



# Assurance santé, qui perd gagne ?

Régulièrement remise en cause, **la prise en charge des soins de santé des Français** est amenée à évoluer ces prochaines années. **La part des organismes complémentaires dans le remboursement** doit-elle alors continuer à croître ? Avec quelles conséquences pour l'assuré et le système de santé, quelles contreparties pour les mutuelles et les assureurs ?



Thinkstock



La France, comme la plupart des pays développés, est confrontée à une forte augmentation de ses dépenses de santé depuis une dizaine d'années. Selon l'Organisation mondiale de la santé, elles s'élevaient en 2011 à 5 000 dollars (3 597 euros) par habitant contre 2 200 dollars (2 391 euros) en 2000. Rapportées au PIB (12% en 2011, 10% en 2000), elles se situent dans la moyenne européenne, tandis que les Américains dépensent 8 500 dollars par habitant, soit 18% du PIB. Au total, les dépenses courantes de santé (médicaments, soins de ville, hospitalisation, indemnités journalières, coûts de gestion, etc.) ont bondi de 60% en France entre 2000 et 2012, passant de 151 à 243 milliards d'euros par an, selon les comptes de la santé publiés par la Drees<sup>1</sup>. Dans le même temps, se sont développés des dispositifs d'exonération de cotisations patronales sur les bas salaires, estimés à 20 milliards d'euros par an. Bilan : le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale oscille entre 5 et 12 milliards d'euros par an depuis 2002. Il s'est établi à 5,9 milliards d'euros en 2012, après le record de 11,6 milliards atteint en 2010.

#### La maîtrise du déficit, enjeu clé

Première remarque : tout le monde ne considère pas ce déficit chronique comme un problème. « Comme le soulignaient les membres de la commission Attali, lorsqu'un pays dépense beaucoup pour sa santé, on peut estimer que cela correspond à une excellente prise en charge de la santé de ses citoyens, à un investissement », commente Michel Sebbane, associé responsable de la santé publique et de l'éducation chez Deloitte. « L'important est que ce déficit soit maîtrisé », ajoute-t-il. De fait, le système français est l'un des plus « généreux » des pays développés, avec un large panier de soins bien remboursés, puisqu'il ne reste à la charge de l'assuré que 9,6% des dépenses en 2012, selon la Drees. Depuis une dizaine d'années, les différents gouvernements se sont attaqués au problème de son financement en jouant principalement sur deux leviers : la baisse des remboursements par les caisses publiques et la hausse des cotisations. « Pour ajuster les cotisations au niveau des dépenses, il faudrait 1 à 1,5 point de CSG », a calculé Claude Le Pen, professeur à l'université de Paris-Dauphine, spécialiste de l'économie de la santé. « La TVA sociale n'était pas une si mauvaise idée. Un point de TVA et le déficit de la Sécurité sociale était réglé », ajoute-t-il. Devant l'impopularité de ce type de mesure, l'État a préféré transférer une partie du remboursement des soins vers le marché de

l'assurance complémentaire. En 2011, la Sécurité sociale remboursait 75,5% des soins de santé des Français, contre 76,7% en 2000. La part des organismes complémentaires (mutuelles, assureurs ou institutions de prévoyance) a progressé de 12,4% à 13,7%. Surtout, si la Sécurité sociale assure 80% du remboursement des maladies lourdes ou chroniques (affections de longue durée, ALD), elle ne rembourse que 54% des dépenses de soins

**De 2000 à 2011, la part des organismes complémentaires est passée de 12,4% à 13,7% d'une enveloppe qui a bondi de 60%**

courants. Et ce chiffre baisse encore pour les soins et appareils dentaires ou l'optique, sans compter ceux qui ne sont pas couverts du tout, comme les médecines douces, le forfait ambulatoire... Conséquence : le rôle du secteur privé de l'assurance santé change significativement, comme ses revendications. « Nous faisons nos premiers pas dans le remboursement de frais non couverts par la Sécurité sociale, explique Dana Stephane, responsable du département santé à la Mutuelle Générale. La régulation reste très forte, mais la Sécurité sociale nous transfère directement de plus en plus de risques qu'on ne maîtrise pas. Nous y allons sur la pointe des pieds, à l'aide de forfaits et de plafonnements, afin de découvrir ces risques. » « Pour améliorer l'efficacité du système, il faudrait oser autoriser les organismes privés à sortir de leur strict rôle de complémentaire », estime %..



