

La mutualité prend-elle trop d'assurance ? L'assurance privée contre la sécurité sociale

Philippe Batifoulier (CEPN, Université Paris 13)
et Frédéric Pierru (CNRS-CERAPS-Lille 2)

Assurances maladie complémentaires : la grande transformation
Journée d'étude Jeudi 9 février 2017

Introduction

- Le débat ? Enfin ...
- Assurance santé publique et assurance santé privée. Osons la comparaison...
- 1. Avons-nous vraiment besoin d'une assurance santé privée?
- 2. Les mutuelles et leurs conversions institutionnelles : un facteur endogène du développement des inégalités et des coûts en santé

**I. Avons-nous vraiment besoin
d'une assurance santé privée?**

La sécurité sociale : l'organisation d'un principe politique

- Découvertes médicales (Pénicilline en 1928, antibiotiques, streptomycine en 1944 contre la tuberculose) => la maladie n'est plus éternelle
- C'est **l'assurance sociale qui permet la victoire sur la mort**. En France, la mortalité par infection diminue de moitié entre 1945 et 1950, soit bien plus vite que de 1925 à 1945 (- 20 %).
- Au-delà de la mort, le bien être (La sécurité sociale permet de vivre mieux et pas seulement de reculer la mort)
- Soigner coûte cher. **Dés 1947, grand débat** au parlement : on dépense trop pour la santé. Victoire des réformateurs sociaux contre les partisans de l'assurance privée ou publique résiduelle
- Choix de la soutenabilité sociale contre la soutenabilité financière dans une période où le pays est ruiné par la guerre
- A partir des années 1980, la grande bifurcation. **Retour en force des arguments d'hier** : abus, gaspillage, ciblage sur les plus pauvres,...

A la recherche de la justification de l'assurance santé privée

- Déplacement d'une mutualisation solidaire vers une mutualisation financière. D'une définition juridique mettant en œuvre un principe de solidarité, la mutualisation devient une technique de compensation financière, basée sur un calcul de probabilité
- La quête de la responsabilité. Gaspillage = propriété de l'assurance publique alors que l'assurance privée va internaliser contractuellement le coût social de l'irresponsabilité du patient
- Assurance santé comprise comme un effet prix et non un effet revenu : être bien couvert devient une mauvaise nouvelle. L'assurance privée est plus efficace pour organiser le renoncement aux soins
- Critique systématique de la dépense publique : L'assurance privée se justifie – par défaut – parce qu'elle n'est pas de la dépense publique
- La réduction de la dépense publique ne signifie pas suppression de la dépense : Transfert de charge du public vers le privé
- Privatisation = Développer le commerce des assureurs : Individualisation des protections ; Payer mais aussi gérer
- Développement du « capitalisme antropogénétique » nourri par la séparation entre petits et gros risques. Dépenses privées et dépenses publiques

Des effets pervers massifs

- Loi de l'accès inversé. **Le moindre euro transféré à l'assurance santé complémentaire est un euro d'inégalité**
- Une chimère : croire que le renoncement aux soins va épargner les soins essentiels
- Stratégie des 3 R (Renoncement, Retard et Report de soins) foncièrement couteuse : dépense différée et majorée
- **Augmentation du coût global des soins** : Frais de gestion, marketing, levier à la hausse des prix, etc.
- Stratégies correctrices de segmentation des patients, insuffisantes pour les bénéficiaires et insupportables pour les autres

II. Les deux conversions institutionnelles de l'acteur mutualiste : 1960 / 2002

Ne pas tomber dans le piège du
nominalisme

Conversion n° 1 : le ralliement à la Sécurité sociale dans les années 1960

- La Mutualité, un acteur clé de « l'objection libérale » aux projets d'assurances sociales obligatoires et la sécurité sociale (Hatzfeld)
- La victoire de la loi Morice (1947) et l'affirmation au sein du monde mutualiste des mutuelles de la fonction publique (MGPTT, MGEN)
- Le rapprochement avec le monde du travail dans les années 1960
- Finalement, la reconnaissance (tardive) puis la défense résolue de la Sécurité sociale aux côtés des syndicats de salariés

Conversion n° 2 : la conversion au marché de l'assurance (1992 – 2002)

- 1985 – 1989 : Craignant plus la tutelle de l'État que les mécanismes du marché, la FNMF accepte la pluralité (et la concurrence) des opérateurs sur le « marché » de la complémentaire santé au grand dam de certaines mutuelles qui réclamaient le monopole de la complémentaire santé
- **1991 – 1992 : R. Teulade fait le pari risqué de l'intégration de la Mutualité au marché européen de l'assurances**
 - Conquérir le marché européen
 - Tailler des croupières aux assureurs et aux IP dans le « risque long » (dépendance, décès)
 - Un excès d'optimisme ?
- 1993 : La FNMF (et la FMF, opposante au choix de 1991) tente, en vain, de faire machine arrière, mais c'est trop tard...
- 1994 : Les directives européennes sont appliquées aux IP tandis que la Mutualité tente de retarder l'inéluctable...
- 1998 : Sous la pression de la FFSA, la CJCE condamne la France pour défaut de transposition des directives européennes tandis qu'un rapport parlementaire évoque la possibilité pour une mutuelle de devenir une société par action...
- 1999 : Rapport Rocard qui tente de concilier les contraintes de la « concurrence libre et non faussée » et les « spécificités » de la Mutualité
- **2002 : Transposition aux mutuelles des directives assurances européennes**
- **2004 : La bascule de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 → l'institutionnalisation du marché de la complémentaire santé**

