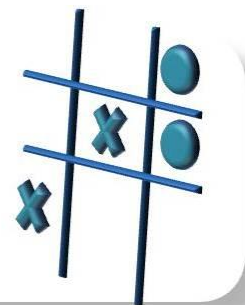


# Le financement des soins de santé : un nouveau marché pour les banques

---

Dernière actualisation : mars 2018

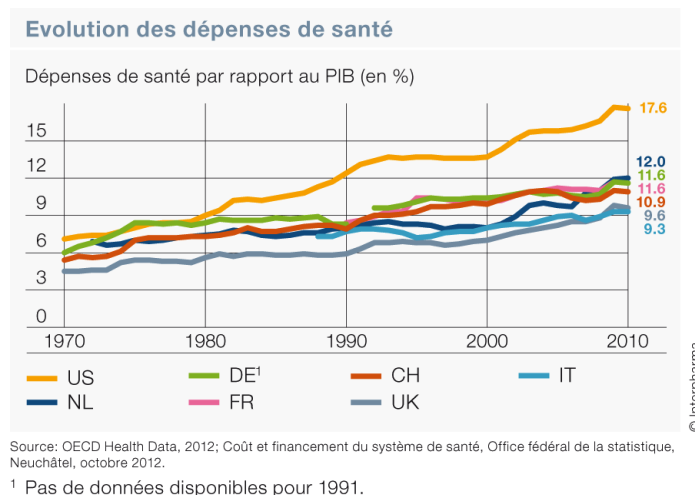
**SCORE ADVISOR**



Janvier 2016. Paris. La Ligue contre le cancer lance une alerte sur l'augmentation du prix des nouveaux médicaments en oncologie : pour certains traitements, il dépassera 100 000 € par an et par patient. Dans ces conditions, notre système de santé, prévient la Ligue, ne pourra plus financer l'accès aux innovations thérapeutiques.

Concernant toute évolution des dépenses de santé, **une donnée de base s'impose : la croissance des frais de santé est supérieure de 1% à 2% à la croissance économique.**

Les dépenses de santé représentaient 4% du PIB en 1960 et 11,6% en 2010 en France. La moyenne au sein de l'UE est de 9%. De 2000 à 2010, le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé y a été de 4,6%.



Quoique marquée par des périodes de stabilisation et de baisse, comme depuis 2008, la tendance est constante à long terme et rien ne permet de croire à son inversion ces prochaines années. Selon une étude du Trésor publiée fin 2013 et réalisée pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans le cadre des travaux du Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale (HCFiPS), la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en France devrait augmenter de 2,5 points de PIB entre 2011 et 2060. Dans le même temps, et à condition que

la politique de santé soit inchangée, la part de ces dépenses financée par la sphère publique atteindrait 8,8 % du PIB contre 6,8 % actuellement.

La croissance des dépenses de santé est portée par plusieurs facteurs, parmi lesquels ceux qu'on invoque le plus fréquemment, le vieillissement de la population et le développement chronique de nouveaux syndromes comme l'obésité, ne sont pas les plus importants.

Si, en 2010, un diabétique de 50 ans dépensait plus pour sa santé qu'en 2000, cela est sans rapport avec le vieillissement mais tient à ce que de nouveaux produits et de nouvelles procédures de traitement sont apparus continuellement. Les évolutions technologiques expliquent la majeure partie de la croissance des dépenses. **Dans le domaine de la santé, les innovations ont le plus souvent un coût très élevé car il s'agit majoritairement d'innovations de produits (génératrices de dépenses) plutôt que de procédés (facteurs d'économies de coûts).**

Or, financées par une prise en charge publique, les nouvelles offres de soins rencontrent immédiatement une demande importante, de sorte qu'en même temps que la productivité des traitements s'améliore (ils sont plus efficaces), les dépenses, au lieu de baisser, augmentent, car les bénéficiaires des soins sont beaucoup plus nombreux. Dès 1967, l'économiste William Baumol diagnostiquait ainsi une « maladie des coûts de la santé » : ils ne cessent jamais d'augmenter ! (comme ceux de l'éducation et des spectacles).

Les coûts de l'opération de la cataracte ont été stabilisés entre la fin des années 60 et la fin des années 90. Mais l'évolution technologique a ensuite permis de meilleurs résultats en termes d'acuité visuelle et de réduction des complications, tout en permettant à des patients plus âgés ou moins atteints qu'auparavant d'en bénéficier, ce qui a fait notablement augmenter les dépenses liées à cette intervention. Bien d'autres cas

semblables pourraient être cités, comme l'angioplastie, les prothèses de la hanche ou la chirurgie du genou.

Au rythme observé ces vingt dernières années, le ratio des dépenses de santé/PIB devrait atteindre 12,8% dans l'UE 15 en 2050 (14% en France). Mais certains prédisent plutôt 19,7% (21% en France). Car – on peine encore à le reconnaître – **la notion même de soins médicaux a changé.**

Selon l'OMS, la santé est définie par un état de complet bien-être physique, mental et social. A ce compte, qui n'est pas malade ? Selon cette définition, en tous cas, on ne peut plus être considéré en bonne santé passé un certain âge. Pourtant, aussi excessive cette définition puisse paraître, elle doit être prise très au sérieux. Elle annonce la médecine de demain. La « médecine des 4P » : préventive, prédictive, participative et personnalisée. Une médecine régénérative (cellules souches et autogreffes) poursuivant le rêve d'une jeunesse indéfiniment prolongée. Une médecine prédictive, dont certains abus ont déjà pu être dénoncés (concernant les cancers du sein ou de la prostate) mais qui sera générale et génétique demain et nous fera vivre sous un régime constant de surveillance et de prévention. Une médecine personnalisée, adaptée aux caractéristiques génétiques des patients. Une médecine, enfin, qui ne soignera plus tant des maladies qu'elle n'augmentera nos performances et corrigera ce qui pourra être perçu comme des handicaps physiques (une petite taille par exemple) ou comportementaux, présentés comme autant de troubles pathologiques. Le DSM IV, le manuel américain de diagnostic des troubles mentaux, est particulièrement illustratif à cet égard. Les fringales y relèvent désormais d'un syndrome d'hypophagie, tandis que les enfants turbulents sont atteints d'un trouble de déficit d'attention avec hyperactivité qui se soigne – aux USA cela représente désormais un marché passé en quelques années de 15 millions \$ à 7 milliards \$. Cela explique que, dès sa parution en mai 2013, le DSM V ait été fort critiqué par certains psychiatres américains

(notamment par l'Institut de santé mentale, le NIMH). On l'accuse de créer de nouveaux troubles pour l'unique profit des laboratoires.

