

## L'ASSURANCE PRIVÉE DANS LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

JEAN-PIERRE MOREAU \*

**P**artout les systèmes de couverture du risque maladie sont mixtes, en ce sens qu'ils combinent couverture privée et couverture publique <sup>1</sup>. Sauf exception, comme aux Etats-Unis, la couverture privée intervient également dans les zones de risques que la couverture publique laissent inoccupées.

Les systèmes de couverture qu'ils soient financés par les contribuables, les entreprises ou les particuliers, mettent en œuvre une solidarité publique ou privée, obligatoire ou volontaire, face à la maladie. Ils reposent le plus souvent sur des mécanismes d'assurance sociale (cotisations ou financements dépendant d'autres critères que le risque) ou d'assurance privée (cotisations liées au risque) qui réalisent une compensation, ou une mutualisation du risque entre malades et bien-portants.

Avant d'examiner le rôle présent et à venir de l'assurance privée dans notre système de santé, nous décrirons la place qu'elle occupe actuellement dans la couverture du risque maladie, au sens d'atteinte à la santé, qu'elle qu'en soit l'origine, accidentelle ou non.

189

### *Place de l'assurance privée dans la couverture du risque maladie*

L'assurance-maladie privée est une activité concurrentielle de marché. Trois grandes catégories d'organismes assureurs sont habilitées par la loi <sup>2</sup> à pratiquer cette activité : les sociétés d'assurance, les mutuelles du Code de la Mutualité et les institutions de prévoyance du Code de la Sécurité Sociale et du Code Rural. Le secteur des sociétés d'assurance est composé de sociétés privées, nationalisées, et de sociétés mutuelles auxquelles est réservée l'application de « sociétés mutuelles d'assurance » pour les différencier des mutuelles du Code de la Mutualité.

---

\* Délégué général du Groupement des Assurances de personnes de la Fédération d'assurances.  
1 Voir Jacobzone, « Systèmes mixtes d'assurance-maladie - Equité et gestion du risque », XLII<sup>e</sup> Congrès de l'Association française des Sciences économiques, Paris, 29-30 septembre 1994.  
2 Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Articles L 912-1 et L 912-2 du Code de la Sécurité Sociale pour les couvertures collectives des salariés. Article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 pour les non-salariés.

L'assurance-maladie privée finance un peu plus de 10 % des 632,5 milliards de francs de frais de soins dépensés en 1993, c'est-à-dire environ 65 milliards, dont près de 4 % pour les sociétés d'assurance. Il s'agit d'une moyenne. Leur part est moindre pour l'hospitalisation. Elle est plus élevée pour d'autres catégories de dépenses. Elle est de 5,3 % pour les médecins, 5,8 % pour la pharmacie, 10,4 % pour les dentistes.

Par rapport au marché de la couverture complémentaire santé la part des quelques cent trente sociétés d'assurance opérant sur ce marché est de 33 % si l'on retient les seules « prestations en nature », c'est-à-dire les remboursements de dépenses de santé, au sens de dépenses de soins et de biens médicaux, non prises en charge par l'assurance sociale (ticket modérateur, dépassements d'honoraires...). Elle est de 61 % si on y ajoute les « prestations en espèces », c'est-à-dire les revenus de remplacement versés en cas d'invalidité ou d'incapacité de travail.

En 1994, les cotisations perçues par les sociétés d'assurance se sont élevées à 49 milliards de Francs dont 27 milliards correspondant à des prestations en nature et 22 milliards à des prestations en espèces. Plus des 2/3 de ces cotisations sont afférentes à des contrats collectifs souscrits par les entreprises au bénéfice de leurs salariés, le plus souvent avec partage de la charge des cotisations, ou par des associations.

190

Par ailleurs, les sociétés d'assurance, à la différence des autres organismes d'assurance-maladie complémentaire, interviennent aussi comme assureurs de responsabilité. Leurs prestations sont alors versées aux victimes d'accidents corporels. Dans ce cas, l'assurance sociale peut se retourner contre le responsable et son assureur pour récupérer les sommes qu'elle a elle-même versées à ces victimes. Les sociétés d'assurance et leurs assurés contribuent, par le biais de ces recours, au financement de l'assurance sociale. Ce financement est même plus large pour les accidents de la circulation, car la Sécurité Sociale prélève, sur les primes d'assurance automobile obligatoire, une cotisation de 15 % (de l'ordre de 4 milliards de francs en 1994) censée correspondre aux dépenses pour lesquelles il n'y a pas de recours.

