



Assurance maladie : à la poursuite du déficit

Les perspectives annoncées en septembre 2008 sur la poursuite du redressement de l'assurance maladie visant à parvenir à l'équilibre du régime général en 2012 volent en éclat.

Alors que l'année 2008 devait se terminer avec un déficit de la sécurité social établi aux alentours de 9,3 milliards d'euros, le brusque ralentissement de la croissance a inversé la tendance. Le déficit de la Sécurité sociale devrait avoisiner les 15 milliards d'euros en 2009 quand les premiers indices donnaient une estimation de 8,5 milliards d'euros en septembre dernier !

Dans un contexte économique où la croissance du PIB est atone, la régulation des dépenses est d'autant plus nécessaire. En 2007, les dépenses de l'assurance maladie avaient augmenté de 4,2 %, alors que l'augmentation du PIB était de 2,1%. Mais on était loin cependant des taux de l'année 2003 où les dépenses s'étaient envolées à près de 7 %.

Toutefois cette situation préoccupante n'empêche pas un premier bilan plutôt positif du dispositif de régulation des dépenses de santé, publié par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) le 16 mars dernier.

Soins de ville : une réelle maîtrise des dépenses

En 2008, et c'est une grande différence par rapport à 2007, c'est essentiellement dans le domaine des soins de ville que les dépenses de l'assurance maladie ont été contenues : ils n'augmentent que de 2 % (4,5 % en 2007), tandis que l'accroissement des dépenses des établissements sanitaires s'établit autour de 5 %. Cette augmentation modérée des soins de ville résulte d'une décroissance du poste des médicaments : une première avec - 0,8 % sur l'année 2008 !

C'est là, sans doute, le résultat des actions de maîtrise médicalisée : en particulier un meilleur usage des antibiotiques, dont la consommation a baissé d'un quart depuis 2002, et des efforts - qui doivent se poursuivre - sur d'autres médicaments comme les statines ou certains hypotenseurs et enfin sur les génériques.

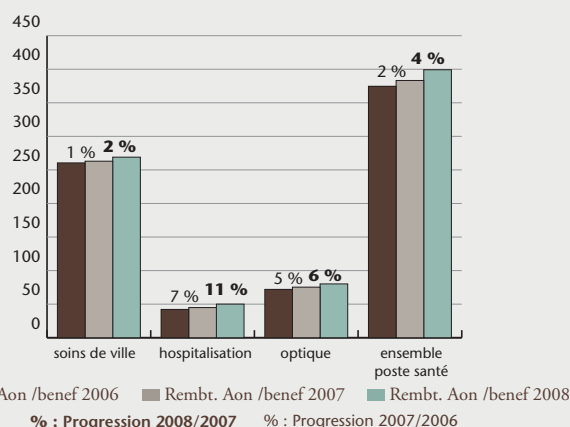
Dans ce domaine des soins de ville, d'autres postes ont fait preuve d'une croissance contrôlée. Ainsi les honoraires médicaux et dentaires : + 1,7 % en 2008, 2,9 % en 2007. En revanche, le coût des auxiliaires médicaux et les indemnités journalières a cru en 2008 respectivement de 5,5 % et 4,7 %.

Le versement complémentaire d'Aon Consulting* : 400 euros par bénéficiaire

Dans cette même période, comment ont évolués les versements effectués par Aon à ses bénéficiaires qui ont choisi une couverture complémentaire ?

En 2008, le remboursement moyen versé par Aon à ses bénéficiaires a été d'un peu plus de 400 euros, soit une progression de 4 % par rapport à l'année précédente. Ce taux est très différent selon le type de soin remboursé. Alors que l'augmentation est de 11 % pour ce qui concerne les remboursements complémentaires d'hospitalisation, elle est de 6 % pour les remboursements d'optique et de 2 % pour les soins de ville (consultations, dentistes, médicaments, etc.). Sur les prestations pour lesquelles Aon intervient, le remboursement moyen de l'assurance maladie constaté sur les bénéficiaires du portefeuille est de 410 €. Ainsi sur les actes présentés à Aon en demande de remboursement, la part des versements complémentaires représente 50 % des dépenses affichées.

Taux de progression des remboursements moyens d'Aon par bénéficiaire 2008/2007 et 2007/2006



Notons qu'il est difficile de comparer l'évolution de ces remboursements complémentaires à ceux de l'Assurance Maladie dans la mesure où la structure des soins remboursés est différente. On sait que l'intervention de l'assurance complémentaire est prépondérante sur les frais de dentistes, de prothèse et de lunettes, ou encore les frais de chambre individuelle à l'hôpital par exemple.

