

Mutuelles et assurance-santé: tarifs en forte hausse en 2005

Les prix de l'assurance complémentaire santé vont encore grimper de 2% à 10% en 2005. Les entreprises contraintes d'augmenter les budgets consacrés à la protection sociale

Les tarifs des contrats complémentaires santé vont de nouveau augmenter en 2005. Mutuelles et assureurs ne croient pas à la pérennité du ralentissement actuel de la progression des dépenses de santé et craignent de nouveaux transferts de charges vers les complémentaires dans les prochains mois. Le relèvement, quoique très sensible, sera légèrement inférieur à celui enregistré en 2004, qui avait atteint 15% dans certains cas. Mais, fait nouveau, il se doublera d'une majoration significative des contrats d'entreprise aussi bien en santé qu'en prévoyance. Les hausses atteindront de 7% à 10% pour le premier poste et de 5% à 6% pour le second. Elles seront partiellement répercutées sur les salariés. Le gouvernement souligne que la récente réforme de l'assurance-maladie ne justifie en aucun cas les hausses de tarifs en santé. Un avis partagé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, qui doit remettre en décembre un rapport très attendu sur la place des complémentaires.

Des hausses de primes moyennes de 2 % à 10 % en assurance santé individuelle		
Assureurs	2005	2004
AGF	Fixé en mai	8,3 % pour les salariés, 1,3 % pour les indépendants
AXA	Fixé en avril	11,50 %
Azur Assurances	5 %	7 %
Groupama	De 5 % à 8 %	De 7 % à 12 %
Groupe AG2R	5,80 %	10 %
Groupe Médéric	7,50 %	15 %
Groupe MMA-Maaf	6,90 %	De 5 % à 7 %
Groupe MV4	10 %	10 %
La Poste	Fixé en décembre	9 %
Macif Mutualité	3,50 %	2,70 %
Mutuelle Imadiès	7 % à 7,5 %	7 % à 7,5 %
Mutuelle MCD	7,80 %	NC
Mutuelles Présence	2 % à 2,5 %	7,00 %
Préviade-Mutouest	5 %	11 %
Réunica	9,50 %	10 %

Source : sociétés

Nouvelles hausses de tarifs pour les assurances et mutuelles santé l'année prochaine

Les tarifs des assurances complémentaires santé vont augmenter de l'ordre de 2% à 10% l'an prochain. La réforme Douste-Blazy ne devrait pas générer d'économies pour les régimes complémentaires, qui craignent plutôt de nouveaux désengagements de la Sécurité sociale.

Rien n'y fait. Les assurances complémentaires santé vont encore coûter plus cher dès l'année prochaine. Toutes les familles d'assureurs -les compagnies d'assurances, les institutions de prévoyance ou les mutuelles santé- ont pareillement opté pour des augmentations tarifaires qui, selon nos chiffres, varient de 2% à 10% (voir tableau ci-contre).

Ceux qui, comme LaPoste, par exemple, précisent qu'ils n'ont pas encore arrêté leurs tarifs, expliquent d'ores et déjà que les hausses se situeront dans «la fourchette du marché»...

«Payeurs aveugles» derrière la Sécurité sociale, les organismes complémentaires ne sont pas totalement maîtres du jeu. Outre la progression constante de la consommation médicale (+6,4% en 2003 et +7% en 2002), ils subissent également les conséquences directes des désengagements des régimes obligatoires. Quand ces derniers prennent la décision de passer d'un remboursement de 65% à 35% sur 617 médicaments, par exemple, comme ce fut le cas au printemps 2003, la différence est dès lors supportée par les assureurs complémentaires pour une large part et par les ménages pour le solde. Pour faire face à cet alourdissement constant des prestations versées, les organismes d'assurances n'ont souvent d'autre choix que d'actionner le levier tarifaire.

Pour l'année prochaine, les augmentations de tarifs annoncées par notre panel sont importantes, quoique inférieures à celles appliquées cette année, qui avaient pu atteindre 15%.

Si les charges ont fortement augmenté jusqu'en milieu d'année du fait de l'habituelle dérive des dépenses, amplifiée par des déremboursements de médicaments et par l'augmentation des dépassements d'honoraires médicaux, les derniers chiffres laissent cependant apparaître «des signaux encourageants»,

selon Stéphane Lecocq, directeur santé chez AXA. Depuis le mois de juin, la progression nationale des dépenses de santé marque en effet un ralentissement.

