

13.12.2006 - 09:00 Uhr

Étude PwC "Healthy Choices": Des économies sur la santé

Zurich (ots) -

Etude "Healthy Choices: The Changing Role of the Health Insurer"

Afin d'asseoir le financement de la santé sur des bases solides, de nombreux pays du monde font en sorte d'accorder un rôle prédominant aux assureurs maladie privés. La hausse des dépenses de santé dans le secteur public entraîne une contribution élevée du secteur privé. En outre, les contribuables croient de moins en moins que l'État est capable de veiller de manière appropriée à leur santé au moment de la vieillesse. Cette tendance va modifier la politique sociale de l'État et les modèles d'affaires dans l'assurance maladie. Comme le montre l'étude, le degré de pénétration dans les assurances complémentaires s'abaisse en Suisse. Tels sont les enseignements tirés de l'étude "Healthy Choices: The Changing Role of the Health Insurer" réalisée par PwC, pour laquelle les moteurs à l'origine de la transformation de la branche de l'assurance maladie ont été étudiés. Neuf pays ont été analysés dans le cadre de cette étude: la Suisse, l'Australie, la Chine, la France, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Pour les pays de l'OCDE, PwC prévoit jusqu'en 2020 une augmentation de la moyenne des dépenses de santé à 16% du produit intérieur brut (PIB). En Suisse, la part des dépenses de santé par rapport au PIB est passée de 5,5% en 1970 à 11,5% en 2003. La Suisse occupe ainsi le premier rang des pays européens et le second rang après les États-Unis (15,2%). Dans le monde, les coûts de la santé représentent une part toujours plus grande du PIB. La pression sur les coûts émanant de la santé financés par l'État remet toujours plus en question la durabilité de la politique financière nationale. Même les États qui financent tout ou partie des dépenses de santé à partir de fonds publics voient dans les assureurs maladie privés une partie de la solution à leurs problèmes. Peter Lüssi, associé et responsable du secteur Assurances chez PricewaterhouseCoopers Suisse, complète ainsi: "Presque partout, les réformes de la santé sont à l'ordre du jour. La façon dont un pays organise le financement de son système de santé décide du rôle futur des assureurs maladie privés. Les gagnants seront les assureurs qui anticipent les plus grands changements et s'y adaptent."

Moins de succès pour les assurances complémentaires en Suisse

En Suisse, le gouvernement et le Parlement ont décidé que c'est l'assurance de base qui serait l'assurance obligatoire. Les primes étant difficiles à supporter pour bon nombre d'assurés à l'assurance de base, des subventions sont versées qui sont supportées à raison d'environ deux-tiers par l'État et d'un tiers par les cantons et qui constituent une charge financière considérable pour l'État. "Du fait des primes élevées de l'assurance de base, les assurances complémentaires connaissent beaucoup moins de succès en Suisse, d'où une baisse continue de la part des coûts de la santé payés par celles-ci", déclare Armin Bantli, associé Audit chez PwC Suisse.

Le Risk-Sharing a le vent en poupe

Sur les marchés soumis à une forte concurrence, les assureurs maladie bénéficient d'une meilleure position pour négocier à partir d'une taille minimale, car ils peuvent acheter des prestations moins chères que les services de l'État. Cette tendance entraînera

vraisemblablement une consolidation parmi les assureurs maladie.

Le Risk-Sharing augmente car les consommateurs supportent une part toujours plus grande des coûts de la prévoyance santé individuelle. En outre, dans leurs efforts pour contrôler les coûts de la santé, les assureurs entendent faire reculer les prétentions injustifiées et une utilisation excessive des prestations. Les concepts à développer doivent répartir le risque de façon à favoriser, d'une part, la prévoyance et, d'autre part, à faire en sorte que les patients ne subissent aucune discrimination ni aucune restriction dans l'accès aux prestations. Le risque des assurés sera atténué par l'utilisation d'un Community Rating, dans lequel le montant de la prime ne dépend pas du risque de chacun mais résulte de la structure des risques de la communauté des assurés. Les assureurs maladie doivent dès lors calculer une prime forfaitaire pour chaque assuré et accepter sans exception la prorogation de la police ainsi que les prétentions.

Des durées de contrat plus longues, des systèmes financés par des capitaux avec des cotisations et des provisions vieillesse demeurant égales jouent en outre un rôle encore plus grand et modifieront, dans bon nombre de marchés, les modèles d'affaires en usage dans l'assurance maladie. Pour les assureurs maladie privés et les systèmes à répartition financés par l'État, il est difficile, sur la base de polices annuelles, d'élaborer un modèle d'affaires durable qui crée suffisamment d'incitation pour la prévoyance. Bon nombre d'assureurs privés envisagent des couvertures à long terme pour une période égale ou supérieure à dix ans.

L'étude PwC peut être obtenue sous forme de fichier pdf auprès de Claudia Sauter-Steiger.

Contact:

Peter Lüssi
PricewaterhouseCoopers
Associé et responsable du secteur Assurances
E-mail: peter.luessi@ch.pwc.com

Armin Bantli
PricewaterhouseCoopers
Associé Audit
E-mail: armin.bantli@ch.pwc.com

Claudia Sauter-Steiger
PricewaterhouseCoopers
Responsable Public Relations
E-mail: claudia.sauter@ch.pwc.com

Diese Meldung kann unter <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100008191/100521404> abgerufen werden.