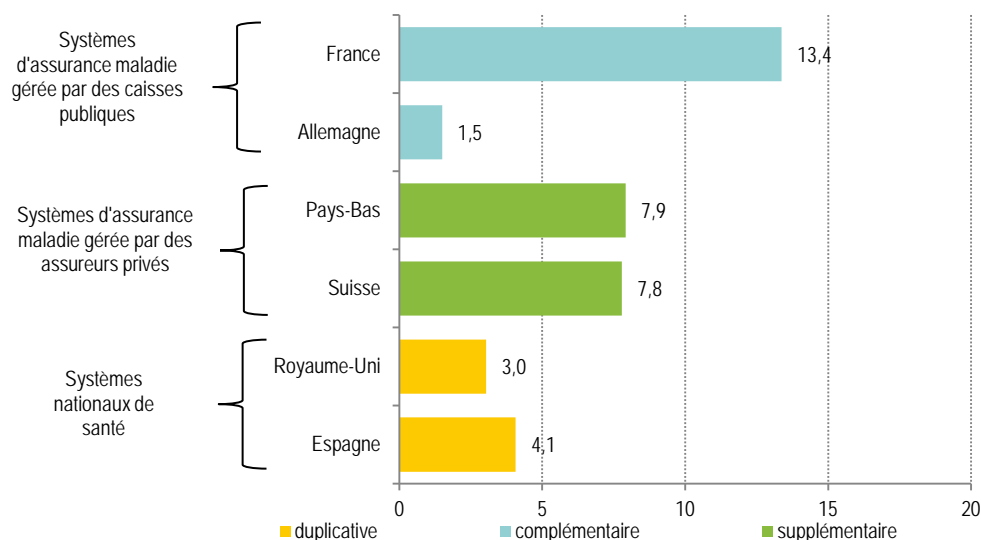
²¹ Voir encadré 1 pour la définition de la dépense en frais de soins utilisée ici comme mesure des dépenses de santé.

²² En parité de pouvoir d'achat, euros 2014.

sur les soins de kinésithérapie, le dentaire et l’optique (graphique 4). En Suisse, ces assurances supplémentaires ne couvrent qu’un quart de la population, mais prennent en charge environ 1 360 € par an et par personne. En effet, elles ont été principalement souscrites pour couvrir des dépenses coûteuses à l’hôpital (dépassements d’honoraires pour traitements réalisés par le chef de service...).

Enfin, en Espagne et au Royaume-Uni, ces assurances sont de type « duplicatif » et prennent en charge des montants plutôt élevés pour les personnes qui les ont contractées (respectivement 620 € et 760 € par an et par personne) car elles remplacent la couverture de base. Leur intervention a donc tendance à être concentrée sur les soins les plus coûteux (hospitalisations) ou les plus fréquents (soins ambulatoires). En revanche, elles ne sont contractées que par une petite part de la population. Elles financent ainsi 3 % à 4 % de la dépense en frais de soins dans ces deux pays.

➤ Graphique 3 • Part de la dépense en frais de soins prise en charge par les assurances privées facultatives en 2014

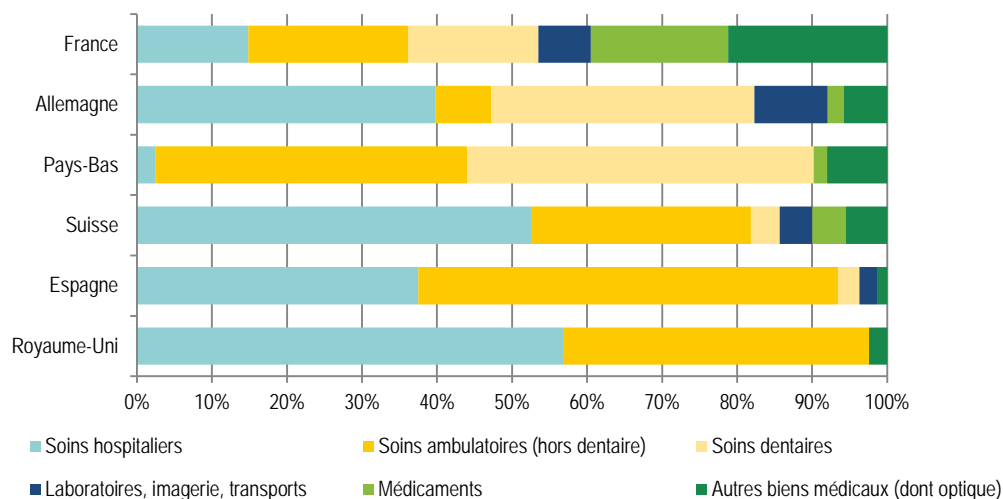


Note : En % de la dépense en frais de soins (encadré 1). Les types d'assurance considérés ici pour la classification par couleur sont les types dominants dans chaque pays, comme au graphique précédent. Certains sont en fait plus mixtes, comme dans le cas de la Suisse.

Champ : Dépense en frais de soins, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees.

➤ Graphique 4 • Répartition de la dépense en frais de soins prise en charge par les assurances privées facultatives par type de soins en 2014



Note : Pour le Royaume-Uni, les soins dentaires ne peuvent être distingués des soins ambulatoires.