De plus, la population couverte par Aon n'a pas exactement le même profil que la population d'ensemble du régime général. L'âge moyen de l'ensemble des bénéficiaires ayant une complémentaire auprès d'Aon s'établit à 32,3 ans, tandis que l'âge moyen de la population française est quasiment de 40 ans en 2008 (cf graphique Démographie et pyramide des âges du portefeuille de bénéficiaires Aon).

* Le montant global des remboursements Aon relatif à chaque année de soin par bénéficiaire

L'assurance maladie en quelques chiffres



- **56 millions** de personnes sont assurées par le régime général d'assurance maladie en 2007 qui sont les salariés, leurs familles, et les retraités.
- **335 millions de consultations** et visites médicales effectuées en 2007 pour un montant de 285 euros par personne.
- **391 euros de dépenses de pharmacie par personne**, moyenne annuelle qui cache une forte différence entre les moins de 30 ans (150 euros) et les plus de 70 ans (1000 euros).
- **27 millions d'appels téléphoniques** traités en un an par 8 400 conseillers.
- **100 000 opérations réalisées** chaque jour dans les guichets automatiques.
- **Un milliard** de feuilles de soins électroniques transmises chaque année.

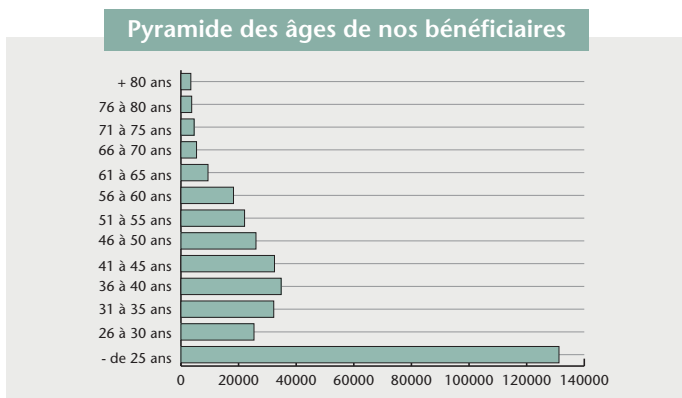
Démographie et pyramide des âges du portefeuille de bénéficiaires Aon

Sur 2008 les bénéficiaires du portefeuille Aon se répartissent de la manière suivante : 45 % de salariés ou retraités, 20 % de conjoints de salariés et 35 % d'enfants de salariés.

L'âge moyen en 2008 des salariés ou retraités du portefeuille Aon est de 44 ans.

L'âge moyen en 2008 de l'ensemble des bénéficiaires de notre portefeuille est de 32,3 ans.

Pyramide des âges de nos bénéficiaires en 2008

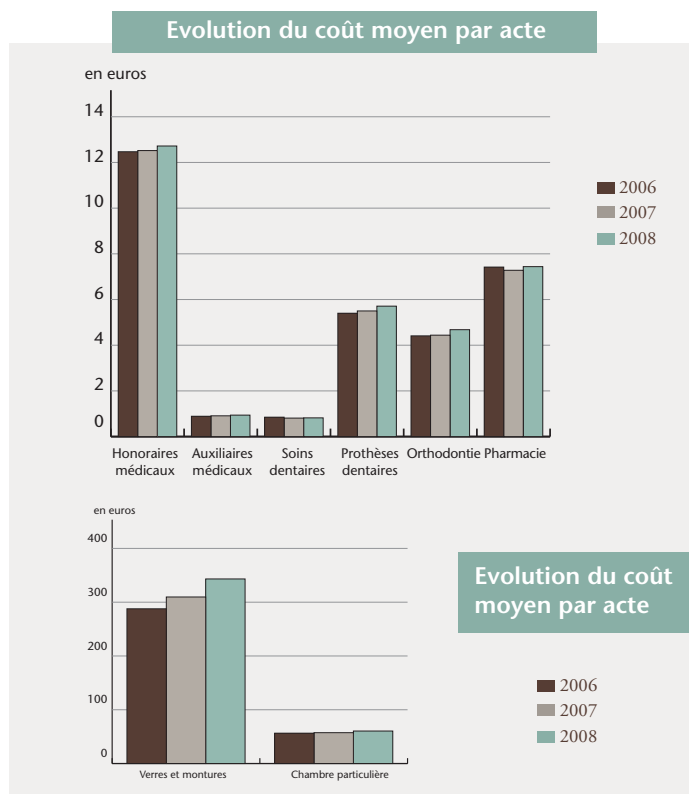


Zoom sur l'évolution des coûts moyens par acte

Par coût moyen par acte on entend le remboursement moyen Aon par acte.

On constate une progression de l'ensemble des coûts moyens sur les 3 derniers exercices.

L'évolution du coût sur 2008/2007 est plus importante sur tous les postes que celle constatée entre 2007 et 2006.



