

ÉPARGNE
RETRAITE
PRÉVOYANCE


WWW.CERCLEDELEPARGNE.COM

SUIVEZ-NOUS SUR    

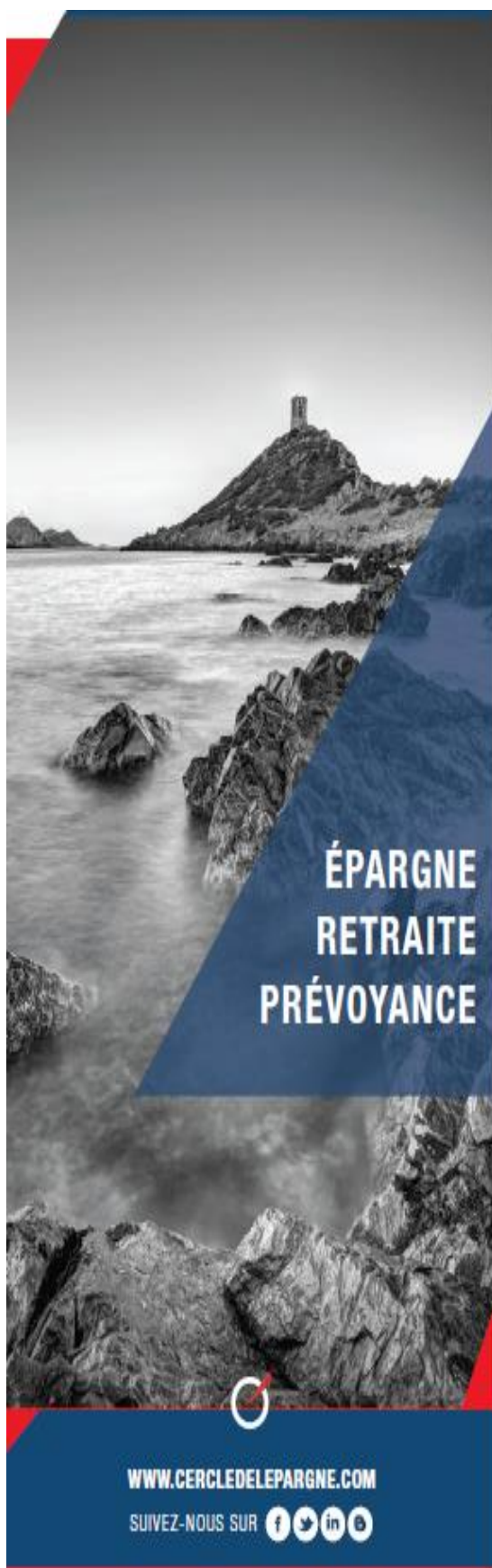
L'ASSURANCE-MALADIE FACE AU DÉFI DE L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance

104-110, Boulevard Haussmann • 75008 PARIS

Tél.: 01 76 60 85 39 • 01 76 60 86 05

contact@cercledelepargne.fr



L'ASSURANCE-MALADIE FACE AU DÉFI DE L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

SOMMAIRE

LA CONVERGENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ	03
LE DENTAIRE ET L'OPTIQUE, LES PARENTS PAUVRES DES COUVERTURES SANTÉ	04
LES DIFFÉRENTES FORMES DE PARTICIPATION DES PATIENTS	04
DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE À L'ASSURANCE DUPLICATIVE EN PASSANT PAR L'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE	04
LA FRANCE, LE PAYS DE LA COMPLÉMENTAIRE	5
DES RESTES À CHARGE LIMITÉS EN FRANCE ET AUX PAYS-BAS	05
LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EST EN FRANCE PEU CONCENTRÉ	05
LA FRANCE, LE PAYS DE LA RÉGLEMENTATION	06
LA MONTÉE EN PUISSANCE DES RÉSEAUX DE SOINS ET DE L'INTÉGRATION	06

L'ASSURANCE-MALADIE FACE AU DÉFI DE L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Plus un pays s'enrichit, plus la part de sa richesse consacrée aux dépenses de santé augmente. Il en est de même avec le vieillissement. De ce fait, le poids de la santé progresse dans tous les pays avancés qui ont, depuis la fin du XIX^e siècle, mis en place des systèmes de couverture maladie de plus en plus large.

