

Les Notes de l'Institut Diderot

Le système de santé privé en Espagne : quels enseignements pour la France ?

DIDIER BAZZOCCHI
& ARNAUD CHNEIWEISS

SOMMAIRE

PRÉFACE

Jean-Claude Seys

p. 7

LE SYSTÈME DE SANTÉ PRIVÉ EN ESPAGNE : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE ¹ ?

Didier Bazzocchi & Arnaud Chneiweiss

p. 9

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT DIDEROT

p. 22

1. La présente note résulte d'un déplacement des auteurs à Madrid dont l'objet était l'étude du système de santé espagnol, à l'initiative de l'Institut Diderot. Les avis exprimés le sont à titre personnel.

PRÉFACE

Le système de santé français est relativement performant, mais de plus en plus difficile à financer compte tenu de la hausse structurelle des besoins due au vieillissement de la population, au coût de nouvelles thérapies et aux attentes croissantes de la population, tous facteurs qui appelleraient une hausse des financements.

L'observation de la situation dans différents pays étrangers peut suggérer des pistes de solutions et, à tout le moins, mettre en évidence le fait que ce que nous considérons comme les données incontournables peuvent n'être que des paramètres modifiables.

L'Allemagne et les Pays-Bas font partie des organisations souvent étudiées ; il nous est apparu intéressant d'y ajouter l'exemple de l'Espagne, pays qui jouit d'un état de santé de la population satisfaisant et d'une espérance de vie supérieure à celle de la France.

L'Espagne partage avec la France trois objectifs :

- disposer globalement du meilleur niveau de santé publique possible,
- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité,
- limiter le poids global des dépenses de santé dans l'économie.

Elle dispose également de deux outils de financement : un dispositif public, la sécurité sociale, et un système complémentaire privé.

Le problème est de trouver la meilleure combinaison des outils pour obtenir la meilleure atteinte des 3 objectifs nationaux.

La France, en imposant le monopole public pour la régulation et un système

de co-paiement aveugle ne tire aucun avantage de l'existence d'un secteur privé complémentaire en dehors du fait, marginal par rapport aux objectifs de santé publique, de faire assurer partiellement le financement par des cotisations qui échappent à la qualification de prélèvements obligatoires, pour laquelle elle apparaît en mauvaise position dans les classements internationaux.

L'exemple de l'Espagne démontre qu'un secteur privé peut apporter des satisfactions supplémentaires à la partie de la population qui le souhaite tout en allégeant le budget global ; la concurrence amène les établissements privés à faire toujours mieux et moins cher pour leurs adhérents ; ils jouent donc un rôle important en termes de régulation microéconomique qui complète l'action du système public, limitée par le caractère politique de toute mesure de régulation macroéconomique.

L'exemple espagnol ne s'impose pas comme un idéal mais démontre qu'en utilisant les capacités des différents outils existant, des améliorations du modèle français seraient possibles.

Jean-Claude Seys
Président de l'Institut Diderot

Le système de santé privé en Espagne : quels enseignements pour la France ?

En synthèse

Le système de santé espagnol combine un système universel public de type NHS et un système de santé privé. Tous les citoyens financent le système public par l'impôt. Pour autant, 20 % d'entre eux souscrivent une assurance privée pour bénéficier d'un accès sans délai d'attente à des soins de spécialités médicales. Ces soins sont délivrés par des organisations privées de santé, qui comportent, pour les plus importantes, des centres de santé et des hôpitaux ayant conclu des accords de prise en charge avec les assureurs. A l'origine, ces organisations ont été mises en place par des médecins qui souhaitaient compenser les insuffisances du système public et établir la solvabilité de leur pratique privée. Ils conservent encore aujourd'hui un rôle prééminent dans la détention et la gouvernance du système privé de santé.

Paradoxalement, ce système dit « duplicatif » n'engendre pas une explosion des coûts de santé, les dépenses de santé par habitant restant inférieures à la moyenne de l'Union européenne. Ceci peut être expliqué par le maintien d'un rationnement dans le système public, qui génère des listes d'attentes pouvant être absorbées par le système privé. Ce dernier n'est pas bridé par une réglementation spécifique. Il a donc pu s'installer naturellement dans les interstices du système public et en compléter l'infrastructure. Il s'est développé dans les grandes villes, pour des spécialités médicales et chirurgicales correspondant à des pathologies fréquentes. On n'y recourt pas pour les soins primaires, la prescription de médicaments en ville, ni pour les techniques médicales lourdes telles que les greffes.