Quoi qu'il en soit, depuis quelques décennies, la santé devient un objet de consommation courant, au gré des envies autant que des besoins de chacun – très loin de l'approche développée par une « sécurité sociale » visant à nous garantir tous contre les atteintes rares mais potentiellement ruineuses de la maladie. De sorte que les débats actuels entre part du financement socialisé des soins et part des assurances collectives complémentaires sont déjà dépassés. **Ni la Sécurité sociale, ni les complémentaires ne suffiront à couvrir l'augmentation des dépenses de santé.** Au pire, on verra se développer les cas de traitements délibérément inaccessibles pour la plupart, comme en 2014 la société américaine Gilead a proposé le Sovaldi, un médicament apparemment très efficace et sans concurrent contre l'hépatite C, à 56 000 € le traitement de 12 semaines. S'il devait être remboursé à 100% par la Sécurité sociale, traiter les 60 000 cas les plus atteints en France coûterait 3 milliards €. Si elle devait se généraliser, cette logique du « *tu paies ou tu meurs!* » mettrait évidemment à bas tout le système français actuel de prise en charge des soins de santé – qualifié de « meilleur au monde » en 2000 par l'Organisation mondiale de la santé.

A quinze ans, il faut donc d'ores et déjà anticiper des demandes en matière d'assurances sur-complémentaires individuelles et de crédit. Car **on s'endettera demain pour se soigner**, comme aujourd'hui pour acheter un véhicule.

Certes, l'accès aux soins sera ainsi plus inégal. Il sera le reflet de l'inégalité des revenus. Et toute la question est de savoir si, au-delà de la prise en charge des plus démunis, le principe d'une mutualisation d'ordre public des risques de santé (on contribue selon ses moyens mais l'on est pris en charge selon ses besoins et non selon ses moyens) sera maintenue pour les affections les plus graves et onéreuses.

Si tel n'est pas le cas, l'égalité devant la santé aura vécu. C'est que dès le départ, la Sécurité sociale fut fondée sur une illusion : on imaginait que l'accès de tous aux soins et la généralisation de la prévention, rendant les populations en meilleure santé, allaient faire baisser les dépenses de santé. Personne ne réalisait alors que, dans le domaine de la santé, l'offre crée la demande (on parle de « demande induite »). On le découvrit plus tard, en se rendant compte qu'un spécialiste qui s'installe crée généralement une nouvelle clientèle. Il ne réduit pas celles de ses collègues déjà installés.

Pour le dire crûment, prise dans une logique marchande, la médecine n'a aucun intérêt à faire baisser le nombre de malades, au contraire ! Cela seul condamne tout financement socialisé de la santé à être de plus en plus déficitaire s'il prend en charge l'essentiel des dépenses. Pourtant, aujourd'hui encore, ce qui bloque toute réforme d'envergure de la Sécurité sociale revient en définitive à ne pas accepter le constat que la médecine est un business – presque – comme un autre.

## **Executive Summary**

**La hausse des impôts ou des cotisations sociales ne suffira pas pour permettre aux systèmes publics de remboursement des frais de santé de suivre la hausse des dépenses de soins.....8**

**Face à la vive croissance des coûts de la santé et dans la mesure où des changements radicaux ne se dessinent nullement actuellement (exemple : mettre en cause le paiement à l'acte des médecins), nous allons assister tout à la fois à la hausse des cotisations sociales, des primes d'assurances privées et de la part des dépenses non remboursées.....11**

**Le report sur les assurances complémentaires n'évitera pas l'apparition d'une médecine à deux vitesses..... 16**

**Au total, il faut ainsi anticiper une situation où la part des complémentaires individuelles, notamment pour les séniors, ainsi que des sur-complémentaires, ne pourra que croître. En même temps, il faudra parfois emprunter pour se soigner. Autant dire que les banques et les bancassureurs sont concernés au premier chef par l'évolution du financement de la santé ces quinze prochaines années.....23**

**La hausse des impôts ou des cotisations sociales ne suffira pas pour permettre aux systèmes publics de remboursement des frais de santé de suivre la hausse des dépenses de soins.**

Dépenses totales en santé en % du PIB		
	2000	2010
France	10,1	11,7
Allemagne	10,4	11,5
Italie	8	9,5
Royaume-Uni	7	9,6
USA	13,4	17,6

Source : OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2013

En France (2011), les grandes masses de dépenses de soins de santé sont les suivantes :

- Soins hospitaliers : 86,3 milliards € (dont 63,8 milliards € dans des établissements publics).
- Soins de ville : 47,5 milliards €
- Transport de malades : 3,9 milliards €

Total : 180,1 milliards €, pris en charge à 75,5% par la Sécurité sociale (dont 59%, 79 milliards €, au titre d'affections longue durée). La moyenne OCDE est de 72%.

Au premier janvier 2017, on comptait 290 974 médecins en France (+15 % sur dix ans). Plus que le pays n'en a jamais eu. Toutefois, ce nombre inclut les médecins à la retraite, dont l'accroissement est très fort, tandis que le nombre de médecins en activité n'a augmenté que de 0,9% en dix ans. Avec le développement du temps partiel, l'activité régulière des médecins français a baissé de 10% sur une décennie. Par ailleurs, le nombre de praticiens titulaires d'un diplôme étranger a cru de 90%. Ils représentent désormais 11,8% des médecins en exercice.



Sur dix ans, le nombre de généralistes a baissé de 9,1% (88 137 praticiens) et celui des spécialistes a cru de 7,2%. Dans certains territoires, la baisse du nombre de médecins généralistes est alarmante : -30% en Bretagne, -15,5% en Ile-de-France (-25% à Paris). En 2020, les spécialistes pourraient être plus nombreux que les généralistes. 39% des médecins sont des femmes actuellement. Elles devraient être plus que majoritaires dans 20 ans.

<b>Dépenses des administrations publiques en % des dépenses totales de santé</b>		
	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>France</b>	79,4	76,9
<b>Allemagne</b>	79,5	76,8
<b>Italie</b>	72,5	77,6
<b>Royaume-Uni</b>	78,8	83,2
<b>USA</b>	43,2	48,2

*Source : OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2013*

Dans un certain nombre de pays, notamment en France, la part publique a commencé à se réduire (elle a nettement augmenté en revanche aux USA, où elle était traditionnellement plus réduite). La part des dépenses privées augmente partout (sauf aux USA mais y compris en Italie, ce que masquent les chiffres du tableau ci-dessous arrêtés en 2010), notamment à travers l'augmentation de la part des assurances privées (13,7% des dépenses de soins en France aujourd'hui).

Dépenses privées en % des dépenses totales de santé		
	2000	2010
France	20,6	23,1
Allemagne	20,5	23,2
Italie	27,5	22,4
Royaume-Uni	18,8	19,6
USA	56,8	51,8

Source : OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2013

Dans les pays à forte socialisation des dépenses de santé, **la prise en charge publique semble avoir atteint un maximum**. Cela s'explique par la très forte hausse des dépenses de santé au cours de la précédente décennie.

