

L'ASSURANCE SANTÉ EN ESPAGNE

Jean-Pierre Daniel

Directeur commercial, Agrupació (1)

Il y a quelques années, les assureurs santé français allaient observer les HMO (2) américains en pensant que ces gestionnaires de réseaux de soins leur transmettraient des méthodes utiles pour le futur. Ils auraient pu se rendre moins loin, puisque l'Espagne connaît depuis très longtemps un système d'assurance santé privé qui se substitue à la Sécurité sociale. Ainsi, on peut apprendre beaucoup des pratiques du marché espagnol, qui développe ses produits dans un contexte concurrentiel où les hommes de marketing écoutent, s'ils ne les devancent pas, les besoins du client. Cependant, on perçoit aujourd'hui les limites du système, et certains assureurs commencent à expérimenter des solutions de complémentarité entre secteur public et secteur privé, au niveau des produits mais aussi au niveau de la gestion de l'offre de soins.

Le système actuel

L'Espagne connaît un système de sécurité sociale universelle dont bénéficie toute personne résidant sur le territoire. Le financement est assuré par l'impôt et non par des cotisations assises sur les revenus du travail. Les soins sont gratuits dans tous les cas, à l'exception du dentaire, qui n'est pas pris en charge. Certains médicaments sont remboursés par la Sécurité sociale, d'autres non, et il existe des mécanismes de prise en charge plus généreuse pour certaines catégories sociales plus fragiles, comme les retraités. La contrepartie de cette gratuité est que la Sécurité sociale affecte à chaque bénéficiaire un médecin généraliste et que celui-ci fait office de *gatekeeper* (3) pour accéder aux examens, aux hôpitaux et aux spécialistes. C'est un parfait exemple de médecine de caisse qui engendre les files d'attente caractéristiques de toutes

les médecines de caisse. Le malade en urgence ou en traitement contre le cancer est parfaitement bien pris en charge, l'Espagne ayant hérité de ses envahisseurs arabes une médecine de pointe de très grande qualité. Si en revanche un individu contracte la grippe dans une grande ville, la maladie se sera soignée toute seule avant qu'il ait pu obtenir un rendez-vous chez son médecin référent.

C'est pour répondre à ce besoin de rapidité et de commodité, et aussi de confort dans le cadre des hospitalisations, que se sont développées les assurances santé privées. Depuis la fin du XIX^e siècle existaient des *igualatorios* créés par des médecins qui, sur la base de la capitation, soignaient « gratuitement » les habitants d'un village ou les salariés d'une entreprise, comme les premiers HMO américains. Soit le patron payait pour ses ouvriers, soit chaque habitant du village payait son obole au médecin local. Certains de ces *igualatorios* existent encore aujourd'hui de manière

plus ou moins artisanale, puisque les corps de contrôle de l'assurance considèrent que la capitation ne doit pas être utilisée comme mode de financement de l'assurance maladie.

Les deux principaux produits

Sur ce marché, où les sociétés de santé actuelles ne ressemblent en rien aux *igualatorios*, deux types de garantie sont proposés, l'*asistencia sanitaria*, qui est de très loin la formule dominante, et une formule dite de *reembolso*, qui est une assurance au premier euro. On s'étendra plus longuement sur l'*asistencia sanitaria* car c'est elle qui présente le plus d'originalité. L'assureur met à la disposition de l'assuré un réseau de médecins, laboratoires, hôpitaux, kinésithérapeutes et, dans certains cas, dentistes. Ces réseaux regroupent de très nombreux praticiens et couvrent en principe tout le territoire, afin que le client en déplacement trouve un médecin près de son lieu de résidence. Les sociétés ont entre 20 000 et 35 000 médecins référencés, et la dimension du réseau est un argument commercial majeur. La mère veut y trouver le pédiatre en qui elle a confiance et la femme le gynécologue qu'elle consulte régulièrement. Dans la mesure où le pays compte 173 000 médecins, il est normal qu'un même praticien collabore avec plusieurs sociétés. Il consulte même souvent à la Sécurité sociale le matin et en libéral l'après-midi.

Si le client s'adresse à l'un des médecins du réseau, en principe, il ne paie pas la visite. Il ne débourse rien. Grâce à une carte magnétique, le médecin est payé directement par l'assureur. Il existe des formules de contrats comportant une franchise, ce que nous appellerions un ticket modérateur. Elles sont évidemment moins chères, puisque le coût de la visite est moindre pour l'assureur et surtout parce que l'existence même de la franchise réduit la consommation médicale. Dans certains de ces contrats, le montant annuel des franchises est limité, de sorte qu'en cas de vrai problème de santé le client est totalement pris en charge. En dépit du fait qu'ils obéissent clairement à une logique économique, les produits avec franchise

peinent à se développer. L'explication que l'on donne est que si un client a la capacité économique de payer un contrat santé, il veut être couvert pour tout et sans rien déboursier. Ce principe de gratuité au moment de l'utilisation du service qui vaut chez le médecin vaut aussi, bien sûr, pour les examens ou les hospitalisations dans les établissements du réseau de la société d'assurance.