Le système privé s'est développé librement. Il apporte une respiration au système public, rationné par nature. Il semble répondre à une attente de la population et éviter les inconvénients des systèmes traditionnels : le « substitutif » américain avec ses effets massifs de renoncement aux soins et le « complémentaire régulé » à la française, coûteux et peu perméable à l'innovation. La liberté d'initiative laissée aux organisations privées, professions de santé comme assureurs, a permis le développement d'une réponse dynamique aux attentes de la société face aux incontournables contraintes budgétaires de la politique publique. Il est ainsi très perméable à une diffusion rapide de nouvelles techniques médicales et de « e-santé », au service de l'efficacité des soins.

Le rôle historique des médecins a été un élément déterminant de ce « miracle », qu'est l'émergence d'un secteur privé important au sein d'un modèle de type NHS. De manière paradoxale pour nous Français, la mutualité de la fonction publique en a favorisé le développement. L'Espagne a ainsi mis en œuvre de manière pragmatique une forme de complémentarité entre l'État et le marché, illustrant le célèbre aphorisme de Joseph Stiglitz : « L'État et le marché sont tous deux imparfaits, c'est pour cela qu'ils doivent coopérer ». Mais l'émergence d'une telle coopération ne pouvait être spontanée. Il y fallait un puissant catalyseur. De manière singulière, le corps médical et la mutualité de la fonction publique en ont à la fois constitué le terreau et l'élément régulateur, montrant ainsi le rôle essentiel de la société civile dans l'évolution des systèmes de santé. Ceci fait du système espagnol de santé un modèle original riche d'enseignements, au moment où l'on s'interroge en France sur les rôles respectifs de l'assurance santé publique et des assureurs complémentaires.

Pour aller plus loin

I - POURQUOI S'INTÉRESSER À L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ESPAGNOL ?

a) Parce qu'il a de remarquables résultats, souvent supérieurs aux nôtres :

- selon les chiffres de l'OMS en 2015, l'Espagne est au 5^{ème} rang mondial pour l'espérance de vie à la naissance (avec 82,8 ans), alors que la France est au 10^{ème} rang (82,4 ans) – l'Espagne a la meilleure performance de l'UE ;
- selon Bloomberg, c'est le 3^{ème} système de santé le plus efficient au monde, derrière Hong-Kong et Singapour (seuls les 10 premiers sont publiés, la France n'en fait pas partie) ;
- en termes de dépenses publiques, l'Espagne consacre 9,2 % du PIB à ses dépenses de santé contre 11,1 % du PIB en France.

b) Parce qu'il organise la coexistence de l'assurance publique, universelle, et d'une assurance privée, volontaire, qui couvre un peu plus de 20 % de la population (un peu moins de 10 millions de personnes assurées pour 46,5 Ms d'habitants).

Ce système est « duplicatif ». En France, les complémentaires s'emboîtent dans le système public : elles remboursent une fraction du même acte de soins. En Espagne, dans une large mesure, les deux systèmes public et privé sont parallèles, étanches, ils s'ignorent.

II - DESCRIPTION RAPIDE DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ESPAGNOL

a) Le système public organise une couverture universelle, financée par l'impôt.

C'est un système :

- très décentralisé, du fait de l'organisation de l'État espagnol et des responsabilités déléguées aux 17 Régions. Le Ministère de la Santé joue un rôle régulateur minimal. Ce sont les Régions qui contractent avec les hôpitaux publics ;

-
- généreux en termes de prestations (pas de ticket modérateur hormis pour le médicament) mais où les attentes atteignent fréquemment 6 à 9 mois pour accéder aux soins dans le public ! La régulation se fait par la liste d'attente, ce qui motive pour aller vers les assurances privées. Seule façon de contourner ces attentes terribles : tenter de passer par les urgences ;
 - qui ne couvre pas les dépenses optiques et dentaires. Le privé prend la relève sur le dentaire, mais quasiment pas sur l'optique, financé donc directement par les ménages, ce qui explique les niveaux élevés de restes à charge.