Les complémentaires vigilants

Les organismes d'assurances complémentaires tiennent cependant à rester très vigilants. «Si cette tendance s'inscrit dans la durée, elle justifiera une plus grande modération tarifaire. Mais rien ne dit que ce ralentissement sera durable. Nous constatons ce type d'amélioration après chaque réforme de l'assurance-maladie et ses causes sont essentiellement d'ordre psychologique, donc transitoires», commente encore Stéphane Lecocq. Mais une nouvelle envolée des dépenses de santé n'est certainement pas la seule crainte que nourrissent les mutuelles et les assureurs. Ils sont également très attentifs à la manière dont seront mises en place certaines modalités de la réforme Douste-Blazy.

Une nouvelle nomenclature

En filigrane, ils craignent en effet de nouveaux transferts de charges vers les complémentaires à l'occasion notamment de la mise en place de la nouvelle classification des actes médicaux. Le ticket modérateur attaché à chaque acte va être redéfini et les organismes complémentaires craignent que le curseur ne soit déplacé de telle sorte que le reste à charge augmente pour eux.

«Les régimes obligatoires nous ont expliqué que le surcoût lié à la nouvelle nomenclature serait de 200millions d'euros pour les organismes complémentaires. Mais, à l'allure où vont les choses, il pourrait en fait s'agir de plus du double», prévient Gilles Johanet, directeur santé et assurances collectives aux AGF.

Autres sources d'inquiétude pour les organismes complémentaires: l'anarchie tarifaire en matière d'honoraires, la trop grande sévérité des régimes obligatoires en matière d'affections de longue durée ou de nouveaux remboursements de médicaments qui pourraient survenir dans le courant de l'exercice 2005.

Seule consolation pour les assurés: les plus modestes d'entre eux pourront bénéficier dès le 1erjanvier, d'une aide à la souscription d'une assurance santé complémentaire (lire encadré).

Un crédit d'impôt

A compter du 1erjanvier 2005 est mise en place une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour les personnes qui en sont actuellement privées du fait de leurs faibles ressources. Un crédit d'impôt est ouvert pour les contrats d'assurance complémentaire santé individuels par les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond en vigueur pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15%. Le montant du crédit varie selon le nombre et l'âge des membres du foyer: 75euros par personne âgée de moins de 25ans, 150euros de 25 à 59ans et 250euros pour 60ans et plus.

Le gouvernement rejette toute responsabilité

Le ministère de la Santé souligne que la réforme de l'assurance-maladie ne justifie en aucun cas des hausses de tarifs. Un avis partagé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie. La gauche estime, elle, que les complémentaires anticipent les remboursements à venir.

Philippe Douste-Blazy l'a de nouveau répété en défendant le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, approuvé vendredi par le Sénat: le déficit de l'assurance-maladie doit être ramené de 13,2milliards à 8milliards d'euros sans transfert sur les complémentaires. En d'autres termes, précise-t-on au ministère de la Santé, «la réforme de l'assurance-maladie ne saurait en aucun cas justifier d'éventuelles hausses de tarifs puisque seule l'augmentation de 1euro du forfait hospitalier va avoir un impact sur les assureurs complémentaires, équivalant à une hausse de 0,5% des cotisations».

Le ministère rappelle aussi que le taux global de remboursement par le régime de base n'a pas baissé ces dernières années en raison de la forte augmentation du nombre d'assurés en affections de longue durée (ALD) pris en charge à 100% par la Sécurité sociale. Les complémentaires santé représentent aujourd'hui 12,7% des dépenses de santé (contre 11,5% en 1995), à côté des 76,7% (stable) pris en charge par l'Etat et la Sécurité sociale. Le reste à charge pour les ménages est en baisse, à 10,6%, contre 11,7% en 2002.

Déremboursements anticipés

Une note de travail du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie sur les couvertures complémentaires apporte d'ailleurs de l'eau au moulin du gouvernement. «Rien dans le dispositif de réforme ne se traduit par un déport caractérisé de la dépense sur les complémentaires», écrit le conseil, qui doit arrêter un avis très attendu, en décembre, sur la place des complémentaires. La note précise que «les cotisations ne devraient pas connaître de hausse majeure. La croissance des dépenses des complémentaires, encore prévisible -même si on envisage un infléchissement-, pourrait même se situer en

tendance au-dessous de celle de la couverture de base puisque les soins de ville des assurés qui ne sont pas en ALD progressent moins vite».