Champ : Dépense en frais de soins, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees

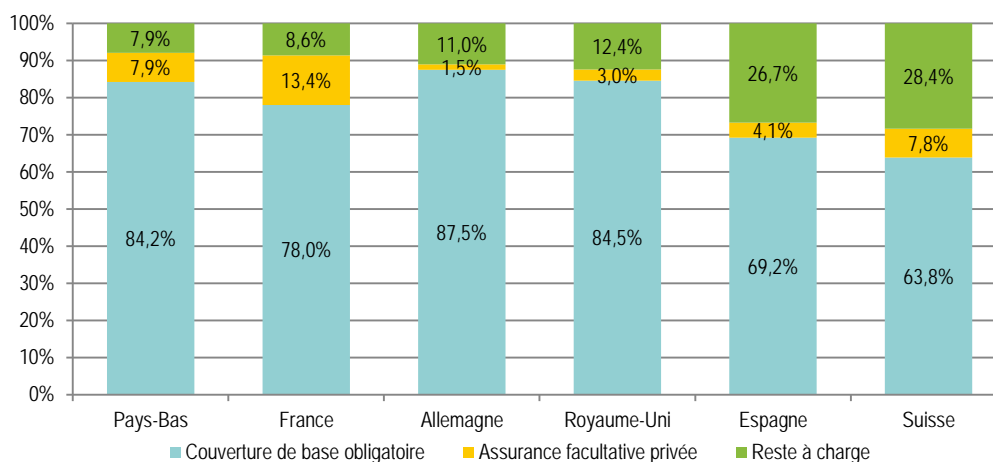
Un reste à charge des ménages plus faible aux Pays-Bas et en France

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. Il peut s'agir de paiements pour des soins non pris en charge par les couvertures de base et facultative (soins hors du panier, automédication...) ou bien des copaiements laissés à la charge des patients.

Des six pays, c'est aux Pays-Bas et en France que le reste à charge apparaît le plus faible, puisqu'il s'élève à respectivement 7,9 %²³ et 8,6 % de la dépense en frais de soins (graphique 5). Les Pays-Bas et la France bénéficient d'une couverture de base étendue à laquelle vient s'ajouter un deuxième niveau de mutualisation élevé via les assurances privées facultatives.

²³ Pour les Pays-Bas, le reste à charge est sous-évalué car il n'intègre pas la franchise générale, laquelle ne peut être ventilée par postes de soins. Toutefois, sur un périmètre proche, celui de la DCSI (encadré 1), le reste à charge y compris franchise s'élèverait à 12 % aux Pays-Bas, contre 7 % en France.

➤ Graphique 5 • Répartition de la dépense en frais de soins entre financeurs en 2014



Note : En % de la dépense en frais de soins (encadré 1). Pour les Pays-Bas, le reste à charge est sous-évalué car il n'intègre pas la franchise générale, laquelle ne peut être ventilée par postes de soins. Toutefois, sur un périmètre proche, celui de la DCSI (encadré 1), le reste à charge y compris franchise s'élèverait à 12 % aux Pays-Bas, contre 7 % en France.

Champ : Dépense en frais de soins, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees

Le reste à charge est un peu plus élevé en Allemagne et au Royaume-Uni (respectivement 11,0 % et 12,4 %). Ces pays se caractérisent plutôt par une couverture de base étendue, prenant en charge au moins 85 % des dépenses de santé, mais l'assurance privée facultative y occupe une place plus marginale.

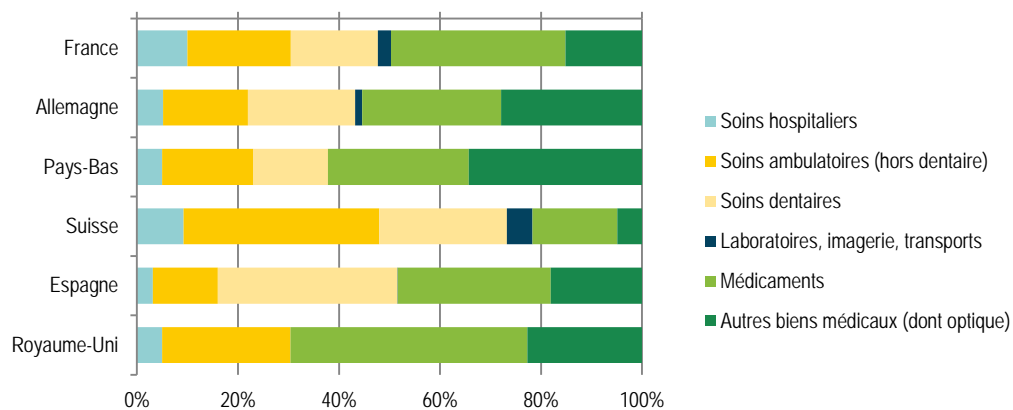
C'est en Espagne et en Suisse que le reste à charge est le plus élevé, atteignant respectivement 26,7 % et 28,4 % de la dépense en frais de soins. Ces pays se caractérisent tout d'abord par les paniers de soins les plus restreints, ne prenant en charge ni l'optique ni les soins dentaires notamment. En Suisse, la franchise ainsi que la participation 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 des mesures de restriction budgétaire, alors qu'il avait plutôt eu tendance à diminuer au cours de la décennie précédente²⁴.