Enfin, l'assurance privée est présente dans la gestion de l'assurance sociale :

- les organismes d'assurance complémentaire sont habilités à gérer au sens administratif (encaissement des cotisations, paiement de prestations), pour le compte des régimes obligatoires, le risque de base des travailleurs indépendants. Ces professionnels peuvent librement choisir leur organisme gestionnaire. Plus de 45 % des travailleurs non salariés non agricoles et près de 10 % des exploitants agricoles ont fait leur choix d'une société d'assurance ;
- les sociétés d'assurance développent, en liaison avec les autres orga-

nismes de couverture complémentaire, des partenariats de gestion avec les Caisses d'assurance-maladie, pour accélérer les remboursements tout en abaissant les coûts de gestion. Elles participent avec les Caisses nationales d'assurance-maladie à la mise au point du futur réseau informatique de transmission des données entre les professions de santé et les organismes payeurs.

On constate donc que si la place de l'assurance-maladie privée est très minoritaire dans la protection sociale, elle n'en est pas moins significative, et que les sociétés d'assurance ont un poids relativement important dans la couverture complémentaire santé.

Les conditions d'intervention des divers opérateurs sur le marché tendent à se rapprocher, notamment depuis la loi Evin du 31 décembre 1989 sur les opérations de prévoyance. L'Europe va accentuer cette tendance dès lors que les mutuelles du Code de la Mutualité et les institutions de prévoyance relèvent désormais, comme les sociétés d'assurance, du cadre prudentiel fixé par les directives communautaires d'assurance.

Il n'en subsiste pas moins des distorsions de concurrence, au détriment des sociétés d'assurance et de leurs assurés. Ces distorsions, notamment fiscales, sont source de dysfonctionnement du marché de l'assurance complémentaire santé. Elles ne sont compatibles ni avec la transparence du marché ni avec le libre choix des assurés. Il importe bien sûr de respecter l'identité de chacun, mais les particularismes légitimes ne peuvent justifier des traitements discriminatoires d'ailleurs contraires au Traité de Rome.

191

### *Rôle de l'assurance privée dans la couverture maladie*

#### *Rôle actuel*

En France le périmètre de l'assurance sociale est très large : quant à la nature des risques (le petit risque, le gros risque ; la maladie et les accidents), quant aux dépenses prises en charge (médicaments, consultations, analyses...), quant aux bénéficiaires (plus de 99 % de la population). Par contre, en montant, elle laisse à la charge des assurés sociaux une part des dépenses de santé qui, au total et en moyenne, est actuellement de 27 % des dépenses de santé.

Par voie de conséquence, le rôle de l'assurance privée est de pure complémentarité, c'est-à-dire que les organismes d'assurance privée n'interviennent jamais au premier franc<sup>3</sup>, à la différence d'autres pays (Allemagne, Pays-Bas). Leur remboursement vient seulement compléter celui de l'assurance-maladie, à un niveau qui est d'ailleurs loin de couvrir 100 %

---

<sup>3</sup> Sauf exceptions, comme pour les travailleurs frontaliers ou expatriés.

des frais réels, puisque 17 % des dépenses de soins médicaux sont supportées directement par les ménages en dehors de toute assurance, publique ou privée.

Au fil des plans successifs de rééquilibrage de la branche maladie de la Sécurité Sociale le taux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance publique a eu tendance à se réduire. Il est aujourd'hui de 73 %. Il était en 1980 de 76,5 %. L'assurance-maladie privée a vu ainsi s'étendre la zone de complémentarité dans laquelle il lui est permis d'intervenir. Cette extension ne s'est pas faite par une pression de l'offre d'assurance, mais très clairement, de la demande. Qu'il s'agisse des particuliers ou des salariés au travers des entreprises, il y a eu lors de chaque baisse des remboursements par l'assurance sociale une demande forte de « couverture de substitution » par l'assurance privée. Cette demande n'a donné des signes de fléchissement qu'à l'occasion des dernières mesures prises en 1993 (plan Veil), de la part des entreprises, de plus en plus attentives en période de difficultés économiques au niveau de leurs charges.