Au niveau des garanties offertes, le marché est totalement libre. La seule exigence est que le contrat doit couvrir sans délai de carence les urgences vitales. Selon les politiques des entreprises et le prix du produit, les garanties sont plus ou moins complètes, mais la différenciation se fait surtout par des prestations un peu marginales, car tous les contrats proposent d'emblée un très bon socle de garanties. On peut offrir des séances de psychologue, de podologue, des visites d'homéopathie ou la prise en charge de la reproduction assistée. Il y a logiquement des phénomènes de mode, comme aujourd'hui la conservation des cellules souches du cordon ombilical.

Sur le plan technique, la gestion de cette forme d'assurance est bien différente de celle d'une assurance de personnes traditionnelle. Le premier point est qu'il s'agit de la santé de l'assuré et de sa famille, ce qui explique une très grande sensibilité du client au moment de la gestion du sinistre. Quand une mère appelle parce que son enfant est malade, c'est la plateforme médicale de l'assureur qui décide s'il faut envoyer une ambulance et aller vers les urgences, ou si cela peut attendre la visite du généraliste le lendemain matin. Une autre des difficultés est que la prestation n'est pas faite par l'assureur mais par un prestataire. Il faut pouvoir contrôler la qualité du service, mais il faut aussi contrôler le prestataire. Si le client paie une prime fixe, le médecin ou le laboratoire sont payés à l'acte. Ni en France ni en Espagne les médecins ne sont de purs esprits, et l'assureur se doit de vérifier que la consommation générée par tel praticien ne s'écarte pas trop de celle de ses confrères situés dans la même région. Un point enfin où la différence avec l'assurance traditionnelle est patente c'est que le coût des sinistres dépend de la taille de l'entreprise. Une société très puissante, capable de

promettre à un médecin l'envoi de nombreux clients, obtiendra de ce médecin de meilleures conditions qu'un opérateur plus modeste. Les sociétés ne communiquent pas sur ce qu'elles paient à leurs médecins, mais sur le marché on estime que, pour une visite de généraliste, l'écart peut représenter de 5 à 20 euros selon la taille de l'entreprise.

L'autre système de prise en charge des soins est plus simple. Il s'agit de ce que l'on appelle *reembolso*, qui est une assurance au premier euro. Dans la quasi-totalité des cas, il y a un reste à charge de 10 % à 20 % du prix de la visite payé par le patient, qui est libre de voir le médecin de son choix. Cependant, ce reste à charge est supprimé si le patient consulte un prestataire qui appartient au réseau médical de l'assureur. Vu la taille de ces réseaux, il est très fréquent que le client de ce type de contrat consulte au sein du réseau. Certes, il ne supporte pas la franchise, mais l'assureur paie le médecin au prix convenu pour l'ensemble de ses prestations. Comme ces contrats au

premier euro sont vendus sensiblement plus chers que les contrats classiques et que, de fait, l'assuré les utilise comme un contrat classique, cette modalité donne de meilleurs résultats techniques.

Les difficultés qui expliquent une évolution

Comme le montrent les chiffres cités dans l'encadré, les résultats techniques en *asistencia sanitaria*, où se concentre l'essentiel du portefeuille, ne sont pas vraiment bons alors que les primes, élevées en valeur absolue, ne peuvent guère être augmentées. Il existe bien entendu une totale liberté tarifaire, et, comme les contrats sont plus ou moins complets, on trouve tous les tarifs sur le marché. Pour donner un ordre de grandeur au lecteur français, pour un contrat complet « classique », la prime mensuelle pour une personne de 40 ans se situera entre 40 et 50 euros. À l'année, cela suppose entre 500 et 600 euros pour chaque membre de la famille, ce qui représente un total compris entre 1 500 et 2 000 euros par an, selon le nombre d'enfants. Les tarifs sont désormais unisexes bien que les femmes consomment plus, et ils varient bien entendu avec l'âge, jusqu'à devenir économiquement insupportables pour une personne âgée. De fait, si on compare ces tarifs avec ceux des complémentaires santé françaises, on constate que les prix en Espagne sont en vérité tout à fait modérés, puisque l'assureur se substitue totalement à la Sécurité sociale. Le client de l'assureur privé ne coûte rien à la Sécurité sociale. La seule exception étant les traitements très lourds, pour lesquels les Espagnols préfèrent la médecine de pointe des grands hôpitaux publics, même si le confort de la chambre est moindre que dans une clinique privée.