Dans la plupart des pays, un plafonnement des restes à charge a été mis en place. La France se démarque par le fait de ne pas proposer de plafonnement des restes à charge sur certaines dépenses, ces derniers pouvant parfois être considérables²⁵. Enfin, ces moyennes peuvent masquer des parts de restes à charge très différentes selon les types de soins. En général, les soins de première nécessité, les soins hospitaliers notamment, sont très bien pris en charge. Les restes à charge peuvent en revanche rester élevés sur certains soins tels que les soins dentaires par exemple (encadré 3).

²⁴ Pour en savoir plus : Les dépenses de santé en 2015, Panorama de la DREES, fiche 47 page 154-155.

²⁵ En France, en 2010, pour une personne sur 100, le montant du reste à charge (après assurance maladie de base obligatoire, mais avant une éventuelle couverture complémentaire santé) a dépassé 3 000 € (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 2011). Aux Pays-Bas et en Suisse par exemple, le reste à charge est plafonné. Aux Pays-Bas, le reste à charge maximal sur les soins du panier de base correspond au montant de la franchise annuelle (385 € pour un adulte). En Suisse également, ce reste à charge correspond au montant maximal de la franchise annuelle (280 €) auquel s'ajoute la quote-part de 10 %, elle-même plafonnée (à 650 € environ par an pour un adulte).

➤ Graphique 6 • Répartition du reste à charge des assurés par type de soins en 2014 (en euros courants, PPA courantes) sur le champ de la dépense en frais de soins



Note : Pour le Royaume-Uni, les soins curatifs ambulatoires et à domicile comportent les soins curatifs dentaires. Pour les Pays-Bas, la ventilation du reste à charge par poste de soins est présentée ici hors franchise (cette dernière ne pouvant être ventilée).

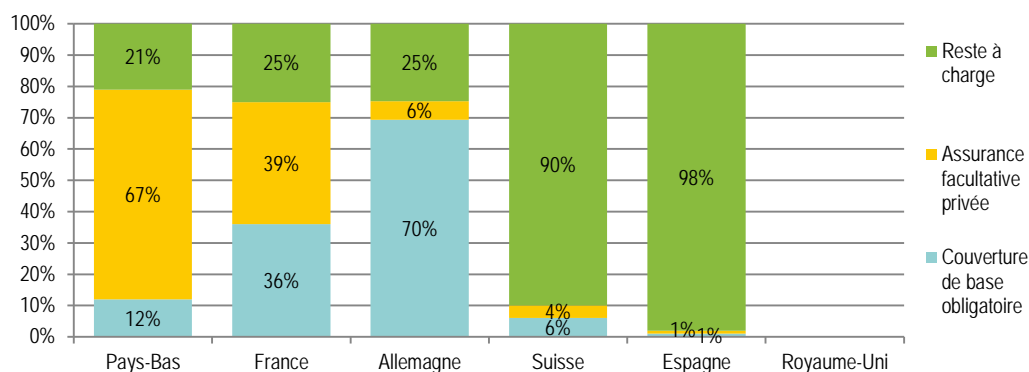
Champ : Dépense en frais de soins, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees

➤ Encadré 3 • Soins dentaires : des assurances privées facultatives très présentes en France et aux Pays-Bas

En Suisse et en Espagne, les soins dentaires sont essentiellement financés par des paiements directs des ménages (graphique). Dans ces deux pays, ces soins sont en effet généralement exclus du panier de base (en Suisse, seules les affections graves de la mastication sont prises en charge tandis qu'en Espagne c'est uniquement les extractions de dents). De plus, les patients semblent avoir peu recours aux assurances privées facultatives pour ces soins.

➤ Graphique • Répartition de la dépense de soins dentaires entre financeurs en 2014



Note : En % de la dépense en frais de soins dentaires (encadré 1). Dans les données OCDE, la dépense de soins dentaires correspond à la dépense effectuée en cabinet dentaire uniquement (exclusion des centres de santé et des cliniques privées). Or, contrairement aux autres pays, au Royaume-Uni, la majorité des actes de soins dentaires sont réalisés dans des centres de santé. Les chiffres correspondant au Royaume-Uni ne sont donc pas présentés ici car ils ne peuvent être distingués des soins ambulatoires.

Champ : Dépense en frais de soins, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : SHA, OCDE-Eurostat-OMS, calculs Drees

Aux Pays-Bas et en France, les soins dentaires sont peu pris en charge par la couverture de base. Les assurances privées facultatives et les ménages sont donc les principaux financeurs de ces soins. En France, les soins dits « conservateurs » sont les principaux soins dentaires pris en charge par la couverture de base même si un faible taux de remboursement est également appliqué aux soins prothétiques. Les assurances privées facultatives interviennent donc principalement sur les prothèses, implants, etc. Aux Pays-Bas, les soins dentaires sont gratuits pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Chez les adultes, seules les prothèses et les actes de chirurgie dentaire sont couverts. Au final, aux Pays-Bas et en France, le reste à charge des ménages s'élève respectivement à 21 % et 25 % (graphique).