Mais cela n'a pas modifié véritablement la tendance qui est celle d'une diffusion de plus en plus large de la couverture complémentaire privée. Plus de 8 français sur 10 ont aujourd'hui une « complémentaire santé » (ils n'étaient que 3 en 1960, 7 en 1980).

192

L'assurance-maladie privée joue ainsi un rôle plus que proportionnel à la place qu'elle occupe dans le système de santé. Elle constitue en quelque sorte une « soupape » permettant des ajustements de la couverture publique sans réduction intolérable de l'accès aux soins. Grâce à l'assurance privée le taux global de remboursement des dépenses de santé a pu être maintenu à un niveau très élevé (83 %, dont 73 % pour l'assurance sociale et 10 % pour l'assurance privée), la part d'autoprotection par les ménages diminue plutôt au cours des dernières années.

Il est quelque peu paradoxal, et assez vain, dans ces conditions, de reprocher à l'assurance privée d'être un facteur de consommation médicale excessive. Tout d'abord s'il y a excès de dépenses (mais existe-t-il, hormis les gaspillages, un « juste niveau » des dépenses de santé ?) on ne peut parler d'excès de couverture alors qu'environ 100 milliards de francs des dépenses demeurent à la charge directe des ménages. En second lieu, s'il est vrai que l'assurance joue un rôle de solvabilisation de la demande de soins, c'est le fait beaucoup plus de l'assurance sociale que de l'assurance privée compte tenu de leur importance respective. Mais surtout, l'assurance-maladie, qu'elle soit publique ou privée, est ressentie comme une nécessité car elle est une condition de l'accès aux soins. Le problème est dès lors, non pas de limiter ou d'interdire le recours à l'assurance en vue d'une hypothétique limitation de la demande de soins, mais de faire contribuer le mieux possible le système d'assurance santé dans son ensemble à l'effort commun pour soigner mieux en dépensant moins.

*Et l'avenir ?*

L'assurance-maladie privée pourrait-elle jouer un rôle plus important dans la couverture du risque maladie et dans le système de santé ?

Le problème ne se pose pas en termes de combat de frontière de la part des organismes d'assurance privée désireux d'élargir leur territoire d'activité par rapport à l'assurance sociale. Une telle approche obscurcit un débat beaucoup plus fondamental qui est, dans toutes les sociétés modernes, de savoir ce qui, en fonction des évolutions sociales et économiques, doit relever de la prévoyance sociale obligatoire, de la prévoyance privée et de l'autoprotection des ménages dans la prise en charge des dépenses de santé.

Cette question a été posée à diverses reprises par différents rapports consacrés à la réforme du système de santé, et en dernier lieu par le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance-maladie<sup>4</sup>. Pourtant le débat n'a pas encore été véritablement ouvert. Mais alors qu'en France les prélèvements sociaux représentent près de 50 % des prélèvements obligatoires, dont environ 10 points pour la maladie, peut-on envisager d'augmenter encore ce niveau déjà très élevé par rapport aux autres pays, sans s'interroger, cinquante ans après la création de la Sécurité Sociale, sur le rôle respectif de la solidarité publique et des solidarités privées dans la protection sociale maladie ?

193

Généralement, lorsque le rôle de l'assurance privée dans la couverture maladie est évoqué, une objection est aussitôt faite qui évacue le débat avant même qu'il ait eu lieu : la sélection des risques. L'assurance privée ne couvrirait que les « bons risques » et pénaliserait par les tarifs les personnes les plus exposées à la maladie.