**Pierre François,**  
directeur général de Swiss Life  
Prévoyance et Santé

« Pour améliorer l'efficacité du système, il faudrait oser autoriser les organismes privés à sortir de leur strict rôle de complémentaire »



**Philippe Mixe,**  
 président de la Fnim,  
 redoute que  
 dans les réseaux de soins  
 où des accords  
 sur les tarifs et prestations  
 sont passés...

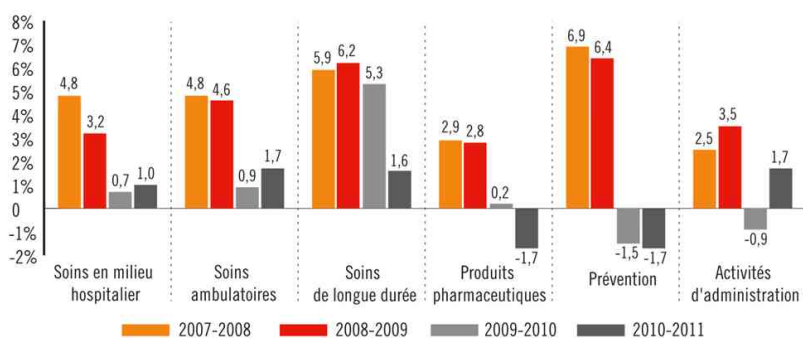
... « les derniers verres,  
 les avancées technologiques  
 soient interdites  
 aux adhérents »

... Pierre François, directeur général de Swiss Life Prévoyance et Santé. « Sur les soins que nous finançons en grande majorité, nous devrions avoir la relation en direct avec les professionnels de santé. Nous aurions davantage de poids dans les négociations et le contrôle », affirme-t-il. Il cite l'exemple de l'optique, dossier marginal pour les caisses publiques, qui pourraient être tentées de ne pas le gérer en priorité. « Notre rôle actuel nous cantonne à être suiveur. Pour optimiser le rapport qualité/prix, il faut qu'on puisse exercer davantage de contrôle », ajoute-t-il. Contrôle qui passerait également par un meilleur accès aux données. « Nous ne sommes pas aujourd'hui en mesure de vérifier le lien entre un soin et son coût. Nous sommes tributaires des données de la Sécurité sociale », affirme Pierre François.

### L'orientation des adhérents vers des réseaux de soins obligatoires

Certains acteurs tentent depuis quelques années de mieux maîtriser leurs remboursements en orientant leurs adhérents vers des « réseaux » de soins, c'est-à-dire des professionnels de santé agréés avec lesquels ils ont passé des accords sur les tarifs et les prestations. Réservée aux assureurs et aux institutions de prévoyance, une proposition de loi actuellement en discussion au Parlement a pour objectif d'étendre aux mutuelles cette possibilité. Cela provoque de vives oppositions chez les praticiens, qui craignent notamment un nivellement par le bas des prestations. Avis partagé par la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim), dont le président, Philippe Mixe, redoute que « les derniers verres, les avancées technologiques soient interdites aux adhérents ». Pour lui, cela constitue également une entrave au libre choix du praticien dans la mesure où la loi autorisera la mutuelle à mieux rembourser l'adhérent qui aura recours au réseau. Cette position semble néanmoins marginale et selon une enquête réalisée par OpinionWay pour la société de conseil en actuariat Optimind Winter, plus du quart des organismes de complémentaire santé pensent rejoindre un réseau dans les deux ans à venir. « Un secteur privé dont le rôle ne serait pas réduit à rembourser les dépenses de santé derrière la Sécurité sociale pourrait davantage innover », ajoute Jean-François Poletti, associé conseil assurance chez Deloitte. « Les assureurs pourraient se