Les soins délivrés par les structures publiques, hôpitaux et « cliniques » (i.e. les centres de santé) sont gratuits, tout comme les médicaments délivrés à l'hôpital ou sous contrôle hospitalier. Le médicament prescrit en dehors d'une hospitalisation par une structure publique est majoritairement pris en charge par l'État, avec une prise en charge par le patient actif à 40 %, et à 10 % s'il est non actif (chômeurs, retraités, etc...), même pour le chronique (diabète, cholestérol, etc..). Son prix est règlementé.

Les principaux défis sanitaires du pays sont le tabac et l'obésité des adolescents.

b) Le système privé fonctionne en parallèle.

Il revendique de permettre l'accès rapide à un spécialiste (à un instant donné, 2 millions d'Espagnols sont en attente d'un rendez-vous dans le public !), la liberté de choix, un traitement plus personnalisé. En outre, les hôpitaux privés sont souvent considérés plus modernes et mieux équipés que les hôpitaux publics.

On ne peut aller dans un hôpital privé que si l'on est assuré et envoyé par son assureur (62 % des recettes des hôpitaux privés), ou bien si le public, trop débordé, a conclu un accord de partenariat et envoie dans un hôpital privé (26 % de leurs recettes). Le solde des recettes (12 %), vient des personnes qui vont à l'hôpital privé et payent de leur poche (« reste à charge »).

Les assureurs santé privés ne procèdent à aucun remboursement : ce sont des prestataires de soins directs. D'ailleurs, d'une manière générale, on ne « rembourse rien » en Espagne. Le malade va voir le professionnel de santé,

que ce soit dans le public ou le privé, et ne lui règle rien directement. Ce sont les assureurs qui règlent les médecins qu'ils ont référencé, de l'ordre de 10 à 15 euros la consultation selon les assureurs rencontrés.

Chaque assureur a donc constitué son réseau de médecins à partir des initiatives prises par la profession médicale, qui chez CASER par exemple représente 20 000 médecins. D'autres assureurs santé valorisent l'accès à « 30 000 médecins et 500 établissements privés sur le territoire » (45 000 médecins pour tout le pays). On se bat pour avoir dans son réseau les bons spécialistes, bien couvrir le territoire... en promettant aux médecins référencés une charge de travail suffisante. La question est posée aux assureurs d'être plus sélectifs sur le nombre de médecins pour ne retenir que les meilleurs.

Cette organisation en réseaux de médecins est facilitée par le fait que le nombre de médecins par habitant est élevé, au-delà de la moyenne de l'UE (alors que la France a un nombre de médecins par habitant inférieur à la moyenne de l'UE). Un médecin peut travailler à la fois dans le système public et pour un hôpital privé, et pour plusieurs assureurs en même temps.

Le marché de l'assurance santé privée est concentré : les 5 premiers assureurs représentent 71 % du marché, dont 4 acteurs mono-activité santé. Ce sont des acteurs nationaux ², nouvelle confirmation que l'Europe de l'assurance n'existe guère encore tant les particularités des marchés nationaux demeurent fortes. Il existe comme ailleurs une inquiétude des acteurs en place à l'idée que des acteurs internet comme Amazon puissent entrer sur le marché de l'assurance santé.

La structure du marché est dominée par les contrats individuels (68 %) tandis que 32 % des contrats sont souscrits dans le cadre de l'entreprise, avec des incitations fiscales pour que les entreprises proposent cette couverture (contre une structure à 50/50 en France).

La sélection des risques fait partie du métier en Espagne, alors qu'en France

2. Même si certains parmi les plus importants sont détenus par de grands assureurs mondiaux.

on ne sélectionne pas selon l'état de santé afin d'être dans le cadre d'un contrat « solidaire », moins taxé. La sélection et l'exclusion des risques sont permises, sous certaines conditions. Toutefois, l'exclusion est interdite pour toute pathologie couverte par le contrat apparaissant au cours de sa réalisation ou dès lors que l'assuré est âgé³; le tarif peut être modulé par l'assureur selon une loi de tarification devant être déposée auprès de l'autorité de contrôle des assurances. Le niveau modéré de la cotisation, de l'ordre de 50 € par mois par assuré (à 40 ans), s'explique ainsi par l'économie du contrat d'assurance.