En Allemagne, par rapport aux autres pays, la couverture de base prend relativement bien en charge les soins dentaires. Les soins conservateurs sont par exemple remboursés à 100 % par les caisses tandis que les prothèses sont prises en charge à 50 % sur la base des tarifs de référence. Les patients allemands auraient ainsi dépensé 2,2 milliards d'euros pour les prothèses en 2014 (L'Argus de l'assurance, 2015). En Allemagne, la prévention dentaire est également encouragée. Si le patient rend visite à son dentiste une fois par an, un carnet bonus ouvre droit à une meilleure prise en charge des prothèses : 60 % au bout de cinq ans et 65 % au bout de dix ans. En outre, contrairement à la France, les patients allemands ne font aucune avance de frais pour une consultation ou un traitement dentaire. Les dentistes sont payés directement par la caisse maladie (la carte d'assuré est scannée une fois par trimestre au cabinet) et ils facturent ensuite aux patients la part des soins non couverts (autres matériaux choisis, etc.). Enfin, les caisses d'assurance maladie allemandes, mises en concurrence depuis 2010, permettent un contrôle des coûts des prothèses dentaires. Toutefois, la bonne prise en charge par la couverture de base s'explique aussi par le fait que les caisses allemandes de Sécurité sociale peuvent proposer des options qui permettent d'étendre la couverture au-delà du panier de soins de base. Le reste à charge sur les soins dentaires en Allemagne (25 %) est finalement du même ordre de grandeur qu'en France.

Au Royaume-Uni, les soins et prothèses dentaires sont, de manière générale, pris en charge à hauteur de 20 % par la couverture de base depuis 2012. Les assureurs privés en couvrent probablement aussi une partie, mais les données OCDE disponibles ne permettent pas d'en connaître la proportion.

Les caractéristiques des marchés de l'assurance maladie privée

Un marché de l'assurance santé plutôt concentré, sauf en France

Dans les pays étudiés ici, le marché de l'assurance santé est en général assez concentré autour d'un faible nombre de grands organismes. Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni²⁶, une trentaine d'organismes exercent une activité d'assurance santé et les 10 plus grandes compagnies couvrent presque la totalité du marché (tableau 4). En Allemagne, tout comme en Espagne et en Suisse, entre 60 et 120 organismes exercent cette activité et les 10 plus grands concentrent à eux seuls 60 % à 80 % du marché de l'assurance santé considéré. En revanche, la France se distingue par un nombre très élevé d'organismes gérant de l'assurance santé (573²⁷ en 2014 d'après le Fonds CMU) et un « top 10 » qui ne concentre que 35 % du marché. Son marché est ainsi le plus morcelé des six pays considérés ici.

Dans ces six pays, le marché de l'assurance santé privée est en cours de concentration. Les directives européennes de l'assurance de 2002, permettant de mettre en place un marché unique européen de l'assurance privée, ont contraint les organismes à se restructurer afin d'atteindre une taille suffisante pour affronter la concurrence. En France, le nombre d'acteurs a été divisé par trois depuis le début des années 2000. En Suisse, ce nombre a quasiment été réduit de moitié depuis 1996, année de la réforme du système de santé. En Allemagne, le nombre d'organismes d'assurance a diminué d'un quart entre 2008 et 2014²⁸.

Enfin, dans plusieurs pays, une proportion importante d'organismes d'assurance sont spécialisés en santé et ne gèrent que ce risque. Par exemple, au Royaume-Uni, 36 % des assureurs privés qui font de la santé sont spécialisés sur ce risque. En France, cette proportion atteint 40 % des organismes. En Allemagne, les organismes qui font de l'assurance santé n'exercent que cette activité (Mossialos, Thomson, 2004).

²⁶ Au Royaume-Uni, il existe aussi de nombreuses compagnies qui distribuent des produits d'assurance santé (courtiers...), mais sans gérer elles-mêmes le risque, lequel est en réalité géré par une trentaine de compagnies d'assurances.

²⁷ En France, 573 organismes ont exercé une activité d'assurance santé en 2014 d'après le Fonds CMU. Ce chiffre n'inclut pas les sociétés de courtage qui distribuent des produits sans gérer le risque. Toutefois, en France, une centaine de mutuelles, dites substituées, ne gèrent pas elles-mêmes le risque non plus, l'ayant transféré en intégralité ou en partie à une autre mutuelle, dite « substituante » (rapport 2015 sur « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES). Le nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé en France serait donc inférieur à 573.

²⁸ Les effectifs d'organismes exerçant sur le marché de l'assurance santé ne sont pas forcément disponibles aux mêmes dates pour tous les pays, limitant ainsi la possibilité de comparer précisément les marchés en cours de concentration dans les différents pays.

➤ Tableau 4 • Nombre d'organismes et concentration des marchés de l'assurance maladie privée dans les six pays

	France	Allemagne	Suisse	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
Nombre d'organismes	573 (2014)	72 (2014)	115 (2013)	26 (2014)	64 (2007)	27 (2004)
Part de marché détenue par les 10 plus grands organismes assureurs	35% (2014)	66% (2016)	65% (2016)	99,7% (2016)	78% (2007)	supérieure à 90% (2003)

Champ : Marchés de l'assurance privée, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : Enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé de l'OCDE, *Health in transition*, Fonds CMU, *Private Medical Insurance in the United Kingdom* (Foubister et al., 2006), « Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé » (Frehaut et al., rapport IGAS 2009).

Un marché partagé entre des assureurs à but lucratif et des « mutuelles »

Dans tous les pays étudiés, cohabitent des organismes d'assurances à but lucratif et d'autres à but non lucratif, parfois dénommés « mutuelles ». Les organismes à but lucratif peuvent réaliser des profits et verser des dividendes à leurs propriétaires, les actionnaires. Les organismes à but non lucratif appartiennent en revanche aux assurés. Ces organismes sont eux aussi tenus d'être excédentaires, afin de rester solvables, mais ces excédents doivent alors être mis en réserve ou réinvestis au service de l'activité d'assurance santé, en augmentant les prestations versées aux assurés par exemple, ou bien en leur octroyant une réduction de cotisation. L'activité des organismes à but non lucratif est davantage fondée sur des principes de solidarité (contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins, [Mossialos, Thomson, 2004]).