Dépenses totales de santé par habitant en \$		
	2000	2010
France	2 203	4 618
Allemagne	2 386	4 654
Italie	1 554	3 247
Royaume-Uni	1 765	3 495
USA	4 703	8 233

Source : OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2013

On conçoit souvent que les assurances privées vont simplement compenser le recul de la part publique. En fait, en France notamment, la part des dépenses personnelles non remboursées a commencé à augmenter.

<b>Part des assurances privées en % des dépenses privées de santé</b>		
	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>France</b>	62	59
<b>Allemagne</b>	40	39
<b>Italie</b>	3	4
<b>Royaume-Uni</b>	19	18
<b>USA</b>	60	64

Source : OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2013

**Face à la vive croissance des coûts de la santé et dans la mesure où des changements radicaux ne se dessinent nullement actuellement (exemple : mettre en cause le paiement à l'acte des médecins), nous allons assister tout à la fois à la hausse des cotisations sociales, des primes d'assurances privées et de la part des dépenses non remboursées.**

On imagine souvent que le recours à des complémentaires va réduire le déficit de la sécurité sociale. En fait, il est bien plus probable que ce déficit se maintiendra peu ou prou, tandis qu'il faudra augmenter les cotisations sociales pour financer des dépenses nouvelles. La marge de manœuvre, toutefois, est étroite :

- Dans la mesure où le financement de la Sécurité sociale repose principalement sur les actifs, on ne peut l'alourdir indéfiniment sans ruiner la compétitivité du travail.
- Les autres mesures présentent un risque politique certain, qu'il s'agisse de la TVA sociale (et le risque que les entreprises ne jouent pas le jeu, provoquant une hausse des prix), qu'il s'agisse de demander une contribution plus importante aux inactifs (les retraités votent !) ou de fiscaliser le financement de la protection

sociale, comme au Royaume-Uni (mais trop peu de Français paient l'IR, il faudrait avoir recours à la fiscalité indirecte, ce qui repose la question de la TVA sociale).

Dans ces conditions, on s'achemine vraisemblablement vers une progressivité générale des cotisations.

Le système des cotisations sociales à la sécurité sociale est basé sur le principe de cotisations proportionnelles, avec un taux global fixé à environ 30% du salaire brut. En d'autres termes, les cotisations patronales sont les mêmes pour toutes les entreprises et les cotisations salariales sont les mêmes pour tous les salariés, quel que soit le niveau de salaire. C'est ce que l'on appelle la proportionnalité. Mais, en réalité, cette proportionnalité n'existe déjà plus en partie. Les cotisations sociales patronales ont été rendues pour partie progressives en raison des allègements de cotisations opérés depuis 1993 dans le cadre de la politique d'abaissement du coût du travail. Ainsi, depuis le dispositif d'allègement dégressif « Fillon », institué pour toutes les entreprises en 2003, le taux réel des cotisations sociales patronales est d'environ 10,7 % pour 1,1 Smic et de 20,4 % pour 1,3 Smic. C'est simplement à compter de 1,6 Smic que l'on retrouve le taux forfaitaire d'environ 30%. En revanche, les cotisations sociales des salariés sont restées strictement proportionnelles (environ 9% du salaire). Ces allègements sur les cotisations patronales représentent un coût financier annuel pour l'Etat d'environ 22 milliards d'euros versés en compensation à la "Sécu". A terme, toutes les cotisations deviendront sans doute progressives et sera mise en place une barémisation - une vieille idée, qui a donné lieu à de nombreux rapports.

La progressivité des cotisations suffira-t-elle ? Le soutien que la protection sociale apporte à un secteur de la santé économiquement déterminant est tel qu'il est difficile d'imaginer que les structures de dépenses soient fortement revues, alors même qu'apparaissent des dépenses nouvelles, notamment avec la dépendance.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes a coûté 24 milliards € en 2010 (auxquels il faut ajouter environ 10% venant directement des familles). Avec le vieillissement de la population, cette charge va augmenter. A ce stade, les chiffres ne sont pas très clairs. Certains parlent d'un surcoût de 10 milliards € d'ici 2040, d'autres de 2 milliards € par an dès 2015. L'OCDE estime que la

dépendance représentera alors 1,8% du PIB de ses pays membres. La Suède et les Pays-Bas y consacrent déjà 3,5%.

Selon l'INSEE, il y aura 1,4 millions de personnes en perte d'autonomie en France en 2040. On comptera alors 12 millions de plus de 75 ans. 10% de la population de l'OCDE auront plus de 80 ans en 2050. Sachant que les plus de 80 ans ne représentent que la moitié des personnes dépendantes, parmi lesquelles 20% ont aujourd'hui moins de 65 ans.

Pour financer ce surcoût, on parle de supprimer des jours fériés, d'augmenter les droits de succession et l'on a commencé à aligner la CSG payée par les retraités sur celle des actifs. L'enjeu est aussi de favoriser l'assistance à domicile, qui recueille très largement la préférence des personnes dépendantes et de leurs familles et qui est bien moins onéreuse. Aujourd'hui, les établissements de soins n'accueillent que 30% des personnes assistées mais concentrent 62% des dépenses totales. Malgré cela, ils subissent le fort turnover d'un personnel mal payé, faisant souvent appel à l'immigration (50% des postes en Autriche ou en Italie). Mais, pour favoriser l'assistance à domicile, des investissements urbains seront nécessaires, l'aménagement des logements, ainsi sans doute que des congés pour assistance longue durée à un membre de sa famille comme ils existent déjà dans les pays nordiques.

Absorber les surcoûts ainsi coûtera cher et ne résoudra pas en soi le principal problème : le caractère très onéreux d'une prise en charge de qualité, susceptible d'absorber 60% des revenus de personnes même plus aisées que la moyenne, selon l'OCDE. Face à cela, on voudrait doubler le plafond de l'aide personnelle à l'autonomie (APA), supportée principalement par les départements. Mais même cela serait largement insuffisant.

Par rapport à ses voisins, la France se caractérise par un fort recours à l'hospitalisation. Par certains côtés, le parc hospitalier français paraît surdimensionné (ce qui n'évite pourtant pas des engorgements effarants aux urgences depuis que les médecins libéraux n'assurent plus de gardes. Les passages aux urgences – 17 millions par an - ont doublé en dix ans). Certaines maternités sont occupées à moins de 30%. Et certes, pour limiter les recours à l'hospitalisation, on tente de développer la chirurgie

ambulatoire. Mais, dans beaucoup de villes moyennes, l'hôpital est l'un des principaux employeurs et le maire est président de son conseil d'administration...

Encourager la chirurgie ambulatoire et le raccourcissement des séjours (retour au domicile le jour même des interventions chirurgicales, hôtels hospitaliers à proximité des centres de soins en cours d'expérimentation) représenterait un enjeu de 5 milliards €. Le problème est qu'actuellement les actes de chirurgie ambulatoire sont souvent facturés au même tarif qu'une hospitalisation complète, alors qu'ils sont beaucoup moins coûteux.