Les pratiques varient en fonction des assureurs, plus ou moins agressifs, et les mutualistes mettent en avant leur caractère solidaire. Ces pratiques resteraient cependant encore très difficilement acceptables en France. Alors que l'illusion d'un système de soins universel et gratuit pour les soins lourds et coûteux est entretenue par les pouvoirs publics, les assureurs privés ont un rôle déterminant dans l'exercice de la solidarité entre malades et bien-portants. Pour preuve, les restes à charges relatifs aux soins hospitaliers sont globalement très bien absorbés par les assureurs complémentaires⁴.

Pour en revenir au système espagnol, rappelons que quoi qu'il arrive le système public est là, au sein duquel les soins sont totalement gratuits (hors du ticket modérateur de 40 % sur le médicalement prescrit en dehors de l'hôpital).

Après 70/75 ans, si on n'est pas déjà assuré, on ne trouve plus d'assurance privée.

La durée moyenne d'assurance santé chez un assureur n'est que de 5 ans, ce qui est très court (les polices sont conclues pour un an avec tacite reconduction). Le changement d'assureur ou le renoncement à l'assurance sont souvent liés aux hausses de tarifs. Cette durée trop courte empêche le développement de politique de prévention accompagnant l'assuré dans la durée.

3. Plus de 66 ans.

4. - Le reste à charge de l'assuré social « moyen », s'il n'avait pas eu de couverture complémentaire, aurait été supérieur à 500 € aux bornes de l'assureur public, avec une grande disparité d'exposition au risque. Pour 15 000 de ces assurés, il aurait été supérieur à 5 200 €,
- après prise en charge par l'assureur privé, il était nul pour 80 % des assurés et de 26 € en moyenne.

La croissance annuelle de l'assurance santé ces dernières années a été de 5 % par an, malgré les critiques sur le développement d'un système inégalitaire. Les Régions avec les plus forts taux de pénétration sont Madrid (34 %), la Catalogne (30 %), l'Andalousie, le Pays Basque...

Anecdote révélatrice, la grande mutuelle des fonctionnaires, MUFACE (financée à 80 % par l'État et 20 % par les adhérents), a choisi de protéger ses adhérents en leur donnant accès à des hôpitaux privés, ce qu'ils choisissent de faire massivement. La mutuelle des fonctionnaires, financée largement par l'État, est donc une fervente partisane de l'assurance santé privée qu'elle a contribué à installer dans le paysage sanitaire espagnol...

III - RÉFLEXIONS POUR LA RÉFORME DE L'ASSURANCE SANTÉ EN FRANCE

Le système de santé espagnol peut paraître réellement enviable d'un point de vue global : une espérance de vie parmi les plus élevées au monde, une universalité d'accès aux infrastructures publiques de soins, une modernité des soins, y compris les plus lourds, qui semble au rendez-vous, un coût global remarquablement contenu.

Pour l'assureur privé français, il est réellement enviable. Il est tout le contraire d'un système de copaiement complémentaire d'une assurance maladie obligatoire couvrant partiellement d'une part et règlementant tout ou presque d'autre part, y compris ce que doivent faire les assureurs privés ! En conséquence une plus grande liberté de choix de la valeur de la prise en charge semble être proposée aux assurés. De plus la « cohabitation » privé-public trouve dans certains domaines une habile complémentarité, voire une forme de coopération, qui est toutefois régulièrement remise en question.

Ce qui est sans doute moins enviable, et en tous cas surprenant pour l'observateur habitué à la doctrine égalitaire française, c'est la manière dont ce système qui se veut universel conduit à une étrange catégorisation en trois populations, avec des situations très différentes pour le recours aux soins :

-
- Pour ceux (20 % de la population) qui peuvent se payer une assurance privée, l'accès à un système privé duplicatif de qualité ;
 - L'immense majorité de la population (80 %), qui ne dispose que du système public, semble-t-il de qualité mais très « rationné ». Pour ceux-là, le rationnement s'exprime par des listes d'attente, l'absence de choix des professionnels de santé et l'absence de couverture des soins dentaires ;
 - Les fonctionnaires d'État, catégorie à part, obligés de payer un complément et de choisir entre les deux systèmes (sans duplication).