En France, le marché de l'assurance maladie privée facultative est majoritairement géré par des organismes à but non lucratif (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances mutuelles) même si des compagnies d'assurance à but lucratif exercent aussi une part non négligeable de l'activité d'assurance santé (15 %, tableau 5). En Allemagne, les sociétés à but lucratif (sociétés « par actions »), sont majoritaires sur le marché de l'assurance santé.

➤ Tableau 5 • Nature juridique des organismes et contraintes imposées à leur activité d'assurance santé dans les six pays

	France	Allemagne	Suisse
Nature juridique des organismes d'assurances	Majorité non lucrative (mutuelles, institutions de prévoyance et mutuelles d'assurances, 85 % des cotisations), minorité lucrative (compagnies d'assurances, 15 %, 2013)	Majorité non lucrative (sociétés par actions, 57 %), minorité non lucrative (mutuelles, 43 %, 2013).	Assurance de base : ne peut être réalisée que par des entités à but non lucratif. Assurance facultative : lucratives (73%) et non lucratives (27%)
Contraintes imposées aux organismes en matière de panier de soins, sélection des risques, tarification	Importante pour l'assurance facultative	Importante pour l'assurance de base, faible pour l'assurance facultative	Importante pour l'assurance de base, faible pour l'assurance facultative
	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
Nature juridique des organismes d'assurances	Grande majorité d'organismes à but non lucratif (anciennes caisses ayant basculé sous droit privé suite à la réforme de 2006).	Assureurs privés à but lucratif et non lucratif (répartition <i>nc</i>)	Assureurs à but lucratif (50% du marché en 2004) et mutuelles (50%)
Contraintes imposées aux organismes en matière de panier de soins, sélection des risques, tarification	Importante pour l'assurance de base, faible pour l'assurance facultative	Faible pour l'assurance facultative	Faible pour l'assurance facultative

Champ : Marchés de l'assurance privée, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : Drees, Enquête 2016 sur les caractéristiques des systèmes de santé de l'OCDE, *Health in transition, Private Medical insurance in the United Kingdom* (Foubister et al., 2006), « Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé » (Frehaut et al., rapport IGAS 2009), « *Statistical Yearbook of German Insurance* » (*Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.*, 2015).

En Suisse et aux Pays-Bas, les assureurs privés gèrent non seulement l'activité d'assurance de base obligatoire mais également une activité d'assurance facultative. Les entités à but non lucratif y sont très largement majoritaires. Il s'agit en effet principalement des anciennes caisses publiques d'assurance maladie qui ont basculé sous droit privé lors des réformes de 1996 (pour la Suisse) et de 2006 (pour les Pays-Bas)²⁹. Elles ont donc gardé leur caractère non lucratif malgré la mise en concurrence induite par ces réformes. Dans ces deux pays, les organismes ne peuvent pas réaliser de profits sur l'assurance de base, les excédents devant être réinvestis au service de cette activité. Ils peuvent en revanche en réaliser sur leur activité d'assurance facultative. Les organismes à but lucratif qui souhaiteraient pratiquer l'assurance de base doivent donc créer une filiale à but non lucratif, aux comptes clairement séparés.

Enfin, au Royaume-Uni, les assureurs à but lucratif représentaient la moitié des cotisations en 2004 et étaient en forte croissance (Mossialos E., Thomson S., 2004). Au final, les assurances duplicatives, souscrites pour avoir accès à des fournisseurs de soins privés, semblent plus souvent liées à des assureurs à but lucratif.

Une activité d'assurance privée facultative peu contrainte, sauf en France

Dans tous les pays, des autorités de surveillance contrôlent les assureurs à but lucratif tout comme ceux à but non lucratif et veillent à leur solidité financière notamment. En France, il s'agit de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Les exigences en matière de solvabilité financière imposées aux organismes d'assurances (régime « Solvabilité 2 ») sont harmonisées entre les pays européens, de façon à favoriser la concurrence et la mise en place d'un marché européen unique de l'assurance privée. Au-delà de ce socle de réglementation commun à tous les pays, les pouvoirs publics peuvent aussi intervenir en matière de composition du panier de soins, de sélection des risques ou de fixation des tarifs.

En Suisse, aux Pays-Bas et en Allemagne, les pouvoirs publics contraignent fortement l'activité d'assurance maladie de base obligatoire. En revanche, l'activité d'assurance santé privée facultative est très libre : les assureurs décident de la composition du panier de soins, peuvent sélectionner les risques, fixer librement leurs tarifs, utiliser des questionnaires de santé préalables à la souscription... Aux Pays-Bas et en Suisse, il n'est pas possible de souscrire un contrat unique couvrant le panier de base obligatoire et le panier facultatif. Les deux contrats doivent rester distincts et la concurrence doit pouvoir s'exercer sur chacun d'entre eux. Toutefois, il est plus pratique pour un assuré de souscrire le contrat de base et le contrat facultatif auprès d'un même organisme, afin de ne pas doubler l'envoi des factures et feuilles de soins. Ces deux marchés ne sont donc pas totalement dissociés et le fait de posséder une assurance facultative peut alors nuire au bon fonctionnement de la concurrence sur l'assurance de base, comme l'ont montré Dormont,