## VARIATIONS DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LES PAYS DE L'OCDE DE 2008 À 2011



source : Panorama de la santé 2013 de l'OCDE

Crise oblige, depuis 2008, la plupart des pays de l'OCDE ont ralenti le rythme de croissance de leurs dépenses de santé. En hausse annuelle moyenne de 4,1 % entre 2000 et 2009, dans les 34 pays de l'OCDE (2,1 % en France), elles n'ont progressé que de 0,2 % entre 2009 et 2011 (0,7 % dans l'Hexagone). Certains types de dépenses se sont ajustés plus que d'autres à la crise. « Les restrictions appliquées aux dépenses administratives ont souvent constitué une première réponse à la crise financière », souligne l'OCDE. Les dépenses consacrées aux soins en milieux hospitaliers, aux soins ambulatoires et de longue durée ont en revanche affiché des taux en croissance, malgré les efforts de nombreux pays pour les réfréner. V.S.



tourner vers une véritable gestion du risque santé de leurs adhérents, en mettant en œuvre par exemple des solutions dans le domaine de la prévention médicale et l'e-santé », détaille le consultant. En s'appuyant sur un bilan santé, les assureurs pourraient proposer à leurs clients un parcours de santé adapté, dont le rôle serait plus préventif que curatif.

### La technologie au service **de la santé et de l'économie**

Concernant l'e-santé, Jean-François Poletti évoque la télémédecine, les technologies qui facilitent le maintien à domicile, mais également les nouvelles applications sur smartphone pour le suivi à distance d'une maladie chronique. Par exemple, la solution BGStar de Sanofi permet à un diabétique de réaliser des contrôles glycémiqes. « Cela évite l'aggravation de la maladie, très coûteuse », souligne le consultant. « Une véritable prise en charge du risque diminuerait la sinistralité pour les assureurs. »

L'État français va-t-il choisir cette voie ? « L'État dit aujourd'hui aux organismes complémentaires, "payez et taisez-vous". Or, il est paradoxal d'imposer au secteur privé les règles du service public. Soit ces acteurs privés ne peuvent pas gérer leurs risques et disparaissent en devenant un secteur parapublic, soit ils prennent la main et imposent leur volonté au régime de base », avance pour sa part Claude Le Pen. Or, les deux systèmes ne fonctionnent pas sur les mêmes principes. La Sécurité sociale repose sur la solidarité, tandis que l'assurance repose %...



Eric Durand

**Claude Le Pen,**  
professeur à l'université  
de Paris-Dauphine, spécialiste  
de l'économie de la santé

*« Soit les acteurs privés  
ne peuvent pas gérer  
leurs risques  
et disparaissent  
en devenant un secteur  
parapublic, soit  
ils prennent la main  
et imposent leur volonté  
au régime de base »*



sur la mutualisation. Gérard Cornilleau, économiste à l'OFCE, est plutôt partisan de

## La complémentaire santé collective sera obligatoire pour les salariés en 2016

la première proposition. Il prône une absorption des assurances complémentaires par la Sécurité sociale (lire l'interview ci-dessous),

sur le modèle du régime unique qui existe en Alsace. En attendant, la création, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, d'une complémentaire santé collective obligatoire pour tous les salariés donne toujours plus de poids au secteur privé. « Le rôle des complémentaires est encore renforcé avec cette mesure, estime Claude Le Pen. La probabilité est grande que ces organismes finissent par piloter le système. »

Virginie Sagot

1. Statistiques du ministère des Affaires sociales et de la Santé