Ceci étant posé, voici quels pourraient être les principaux enseignements pour la France.

a) Le dentaire et l'optique ne sont pas couverts par le système public

Ces domaines sont complètement laissés à l'assurance santé privée. Cependant, si l'assurance dentaire privée se développe vite, l'assurance santé optique est encore très peu répandue. L'Assurance Maladie Obligatoire française serait-elle capable de choix aussi nets ?

b) La constitution de réseaux de soins modernes

L'assurance santé privée a su combler les déficiences du système public en apportant directement des services sanitaires. Cela va jusqu'à des hôpitaux privés fonctionnant sur un partenariat étroit entre le centre de soins et les assureurs, et aux réseaux de médecins (que la loi Le Roux interdit en France).

c) Les restes à charges élevé

Nous nous focalisons en ce moment en France, où le reste à charge est l'un des plus faibles au monde avec 7 % restant à la charge des ménages, sur le but du « zéro RAC » possible pour ceux qui le souhaitent sur les trois postes optique, dentaire et audio prothèse. Or ces RAC sont élevés en Espagne : 24 % des dépenses de santé (à cause du financement des dépenses dentaires, optiques et des médicaments), alors que la moyenne de l'UE est à 15 %. Pourtant, les performances sanitaires de l'Espagne sont au moins équivalentes aux nôtres.

d) La réglementation

En France, les Autorités – Ministère de la Santé, CNAM... – veulent tout réguler :

ce qu'est un contrat responsable et solidaire, un panier de soins minimal. L'évolution des tarifs des complémentaires santé est surveillée... En Espagne, rien de tout cela. La régulation centrale est faible (certes du fait d'une répartition des pouvoirs différente entre État et Régions) et le mode de régulation est différent. Par exemple, les augmentations tarifaires suivent une formule définie par l'assureur et déposée chez le superviseur. Ce dernier ne dit pas comment il faut construire la formule, il se contente de vérifier qu'elle est bien appliquée. Libre au client de choisir un autre assureur si cette manière de tarifier ne lui convient pas (certes, qui a la capacité de comprendre la formule ?). En tout cas, voilà une approche infiniment plus libérale que la nôtre.

e) Le système des concessions

Ce système des concessions (cf. annexe) est une forme intéressante de partenariat public / privé pour des hôpitaux conciliant le meilleur du public et du privé.

f) La sélection du risque en fonction de l'état de santé

Elle n'est de fait pratiquement pas pratiquée en France pour les contrats santé (il en va autrement pour l'assurance emprunteur et dans une moindre mesure pour l'assurance dépendance).

Sommes-nous prêts à aller dans cette direction et dans quelles proportions ?

IV - CONCLUSION

Le système de prise en charge des soins français, où nous faisons cohabiter les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire et des complémentaires santé pour le même acte de soin n'est-il pas dans un état d'épuisement ?

Le système français de santé assure formellement une égalité d'accès de tous les citoyens à des soins lourds et coûteux, appropriés à leur état de santé. Pour autant, les indicateurs d'espérance de vie sont moyens et soumis à un fort gradient social. Égalité juridique, oui, mais pas d'égalité réelle, avec une grande dispersion de la qualité des soins, ainsi qu'une disparité des infrastructures de

soins primaires. Ainsi, les dépenses de soins courants hors ALD ne sont plus couvertes qu'à 55 % par l'assureur public. Il est demandé, de manière toujours plus pressante, aux assureurs privés d'y suppléer.

Dans le même temps, on demande aux assureurs santé privés de prouver leur utilité sociale et leur légitimité. Exigence exorbitante, puisqu'aucun moyen de le faire ne leur est accessible. La loi leur interdit de contractualiser avec les médecins, de conduire des programmes d'éducation thérapeutique, ou leur impose de prendre en charge des frais de soins de manière universelle, via le contrat dit « responsable », sans qu'ils puissent en contrôler ni la pertinence, ni la qualité. Pire, leurs initiatives d'achats de biens médicaux pour l'optique médicale et les prothèses auditives, pour lesquelles ils ont su faire baisser les prix de 30 à 40 %, sont régulièrement menacées de disparition, et encore aujourd'hui avec le projet gouvernemental de « RAC 0 », alors qu'ils en sont logiquement les meilleurs soutiens !