²⁹ Dans ces deux pays à fonctionnement bismarckien, les réformes ont eu pour objectif d'introduire ou de renforcer la concurrence entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. En Suisse, depuis l'introduction de la loi LAMal en 1996, l'assurance maladie de base est obligatoire pour tous et met en concurrence des assureurs privés et les anciennes caisses publiques ayant basculé sous droit privé. Aux Pays-Bas, depuis 2006, les caisses maladies publiques et les assureurs privés sont également en concurrence et l'assuré peut choisir librement son assureur. Pour plus de renseignements, se reporter au dossier DREES, « réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence », *Études et Résultats*, n°445, 2005, novembre.

Geoffard et Lamiraud sur données suisses³⁰. En Allemagne, le cloisonnement entre l'assurance de base et l'assurance facultative n'est en revanche pas imposé et les assurés qui optent pour une couverture de base privée souscrivent généralement des contrats plus couvrants que le panier minimal, de manière à n'avoir qu'un seul contrat. Les assureurs privés sont d'ailleurs en concurrence avec les caisses d'assurance maladie publiques allemandes, puisque ces dernières peuvent également proposer des « options » qui permettent aux assurés d'étendre la couverture de base (remboursement des tickets modérateurs). Elles offrent donc en quelque sorte elles aussi des assurances santé combinées, de base et complémentaire.

En Espagne et au Royaume-Uni, les organismes sont également très libres sur leur activité d'assurance maladie privée facultative en termes de composition du panier, de sélection des risques et de fixation des primes. La France se distingue de ses voisins européens par le fait que les pouvoirs publics imposent un cadre réglementaire plus contraignant pour l'assurance privée facultative, nommé « législation sur les contrats solidaires et responsables³¹ ». Moyennant une taxation réduite, les assureurs s'engagent à ne pas sélectionner les risques, à ne pas tarifier en fonction de l'état de santé et à respecter les contraintes fixées sur le périmètre du panier de soins. Enfin, les pouvoirs publics gèrent des dispositifs permettant aux personnes défavorisées d'avoir une complémentaire santé (CMU-C, ACS) ou encouragent la diffusion de cette complémentaire santé à l'ensemble de la population *via* des réformes (généralisation de la complémentaire en entreprise). L'intervention forte des pouvoirs publics s'explique par la place incontournable de cette assurance facultative privée dans le financement des dépenses de santé et par le fait que les personnes qui n'en disposent pas ont un risque accru de renoncer à des soins³².

Des contrats collectifs plutôt en hausse

Les contrats d'assurance santé peuvent être individuels, c'est-à-dire souscrits directement par un particulier, ou collectifs, souscrits au bénéfice d'un groupe de personnes (par exemple, par une entreprise au profit de ses salariés). L'importance des contrats individuels ou collectifs varie considérablement selon les pays. En France, les contrats collectifs³³ sont

³⁰ En effet, changer d'assureur de base implique de changer aussi d'assureur pour la partie facultative, pour des raisons pratiques (un seul assureur à qui l'on envoie l'intégralité de ses demandes de remboursements). Mais avec l'avancée en âge et la dégradation de l'état de santé, changer de caisse signifie donc prendre le risque de se voir refuser la souscription à l'assurance facultative. L'assuré est donc incité à rester chez son assureur d'origine ce qui limite la concurrence sur le marché de l'assurance de base (Dormont, Geoffard et Lamiraud, 2012).

³¹ Depuis 2002, un contrat est dit solidaire lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale à la souscription et que le tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Le caractère « responsable » du contrat a été ajouté en 2004, introduisant des interdictions ou des obligations de prise en charge des dépenses de santé. Les contrats solidaires et responsables ont par exemple obligation de prendre en charge les tickets modérateurs pour certains soins et biens médicaux. Ils ont en revanche interdiction de couvrir les franchises et participations forfaitaires instaurées par l'assurance maladie dans le but de modérer la consommation de soins des assurés. Depuis le 1^{er} avril 2015, les contrats responsables ont également pour objectif d'éviter la solvabilisation trop importante de certaines dépenses de santé susceptible d'entraîner une spirale inflationniste sur les prix (lunettes, dépassements d'honoraires). Les contrats qui respectent ces critères solidaires et responsables bénéficient d'un taux réduit pour la taxe sur les conventions d'assurance : 13,27%, contre 20,27% pour ceux qui ne les respectent pas. Pour en savoir plus, se reporter à « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », Les Panoramas de la DREES, 2016.

³² Legal R. et Vicard A., 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », les Dossiers de la DREES.

³³ En France, depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé sont tenues de proposer une couverture collective à leurs salariés, respectant un panier de soins minimal, et de prendre en charge au moins 50 % de la couverture ainsi choisie (« généralisation de la complémentaire d'entreprise »). Cette réforme pourrait donc accroître la part du collectif en France dans les années à venir.

un peu moins fréquents que les contrats individuels puisque 42 % des personnes couvertes le sont *via* des contrats collectifs (tableau 6), souscrits en général dans le cadre de leur emploi. L'employeur, qui souscrit le contrat collectif pour le compte de ses salariés, prend d'ailleurs en charge une partie de la cotisation (50 % en moyenne). En Allemagne et en Espagne, les contrats collectifs sont plus mineurs et ne représentent que 10 % à 20 % du marché. En Allemagne, les employeurs ne participent pas au paiement des cotisations, contrairement au cas de la France. Enfin, en Suisse, les contrats collectifs sont interdits pour l'assurance de base, mais possibles pour l'assurance facultative privée³⁴. À l'opposé, les contrats collectifs sont majoritaires au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Au Royaume-Uni, les trois quarts des assurances santé privées sont des contrats collectifs pour des salariés d'entreprise. Aux Pays-Bas, les contrats collectifs sont possibles pour l'assurance de base et 60 % de ces contrats étaient collectifs en 2007.