88,6% du chiffre d'affaires des cliniques privées dépend de la Sécurité sociale. Plus du tiers d'entre elles sont déficitaires et elles accusent les tarifs de la Sécurité sociale d'être trop faibles et d'être plus faibles que ceux des hôpitaux publics. Une plainte a été déposée à Bruxelles pour discrimination en 2011 à cet égard. On peut bien entendu se demander si le rôle de la Sécurité sociale est bien d'assurer des bénéfices minimums à des cliniques dont le modèle économique n'est peut-être pas si bien fondé mais d'autres observateurs soulignent que ce système ne permet justement pas de mettre les cliniques en concurrence pour faire baisser les coûts.

La France a longtemps été caractérisée par une consommation de médicaments 40% supérieure à celle de ses voisins. Des efforts ont néanmoins été réalisés et elle est revenue dans la moyenne européenne, sauf pour les antibiotiques et les anxiolytiques. Au total, cependant, la consommation de médicaments a augmenté de 125% en France en 20 ans. 90% des consultations s'accompagnent d'une prescription (43% aux Pays-Bas) – en hôpital, celles-ci ont augmenté de 75% depuis 2002.

Chaque Français dépense en moyenne 504 € par an pour se procurer des médicaments et en consomme 48 boîtes, remboursées à 85,5%. Cela représente un surcoût de 5 à 6 milliards € pour l'assurance maladie par rapport à la moyenne des pays développés. Les ventes de médicaments en pharmacie représentent 30 milliards € par an, dont 27 milliards € sont remboursés. Mais comme les ventes ne se font pas à l'unité, 40% des médicaments ne seraient pas consommés (le fractionnement des boîtes médicaments par les pharmaciens afin de donner la stricte dose prescrite, comme cela se fait dans de nombreux pays, n'est pas permis en France). Et la part en volumes des génériques vendus en France (28%) est

beaucoup moins importante qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni (75%). L'unité de générique coûte d'ailleurs singulièrement plus chère en France : 12 cts contre 7 cts au Royaume-Uni. Parmi les trois molécules les plus vendues en France, avec le Tahor (anti-cholestérol) et l'Inexium (anti-ulcéreux), le Plavix (antiagrégant plaquettaire) est vendu 37,11 €, contre 18,35 € en Italie et 16 € au Royaume-Uni (son générique coûte 16 € en Italie et 2,2 € au Royaume-Uni).

Selon l'OMS, 500 molécules seraient vraiment nécessaires. 2 000 sont commercialisées en France, sous 4 500 marques différentes. Autant reconnaître qu'il s'agit là d'une véritable subvention versée aux laboratoires – ce qui ne les pousse d'ailleurs pas particulièrement à l'innovation, puisque les comparaisons internationales montrent qu'ils investissent proportionnellement moins que leurs homologues étrangers dans les biotech et la génomique. Les laboratoires consacrent en moyenne 13% à 15% de leur chiffre d'affaires à la R&D et de 20% à 35% en actions de promotion.

Par ailleurs, enfin, les interventions ont également leurs dérives: sur 100 actes médicaux prescrits, seulement 72 seraient pleinement justifiés. Des appendicites aux opérations contre le syndrome du canal carpien, les interventions inutiles seraient nombreuses selon différents observateurs, qui pointent également les excès du dépistage, notamment des cancers du sein et de la prostate.

Plutôt que de remettre en cause de telles structures et réalités, dont l'impact économique est considérable, il est beaucoup plus simple de faire porter le coût des économies de dépenses aux usagers à travers déremboursements et augmentation du ticket modérateur, tout en comptant que les assurances complémentaires prennent en charge la différence. On imagine alors deux choses :

- Dans la mesure où ces assurances sont la plupart du temps acquises au niveau des entreprises et comportent une prise en charge patronale (parfois totale, quoique ce soit de plus en plus rare), on estime que, finalement, les patrons paieront.

- Pour l'utilisateur, estime-t-on pour la même raison, cela sera comme un jeu à somme nulle : il ne paiera pratiquement rien de plus pour conserver le même niveau de prise en charge.

Il est possible qu'on se trompe complètement !

**Le report sur les assurances complémentaires n'évitera pas l'apparition d'une médecine à deux vitesses.**

94% des Français ont une mutuelle complémentaire et 80% des salariés bénéficient d'un contrat collectif d'entreprise ou de branche. Ont en effet souscrit un tel contrat :

- 73% des entreprises comptant de 1 à 9 employés
- 76% des entreprises comptant de 9 à 49 employés
- 88% des entreprises au-delà de 50 salariés.

Les employeurs couvrent en moyenne 50% des primes.

La loi a rendu obligatoire la souscription de ces assurances collectives complémentaires par toutes les entreprises. Compte tenu du nombre de salariés qui en bénéficient déjà, on a pu juger cette mesure assez symbolique – bien qu'on comptait quand même 3,5 millions de salariés non couverts. Le problème est plutôt que beaucoup semblent convaincus que cette formule, conservant le même niveau de prise en charge finale pour les assurés sociaux, va permettre de s'attaquer plus amplement au déficit de la Sécurité sociale. Au point que l'on puisse tiquer sur le fait que les assureurs vont néanmoins par là même engranger de substantiels bénéfices. Dans la mesure où la nouvelle disposition leur apportera plus de volume, il est attendu d'eux qu'ils baissent leurs tarifs – on a même parlé d'une réduction du reste à charge (RAC ou part des dépenses laissée intégralement aux ménages) de 20% à 40%.



Cependant, face à l'augmentation des coûts de santé, que pourront faire les couvertures complémentaires de plus que la Sécurité sociale ? Elles n'ont pas même une meilleure efficacité opérationnelle (15% à 20% de frais de gestion, y compris de marketing, contre 5% pour la Sécurité sociale) et disposent d'un moindre niveau d'information sur les actes qu'elles remboursent. Elles n'ont enfin pas forcément moins d'influence inflationniste sur les pratiques médicales, comme aux USA où les assurances santé privées ne peuvent être mises en jeu sans que les médecins aient formulé un diagnostic, ce qui les oblige à le faire dès la première visite des patients, laquelle dure en moyenne 7 mn (15 mn en France). On a pu par ailleurs accuser leurs forfaits, notamment pour la lunetterie, de pousser à la consommation.

Au total, les organismes complémentaires ont collecté 33,1 milliards € en 2010 et ont remboursé les assurés à hauteur de 25 milliards €. Au vu de ces chiffres, certains les accusent de gonfler leurs frais de gestion pour masquer leurs marges, tout en soulignant qu'en cas de maladie grave, c'est la sécurité sociale qui prend les patients en charge à 100%.

Pour améliorer leurs prestations, la réponse des assureurs à ce stade a essentiellement consisté à mettre en place des réseaux de professionnels de santé agréés, contre un engagement de ces derniers en matière de tarifs, de qualité des prestations et d'accompagnement des assurés – il en existe aujourd'hui 6, couvrant 28 millions d'assurés. Cela pourra-t-il suffire ? Cette mesure, qui heurte bien entendu nombre de praticiens, conviendra-t-elle aux patients ou sera-t-elle vécue comme un rationnement plus ou moins détourné des soins ?