En réalité, ce reproche est surtout le fait d'organismes de couverture qui, se plaignant de la concurrence, évoquent des pratiques supposées d'« écrémage des risques » ou de dumping. L'objection est donc beaucoup plus de nature concurrentielle que structurelle. Il n'y a aucune impossibilité par nature à généraliser la couverture d'un risque par l'assurance privée. Il existe en effet de nombreuses assurances obligatoires. Quant à la tarification, il est vrai que dans l'assurance privée elle est fonction du coût du risque. Mais cela n'implique en rien un quelconque bonus-malus, c'est-à-dire une personnalisation de la prime selon l'état de santé. Une telle pratique serait en effet contraire à la loi (article L 113-4 du Code des Assurances). Le problème de la sélection des risques ne peut donc servir à éluder le débat de fond.

Comment se pose la question ? Il ne s'agit évidemment pas de substituer l'assurance privée à l'assurance sociale, ni réciproquement, mais de s'in-

<sup>4</sup> Rapport de R. Soubie, J.L. Portos, C. Prieur. Commissariat général au plan, décembre 1994.

terroger sur les modalités de leur coexistence dans un souci de productivité accrue du système de santé. Le problème comporte de multiples aspects, qui méritent expertise et discussion. Limitons-nous ici à distinguer deux domaines de réflexion.

Le premier concerne le champ d'intervention respectif de l'assurance sociale et de l'assurance privée. Y a-t-il des risques qui relèveraient en quelque sorte par nature de la solidarité publique et selon quels critères ? En dehors de l'assurance maladie stricto sensu, mais dans des domaines voisins, le problème est posé pour des risques comme la dépendance ou l'aléa thérapeutique. Il existe pour ces risques, des solutions par l'assurance privée. S'agissant de la maladie, l'intervention de l'assurance sociale est-elle justifiée pour toutes les dépenses de santé actuellement prises en charge par la collectivité ? Pour pouvoir recentrer, à ressources égales, l'effort social de la Nation sur des cibles vraiment sociales (telles que l'exclusion), ne conviendrait-il pas de définir de manière plus sélective le périmètre d'intervention de l'assurance publique ? La question se pose, même s'il est incontestablement difficile de tracer des limites.

L'autre voie de réflexion se situe sur un plan différent. Dans le périmètre de l'assurance sociale, qu'elle qu'en soit la délimitation, la couverture du risque doit-elle être le fait d'un monopole ou faire l'objet d'une concurrence entre organismes gestionnaires publics et privés ?

La concurrence, mécanisme de régulation qui a fait ses preuves, est absente de notre système de couverture publique du risque maladie. Or s'il est vrai que la santé n'est pas un marché, cela est moins évident pour l'assurance santé. Y a-t-il une fatalité du monopole pour l'assurance santé en tant que service ? L'expérience d'autres pays tend à montrer que non. Ne pourrait-on trouver dans une concurrence entre les organismes, publics et privés, de couverture, une source d'amélioration à la fois de la qualité du service d'assurance-maladie et plus généralement de la productivité du système de santé ? Cette concurrence serait bien sûr tempérée par des règles d'ordre public ayant pour finalité l'accès de tous à des soins de qualité. Les rapports entre financeurs et producteurs de soins, actuellement régis par des conventions nationales, pourraient alors être organisés sur des bases plus souples et diversifiées. Des partenariats avec les professions de santé pourraient être recherchés par des accords de réseau, ou dans des ensembles concurrents réunissant les producteurs et les payeurs de soins.

« Il est dans la nature des dépenses de santé d'être couvertes par une assurance, publique ou privée (qui oserait courir le risque de mourir d'une appendicite, faute de disponibilités monétaires suffisantes ?) »<sup>5</sup>.

Ce constat de bon sens relativise beaucoup les oppositions de principe

<sup>5</sup> Daniel Cohen, *Les Infortunes de la prospérité*, Julliard, p. 29.

qui peuvent être faites entre telle ou telle forme de solidarité entre malades et bien-portants.

A la place qui est la sienne, l'assurance-maladie privée contribue à répondre au besoin de sécurité financière face à la maladie. En limitant les coûts collectifs de l'imprévoyance dans ce domaine elle joue déjà, en complément de l'assurance publique, un rôle social évident. Quel que soit son rôle à venir, elle mérite à ce titre d'être, non pas pénalisée, mais au contraire valorisée, encouragée et considérée sans exclusive comme un partenaire à part entière de notre système de santé.