Chaque année ces tarifs augmentent de quelques points pour tenir compte de l'évolution des techniques médicales. La santé est même la seule branche à croître dans l'assurance espagnole, durement frappée par la crise économique, ce qui pousse les

Quelques chiffres

Le chiffre d'affaires total de l'assurance santé en Espagne en 2014 est de 7,175 milliards d'euros, soit 23,5 % du chiffre d'affaires IARD :

- 78,5 % correspondent à l'*asistencia sanitaria*
- 6,7 % au *reembolso*
- 14,7 % aux indemnités journalières*

Nombre d'assurés : 10,4 millions, soit 22 % de la population.

27 % du coût de la santé est pris en charge par le secteur privé.

Rapport sinistres à primes :

- 80,7 % en *asistencia sanitaria*
- 69,8 % en *reembolso*

Le marché est très concentré : les 5 premiers acteurs totalisent 71,4 % du marché.

* L'assurance des indemnités journalières ne présente aucune spécificité sur le marché espagnol, et on ne l'a pas prise en compte dans cet article.

clients à réduire leurs garanties. Le niveau élevé de cette prime en valeur absolue, dans un pays où chaque citoyen peut accéder gratuitement à la Sécurité sociale, constitue le principal défi pour ceux des assureurs santé qui se projettent dans l'avenir. Ils craignent que les citoyens finissent par refuser de payer deux fois – par l'impôt d'abord et par l'assurance privée ensuite – le coût de leur santé.

Sur le plan commercial, on observe depuis des années une quasi-stagnation du nombre des assurés, alors que les assureurs se livrent à une bataille farouche pour conquérir des clients. En fait, les clients se déplacent d'un assureur à l'autre, sans croissance du marché global. Tout se passe comme si ceux qui ont déjà un contrat santé voulaient le garder, si possible en payant moins cher chez un assureur concurrent, alors que les sociétés ne parviennent pas à assurer des gens qui ne le sont pas.

Les premiers pas vers une complémentarité

Ce constat a conduit plusieurs sociétés à offrir des produits qui ne se substituent pas totalement à la Sécurité sociale et qui, de ce fait, sont beaucoup moins chers. On voit ainsi apparaître des contrats qui ne couvrent que la médecine ambulatoire. Ils visent une clientèle habitant les grandes villes, où l'accès au médecin de la Sécurité sociale est très long. Pour tous les problèmes de santé courants, le client est pris en charge rapidement. S'il doit être hospitalisé, il faut recourir à la Sécurité sociale. D'autres produits se positionnent exactement à l'envers. Ils visent les habitants des petites villes, où souvent le médecin de la Sécurité sociale est plus accessible mais où l'hôpital local laisse à désirer. Le contrat ne couvre que l'hospitalisation en laissant bien entendu au malade le choix de son établissement. Pour l'instant, la part de marché de ces nouveaux produits reste marginale par rapport au portefeuille constitué de contrats traditionnels, mais beaucoup d'assureurs y voient une solution d'avenir. Il en va de

même des contrats avec franchise, dont on a dit qu'ils peinent à se développer mais dont on peut être sûr qu'ils connaîtront une croissance significative dans les années qui viennent.

Si l'on quitte maintenant le niveau des produits pour se situer au niveau des prestataires, on constate des rapprochements entre le secteur public et le secteur privé qui correspondent aussi à une recherche de complémentarité.

L'exemple le plus ancien est celui de l'assurance des fonctionnaires. Ceux-ci bénéficient d'un régime particulier de sécurité sociale géré par une mutuelle – Muface – qui reçoit son budget de l'État. Chaque année, Muface organise un appel d'offres pour proposer aux assureurs privés d'offrir les mêmes services que la Sécurité sociale à un prix fixé par Muface. Aujourd'hui, quatre sociétés participent à ce régime qui concerne plus d'un million et demi de fonctionnaires et leurs familles. Chaque fonctionnaire a le choix entre rester dans le cadre de la Sécurité sociale ou recourir à l'un de ces assureurs privés. Plus de 80 % font le choix du privé, ce qui dit bien la mauvaise image du secteur public. Ce mécanisme est comparable à une concession de service public, l'entité privée s'engageant à fournir une prestation selon un cahier des charges et un prix fixé par l'Administration.