➤ **Tableau 6 • Quelques caractéristiques des contrats santé des assureurs privés dans les six pays**

	France	Allemagne	Suisse
Poids des contrats collectifs	42 % des personnes couvertes pour l'assurance facultative (2013)	<i>nc</i> pour l'assurance de base, 7 % des personnes couvertes pour l'assurance facultative (2004)	0 % pour l'assurance de base (interdit), <i>nc</i> pour l'assurance facultative (mais possible)
Coûts de gestion en santé des assureurs privés (rapportés aux prestations versées)	20 % pour l'assurance facultative (2014)	<i>nc</i> pour l'assurance de base, 13 % pour la facultative (2014)	3,8 % pour l'assurance de base, 15 % pour la facultative (2014)
Contractualisation avec les producteurs de soins	Existence de réseaux de soins	Existence de réseaux de soins	Contrats en nature (12%) ou en espèces (88%, 2009)
	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni
Poids des contrats collectifs	60 % pour l'assurance de base, <i>nc</i> pour l'assurance facultative	20 % pour l'assurance facultative (2010)	82 % pour l'assurance facultative (2011)
Coûts de gestion en santé des assureurs privés (rapportés aux prestations versées)	2,5% pour l'assurance de base, 12% pour la facultative (2014)	30% pour l'assurance facultative (2014)	20% pour l'assurance facultative (2014)
Contractualisation avec les producteurs de soins	Contrats en nature (75 %) ou en espèces (25 %, 2016)	Contrats en nature (86 %) ou en espèces (14 %, 2007), forte intégration verticale	Réseaux de soins, forte intégration verticale

Champ : Marchés de l'assurance privée, France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni.

Source : Drees, SHA, OCDE-Eurostat-OMS, *Health in Transition*, « Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé » (Frehaut et al., rapport IGAS 2009).

³⁴ Mais leur proportion en assurance facultative n'est pas connue.

Les contrats collectifs se développent dans plusieurs pays (Pays-Bas, Espagne et France notamment). Ils ont l'avantage de permettre une réduction du niveau des primes ou un meilleur retour sur cotisations pour les assurés. Les coûts de vente et d'administration sont en effet plus faibles en collectif grâce aux économies d'échelles. Les assurés bénéficient également d'un pouvoir de négociation accru. Aux Pays-Bas, la souscription à un contrat collectif s'accompagne d'une réduction de 10 % du niveau des primes. Un quart des contrats collectifs néerlandais ne sont de ce fait pas des contrats d'entreprise, mais des contrats souscrits par des groupes de particuliers dans le simple but de bénéficier de cette remise.

Les contrats collectifs d'entreprise ont également l'avantage de proposer une tarification relativement uniforme pour tous les assurés du groupe, sans distinction d'âge par exemple. Ils peuvent donc opérer des solidarités au sein des groupes de personnes qu'ils couvrent. Toutefois, ces solidarités restent partielles car les retraités en sont généralement exclus et doivent basculer sur des contrats individuels lorsqu'ils quittent les entreprises.

Les coûts de gestion des assureurs privés sont nettement plus faibles pour leurs activités d'assurance de base (2 % à 4 % des prestations versées) que pour leurs activités d'assurance facultative (12 % à 30 % des prestations). L'activité d'assurance de base bénéficie en effet du fait que ces coûts sont rapportés à un montant de dépenses de santé bien plus élevé que dans le cas des assurances facultatives. Elle bénéficie aussi d'importantes économies d'échelle puisque tous les résidents ont obligation de souscrire une assurance de base tandis que les contrats facultatifs font face à des coûts de commercialisation plus importants. Pour l'assurance facultative, les écarts de coûts de gestion entre pays peuvent aussi s'expliquer par l'étendue des paniers de soins couverts, la taille des différents marchés, leur concentration ainsi que le poids des contrats collectifs, dont les charges sont en général réduites par rapport aux contrats individuels.

Du réseau de soins à l'intégration verticale

Les organismes assureurs instaurent parfois des liens directs avec des producteurs de soins. L'assureur peut par exemple nouer des relations avec des producteurs de soins (on parle de réseaux de soins) vers lesquels il aiguille ses assurés, en pratiquant un meilleur remboursement ou le tiers payant lorsque la consultation a lieu dans le réseau. En France, les assureurs contractualisent avec des dentistes, des opticiens, des établissements de santé, etc., lesquels s'engagent en contrepartie sur un certain niveau de qualité et de prix. Les réseaux de soins se développent en France³⁵ et en Allemagne depuis quelques années. S'ils peuvent aiguiller les assurés vers certains professionnels, ces derniers doivent toujours pouvoir garder la possibilité de consulter hors du réseau.