L'utilité des assureurs santé privés doit se prouver par la qualité des soins rendus possibles, par un meilleur accès aux soins (développement de la télémédecine), par le développement d'un lien personnalisé avec l'assuré via des applis donnant des conseils de vie saine... Ceci suppose une liberté d'entreprendre qui n'existe quasiment plus en France en matière d'assurance santé.

Le système espagnol n'est sans doute pas transposable en l'état, mais il permet de poser des questions de fond sur la manière dont le système français est organisé, et de découvrir que ce que beaucoup considèrent ici comme des sujets tabous (réseaux de médecins, restes à charge élevés, sélection du risque...) ne le sont pas ailleurs, juste de l'autre côté de la frontière, sans que l'état de santé de la population en souffre (voire avec de meilleurs résultats de santé publique !) et pour une gestion financière plus économe.

Retrouvez l'actualité de l'Institut Diderot sur
www.institutdiderot.fr / @InstitutDiderot

ANNEXE 1 : Focus sur le dentaire

Le dentaire est au cœur de la stratégie des assureurs santé privés, puisque le secteur n'est absolument pas pris en charge par le système public. C'est un des principaux arguments pour capter des clients.

Il n'y a pas de sélection des risques sur le dentaire, où il s'agit de vendre des services.

Il existe trois grandes chaînes indépendantes de cliniques dentaires (chacune a 300 cliniques, avec 4 fauteuils par clinique), avec lesquelles les assureurs contractent, mais des assureurs santé créent aussi leur propre centre dentaire, élément de prestige et de reconnaissance pour la marque (les assureurs ont souvent quelques dizaines de cliniques dentaires, le principal assureur privé possède 300 cliniques, le second 150...).

Surtout si le patient est engagé dans un traitement long, c'est un outil de fidélisation fort.

Dans l'exemple de CASER, si quelqu'un vient spontanément dans un centre dentaire, on lui dit qu'il faut être assuré pour être pris en charge. On lui propose alors une assurance santé générale, pas seulement dentaire. Le patient souscrit cette assurance santé générale dans 70 % des cas.

CASER a des conventions avec 1 800 centres dentaires.

Il n'y a quasiment plus en Espagne de dentiste exerçant de façon individuelle. Les dentistes se regroupent dans ces centres de santé et sont pour la grande majorité salariés des centres.

Le marché est de 8,5 Mds € (11 Mds € en France).

Le dentaire est la première cause de reste à charge (avec l'optique) : 360 euros par an et par habitant.

ANNEXE 2 : le système des concessions

Il existe des expériences de concessions, dans les Régions de Madrid et Valence. Il s'agit de centres sanitaires intégrés, combinant l'hôpital et l'ambulatoire.

Concrètement, une délégation de service public est donnée pour une zone. Dans cette zone, il peut y avoir des hôpitaux privés mais pas d'autre hôpital public (dans l'exemple qui nous a été décrit, le premier hôpital public était à 25 km). Il s'agit de donner plus de flexibilité à la gestion.

Un appel d'offres est lancé pour l'attribution de ces concessions par les régions. Ce sont souvent des assureurs privés qui répondent, mais il existe maintenant également des spécialistes de la gestion des concessions. Les recettes sont allouées par les Régions en fonction de la population de la zone. Le contrat est conclu pour 15 ans.

Pour l'éthique et limiter toute dérive, le bénéfice de l'établissement est plafonné à 7 % du chiffre d'affaires. Tout bénéfice au-delà de cette limite doit être réinjecté dans les investissements pour l'hôpital. Il existe des objectifs de qualité et performance mais curieusement ils ne sont pas intégrés dans le contrat liant la Région et l'établissement. On pourrait imaginer une rémunération par la Région en fonction de l'atteinte d'indicateurs définis en commun.

Dans l'exemple qui nous a été décrit, la rentabilité est à ce stade très faible, de l'ordre de 2 %.

On estime que par rapport au coût d'un hôpital public, la Région a fait des économies considérables (175 Ms euros sur 10 ans) par la mise en place de cette concession.