Nouvelles taxes en 2009 pour financer l'assurance maladie

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009, votée le 27 novembre dernier, prévoit de nouvelles recettes qui se monteraient à 1,4 milliard d'euros. La quasi totalité de ce montant sera affecté à l'assurance maladie.

- La taxe sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires voit son taux augmenter de manière très significative puisqu'il fait plus que doubler en passant de 2,5 % à 5,9 % en 2009. Cela devrait permettre de dégager un milliard d'euros supplémentaire.

Une telle mesure a pour objet de compenser le transfert de charges qui se produit régulièrement des organismes complémentaires vers la Sécurité Sociale, sous l'effet de l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée. Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), dans son rapport 2008, estimait cette dérive à environ 600 millions d'euros par an.

- Une nouvelle contribution, dite « forfait social », est créée, à la charge des employeurs.

Ce forfait social s'applique aux sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation, ainsi qu'aux contributions de l'employeur au financement des régimes de retraite supplémentaires et à leurs abondements volontaires aux plans d'épargne (PEE, PERCO).

Jusqu'à présent, ces versements n'étaient pas assujettis à des contributions sociales, ce qui les a fait parfois qualifier de « niches ». Selon le Ministère du budget, « ces dispositifs établis au fil du temps à des fins d'incitation ou de redistribution ont connu une forte dynamique ces dernières années : le coût des mesures d'exonération, compensées ou non compensées par l'État, s'établit à plus de 33 milliards d'euros. Le montant de l'assiette non soumise aux cotisations ou contributions sociales de droit commun est estimé pour 2009 à 46 milliards d'euros. »

Le taux de la nouvelle taxe qui est de 2 %, est qualifié par le gouvernement de très modéré au regard du taux des cotisations sociales de droit commun pour les revenus au-dessus du plafond de la Sécurité Sociale.

Cette taxe produirait 400 millions d'euros en 2009.

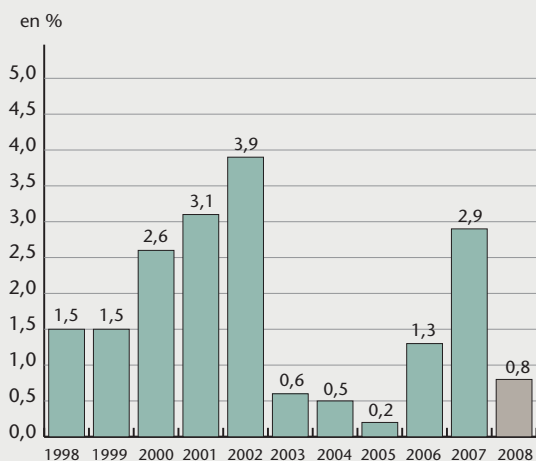
- Diminution du taux de prise en charge de la consultation hors parcours de soins : début février 2009, l'assurance maladie ne remboursera qu'à 30 % les consultations hors parcours de soins, contre 50 % actuellement.

ONDAM KESAKO ?

Institué en 1996 dans le cadre de la réforme Juppé, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie est défini chaque année par le Parlement. Il a pour but de définir un taux global de progression de ces dépenses pour l'année en question. On remarque que depuis sa création l'ONDAM a toujours été sous-estimé (voir graphique).

Pour 2009 l'objectif national de progression des dépenses d'assurance maladie a été fixé à 3,3 %. Le respect de cet objectif suppose des économies de l'ordre de 2,2 milliards. Celles-ci pourraient résulter de la poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses maladie : hausse du ticket modérateur hors parcours de soins, extension du dispositif de mise sous entente préalable prévu en 2008 pour la chirurgie ambulatoire aux autres activités hospitalières, amélioration des prescriptions (médicamenteuse, actes paramédicaux, etc.) grâce aux référentiels et recommandations de la Haute autorité de santé, diminutions de prix ciblées de médicaments et dispositifs médicaux, réexamen des marges de distribution des médicaments.

Les dépassements de l'ONDAM de 1998 à 2008



Source : direction de la sécurité sociale (DSS), rapport de septembre 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale Article paru dans Protection Sociale 7 janvier 2009

Contact

Nathalie Pannetier

Responsable Actuariat Santé Prévoyance, Aon Consulting

01 58 75 63 10 / nathalie_pannetier@aon.fr

Aon France

Société de courtage en assurances et réassurances immatriculée au Registre Unique des Intermédiaires d'Assurances sous le n° 07 001 560 SA au capital de 4 141 334 euros 414 572 248 RCS Nanterre Siège social : 420 rue d'Estienne d'Orves - 92700 Colombes
Tél. 33 (0)1 58 75 75 75 - Fax 33 (0)1 58 75 77 77 - www.aon.fr - N° de TVA intracommunautaire FR 22 414 572 248
Garantie Financière et Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L 512.7 et L 512.6 du Code des Assurances

AON