Au total, on a l'impression que la Sécurité sociale attend des assureurs une mise au pas des professionnels de la santé qu'elle n'est pas elle-même parvenue à faire. Mais **la question est en fait de savoir si les assureurs, sauf à augmenter leurs tarifs et compromettre leur compétitivité, ne devront pas procéder aux mêmes limitations**

**des soins de confort et des remboursements que la Sécurité sociale ?** Les assureurs se heurteront en tous cas à la même difficulté d'augmenter les cotisations sans pénaliser la compétitivité du travail.

En ce sens, un certain nombre de mesures pourraient à terme être prises et se généraliser :

- Une participation dégressive des employeurs pour les retraités bénéficiant toujours des mêmes contrats collectifs, ainsi que pour les membres des familles des salariés auxquels elle est étendue.
- Des cotisations indexées sur les salaires, voire majorées pour certains profils (fumeurs, obèses).
- La prise en compte du profil de santé dans les procédures d'embauche ? Jusqu'aux tests génétiques ?

Au-delà, que pourront faire les assureurs face aux dépassements d'honoraires ?

Sur 20,9 milliards € d'honoraires, on comptait 2,4 milliards € de dépassements par rapport aux tarifs de la Sécurité sociale en 2011 (900 millions en 1990). 41% des spécialistes et 86% des chirurgiens dépassent de 55% les tarifs Sécu. Pour une quarantaine d'actes, la moyenne des dépassements va de 68% à... 400% - c'est le cas par exemple pour les réductions mammaires, en dépassement pour 86% des interventions. A 400% de dépassement, l'intervention coûte 1 671 €. Elle peut en fait monter jusqu'à 4 000 €. Un acte de chirurgie sur deux fait l'objet d'un dépassement qui, en moyenne, atteint deux fois le tarif Sécu. 12% des médecins publics ont une activité privée à tarifs libre à l'hôpital (autorisé à hauteur de 20% de leur temps).

Ces dépassements trouvent deux principales explications :

- Des tarifs Sécu qui, dans beaucoup de cas, n'ont pas été relevés depuis vingt ans (ce qui invite à penser que ce n'est pas d'aujourd'hui que la Sécurité sociale transfère ses charges aux complémentaires santé)

- Des exigences de revenus de la part des praticiens, compte tenu des niveaux d'études et de responsabilité, sachant que les revenus des médecins n'ont effectivement rien d'extravagant si on les compare aux salaires de niveau de qualification comparable : les spécialistes libéraux gagnent en moyenne 3,7 fois le salaire français moyen (contre 5 fois en Allemagne). Un anesthésiste a un revenu brut annuel moyen de 190 k €, un radiologue 149 k €, un cardiologue 117 k €, un ORL 98 k €, un généraliste 79 k €, un pédiatre 69 k €, un psychiatre 65 k €. Pour autant, les médecins ayant choisi de rompre totalement avec la Sécurité sociale (leurs patients ne sont pas remboursés) sont très peu nombreux : 964 (531 généralistes, 259 homéopathes, acupuncteurs et ostéopathes et 174 généralistes)...

Les dépassements se concentrent selon les spécialités et les régions :

- 86% des chirurgiens sont en secteur 2, les 2/3 des obstétriciens, la majorité des ORL et des ophtalmologues. Les généralistes sont peu concernés.

- Très courants et élevés dans l'Ouest parisien, l'agglomération lyonnaise ou la région PACA, les dépassements ne dépassent guère la moitié du tarif Sécu dans le Limousin. Ils ne concernent qu'un quart des actes médicaux en Vendée.

Selon les assurances complémentaires, des dépassements allant de 100% à 400% peuvent être remboursés – mais certaines, notamment celles des fonctionnaires, les prennent assez mal en charge. Une mutuelle montant jusqu'à 150% peut suffire en Basse-Normandie. A Paris, 300% semblent plus adaptés mais cela, bien sûr, a un prix.

Quant aux sanctions pour dépassement d'honoraires, elles ne pouvaient être prononcées que par l'Ordre des médecins. Ce dernier étant accusé d'être trop tolérant, le gouvernement a pu menacer de confier cette responsabilité à l'Assurance maladie, provoquant un tollé des médecins. La formule d'une commission mixte Sécu/médecins a finalement été retenue.

Pour faciliter les choix des assurés, les tarifs pratiqués par les praticiens pourraient au moins être clairement affichés sur internet. Mais l'initiative en ce sens du site Fourmi Santé a été torpillée par... la Sécurité sociale elle-même.

Aujourd'hui, **la cherté de certains actes provoque des renoncements de soin**, pour le moment limités à l'optique et aux prothèses, particulièrement dentaires, ainsi qu'à la chirurgie esthétique, non prise en charge par la Sécurité sociale (sauf 15% de cas de chirurgie réparatrice). Le RAC des ménages français représenterait 3,4% des dépenses totales de santé – l'OCDE le chiffre plutôt à 6% ou 7%, tout en soulignant sa particulière faiblesse en France : la moyenne OCDE était à 19% en 2010. Ceci, sans tenir compte bien entendu des versements informels (« dessous de table ») qui existent... La majorité des Français paie moins de 50 € par an pour ses soins, sur un budget santé de 532 € en moyenne. Mais les soins les plus onéreux sont occasionnels et, à cet égard, il faut noter que 5% des ménages paient plus de 1 500 € par an (chaque année, 50% des dépenses totales de santé ne concernent que 5% des assurés). On peut alors comprendre que 19 500 Français soient partis se faire soigner à l'étranger en 2011, pour trouver des soins 2 à 4 fois moins chers : soins dentaires en Hongrie (pays membre de l'UE, où la Sécurité sociale française rembourse les interventions), cardiologie et greffes en Inde et Thaïlande, correction de la myopie au laser en Tunisie, ... Le « tourisme médical » concerne 3 millions d'Occidentaux (mais pas

seulement, un pays comme la Jordanie accueille nombre de personnes fortunées du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord). Il trouve désormais des agences spécialisées et l'on annonce 20 millions de touristes médicaux prochainement.

Les dentistes français dénoncent la concurrence hongroise (mais 25% des prothèses dentaires en France sont importées...) et en rendent responsable la Sécurité sociale, bloquant le remboursement des autres soins à un niveau très bas, sans dépassements possibles, leur permettant seulement de se « rattraper » sur les prothèses (facturées de 5 à 10 fois leur coût de revient) – la question de la confiance que peuvent dès lors avoir les patients quant au bien fondé des diagnostics de prothèse n'est guère évoquée...