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT DIDEROT

Dans la même collection

- L'euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert - Emmanuel Halais
- Le futur de la procréation - Pascal Nouvel
- La République à l'épreuve du communautarisme - Eric Keslassy
- Proposition pour la Chine - Pierre-Louis Ménard
- L'habitat en utopie - Thierry Paquot
- Une Assemblée nationale plus représentative - Eric Keslassy
- Où va l'Égypte ? - Ismaïl Serageldin
- Sur le service civique - Jean-Pierre Gualazzi
- La recherche en France et en Allemagne - Michèle Vallenthini
- Le fanatisme - Texte d'Alexandre Deleyme présenté par Dominique Lecourt
- De l'antisémitisme en France - Eric Keslassy
- Je suis Charlie. Un an après... - Patrick Autréaux
- Attachement, trauma et résilience - Boris Cyrulnik
- La droite est-elle prête pour 2017 ? - Alexis Feertchak
- Réinventer le travail sans l'emploi - Ariel Kyrrou
- Crise de l'École française - Jean-Hugues Barthélémy
- À propos du revenu universel - Alexis Feertchak & Gaspard Koenig
- Une Assemblée nationale plus représentative-*Mandature 2017-2022* - Eric Keslassy
- Handicap et République - Pierre Gallix
- L'avenir de notre modèle social français - Jacky Bontems & Aude de Castet
- Réflexions sur la recherche française - Raymond Piccoli

Les Carnets des Dialogues du Matin

- L'avenir de l'automobile - Louis Schweitzer
- Les nanotechnologies & l'avenir de l'homme - Etienne Klein
- L'avenir de la croissance - Bernard Stiegler
- L'avenir de la régénération cérébrale - Alain Prochiantz
- L'avenir de l'Europe - Franck Debié
- L'avenir de la cybersécurité - Nicolas Arpagian
- L'avenir de la population française - François Héran
- L'avenir de la cancérologie - François Goldwasser
- L'avenir de la prédiction - Henri Atlan
- L'avenir de l'aménagement des territoires - Jérôme Monod
- L'avenir de la démocratie - Dominique Schnapper

- L'avenir du capitalisme - Bernard Maris
- L'avenir de la dépendance - Florence Lustman
- L'avenir de l'alimentation - Marion Guillou
- L'avenir des humanités - Jean-François Pradeau
- L'avenir des villes - Thierry Paquot
- L'avenir du droit international - Monique Chemillier-Gendreau
- L'avenir de la famille - Boris Cyrulnik
- L'avenir du populisme - Dominique Reynié
- L'avenir de la puissance chinoise - Jean-Luc Domenach
- L'avenir de l'économie sociale - Jean-Claude Seys
- L'avenir de la vie privée dans la société numérique - Alex Türk
- L'avenir de l'hôpital public - Bernard Granger
- L'avenir de la guerre - Henri Bentegeat & Rony Brauman
- L'avenir de la politique industrielle française - Louis Gallois
- L'avenir de la politique énergétique française - Pierre Papon
- L'avenir du pétrole - Claude Mandil
- L'avenir de l'euro et de la BCE - Henri Guaino & Denis Kessler
- L'avenir de la propriété intellectuelle - Denis Olivennes
- L'avenir du travail - Dominique Méda
- L'avenir de l'anti-science - Alexandre Moatti
- L'avenir du logement - Olivier Mitterand
- L'avenir de la mondialisation - Jean-Pierre Chevènement
- L'avenir de la lutte contre la pauvreté - François Chérèque
- L'avenir du climat - Jean Jouzel
- L'avenir de la nouvelle Russie - Alexandre Adler
- L'avenir de la politique - Alain Juppé
- L'avenir des Big-Data - Kenneth Cukier et Dominique Leglu
- L'avenir de l'organisation des Entreprises - Guillaume Poirinal
- L'avenir de l'enseignement du fait religieux dans l'École laïque - Régis Debray
- L'avenir des inégalités - Hervé Le Bras
- L'avenir de la diplomatie - Pierre Grosser
- L'avenir des relations Franco-russes - S.E. Alexandre Orlov
- L'avenir du Parlement - François Cornut-Gentille
- L'avenir du terrorisme - Alain Bauer
- L'avenir du politiquement correct - André Comte-Sponville & Dominique Lecourt
- L'avenir de la zone euro - Michel Aglietta & Jacques Sapir
- L'avenir du conflit entre chiïtes et sunnites - Anne-Clémentine Larroque
- L'avenir de l'Iran - S.E. Ali Ahani
- L'avenir de l'enseignement - François-Xavier Bellamy
- L'avenir du travail à l'âge du numérique - Bruno Mettling
- L'avenir de la géopolitique - Hubert Védrine
- L'avenir des armées françaises - Vincent Desportes
- L'avenir de la paix - Dominique de Villepin
- L'avenir des relations franco-chinoise - S.E. Zhai Jun
- Le Défi de l'islam de France - Jean-Pierre Chevènement