En Europe, deux grands modèles de couverture existent, le système « Beveridge » et le système « bismarckien ». Mais cette distinction est de moins en moins opérante en raison d'une convergence des systèmes au sein de nombreux pays.

En Espagne, au Royaume-Uni, au Danemark, en Italie, en Irlande, au Norvège mais aussi au Portugal, l'État assure un service national de santé. Les résidents de ces pays peuvent recevoir des soins majoritairement gratuits au sein d'hôpitaux publics ou auprès de praticiens qui sont souvent des fonctionnaires. Le parcours de santé est encadré tant par le passage obligatoire auprès d'un généraliste qu'au niveau géographique. À côté de l'offre publique, des structures privées peuvent exister mais elles sont à la charge des patients.

En France comme en Allemagne, le système est assurantiel et repose sur des caisses de droit public. Ce choix a été également fait par la Grèce, le Luxembourg, la Pologne, l'Autriche et la Belgique. La médecine s'exerce de manière libérale ce qui n'interdit pas la présence d'hôpitaux publics. Les assurés disposent d'une liberté de choix en ce qui concerne leurs praticiens ou de leurs établissements de santé. Les caisses d'assurance-maladie remboursent les frais sous certaines conditions et dans certaines limites. La couverture est de nature professionnelle. C'est le versement de cotisations, calculées à partir de revenus professionnels, qui ouvre droit à remboursement des dépenses de santé. L'État a mis en place des dispositifs d'assistance au profit des populations non couvertes par le système d'assurance.

La Suisse a opté pour un système d'assurance bismarckienne mais la gestion de l'assurance-maladie obligatoire a été confiée aux assureurs privés.

LA CONVERGENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les pays ont fortement modifié leur système de santé depuis une cinquantaine d'années avec comme conséquences une convergence. L'Allemagne, à l'origine du système bismarckien, a institué une concurrence entre les caisses de sécurité sociale pour attirer les assurés. Un fonds de péréquation des risques y a été également institué. Les personnes disposant de plus de 57 600 euros de revenus annuels peuvent décider de quitter le système d'assurance-maladie public pour opter pour une assurance privée. 10 % des Allemands ont fait ce choix. Cette couverture privée assure 4,5 % des dépenses de santé. En 2006, aux Pays-Bas, la gestion de l'assurance-maladie a été confiée au secteur privé. L'Espagne est passée dans les années 70 d'un système d'assurance-maladie à un système national de santé. En Suisse, la couverture santé est régionalisée et se rapproche de fait d'un système national de santé.

Dans tous les pays, depuis une trentaine d'années, la tendance de fond est au développement d'une couverture santé universelle. Néanmoins, ce processus s'est interrompu avec la crise de 2008. Ainsi, en Espagne, les immigrés en situation irrégulière ne sont plus couverts depuis 2012.

LE DENTAIRE ET L'OPTIQUE, LES PARENTS PAUVRES DES COUVERTURES SANTÉ

Dans l'ensemble des pays concernés, les soins hospitaliers, d'infirmiers, de médecins et de kinésithérapie ainsi que les analyses médicales sont généralement bien pris en charge par les systèmes de santé des différents pays européens. Dans les systèmes assurantiels, des dispositifs de co-paiements sont en vigueur avec une possible intervention d'assurance complémentaire. Les médicaments et les dispositifs médicaux font, en règle générale, de co-paiements dans tous les pays quel que soit le système en vigueur. L'objectif est de responsabiliser les patients.

L'optique est de manière quasi-générale exclue des paniers de soins pris en charge. Si en France, un financement par l'assurance publique existe, il reste marginal (4 % des dépenses d'optique sont prises en charge par le régime de base).

En Suisse et en Espagne, les soins et prothèses dentaires sont exclus du panier de soins. Aux Pays-Bas, les soins dentaires classiques ne donnent pas lieu à prise en charge.

LES DIFFÉRENTES FORMES DE PARTICIPATION DES PATIENTS

Pour la couverture de base, la participation des patients prend souvent la forme de forfaits ou de tickets modérateurs. En Suisse comme aux Pays-Bas, une franchise a été instituée (280 euros en Suisse, 385 euros en Espagne). Aux Pays-Bas, les patients acquittent leurs dépenses de santé qui se situent en dessous de ce montant de franchise mais au-delà du montant de la franchise, c'est le système prend presque la totalité des dépenses. En Suisse, les assurés doivent contribuer à 10 % de l'ensemble de leurs frais.