Plus récente et plus originale est l'entrée des opérateurs privés dans la gestion des hôpitaux publics. La plupart des sociétés d'assurance santé possèdent des hôpitaux, des cliniques et des centres de soins. C'est un moyen de se donner de la visibilité sur le plan commercial, d'apporter un service à leurs assurés et de contrôler les coûts, puisque dans ces établissements le personnel est salarié de l'assureur. Ce n'est pas novateur et cela évoque les cliniques mutualistes qui existent en France. Ce qu'il est plus intéressant d'observer c'est que, dans certaines régions, on voit des assureurs privés s'intéresser à la gestion de la totalité de la santé de la population.

La santé fait partie des compétences dévolues aux régions autonomes, et le Levant, dont la capitale est

Valence, est en pointe dans ce domaine. Depuis 1999, Adeslas, la première entité du marché, est gestionnaire d'un hôpital créé par le gouvernement régional. La société est rémunérée par un système de capitation, et les patients sont traités gratuitement, comme ils le seraient dans un hôpital géré par la Sécurité sociale. Dans une partie de cette même région, Sanitas, filiale de Bupa et deuxième acteur du marché, gère un hôpital généraliste, 22 cabinets médicaux et un hôpital de long séjour pour une population de près de 200 000 habitants. Dans la même région, Asisa, coopérative de médecins et troisième société du marché, gère la santé des 160 000 habitants de la zone de Torrevieja avec un hôpital et dix cabinets médicaux. La même entreprise gère pour le compte de la Sécurité sociale deux hôpitaux en se contentant d'un rôle de gestionnaire, l'investissement initial étant réalisé par l'Administration. La société allemande DKV, autre grand acteur du marché, gère aussi un hôpital. À une échelle plus modeste, il existe en Catalogne quelques expériences de cabinets médicaux où des médecins associés soignent une collectivité d'assurés pour le compte de la Sécurité sociale en contrepartie d'une rémunération forfaitaire. Toutes les enquêtes montrent la très grande satisfaction des assurés, qui sont ravis du service rendu.

Si ces expériences fonctionnent à la satisfaction des clients, il a fallu procéder à des ajustements de la relation entre la puissance publique et les sociétés d'assurance. Au cours des dernières années, la rémunération des sociétés d'assurance gestionnaires a été revue à la hausse, car celles-ci ne parvenaient pas à équilibrer leurs résultats. Il faut aussi – et surtout – tenir compte de la dimension politique. En Espagne comme en France, la santé est sacrée et elle est supposée ne pas avoir de prix. Ce n'est pas un hasard si ces expériences de concession de la gestion sanitaire au secteur privé ont eu lieu au Levant, une région gouvernée par la droite. Dans la province de Madrid, également gouvernée par la droite, existe un hôpital géré selon le régime du partenariat public-privé, mais la tentative de privatisation de six hôpitaux publics en 2013 a soulevé un tel mouvement de protestation que le gouvernement régional a dû faire machine arrière. Aujourd'hui ces projets de coopération entre

public et privé, en dépit de la réussite qu'ils représentent dans la région de Valence, sont paralysés. Les gouvernements locaux considèrent que le coût politique de toute tentative de privatisation de la santé est trop élevé, et les professionnels pensent que seul un accord droite-gauche dans l'esprit du pacte de Tolède ⁽⁴⁾ permettrait à ces mécanismes de prospérer.

Ainsi, l'Espagne n'est pas un champ de roses pour les assureurs santé, qui doivent faire évoluer un modèle parfaitement rodé mais en panne de croissance. L'avenir n'est pas à une lutte ouverte entre une Sécurité sociale qui dispenserait une médecine du pauvre et une assurance privée qui offrirait chaque année des garanties nouvelles et toujours plus coûteuses. À l'évidence, l'expansion d'une assurance privée devenue complémentaire et la contention du coût global de la santé d'une population vieillissante se feront par une collaboration du public et du privé. L'État veillera à garantir un service de base et laissera au secteur privé la liberté de compléter ou d'améliorer les prestations offertes par la Sécurité sociale.

Notes

1. *Société d'assurance de personnes spécialisée en assurance santé. Il s'agit d'une mutuelle installée à Barcelone qui, après avoir connu des difficultés, a été démutualisée et achetée en 2012 par le pôle des assurances du Crédit Mutuel.*

2. *HMO : Health Maintenance Organizations.*

3. *Portier.*

4. *Signé en 1995, le pacte de Tolède est un accord par lequel l'ensemble des forces politiques et syndicales espagnoles dessinèrent ce que devait être l'évolution du système de retraite au cours des années suivantes.*