Il convient de souligner que la première raison invoquée par les patients partant se faire soigner à l'étranger est l'attente qu'ils doivent subir en France. Selon une étude de l'Observatoire de l'accès aux soins Jalma, réalisée avec l'Ifop et publiée en février 2015, plus de la moitié des Français ont renoncé en 2014 à consulter un spécialiste, du fait du coût de la consultation (pour un tiers d'entre eux) et surtout des délais d'attente (pour les deux-tiers, contre 59% en 2012). En 2011, il fallait attendre 44 jours en moyenne pour un rendez-vous chez un spécialiste. Il aura fallu attendre 51 jours en 2014. Les délais varient selon les spécialistes et les régions. Il faut attendre de 29 à 42 jours en moyenne pour voir un cardiologue mais seulement de 1 à 3 jours en Ile-de-France contre 72 jours en Picardie. Le record est détenu par les ophtalmologues avec 111 jours d'attente, dont un mois à Paris et 8 mois à Rennes.

Par ailleurs, le tourisme médical recouvre également l'accès à des traitements nettement moins chers ou indisponibles en France. On recense par exemple 250 000 cas d'hépatite C en France, dont 140 000 ont un besoin pressant de traitement. Le Sovaldi est réputé efficace en trois mois mais il est facturé 41 000 € par patient à la Sécurité sociale. 26 000

patients seulement en bénéficient. En Inde, sa molécule générique coûte... 900 €. On comprend que des centrales d'achats dans les pays émergents, commencent à apparaître dans les pays développés, comme en Australie.

Ce sont là les premiers signes d'une médecine à deux vitesses. Une médecine marquée par un service minimum pour les plus démunis – à travers la CMU, interdisant les dépassements d'honoraires (comme aux urgences), comme l'AME pour les étrangers. Mais **un service minimum, ne respectant pas les mêmes délais et bientôt la même qualité qu'une médecine bien plus onéreuse, à laquelle les tarifs bas et moyens des couvertures complémentaires ne donneront plus si facilement accès.** D'ores et déjà, en bien des endroits, comme les services d'urgence dans les hôpitaux des villes moyennes, la médecine française évoque parfois, selon certains observateurs, le Tiers-monde. La France, ainsi, est mal équipée en IRM, pourtant utiles pour la détection de maladies graves (cœur, cancer, ...). Il faut attendre 30 jours en moyenne pour un passage en urgence, 50 jours dans certains départements et jamais moins de 20 jours en moyenne sur l'ensemble du territoire.

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France (+92,9% en 30 ans) mais 13% de la population vit dans un désert ophtalmologique, 14% pour la gynécologie et 19% pour la pédiatrie. Selon l'UFC-Que choisir, en effet, en 2015, 20 millions de Français vivaient dans des territoires où l'offre libérale de soins est insuffisante. Parmi eux, près de 15 millions sont en difficulté pour consulter un médecin généraliste à moins de 30 minutes de route de leur domicile.

On compte en moyenne 306,2 médecins pour 100 000 habitants mais seulement 237,1 médecins en Picardie contre 367 en PACA. Il y a en moyenne 139,8 généralistes pour 100 000 habitants mais 117,9 généralistes dans le Centre contre 165 en PACA. Dans certaines régions, les médecins titulaires d'un diplôme étranger sont ainsi devenus largement majoritaires – ils ont assurés 89% des inscriptions au Conseil de l'ordre en 2010 dans la Creuse et 71% dans le Loir-et-Cher (où la moitié de ces médecins étrangers étaient roumains). Parmi ces nouveaux inscrits, 22,7% viennent d'Algérie, 16,6% de Roumanie, 9,3% de Belgique et 6% du Maroc. Recrutés par des agences spécialisées (qui réclament jusqu'à 15 k € de commission aux communes), ils restent en moyenne neuf ans en France.

\*

Voilà le tableau le plus probable qui se dessine actuellement et dont on peut estimer qu'il prendra véritablement figure d'ici quinze ans, particulièrement sous l'effet de l'apparition des premières prouesses d'une médecine régénérative ou génétique et des dépenses qu'elles susciteront.

Face à cela, on débat de mesures susceptibles de rendre plus performante la dépense publique en matière de santé, notamment à travers une meilleure organisation des soins de première ligne et de la prévention. Aux USA, dans la cadre de la réforme Obama et afin de mieux coordonner l'offre de soins autour des patients, il s'agit par exemple de créer des *Accountable care organizations* (selon un modèle déjà développé par Medicare) collectivement responsables pour la prise en charge des patients face aux payeurs publics et privés, rémunérées à la performance sur une batterie de 33 indicateurs et permettant de développer des modes de paiement des médecins autres qu'à l'acte. Cela suffira-t-il ? Déjà, dans les années 90, les *Accountable health partnerships* n'avaient guère convaincus.

En fait, **la vraie question reste plutôt de savoir si une prise en charge et une mutualisation des risques pourra toujours intervenir à un échelon public pour les interventions les plus critiques et onéreuses.** Sans quoi, les classes moyennes paieront au prix fort l'accroissement des coûts de santé – cela se mettant progressivement en place au cours des quinze prochaines années.

**Au total, il faut ainsi anticiper une situation où la part des complémentaires individuelles, notamment pour les seniors, ainsi que des sur-complémentaires, ne pourra que croître. En même temps, il faudra parfois emprunter**

**pour se soigner. Autant dire que les banques et les bancassureurs sont concernés au premier chef par l'évolution du financement de la santé ces quinze prochaines années.**

La loi du 14 juin 2013 rend obligatoire la souscription d'un contrat collectif par toutes les entreprises (y compris les cabinets d'indépendants et les professions libérales) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. La participation patronale sera déductible du bénéfice imposable et exonérée de cotisations fiscales si elle assure la moitié au moins du financement. Les salariés licenciés bénéficieront d'un prolongement gratuit de leur garantie collective pendant 12 mois (au lieu de 9 actuellement).