En Espagne, le niveau de la couverture dépend des revenus. 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 patients. En France, la modulation est fonction de l'état de santé. Les personnes en affection de longue durée (ALD) sont exonérées de ticket modérateur.

DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE À L'ASSURANCE DUPLICATIVE EN PASSANT PAR L'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE

Dans les pays européens, une offre d'assurance « facultative » existe. Ce type d'assurance est appelé supplémentaire quand elle couvre des prestations se situant en dehors du panier de soins. Elle est appelée complémentaire quand elle concerne des prestations du panier de soins dont une partie du coût est laissée à la charge du patient. Dans les pays à système de santé national, les assurances facultatives permettent de couvrir des dépenses réalisées en dehors du parcours de soins (structures privées, coupe-file d'attente). Dans ce cas, l'assurance facultative est appelée duplicative. Bien évidemment, ces trois catégories peuvent se recouper.

En France, les assurances facultatives interviennent avant tout comme des complémentaires. Elles assurent le remboursement de soins couverts en partie par le régime général. Elles assurent également des missions d'assurance supplémentaire quand elles prennent en charge certaines de prestations de confort (chambres particulières, télévision) ou certains traitements alternatifs.

En Allemagne, les assurances facultatives sont de nature complémentaire quand elles financent les tickets modérateurs mais sont de nature supplémentaire quand elles prennent en charge l'optique.

Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances facultatives ont l'interdiction de rembourser les franchises et ne peuvent intervenir que comme supplémentaires. En Espagne et au Royaume-Uni, elles couvrent des dépenses de santé réalisées par des structures privées. Face aux problèmes d'engorgement des centres de santé publics, les autorités espagnoles incitent leurs concitoyens à souscrire de telle assurance duplicative.

LA FRANCE, LE PAYS DE LA COMPLÉMENTAIRE

En France, en 2014, 96 % des résidents disposaient d'une complémentaire contre 23 % en Allemagne. Cette différence s'explique par le fait que dans ce second pays la couverture obligatoire prend à sa charge 87,5 % des dépenses de santé contre 78 % en France.

Seulement 16 % des Espagnols et 11 % des Britanniques possèdent une couverture facultative. Elles sont largement répandues aux Pays-Bas (85 %) mais rares en Suisse (28 %).

Du fait de leur généralisation et de leur intervention en second rideau par rapport au régime de base, les complémentaires, en France, prennent en charge une part importante des dépenses de santé, 13,4 %. En moyenne, elles remboursent chaque année 460 euros de dépenses de soins par personne. En Allemagne, en ne couvrant qu'un quart de la population, les assurances facultatives jouent un moindre rôle dans les dépenses de santé. Leurs prestations s'élèvent à 250 euros par an et par personne. Elles ne représentent que 1,5 % des dépenses de soins. Aux Pays-Bas et en Suisse, les assurances facultatives prennent en charge respectivement 7,9 et 7,8 % des dépenses de frais de soins. Aux Pays-Bas, elles participent, en moyenne aux dépenses de santé à hauteur de 300 euros par assuré et par an. En Suisse, ce montant atteint 1 360 euros du fait que les assurances facultatives couvrent essentiellement des dépenses coûteuses (dépassements d'honoraires, paiement d'un chef de service). En Espagne et au Royaume-Uni, le montant par assuré est également élevé (respectivement 620 et 730 euros par an et par personne) car elles concentrent leur action sur des soins chers (hospitalisation notamment). Comme peu de personnes dans ces pays sont couvertes par ce type d'assurance, leur poids dans le système de santé est faible (respectivement 3 et 4 % des dépenses de santé).

DES RESTES À CHARGE LIMITÉS EN FRANCE ET AUX PAYS-BAS

Le reste à charge, c'est-à-dire les frais de santé non couverts par les régimes de base et les régimes facultatifs (dépenses non remboursées et les co-paiements) est le plus faible aux Pays-Bas (7,9 %) suivis par la France (8,6 %). Le reste à charge demeure élevé en Suisse (28,4 %), en Espagne (26,7 %) et au Royaume-Uni (12,4 %). Les taux élevés en Espagne et en Suisse s'expliquent par des paniers de soins plus restreints et par l'existence de franchise ou de participation aux frais.