Les lois du marché de l'assurance

- **Deux acteurs capitalistes qui donnent le « La » au marché :**
 - La croissance « asiatique » des assureurs
 - L'agressivité commerciale des bancassurances qui, disposant de réserves financières importantes, peuvent « casser les prix »
- 4 « lois » :
 - **Loi n°1 dite de Gresham.** Sur un marché concurrentiel d'assurance maladie, **les mauvaises pratiques chassent les bonnes** : tarification au risque plutôt qu'aux revenus, sélection des risques, segmentation des contrats.
 - **Loi n° 2 dite de la concentration.** Un marché concurrentiel tend à la **concentration** et ce pouvoir de marché a tendance à se transformer en **pouvoir politique** afin de sécuriser sinon d'amplifier sa rente.
 - **Loi n° 3 dite de l'irréversibilité.** Dès lors que les acteurs de marché ont atteint une taille critique aux dépens de l'assurance maladie publique, il devient politiquement impossible de revenir en arrière.
 - **Loi n° 4 dite du « ciblage ».** Un système public d'assurance maladie remboursant uniquement les soins des plus malades et des plus pauvres devient rapidement un système public pauvre et malade.

L'engrenage de la concurrence et la banalisation des mutuelles

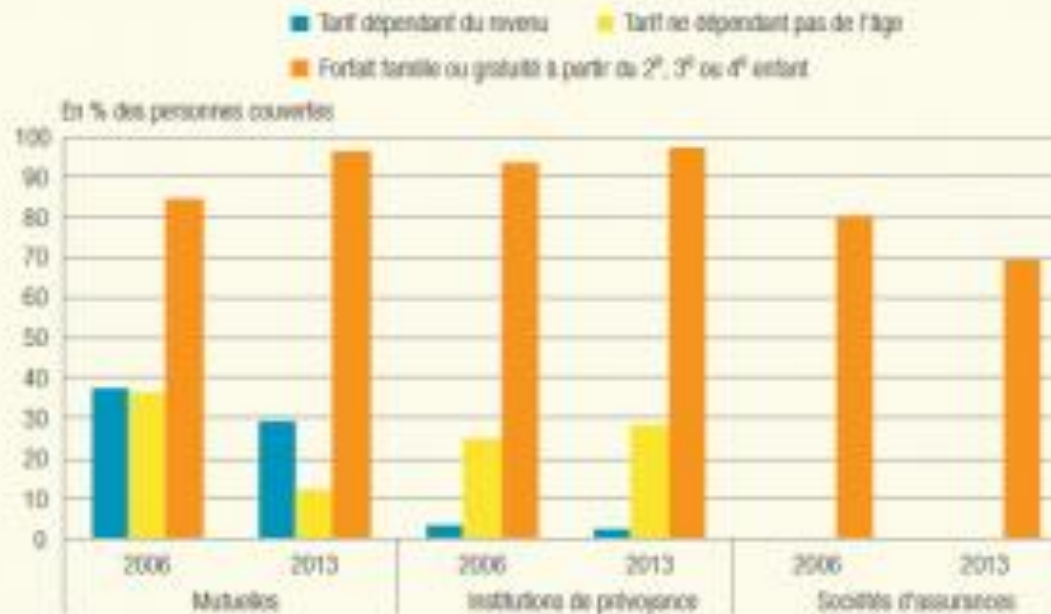
- **Grossir pour ne pas périr : des fusions-restructurations tous azimuts**
 - Du fait des fusions et des disparitions, le nombre de mutuelles est passé de 7500 en 1980, à 1158 en 2006 puis à 500 en 2015 (cf. le choc de l'entrée en vigueur de solvabilité II en 2009 et les exigences accrues de fonds propres qui en découlent)...
 - La constitution de grands groupes mutualistes santé (Humanis, Istya autour de la MGEN, Harmonie Mutuelles, Adréa, Eovi Mutuelles, Vittavi Mutualité, etc.), parfois sur des bases régionales, mais juridiquement hétérogènes
 - Les 20 plus grosses mutuelles représentent désormais 50 % du marché
 - Des concentrations qui franchissent désormais les « barrières d'espèce » : les rapprochements mutuelles/IP après l'ANI...
- **Des valeurs mutualistes historiques qui ont de moins en moins prise sur des pratiques de plus en plus assurantielles**
 - Les réorganisations du travail, la recherche d'économies d'échelle et de gains de productivité, le recentrage sur le « cœur de métier », le recours à la sous-traitance...
 - Le rôle clé des courtiers en assurance (santé = nouvelle niche) dans le processus de banalisation de la gestion des mutuelles (coûts de gestion croissants, définition les produits, les offres mais aussi les pratiques de gestion, etc.)
 - « Un homme, une voix » : quelle effectivité dans des grands groupes assurantiels ?
 - Le recul constant des pratiques solidaires

Le recul inexorable des pratiques solidaires



GRAPHIQUE

Évolution des modes de tarification des contrats individuels entre 2006 et 2013, par catégorie d'organisme complémentaire



Note • Les institutions de prévoyance ne couvrent que 4 % de la population couverte par un contrat individuel. Par ailleurs, 99 % de leurs assurés en individuel ont 60 ans ou plus.

Lecture • 96 % des personnes couvertes par des mutuelles bénéficient en 2013 d'un tarif qui offre un forfait famille ou la gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant.

Champ • Contrats individuels les plus souscrits.

Source • DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.