Le Haut Conseil s'interroge cependant sur une «éventuelle poussée» des dépassements d'honoraires effectués par les médecins, souvent pris en charge par les complémentaires, qui pourrait «modifier sa prévision». Tout dépendra notamment de la mise en place de l'accord signé en août avec les chirurgiens, qui prévoit la création d'un secteur optionnel avec droit à dépassement mais dont la portée reste floue.

Les hausses de tarifs prévues pour 2005 n'en sont pas moins embarrassantes pour Philippe Douste-Blazy. «Les assureurs savent parfaitement que les prévisions financières du gouvernement ne sont pas réalistes, souligne Jean-Marie LeGuen, responsable des questions de santé du groupe PS à l'Assemblée. Ils savent aussi que le comité d'alerte mis en place par la réforme imposera de prendre des mesures de redressement dès l'an prochain. Ils anticipent donc une série de déremboursements.» La gauche partage l'inquiétude du Haut Conseil sur les dépassements d'honoraires, Jean-Marie Le Guen prévoyant «la généralisation de cette pratique, ce qui reviendra au même que les déremboursements pour les patients comme pour les mutuelles».

Les budgets consacrés à la protection sociale s'alourdissent dans les entreprises

Les majorations moyennes varient de 7 % à 10 % sur le poste frais de santé et de 5 % à 6 % sur les garanties de prévoyance.

De mémoire de courtiers d'assurance, il y a longtemps que la situation n'avait pas été aussi tendue entre les entreprises et leurs fournisseurs de protection sociale complémentaire, assureurs ou institutions de prévoyance. Les négociations des contrats d'entreprise actuellement en cours font apparaître d'importantes augmentations tarifaires sur tous les types de couvertures.

En assurance complémentaire santé, la tendance observée sur le marché des particuliers est amplifiée. Les contrats d'entreprise (contrats «collectifs» ou «de groupe») sont souvent plus généreux sur certains postes comme l'optique et le dentaire, où la consommation dérape plus vite que la moyenne nationale.

Du coup, les réajustements tarifaires sont à l'avenant. Ils varient «en moyenne de 7% à 10%», selon Marc Beauval, directeur du département prévoyance et retraite chez Gras Savoye. Il s'agit de majorations applicables aux contrats standards, c'est-à-dire ceux généralement souscrits par les PME. Les grandes entreprises bénéficient d'un traitement au cas par cas, ce qui ne les protège pas des hausses tarifaires si l'équilibre technique de leur contrat est dégradé.

La note est d'autant plus salée que les augmentations concernent aussi les contrats de prévoyance collectifs (couverture du décès, de l'invalidité et des arrêts de travail des salariés). «C'est la première fois qu'une mesure de hausse tarifaire est adoptée par l'ensemble du marché sur le secteur de la prévoyance, note Philippe Maximin, directeur des assurances de personnes chez le courtier Diot. Elle est liée à l'accroissement du nombre d'arrêts de travail au niveau national mais aussi à leur durée toujours plus longue et à l'augmentation de l'âge moyen des personnes qui en bénéficient».

Les salariés pénalisés

L'an dernier, certains, comme CNPAssurances, Médéric, AXA ou AGF avaient déjà majoré leurs tarifs. Cette année, la plupart des acteurs s'y sont pliés, avec une moyenne de marché, selon Gras Savoye, de l'ordre de «6% ou 7%» pour les contrats de prévoyance -incluant des hausses de «10% à 15%» sur la garantie arrêt de travail. Là encore, ces chiffres s'appliquent aux contrats standards, les grandes entreprises ayant un traitement individualisé.

Du coup, les employeurs cherchent des moyens de limiter les hausses. «Ils nous demandent d'abord de faire notre métier de courtier et de négocier au plus près les majorations proposées par les assureurs, dit Marc Beauval. Ils nous demandent aussi d'orchestrer de nouveaux appels d'offres, voire, ce qui est plus nouveau, de revoir la structure des garanties à la baisse».

De leur côté, les assureurs mettent en place toute une série de procédures pour limiter la dérive de la sinistralité. Certains veulent prolonger l'action des pouvoirs publics en matière de contrôle des arrêts de travail en mettant en place leurs propres procédures de vérification. D'autres exigent, sur les postes les plus exposés comme l'optique ou le dentaire, le recours systématique aux devis avant tout remboursement.

Au final, ces majorations tous azimuts pénalisent les entreprises mais pèsent aussi sur les salariés, qui prennent généralement en charge une partie des cotisations de leur couverture sociale complémentaire.