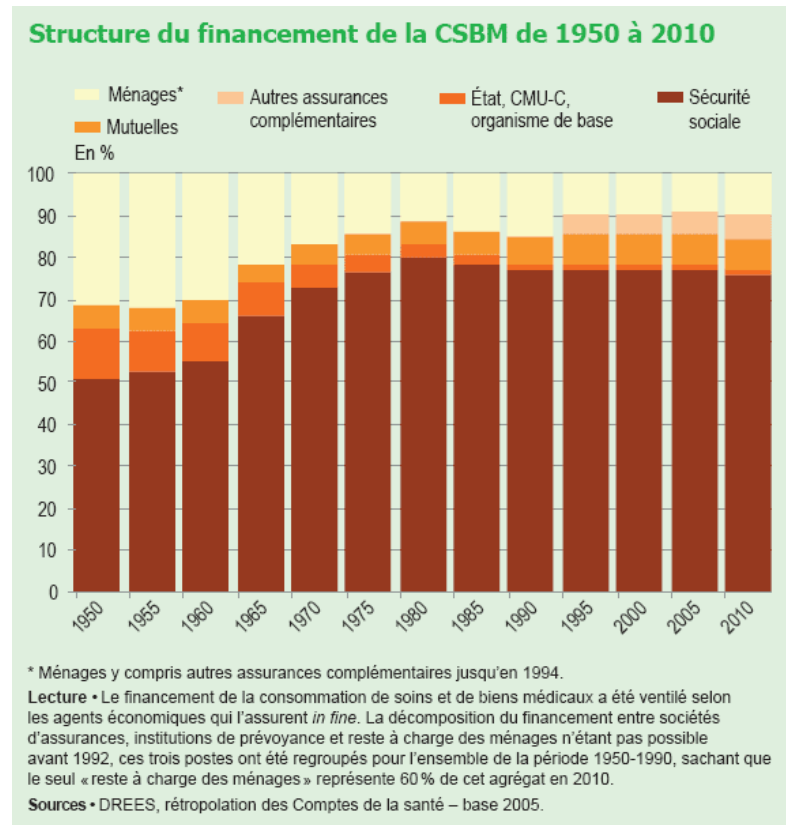
Dans la mesure où 94% des Français sont déjà couverts par une complémentaire santé collective ou individuelle, ces dispositions ne modifieront pas radicalement le marché des complémentaires santé, qui représente plus de 30 milliards € et est partagé entre mutuelles (59%), compagnies d'assurance (24%) et institutions de prévoyance (17%), ces dernières étant surtout présentes dans les contrats collectifs de branche. La première version de la loi les favorisait particulièrement, au titre de la mutualisation plus forte des risques (et donc de la possibilité de proposer des primes moins élevées) qui peut être réalisée au niveau d'une branche plutôt qu'à celui d'une entreprise. Mais certains ont également dénoncé la volonté de privilégier des institutions paritaires, souvent accusées d'être une source commode de financement des organisations syndicales et patronales. Finalement, deux décisions du Conseil constitutionnel, en juin et décembre 2013, ont interdit la recommandation par les syndicats des complémentaires santé.

La loi a pu paraître pénaliser les bancassureurs, peu présents dans les contrats collectifs. Toutefois, on a pu également estimer que la même loi allait permettre de réduire sérieusement le déficit de la Sécurité sociale...



En fait, comme cela est souligné ci-dessus, si la loi est conçue pour permettre plus de déremboursements, ainsi qu'une augmentation du ticket modérateur, il paraît assez illusoire de croire que, face à l'augmentation des frais de santé, les complémentaires pourront prendre en charge la différence sans relever elles-mêmes leurs conditions et tarifs. Aux USA, où la couverture santé est majoritairement privée, ni le niveau de couverture moyen, ni la capacité à accompagner la hausse des dépenses de santé ne sont supérieurs par rapport à la France. La part de frais dentaires, chirurgicaux ou d'optique qui doivent être acquittés sans remboursement par les ménages y est plus élevée qu'en France. Pour les seniors américains ainsi, disposant en majorité d'une couverture santé, les dépenses de santé représentent une part de leur budget (16%) équivalente à l'alimentation (17%).

C'est bien à une situation comparable que la France pourrait arriver dans quinze ans, voire pire : un retour à la situation du début des années 60, quand leurs frais de santé étaient intégralement supportés pour un tiers (47% aux USA) par les ménages. Ceci au moins pour un certain nombre d'actes. D'ores et déjà, les ménages français paient directement 29% de leurs dépenses d'optique. Or la moitié de la population porte des lunettes occasionnellement ou régulièrement.



Tout ceci conduit à anticiper trois choses :

- Une demande de plus en plus forte d'assurances complémentaires individuelles (pour les seniors particulièrement) et sur-complémentaires (notamment pour répondre à des dépenses précises, comme les médecines naturelles). Des produits que les bancassureurs sont bien placés pour vendre à travers leurs réseaux.
- Une demande de crédit (prêt ou reports de paiements) pour la santé. **D'ores et déjà, les crédits revolving seraient à 30% utilisés pour se soigner.** Les prêts santé existent en effet en France :

**Cetelem**  
LE CRÉDIT RESPONSABLE

Fins de mois difficiles ?  
Enfin des solutions pour mieux  
gérer les imprévus.

crédit épargne assurance carte espace client aide

**Crédit santé / bien-être**

Un crédit utile pour financer toutes vos dépenses de santé et de bien-être.

- Une tarification attractive et accessible
- Un financement intégral
- Des remboursements adaptés à votre budget

**5,10%** Garantie du meilleur taux TAEG Fixe sur 48 mois pour 12 000 € empruntés Jusqu'au 23/09/2013

Visualisez ce crédit grâce à un exemple

Exemple hors assurance facultative : pour un prêt contracté de 6 000 € sur 48 mois au Taux Annuel

**Votre simulation en 3 clics**

- Votre projet : Trésorerie
- Affinez : Trésorerie
- Montant : 6500 €
- Mensualité : 151.91 €
- ou durée : 48 mois

simulez

Ils se développent, ainsi avec l'offre que proposait le Crédit municipal de Paris (qui était utilisée à 90% pour les dépenses dentaires) :

**CNP Banque**  
La Banque du Crédit Municipal de Paris

Le Groupe | Financez vos projets | Rachetez vos crédits | Associations

Avec REDUCTO : dopez votre pouvoir d'achat et rééquilibrez durablement votre budget.

**Financez vos projets**  
**Prêt Santé**

Vous avez BESOIN D'UN CONSEILLER ?  
MON CONSEILLER CNP BANQUE M'A DIT LA MÊME CHOSE!

Faciliter l'accès aux soins.  
Coûts de soins trop élevés, déremboursement de certains actes médicaux et dématérialisation croissante : un nombre croissant de Français ne peut faire face à des dépenses médicales nécessaires et risque de recourir à des prêts inadaptés à leur situation financière.  
CNP Banque propose le Prêt Santé afin de faciliter l'accès aux soins pour tous.

**Simuler un crédit**  
**Prêt santé**  
Montant du prêt : 600 €  
Durée : 6 mois  
Montant des mensualités : 100,85 €  
TAEG\* : 8,57 %  
Montant total dû par l'emprunteur : 611,10 €

\* Frais de dossier inclus de 0 €, hors intérêts moratoires. Taux débiteur fixe de 2,91 %. En cas de souscription par l'emprunteur à l'assurance facultative, le coût de l'assurance décès, prime totale et réversible d'autonomie et incapacité de travail est de 0,33 € par mois et il s'ajoute aux mensualités ci-dessus. Simulation non contractuelle.