Si la France se caractérise par un reste à charge faible, en revanche, aucun dispositif de plafonnement n'existe selon les soins pouvant aboutir à des coûts non négligeables pour les ménages. Ainsi, il n'est pas impossible, en France, d'avoir des restes à charge atteignant plusieurs milliers d'euros pour certaines prestations.

LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE EST EN FRANCE PEU CONCENTRÉ

Le marché de l'assurance-santé facultative tend à se concentrer et à se spécialiser. Les marchés sont détenus par un nombre décroissant d'acteurs ayant comme activité principale le remboursement des soins. La France fait figure d'exception.

Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les marchés de l'assurance-santé facultative reposent sur une trentaine d'organismes avec une forte concentration sur les dix premiers. En Allemagne, en Espagne et en Suisse, 60 à 120 organismes tiennent le marché, les dix premiers réalisant 60 à 80 % du chiffre d'affaires. La France compte plus de 570 structures officiant sur le secteur de l'assurance-santé ; les dix premiers ne possédant que 35 % des parts de marché.

La réglementation prudentielle et le souhait de créer un marché unique de l'assurance facultative au niveau européen poussent à la concentration. Depuis le début des années 2000, le nombre des acteurs a été, en France, divisé par trois. En Suisse, depuis 1996, il a été réduit de moitié. En Allemagne, de 2008 à 2014, un quart des organismes ont disparu.

Au Royaume-Uni, 36 % des organismes intervenant sur le secteur de la santé ne gèrent que ce risque. En France, ce taux est de 40 %. En Allemagne, les organismes d'assurance facultative n'exercent que ce métier.

En France, le marché est à 85 % tenu par des structures à but non lucratif (mutuelles, institutions de prévoyance). En Allemagne, ces structures sont majoritaires. En Suisse et aux Pays-Bas, l'assurance de base et l'assurance facultative sont gérées par le secteur privé. Ce sont essentiellement les anciennes caisses publiques privatisées qui remplissent ces missions. Elles ont fréquemment conservé leur statut à but non lucratif. Au Royaume-Uni, les sociétés à but lucratif dominent le marché.

LA FRANCE, LE PAYS DE LA RÉGLEMENTATION

En Suisse, aux Pays-Bas et en Allemagne, les pouvoirs publics s'ils sont très présents en matière de réglementation des régimes de base, sont, en revanche, moins interventionnistes en ce qui concerne les régimes facultatifs. Les assureurs peuvent, dans ce pays, décider de la composition du panier de soins, déterminer les risques, fixer les tarifs et recourir à des questionnaires de santé. En Espagne et au Royaume-Uni, la liberté prédomine également. En revanche, en France, les assureurs sont confrontés à un cadre réglementaire très précis. Afin de bénéficier d'une taxation réduite, ils ne doivent pas tarifier en fonction de l'état de santé. Des contraintes ont été instituées en matière de prise en charge des dépassements. Par ailleurs, les autorités gèrent des dispositifs visant à permettre l'accès aux complémentaires de certaines catégories de la population (CMU-C, ACS). Enfin, un accord interprofessionnel étendu a imposé la généralisation, à compter du 1^{er} janvier 2016, de la complémentaire santé à tous les salariés. L'intervention de la puissance publique est liée au poids occupé par les complémentaires « santé » et par la tradition centralisatrice et égalisatrice de la France.

Dans tous les pays, la tendance est au développement des contrats collectifs. Certes, en Allemagne et en Espagne, ils ne représentent que 10 à 20 % du marché. En Allemagne, contrairement à la France, les employeurs ne participent pas au financement des assurances facultatives. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, ces dernières sont souscrites respectivement à 75 % et 60 % dans le cadre de contrats collectifs.

LA MONTÉE EN PUISSANCE DES RÉSEAUX DE SOINS ET DE L'INTÉGRATION

De plus en plus, les organismes d'assurance mettent en place des réseaux de soins voire gèrent directement des structures de santé afin de maîtriser les coûts et de créer des filières avec des rendements d'échelle.

En France, si les assureurs contractualisent avec des dentistes, des opticiens, des établissements de santé, des centres médicaux, la règle de la liberté de choix du patient demeure, tout comme en Allemagne.