-
- L'avenir de l'humanitaire - Olivier Berthe - Rony Brauman - Xavier Emmanuelli
 - L'avenir de la crise du Golfe entre le Qatar et ses voisins - Georges Malbrunot
 - L'avenir du Grand Paris - Philippe Yvin
 - Entre autonomie et Interdit : comment lutter contre l'obésité ? - Nicolas Bouzou & Alain Coulomb
 - L'avenir de la Corée du Nord - Juliette Morillot & Antoine Bondaz
 - L'avenir de la justice sociale - Laurent Berger
 - Quelles menaces numériques dans un monde hyperconnecté ? - Nicolas Arpagian

Les Dîners de l'Institut Diderot

- La Prospective, de demain à aujourd'hui - Nathalie Kosciusko-Morizet
- Politique de santé : répondre aux défis de demain - Claude Evin
- La réforme de la santé aux États-Unis :
Quels enseignements pour l'assurance maladie française ? - Victor Rodwin
- La question du médicament - Philippe Even
- Le corps ce grand oublié de la parité - Claudine Junien
- Des guerres à venir ? - Philippe Fabry
- Les traitements de la maladie de Parkinson - Alim-Louis Benabib

Les Entretiens de l'Institut Diderot

- L'avenir du progrès (actes des Entretiens 2011)
- Les 18-24 ans et l'avenir de la politique

LE SYSTÈME DE SANTÉ PRIVÉ EN ESPAGNE : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE ?



DIDIER BAZZOCCHI,
Ingénieur et diplômé de l'Institut d'Administration des Entreprises de Paris, Didier Bazzocchi est en charge de la Direction Générale Santé et Prévoyance du Groupe d'Assurances Mutuelles COVEA. Auparavant, il fut notamment chargé de mission au Ministère de la Santé, directeur santé au sein de Coopers & Lybrand Consultants, puis directeur général de « La Mutuelle Générale ».



ARNAUD CHNEIWEISS,
Délégué général de la Fédération Française de l'Assurance (FFA) depuis juillet 2016. Diplômé de Sciences Po, ancien élève de l'ENA, Arnaud Chneiweiss a débuté sa carrière au Ministère de l'Economie et des Finances, principalement sur les questions européennes et internationales, notamment auprès de Dominique Strauss-Kahn et Laurent Fabius (1997-2000). Il a ensuite poursuivi sa carrière dans le secteur de l'assurance : chez SCOR de 2001 à 2005, à la MATMUT de 2006 à 2014 et au GEMA en 2014, avant de rejoindre la FFA. Il est également membre du comité éditorial de la revue Risques et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

“ Le système de santé espagnol mérite l'attention, puisque l'Espagne a aujourd'hui la meilleure espérance de vie de l'Union européenne alors que le coût de fonctionnement de son système de santé est nettement inférieur au nôtre. Ce système combine une couverture universelle publique et des assurances privées pour environ 20 % de la population. Le système privé s'est installé dans les interstices du système public et en a complété les infrastructures. Il s'est développé dans les grandes villes, pour des spécialités correspondant à des pathologies fréquentes.

Si le système espagnol n'est sans doute pas transposable et peut étonner quant à l'égalité des citoyens pour l'accès aux soins, son étude permet de poser des questions de fond sur la manière dont le système français est organisé. Beaucoup de questions considérées ici comme des sujets tabous ne le sont pas chez notre voisin, avec des résultats de santé publique au moins aussi bons et pour une gestion financière plus économe.

Dominique LECOURT
Directeur général de l'Institut Diderot

La présente publication ne peut être vendue