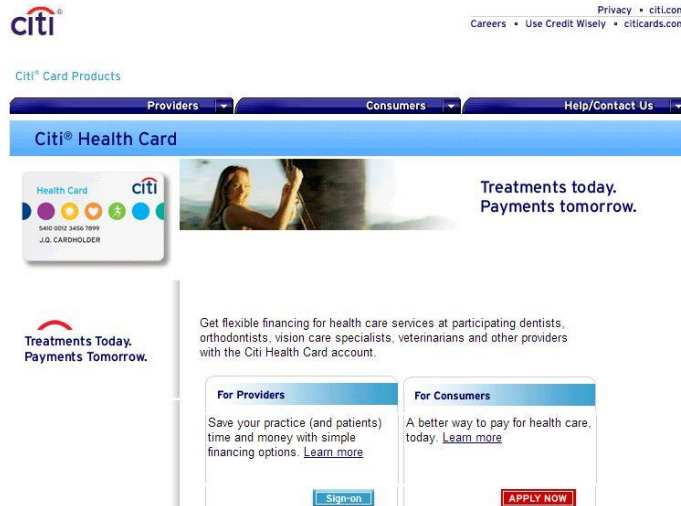
**Appelez-nous au 01.44.61.63.07**  
Lundi - vendredi : 9h - 20h  
Samedi : 9h - 16h

**Témoignage**  
Stéphanie doit subir une intervention dentaire dont le montant des frais n'est pas intégralement couvert par sa mutuelle. Elle emprunte 1 000 € auprès de CNP Banque.  
- Durée : 12 mois  
- Mensualité : 84,65 €  
- TAEG fixe 4,89 %  
- Montant total dû par l'emprunteur : 1 025,93 €  
- Frais de dossiers inclus : 10 €  
Exemple chiffré non contractuel.  
\* Taux débiteur fixe de 2,91 %. En cas de souscription par l'emprunteur à l'assurance facultative, le coût de l'assurance décès est de 0,27 € par mois et il s'ajoute aux mensualités ci-dessus.  
Offre sous réserve d'acceptation de votre dossier et du respect des conditions d'octroi et de taux définies pour ce prêt. Barème et taux en vigueur au 01/07/2013, susceptibles d'être modifiés sans préavis. Prêt accordé par CNP Banque (filiale du Crédit Municipal de Paris) SA au capital de 100 000 000 €.

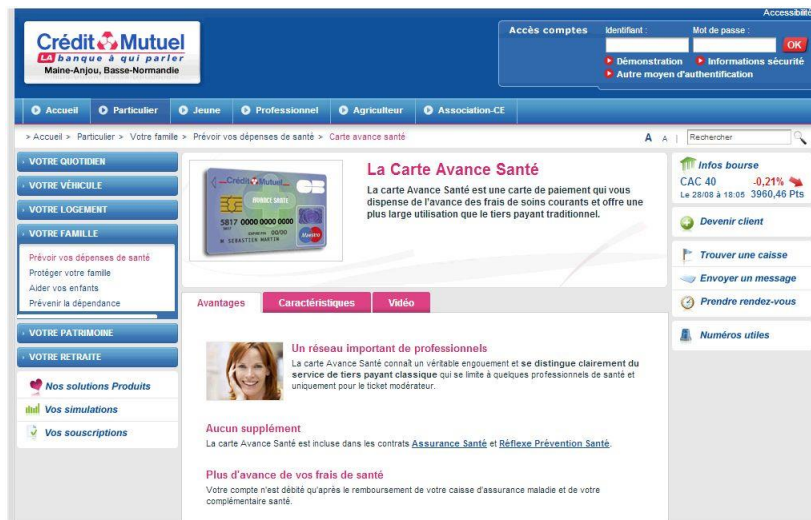
70 millions d'Américains sont endettés pour leur santé. Or 60% d'entre eux sont également assurés. A partir de 2009, les dettes médicales sont devenues la première cause de faillite personnelle aux USA (2 millions de cas en 2012) – avant le logement.

A partir du milieu des années 2000, les banques, des entités spécialisées comme Care Credit (filiale de GE) et des assureurs ont développé des formules crédit à 0% permettant d'étaler ses

paiements. Il s'agit de crédit revolving, assortis d'une carte de paiement utilisable uniquement pour des dépenses de santé chez un réseau de professionnels affiliés.



Des services comme la Carte Avance Santé du Crédit Mutuel pourraient prochainement évoluer vers ce genre de formule.



- Il faut enfin anticiper des comptes épargne santé. Ils se développent aux USA, où l'on compte 1,76 millions de comptes, présentant un solde créditeur moyen de 1 327 \$. L'enjeu de tels comptes d'épargne

consiste à leur associer l'accès garanti ou privilégié à certains services de santé.

WELLS FARGO Sign On | Customer Service | Locations | Apply | Home Search

Banking Loans and Credit Insurance Investing and Retirement Customer Service

Health Savings Account Feedback Print this page

**Invest in Your Health**

Now is the time to consider a Wells Fargo Health Savings Account (HSA). Learn how to save and pay for your medical expenses tax-free!

[Open an HSA](#) | [Access Your HSA](#)

[See how it works](#)

Learn about the benefits of a Wells Fargo Health Savings Account (HSA) with our demo.

**Understanding and maximizing your HSA**

Explore our library of webcasts and learn more about the benefits of your HSA, investing<sup>2</sup> with your HSA and much more. [HSA webcasts](#)

**More for your money**

Pay for qualified medical expenses tax-free – doctors fees, dental work, prescriptions, and more. [Learn More](#)

**Save on taxes**

Contributions to HSAs are tax deductible – at every income level – and withdrawals for qualified medical expenses are tax-free. [Learn More](#)

**Invest in your future**

Your unused funds don't expire at the end of the year – so you can build secure tax-free savings and you also have the opportunity to invest. [Learn More](#)

**Employers and brokers**

[Small business](#)  
Solutions for businesses with fewer than 100 employees

[Large businesses](#)  
HSA-based programs provide cost-effective health care for employers and employees

[Brokers and agents](#)  
Meeting your clients health benefit needs

[Open an HSA](#) [Access Your HSA](#)

Par ailleurs, le financement des recherches médicales lui-même commence à avoir recours à de nouvelles formules. Suivant des exemples déjà développés au Canada et aux USA, le CHU de Rennes a lancé en juillet 2014 le fonds Nominoë, faisant appel aux entreprises pour financer des projets de santé, comme une biobanque.

Enfin, devenue de plus en plus chère, la santé – ou plutôt, pour ne pas noircir abusivement le tableau - le financement du reste à charge et des soins mal pris en charge par la sécurité sociale et les mutuelles, vont de plus en plus relever d'avantages et de gratifications, délivrés notamment par les entreprises à leurs employés, à l'image des chèques cadeaux ou des titres restaurants, ou par les mutuelles à leurs assurés. A cet effet, la startup montpelliéraine Care Labs, avec le soutien du Crédit Agricole Languedoc notamment, vient de lancer les Chèques santé, prépayés et dématérialisés.

Découvrez 100 %  
de Chèque Santé  
en 1'30

1er dispositif dédié à la prévention santé et au bien-être

Au total, **les banques doivent se préparer à jouer un rôle clé dans le financement des soins de santé dans les années à venir.**