En Espagne ou en Suisse, les assurés peuvent choisir entre des contrats en espèces ou des contrats en nature. Dans le premier cas, le patient est libre de choisir son professionnel de santé mais il doit avancer les frais et n'est remboursé que sur la base d'un tarif de référence. Dans le second, il bénéficie d'une dispense d'avance des frais.

En Espagne et au Royaume-Uni, pays ayant mis en place un système étatique de santé, les assureurs ont créé leurs propres structures de soins (hôpitaux, centres de santé, centres dentaires, etc.). L'intégration verticale est un argument commercial pour attirer une clientèle souhaitant échapper aux files d'attente du secteur public.

Si depuis une quinzaine d'années, une convergence des systèmes de santé est constatée en Europe, néanmoins, des différences subsistent en particulier en ce qui concerne le rôle des complémentaires « santé ». La France occupe une place à part en ayant un système à deux étages, régime de base et régimes complémentaires. L'autre caractéristique française est la forte intervention de l'État qui joue un rôle de premier ordre dans la fixation du panier de soins et dans les modalités de remboursement. Compte tenu des promesses d'Emmanuel Macron avec la mise en œuvre d'une prise en charge intégrale des frais dentaires et optiques, il est fort probable que le marché des assurances facultatives soit amené à évoluer avec sans nul doute, la montée en puissance d'un troisième étage afin de pallier un risque de baisse des remboursements de certaines dépenses de santé. En effet, afin d'éviter un dérapage des coûts, les dépassements, les frais les plus chers pratiqués de manière non conventionnée pourraient être moins bien remboursés. Les complémentaires-santé étant financées à au moins 50 % par les employeurs, tout accroissement des prestations a un effet sur les charges. Or, la tendance est à leur maîtrise d'où certainement un nivellement vers le bas des prestations. La conséquence sera une moindre couverture pour les dépenses du quotidien des classes moyennes et en particulier des cadres.

Retrouvez toutes les informations concernant le Cercle sur notre site : www.cerclEDELEPARGNE.fr

Sur le site vous pouvez accéder à :

- L'actualité du Cercle
- Les bases de données économiques et juridiques
- Les simulateurs épargne/retraite du Cercle

Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance est un centre d'études et d'information présidé par Jean-Pierre Thomas et animé par Philippe Crevel.

Le Cercle a pour objet la réalisation d'études et de propositions sur toutes les questions concernant l'épargne, la retraite et la prévoyance. Il entend contribuer au débat public sur ces sujets.

Pour mener à bien sa mission le Cercle est doté d'un Conseil Scientifique auquel participent des experts reconnus en matière économique, sociale, démographique, juridique, financière et d'étude de l'opinion.

Le conseil scientifique du Cercle comprend **Robert Baconnier**, ancien Directeur général des impôts et ancien Président de l'Association Nationale des Sociétés par Actions, **Jacques Barthélémy**, avocat-conseil en droit social et ancien professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, **Philippe Brossard**, chef économiste d'AG2R LA MONDIALE, **Jean-Marie Colombani**, ancien Directeur du Monde et fondateur de Slate.fr, **Jean-Paul Fitoussi**, professeur des universités à l'IEP de Paris, **Jean-Pierre Gaillard**, journaliste et chroniqueur boursier, **Christian Gollier**, Directeur de la Fondation Jean-Jacques Laffont - Toulouse Sciences Économiques, membre du Laboratoire d'Économie des Ressources Naturelles (LERNA) et Directeur de recherche à l'Institut d'Économie Industrielle (IDEI) à Toulouse, **François Héran**, Directeur de recherche à l'INED et Ancien Directeur du département des sciences humaines et sociales de l'Agence Nationale de la Recherche, **Jérôme Jaffré**, Directeur du CECOP, **Florence Legros**, Directrice Générale de l'ICN Business School de Nancy ; **Jean-Marie Spaeth**, Président honoraire de la CNAMTS et de l'EN3S et **Jean-Pierre Thomas**, ancien député et Président de Thomas Vendôme Investment.

Ce dossier est une publication du Cercle de l'Épargne.

Comité de rédaction : Philippe Crevel, Sarah Le Gouez

Contact relations presse, gestion du Mensuel :

Sarah Le Gouez

06 13 90 75 48

slegouez@cerclEDELEPARGNE.fr



AG2R LA MONDIALE