En Espagne, en Suisse ou aux Pays-Bas en revanche, les assurés peuvent choisir entre des contrats dits « en espèces » ou « en nature ». S'il choisit un contrat en espèces, l'assuré garde le libre choix de son professionnel de santé, mais il doit en contrepartie avancer les frais et il n'est remboursé par son assureur que sur la base d'un tarif de référence. S'il

³⁵ Environ 40 millions d'assurés en France auraient souscrit un contrat donnant accès à un réseau de soins pour l'optique d'après l'Argus de l'assurance n°7478, 21 octobre 2016. Cette donnée ne préjuge pas en revanche du fait que les assurés utilisent ou non l'accès à ce réseau.

choisit un contrat en nature, l'assuré s'engage à ne consulter que des professionnels du réseau de l'assureur. En contrepartie, il bénéficie de la dispense d'avance des frais, voire d'une cotisation réduite³⁶.

Enfin, en Espagne ou au Royaume-Uni, certains grands organismes d'assurances³⁷ possèdent leurs propres structures de soins (hôpitaux, laboratoires, centres de santé ou centres dentaires...). On parle alors d'intégration verticale. Les assureurs peuvent ainsi garantir à leurs clients des files d'attente réduites pour accéder aux soins, ce qui constitue un argument commercial particulièrement important dans ces pays où l'assurance privée a une fonction duplicative. L'intégration verticale peut aussi permettre aux assureurs de mieux maîtriser leurs dépenses.

³⁶ En Espagne, la cotisation moyenne pour un contrat en nature s'élève 500 €/an contre 600 €/an pour un contrat en espèces d'après Frehaut P., Klein T., Laffon P., 2009, « Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé ».

³⁷ SANITAS en Espagne ou BUPA au Royaume-Uni par exemple. En France aussi, certains organismes d'assurances possèdent leurs propres structures de soins (centres de santé ou opticiens mutualistes par exemple).

Bibliographie

OCDE, 2016, panorama de la santé 2016, édition OCDE.

Garcia-Armesto S. et al., 2010, "Spain, Health system review", Health systems in transition, vol.12 n°4, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

Chevreur K. et al., 2010, "France, Health system review", Health systems in transition, vol.12 n°6, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

Busse R. et Blümel M., 2014, "Germany, Health system review", Health systems in transition, vol.16 n°2, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

Kroneman M. et al., 2016, "Netherlands, Health system review", Health systems in transition, vol.18 n°2, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

De Pietro C. et al., 2015, "Switzerland, Health system review", Health systems in transition, vol.17 n°4, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

Cylus J. et al., 2015, "United Kingdom, Health system review", Health systems in transition, vol.17 n°5, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

Mossialos E., Thomson S., 2004, Voluntary health insurance in the European Union, European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (CLEISS), 2017, fiches pays (France, Allemagne, Suisse, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni).

« Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé », Frehaut P., Klein T., Laffon P, Rapport IGAS, juin 2009.

Beffy M. et al., 2016, « les dépenses de santé en 2015, édition 2016 », Les panoramas de la DREES.

Beffy M. et al., 2016, « La protection sociale en France et en Europe en 2014, édition 2016 », Les panoramas de la DREES.

Foubister T. et al., 2006, "Private medical insurance in the United Kingdom", European Observatory of Health Systems and Policies, OMS.

The King's Fund, 2014, "The UK private health market", Commission on the future of health and social care in England.

Paris V. et Polton D., 2016, « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? », Regards EN3S, n°49, juin.

Ministère de la santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas, 2016, « Les soins de santé aux Pays-Bas », janvier.

- Bourdoiseau C., 2015, « Allemagne, un système moins libéral », L'Argus de l'Assurance, n°7429, 23 octobre 2015.
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2011, « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? », Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.
- Dormont B. et al., 2012, « Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ? », Économie et statistique n°455-456.
- German Insurance Association (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, GDV), 2015, « Statistical yearbook of german insurance », août 2015.
- Martin P., 2013, « L'assurance privée et la santé en Espagne : pertinence d'une couverture en doublon », L'archive ouverte pluridisciplinaire (HAL), 23 avril 2013.
- Conseil fédéral suisse, 2015, « Réduction du nombre des franchises à option pour une meilleure vue d'ensemble des primes », <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-58367.html>
- Barlet M. et al., 2016, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », Panoramas de la DREES.
- Montaut A., 2016, « Rapport 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », rapport du Gouvernement au Parlement, DREES.
- Fonds CMU, 2015, « Rapport d'activité 2015 ».
- Legal R., Vicard A., 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », Dossiers Solidarité Santé n°66, DREES, juillet.
- Cohu S, Lequet-Slama D., Volovitch P., 2005, « Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence », études et résultats n°445, DREES, novembre.
- Farge A., 2016, « Optique, la plus-value des réseaux », l'Argus de l'assurance n°7478, 21 octobre
- Couffinhall A., 1999, « Concurrence assurance santé : entre efficacité et sélection », Thèse de doctorat, Paris IX Dauphine, UFR Sciences des Organisations, septembre.
- Nguyen-Kim L. et al., 2005, « Les politiques de prises en charge des médicaments, en France, Allemagne et Angleterre », rapport n° 530, IRDES, novembre.

Les dossiers de la DREES

Juin 2017 /// N°19

La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens
La France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse

Directeur de la publication

Jean-Louis Lhéritier

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Création graphique

Philippe Brulin

ISSN

2495-120X



Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr