

Comptes d'épargne santé: vers un nouveau mode de financement des soins ?

Isabelle Hirtzlin

► **To cite this version:**

Isabelle Hirtzlin. Comptes d'épargne santé: vers un nouveau mode de financement des soins?. Revue Risques - Les cahiers de l'assurance, FFSA - Fédération française des sociétés d'assurances, 2017, pp.150-157. hal-01575611

HAL Id: hal-01575611

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01575611>

Submitted on 21 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Comptes d'épargne santé : vers un nouveau mode de financement des soins ?

Isabelle Hirtzlin

Centre d'économie de la Sorbonne, Université Paris I Panthéon-Sorbonne

Article publié dans la revue Risques, N°110, p.150-7, juin 2017

Résumé

Dans les pays européens, le financement des dépenses de santé repose sur des ressources instantanées. Les enjeux démographiques remettent cependant en cause la soutenabilité de ce modèle à moyen terme. Le recours à des comptes épargne santé dans certains pays (États-Unis et Singapour notamment) peut constituer une piste de réflexion intéressante pour la France, notamment au niveau des restes à charge supportés par les patients. Les comptes épargne présentent en effet l'avantage de permettre un financement intertemporel des soins, d'assurer la portabilité des droits même en cas de changement d'employeur, et de limiter le renoncement aux soins. Des études et travaux de recherche restent à mener avant leur mise en place dans les pays européens, en restant vigilant en matière d'équité d'accès à ce type de dispositif.

Dans la plupart des pays européens, les dépenses de santé sont financées de manière collective et instantanée : les cotisations ou des impôts collectés auprès de la population ou des entreprises financent les soins de la même année, pour les patients concernés. Ce modèle de financement adopté par les États providence pose aujourd'hui certaines difficultés qui risquent de remettre en cause sa soutenabilité économique dans les deux prochaines décennies.

Tout d'abord, le rythme de croissance des dépenses de santé se situe structurellement au-dessus (de l'ordre de deux points de pourcentage en longue période) de celui du produit intérieur brut, d'où un effet de ciseau entre dépenses et recettes, avec un problème récurrent de financement des dépenses de santé, conduisant à accroître les restes à charge pour les patients [Borda, 2011].

Par ailleurs, le phénomène de vieillissement de la population s'accélère et le ratio de dépendance démographique (rapport du nombre de personnes de plus de 60 ans à celles de 20 à 59 ans) qui était de 0,39 en 2006, pourrait atteindre 0,66 en 2035 [COR, 2010]. Des cohortes nombreuses de baby-boomers arrivent à présent aux âges où la consommation de soins s'accélère (au-delà de 70 ans), tandis que le financement des soins s'appuie encore principalement sur les revenus des actifs [Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2015] même si l'instauration de la contribution sociale généralisée (CSG) a permis d'en élargir l'assiette aux revenus de remplacement (retraite notamment) et du capital.

Le compte épargne santé est un modèle alternatif qui a l'avantage de proposer un changement de paradigme en introduisant une composante intertemporelle dans le financement des soins. Il

pourrait donc potentiellement résoudre, au moins en partie, les problèmes liés aux restes à charge.

Principe et modalités de fonctionnement d'un compte épargne santé

Le fonctionnement d'un compte d'épargne santé est comparable à celui d'un livret d'épargne individuel, à la seule différence que les fonds déposés sur ce compte sont dédiés aux futures dépenses de santé [Schreyögg, 2004 ; Byrne, 2005]. L'épargnant verse régulièrement sur son compte un montant fixe ou proportionnel à son revenu. Le cas échéant, les montants versés peuvent être complétés par une participation financière de l'entreprise, de l'État ou d'un autre financeur [Byrne, 2005]. Le compte d'épargne santé rapporte des intérêts.

À une échéance déterminée (par exemple à un âge donné ou quand le compte d'épargne a atteint un certain montant), l'épargnant peut utiliser librement son épargne pour couvrir ses dépenses de santé ou celles de sa famille. S'il n'utilise pas son compte, l'épargnant peut disposer des fonds les années suivantes [Schreyögg, 2004] ; s'il décède avant d'avoir utilisé la totalité des fonds disponibles sur son compte, le compte d'épargne santé est intégré à la succession, et peut parfois être transférable aux héritiers. La portabilité du compte permet à la personne de continuer à en bénéficier quand elle change d'emploi ou de contrat d'assurance santé principal [Cannon, 2008].

La gestion des comptes est généralement confiée aux assureurs santé [Schreyögg, 2004], car ces organismes possèdent l'expertise nécessaire pour déterminer les montants à verser pour couvrir les dépenses de santé concernées, et ils sont déjà en relation avec les offreurs de soins. Ils peuvent donc les payer directement en puisant sur le compte d'épargne.

Les comptes d'épargne santé couvrent les dépenses courantes (consultations, médicaments, hospitalisations), mais rarement l'intégralité des dépenses de santé du patient, notamment lorsqu'il doit faire face à des frais importants – en cas de maladie chronique grave ou d'accident par exemple [Byrne, 2005]. Par ailleurs, ils n'ont d'intérêt que lorsque le niveau de reste à charge est suffisamment élevé [Schreyögg, 2004]. Les comptes d'épargne santé sont utilisés à grande échelle à Singapour et aux États-Unis [Borda, 2011] selon des modalités différentes.

À Singapour

Afin de faire face aux problèmes futurs de financement de son système de santé lié à des enjeux démographiques de vieillissement de sa population, le gouvernement de Singapour a créé, dès 1984, un second pilier de financement des dépenses de santé appelé Medisave, reposant exclusivement sur des comptes d'épargne santé [Schreyögg, 2004].¹

Tout salarié verse obligatoirement à Medisave un pourcentage de son revenu et en fonction de son âge [Central Provident Fund Board, 2016] – 8 à 10 % pour les moins de 50 ans et 10,5 % pour les plus de 60 ans en 2016. Les employeurs y contribuent également [Asher, 2008]. Les fonds collectés sont placés par l'État sur les marchés financiers. En cas de besoin, l'individu (ou ses ayants droit) peut utiliser son compte si les dépenses correspondent à la liste des soins prédéfinie par l'État (soins hospitaliers et consultations médicales). Le compte individuel ne permet pas de payer les soins au-delà d'un certain montant, correspondant généralement aux prix pratiqués dans les hôpitaux publics, mais les patients restent libres de consulter dans des hôpitaux privés qui leur facturent alors la différence.

La transition vers Medisave à Singapour, commencée en 1984, est prévue pour durer jusqu'à 2030 [Schreyögg, 2004], correspondant à la durée jusqu'au décès de la génération n'ayant pas pu contribuer suffisamment au système de financement par compte d'épargne pour assurer la charge financière de ses propres soins.

Aux États-Unis

Il existe aux États-Unis des plans fédéraux de couverture du risque santé financés sur fonds publics, mais ils restent cantonnés à des populations ciblées (plan Medicare pour les personnes âgées de plus de 65 ans et Medicaid pour les personnes défavorisées). La plupart des Américains bénéficient donc de plans de santé proposés et financés en partie par leur employeur – 61 % de la population en 2007 [Glied, 2008] –, souscrits auprès d'assureurs privés.

Quels que soient les plans souscrits, y compris pour Medicare, le reste à charge pour certains soins ou médicaments est souvent élevé. C'est en fait une franchise de dépense, en deçà de laquelle le plan d'assurance n'opère pas (*high deductible health insurance policy*). Ce montant forfaitaire est fixé en 2016 et 2017 à 1 300 dollars pour une personne et 2 600 dollars pour une famille [National Conference of State Legislatures, 2017].

Les plans de santé collectifs sont donc généralement complétés par des comptes d'épargne santé qui ont été autorisés par la loi fédérale américaine en 2003, et bénéficieraient à plus de 250 millions d'américains [Jung, 2011]. À la différence de Singapour, les comptes d'épargne santé américains sont à adhésion facultative. Le montant qu'il est possible de verser sur ces comptes d'épargne est plafonné – à 3 350 dollars pour une personne en 2016 et 6 750 dollars pour une famille en 2016. Il dépend du contrat souscrit par l'individu, de l'âge, de la date de souscription et de la date de sortie du contrat. Les comptes d'épargne santé sont également cumulables avec d'autres plans de couverture santé [Department of the Treasury, 2017].

Les comptes d'épargne santé sont très incitatifs au niveau fiscal. En effet, les contributions des employeurs ne sont pas incluses dans les revenus des bénéficiaires et ne sont donc pas fiscalisées à ce titre ; les intérêts produits par ces comptes ne sont pas taxés. Les sommes disponibles, si elles sont utilisées pour payer des soins autorisés, ne sont pas non plus taxées. La portabilité des comptes d'épargne santé est assurée en cas de changement d'employeur ou de cessation d'activité professionnelle [Department of the Treasury, 2017].

Impact des comptes d'épargne santé sur l'efficacité des systèmes de santé

Dans la littérature, l'amélioration de l'efficacité du financement du système de santé grâce à ces contrats se situe à deux niveaux :

La réduction du risque moral

Dans les comptes d'épargne santé, les sommes dues sont directement prélevées sur les comptes individuels, ce qui responsabiliserait les individus et les conduirait à supprimer les consommations de soins inutiles². Néanmoins, les publications convergent pour dire qu'il n'y a pas de données d'évidence montrant que les comptes d'épargne santé permettraient de limiter significativement les dépenses de santé, notamment parce qu'ils interviennent en complément du plan de santé principal³.

L'amélioration de l'accès aux soins

De prime abord, la logique individuelle des comptes d'épargne santé, et le phénomène de renoncement à l'assurance collective qui en découle, semble aller à l'encontre d'une amélioration de l'accès aux soins pour tous et de l'équité [Maynard, 2002] ; les comptes d'épargne santé ne permettant pas la mutualisation des risques entre les individus.

Pour autant, dans les pays ayant déjà une couverture collective mais qui laissent une partie de la population sans couverture sociale ou avec une couverture de niveau insuffisant, les comptes d'épargne santé viennent compléter le dispositif en place et corriger les défauts de couverture laissant des restes à charge importants. Par ailleurs, l'existence concomitante à l'assurance santé de comptes épargne défiscalisés pourrait rendre la couverture du risque santé plus abordable, et donc favoriser l'extension du nombre de bénéficiaires protégés [Thomson, 2008]. Dans leur étude sur les effets macroéconomiques des comptes d'épargne santé aux États-Unis, Jung et Tran [Jung, 2011] montrent que les comptes d'épargne santé permettent d'accroître la population couverte par un dispositif assurantiel.

Pour Cannon [2008], les problèmes d'équité qui ont pu être rencontrés aux États-Unis seraient davantage liés au caractère jusque-là trop limité des comptes d'épargne santé au niveau de la population (employés de grandes entreprises). Pour l'auteur, s'ils étaient plus étendus via un plan fédéral favorisant les comptes d'épargne pour tous dits « *large HSA* » (*Health Saving Accounts*), ils auraient plusieurs avantages en ce qui concerne l'équité. Tout d'abord, la portabilité des contrats d'épargne améliorerait l'équité entre les salariés des différentes entreprises par rapport aux plans de santé traditionnels. En effet, comme actuellement les garanties proposées dans les différents plans de santé sont très différentes d'une entreprise à une autre, cela diminue la mobilité professionnelle de certains salariés d'une entreprise à une autre et crée des distorsions de concurrence, entre les entreprises, sur le marché du travail [Cannon, 2008]. Cette réduction de la mobilité de la main d'œuvre sur le marché du travail est appelée « *job lock* ».

L'équité fiscale est un argument supplémentaire en faveur des comptes d'épargne santé. En effet, il existe déjà aux États-Unis des mécanismes d'exonération fiscale liés à la souscription d'assurances santé via les entreprises [Baicker, 2006]. Or, les travailleurs précaires ainsi que les salariés des petites entreprises et les retraités en sont exclus et ne peuvent pas bénéficier du dispositif fiscal. Ils sont ainsi doublement pénalisés. Les comptes d'épargne santé avec exonération fiscale permettraient ainsi de rétablir une égalité de traitement entre les citoyens, chacun pouvant bénéficier des exonérations liées à la couverture santé [Thomson, 2008 ; Cannon, 2008].

L'équité est également de nature intergénérationnelle. Le compte d'épargne santé met en place un système de prépaiement des soins pour le futur patient, qui s'étend sur la durée de vie de l'individu [Thomson, 2008 ; Herrick, 2005]. Ce modèle de financement ne fait ainsi pas porter la charge du financement des soins sur les générations futures et est certain. Chaque génération finance donc ses propres soins [Henke, 2003].

Enfin, pour Cannon [2008], les comptes d'épargne santé pourraient être utilisés par les individus pour bénéficier des soins fournis par des organisations de type Health Maintenance Organizations (HMO), Preferred Provider Organization (PPO) ou Point of Service (POS) ; ces organisations n'étant jusqu'à présent accessibles qu'aux personnes assurées. Les patients auraient ainsi un plus grand choix parmi les offreurs de soins.

Quel intérêt en France ?

La France dispose d'une forte protection collective pour le risque santé via l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Pour autant, balayer d'emblée toute réflexion sur l'intérêt de ces comptes serait probablement une erreur. En effet, l'assurance maladie obligatoire restreint progressivement son panier de soins remboursables, par l'accroissement du ticket modérateur, la mise en place de forfaits ou le déremboursement des médicaments notamment. Le relais complet du financement des soins par les organismes complémentaires n'est pas toujours assuré, et ces derniers plafonnent de plus en plus leurs prises en charge, notamment en application de la mise en place des contrats responsables et solidaires. Il existe donc bien une place pour une épargne individuelle permettant de financer certains soins.

Populations potentiellement concernées

Une partie de la population (5 % environ) renonce encore à souscrire un contrat complémentaire, notamment quand ils sont de nature individuelle⁴ [Drees, 2016]. Il s'agit notamment de certains agents de la fonction publique, d'étudiants, de retraités ou d'inactifs, ainsi que de salariés des petites et moyennes entreprises, notamment lorsque leur contrat de travail est précaire.

Certaines de ces personnes – si elles ont des revenus faibles – peuvent toutefois accéder au mécanisme de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) qui leur permet de bénéficier depuis 2004 d'une aide financière à l'achat du contrat (de 100 à 550 euros par an en fonction de l'âge). Mais le taux de recours à ce dispositif reste largement en deçà de la population éligible [Cour des comptes, 2015], car la participation financière demandée par les complémentaires est encore trop importante en proportion de leurs revenus ; pour d'autres, c'est la lourdeur des démarches administratives à effectuer qui est un frein à la demande de renouvellement.

Pour ces populations, la mise en place d'un compte d'épargne santé pourrait être une solution préférable à l'absence totale de couverture complémentaire. Les personnes titulaires de tels comptes pourraient ainsi bénéficier du versement d'un montant équivalent à l'ACS sur leur compte épargne santé. Elles pourraient probablement épargner aussi d'elles-mêmes de petites sommes, en fonction de leur capacité d'épargne, pour alimenter leur compte. Un système d'exonération fiscale comparable à celui des contrats collectifs pourrait être mis en place pour les sommes versées. Le montant épargné leur permettrait de financer de manière plus satisfaisante qu'actuellement le reste à charge sur certains soins (optique, dentaire, mais aussi dépassements d'honoraires).

Par ailleurs, pour les 95 % de la population bénéficiant d'une complémentaire, les garanties ne couvrent pas la plupart du temps tous les frais, et les restes à charge peuvent demeurer importants, quand bien même il existe un contrat complémentaire collectif d'entreprise [Garnero, 2013]. C'est le cas notamment pour les frais d'optique complexe ou les prothèses dentaires et auditives, ainsi que pour les dépassements d'honoraires. En 2012, la Drees [Lardellier, 2012] avait ainsi estimé que le montant annuel des restes à charge des ménages après remboursement par les complémentaires était compris entre 230 euros (1^{er} décile de niveau de vie) et 460 euros (10^e décile de niveau de vie). De fait, le financement de certains soins ou prestations s'appuie donc déjà sur l'épargne individuelle. Le compte d'épargne santé pourrait permettre un prépaiement de ces restes à charge et en limiter le coût, puisque ces comptes rapportent des intérêts.

Enfin certaines personnes ayant des revenus satisfaisants ne souhaitent pas pour autant avoir une couverture collective complémentaire, notamment les professions libérales, parce qu'elles souhaitent garder une liberté de choix, en bénéficiant de prestations « à la carte » qui respectent leurs préférences. La plupart des contrats complémentaires individuels et collectifs restent en effet assez standardisés, avec un nombre limité d'options. De ce fait, les bénéficiaires de ces contrats ne choisissent pas ceux qui respectent le mieux leurs préférences [Cannon, 2008].

Enfin, le moment du passage à la retraite est aujourd'hui problématique pour beaucoup d'assurés qui doivent payer des cotisations de complémentaire santé en hausse, alors que leurs revenus diminuent. En effet, même si la portabilité des droits est assurée au niveau des garanties, cela n'est souvent pas aux mêmes conditions tarifaires que lorsque la personne était dans l'entreprise, une majoration de cotisation pouvant être demandée. Elle ne peut excéder 50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs, mais le retraité perdant en général également le bénéfice de la participation employeur, les tarifs peuvent donc fortement augmenter au moment du passage à la retraite. Les comptes d'épargne santé permettraient de mieux anticiper et de provisionner les frais de soins supplémentaires non remboursés pour les personnes âgées. Ils pourraient également, dans une certaine mesure, permettre de faire face au supplément de cotisations réclamé par la complémentaire santé, si l'utilisation des montants épargnés ouvrait la possibilité de mobiliser les fonds pour cet usage. Les patients pourraient continuer à cotiser et ainsi à différer dans le temps le bénéfice des garanties acquises pour eux-mêmes dans le cadre de leur contrat de travail.

Intérêt pour les employeurs

L'intérêt pour les employeurs se situerait à plusieurs niveaux. L'extension des comptes d'épargne santé pourrait être envisagée dans les entreprises qui souhaitent maintenir un financement collectif des soins avec une participation employeur mais pour qui, compte tenu de l'hétérogénéité des profils de leurs salariés veulent maintenir des avantages pour certains. Le compte d'épargne santé, abondé par l'employeur pourrait alors jouer le rôle d'une sur-complémentaire en laissant au salarié la liberté d'affecter les fonds aux dépenses de santé de son choix, et au moment qu'il juge opportun (par exemple après qu'il aura quitté l'entreprise). Si l'abondement bénéficie d'exonérations fiscales et/ou sociales, l'employeur pourrait y trouver un intérêt équivalent à celui au contrat collectif des organismes complémentaires en santé.

En désolidarisant les droits à prestations de l'employeur, les comptes d'épargne santé assurent la portabilité des droits pour le titulaire du compte [Borda, 2011]. Les comptes d'épargne santé pourraient donc contribuer en partie à favoriser la mobilité professionnelle, notamment vers les petites et moyennes entreprises.

Intérêt pour les organismes complémentaires

La complémentaire santé ne joue pas toujours un rôle d'assureur au sens propre, c'est-à-dire permettant la mutualisation d'un risque (ayant normalement une faible probabilité d'occurrence sur une partie restreinte de la population) puisqu'elle finance (en optique et dentaire notamment) des soins qui concernent de manière quasi certaine une population large.

Pour ces soins, la mise en place des comptes d'épargne santé auraient donc uniquement comme conséquence de faire passer ce qui constitue déjà une forme d'épargne collective vers une épargne individuelle. Les complémentaires pourraient ainsi proposer un dispositif mixte, combinant épargne pour certains frais et mutualisation pour d'autres. Cela aurait l'avantage de

limiter la sensation de cotisation « à fonds perdus » ou le sentiment d'injustice ressenti par les bénéficiaires de contrats complémentaires vis-à-vis du comportement de risque moral supposé de certains patients (ou professionnels de santé) ayant tendance à utiliser les garanties de la complémentaire au plafond⁵ [Perronnin, 2013].

Par ailleurs, pour satisfaire les patients souhaitant que l'on respecte davantage leurs préférences, certaines complémentaires santé ont déjà proposé des contrats dits « à la carte » en adaptant les garanties à chaque patient. Il n'est pas évident que cette solution soit toujours viable pour les complémentaires, parce qu'elle augmente leurs coûts de gestion. De ce fait, le compte d'épargne pourrait être plus efficient que les garanties à la carte, car il respecterait mieux les préférences des bénéficiaires, tout en diminuant les coûts de gestion pour les organismes complémentaires qui les proposeraient.

Conclusion

L'intérêt du compte d'épargne santé est de permettre à chaque génération de financer une partie de ses propres dépenses de santé, sans avoir à se préoccuper de la capacité contributive de la génération qui la suit. Il introduit donc une véritable dimension intertemporelle intragénérationnelle dans le financement des soins, là où jusqu'à présent, ce dernier reposait sur une dimension instantanée et intergénérationnelle (des actifs vers les retraités).

D'un point de vue macroéconomique la soutenabilité financière d'un tel dispositif devrait être étudiée, mais elle devrait être possible, compte tenu du taux d'épargne relativement élevé des ménages français. Les dispositifs actuels d'aide en faveur des ménages défavorisés pourraient également être redirigés vers ces comptes. Le versement de l'ACS pourrait par exemple être effectué d'emblée sur le compte d'épargne des personnes éligibles.

Pour autant, il convient de rester vigilant car la mise en place de dispositifs d'exonération fiscale ou sociale associés pourrait avoir comme conséquence de restreindre les ressources publiques collectives dédiées à la santé, ce qui contribuerait à creuser le déficit public, à l'instar de ce qui a été observé aux États-Unis. Selon nous, dans un pays comme la France doté d'un puissant dispositif de couverture maladie obligatoire, la mise en place des comptes d'épargne santé ne doit néanmoins être envisagée que comme un complément de l'assurance maladie obligatoire, voire de l'assurance maladie complémentaire ; ce système comportant en effet des limites importantes en matière de mutualisation des risques.

La poursuite de travaux et d'enquêtes sur l'accueil par les patients et la population générale de tels dispositifs devrait permettre d'en apprécier l'intérêt. Cet article ouvre la voie à de nombreuses pistes de recherche dans le contexte français en ce qui concerne les montants à épargner, la date de disponibilité des fonds, le type de dépenses couvertes ainsi que les incitations financières à mettre en place en direction des patients et des employeurs.

Bibliographie

ASHER M. ; RAMESH M. ; MARESSO A., "Medical Savings Accounts in Singapore", *Euro Observer*, vol. 10, n° 4, hiver 2008, pp. 9-11.

BAICKER K. ; DOW W. H. ; WOLFON J., "Health Savings Accounts: Implications for Health Spending", *National Tax Journal*, vol. LIX, n° 3, septembre 2006, pp. 463-475.

BORDA M., “Medical Savings Accounts - In Search of an Alternative Method of Health Care Financing in European Countries”, *Business and Economic Horizons*, n° 6, 2011, pp. 54-65.

BYRNE J. M. ; RATHWELL T., “Medical Savings Accounts and Canada Health Act : Complementary and Contradictory”, *Health Policy*, n° 72, 2005, pp. 367-379.

CANNON M. F., “Large Health Savings Accounts: a Step Toward Tax Neutrality for Health Care”, *Forum for Health Economics & Policy*, vol. 11, issue 2, article 3, 2008.

Central Provident Fund Board, Medisave, 2016.
<https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medisave>

Commission des comptes de la Sécurité sociale, « Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2014, prévisions 2015 et 2016 », rapport, septembre 2015. <http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2014-previsions-2015-et-2016-septembre-2015>

Conseil d’orientation des retraites (COR), « Projections démographiques Insee 2010 : ratio de dépendance démographique et espérance de vie à soixante ans », séance plénière du 15 décembre 2010, Document de travail n° 4.

Cour des Comptes, « Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », Communication à la commission des Finances du Sénat, article 58, alinéa 2 de la loi organique du 1^{er} août 2001, mai 2015.

Department of the Treasury, “Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans”, IRS Publication, n° 969, 10 février 2017. <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p969.pdf>

Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees), La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties, coll. « Panoramas de la Drees – Santé », 2016, fiche n° 10 (« Les inégalités sociales de couverture complémentaire santé »), pp. 52-54. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche10.pdf>

GARNERO M. ; LE PALUD V., « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et résultats*, Drees, n° 837, avril 2013.

GLIED S., “Health Savings Accounts in The United States”, *Euro Observer*, vol. 10, n° 4, hiver 2008, pp. 5-6.

HENKE K. D.; BORCHARDT K., “Capital Funding Versus Pay-As-You-Go in Health-Care Financing Reconsidered”, *CESifo DICE Report*, vol. 1, n° 3, 2003, pp. 3-8.

HERRICK D. M., “Health Insurance: Why Rent When You Can Own?”, *Health Care News*, vol. 5, n° 5, The Heartland Institute, 1^{er} mai 2005.

JUNG J. ; TRAN C., “The Macroeconomics of Health Savings Accounts”, Towson University, Working Paper, n° 2010-12, mai 2011.

LARDELLIER R. ; LEGAL R. ; RAYNAUD D. ; VIDAL G., (2012), « Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar », Document de travail, Série Sources et méthodes, n° 34, Drees, août 2012.

MAYNARD A. ; DIXON A., “Private Health Insurance and Medical Saving Accounts: Theory and Experience, in Mossialos E. *et al.* (dir.), *Funding Health Care: Options for Europe*, European Observatory on Health Systems Series, World Health Organization, 2002.

National Conference of State Legislatures, “State Actions on Health Savings Accounts (HSA) and Consumer-Directed Health Plans 2004-2017”, avril 2017.
<http://www.ncsl.org/research/health/hsas-health-savings-accounts.aspx>

PERRONNIN M., « Effet de l’assurance complémentaire santé sur les consommations médicales : entre risque moral et amélioration de l’accès aux soins », thèse de doctorat en sciences économiques, Université Paris-Dauphine, décembre 2013, 234 pages.

SCHREYÖGG J., “Insurance with Medical Savings Accounts” ; *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 29, n° 4, octobre 2004, pp. 689-704.

THOMSON S. ; MOSSIALOS E., “Medical Saving Accounts: Can They Improve Health System Performance in Europe ?”, *Euro Observer*, vol. 10, n° 4, hiver 2008, pp. 1-4.

Notes

¹ *Le premier (Medifund) servant à financer les personnes à bas revenus. Pour financer les dépenses importantes (soins hospitaliers coûteux ou maladies chroniques), il existe également un troisième pilier (Medishield).*

² Cf. bibliographie : Thomson, 2008 ; Borda, 2011 ; Byrne, 2005 ; Schreyögg, 2004 ; Maynard, 2002.

³ Cf. bibliographie : Byrne, 2005 ; Thomson, 2008 ; Jung, 2011.

⁴ i.e. sans participation de l’employeur.

⁵ En optique par exemple.