

## **Assurance complémentaire: quelle compensation des risques?**

*Par Jean-François Steiert, conseiller national, vice-président de la Fédération suisse des patients*

**Suite à la publication des propositions de contre-projet du Conseil fédéral à l'initiative populaire pour une caisse publique, on a beaucoup entendu parler de la compensation des risques, qui vise à éviter que les assureurs poursuivent leurs pratiques de chasse aux bons risques. Que fait le Parlement contre ce fléau, et comment y a-t-il aussi des mesures envisagées pour les assurances complémentaires, où les primes varient fortement d'une personne à l'autre?**

Au Parlement, le Parti radical et le parti socialiste ont déposé ensemble des propositions pour réduire l'attrait de la chasse aux "bons risques" à la quelle se livrent les grands assureurs-maladie. Il s'agit d'éviter, grâce à un mécanisme de compensation financière, que les assureurs aient un intérêt à vouloir garder essentiellement des personnes en bonne santé et se débarrasser des personnes malades - notamment pour endiguer la tendance à regrouper les personnes malades dans des caisses avec des primes élevées et les assurés en bonne santé dans des caisses avantageuses. Ces efforts, repris également par le Conseil fédéral dans son contre-projet à l'initiative pour une caisse maladie publique, sont actuellement remis en question par des actions du Groupe mutuel et une série d'autres assureurs, qui cherchent à repousser aux calendes grecques tout affinement de la compensation des risques.

### **Pas de compensation des risques dans l'assurance privée**

La situation est différente pour les assurances privées. Depuis 1997, les assurances complémentaires sont en effet soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA, qui détermine le droit de l'assurance privée). Contrairement à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Lamal), qui définit de manière circonstanciée le fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire, la LCA reste extrêmement générale et permet notamment à l'assureur de réaliser des bénéfices sur l'assurance-maladie non obligatoire. Il a également le droit de créer ce que l'on appelle des groupes de risques. C'est ainsi que, dès 1997, de nombreux assureurs ont placé les personnes en bonne santé dans des groupes de personnes dites « à bas risque » (financier, du point de vue de l'assureur...) auxquelles elle a soumis des offres d'assurances complémentaires particulièrement avantageuses. Dans la mesure où le risque d'hospitalisation des personnes de ce groupe était largement au-dessous de la moyenne, l'assureur a pu leur offrir des primes inférieures à la moyenne. Quant aux personnes plus âgées et/ou malades, elles ont été réunies dans des groupes de personnes malades, et par conséquent plus coûteuses, pour des produits d'assurance complémentaire qui portent généralement un autre nom que ceux des personnes en bonne santé, mais couvrent les mêmes prestations. De nombreux couples ont vécu de tels traitements différenciés, qui se sont souvent accentués au cours des années: en effet, l'assureur n'admet que très peu de nouveaux assurés dans les groupes chers, vu la prime plus élevée; l'âge avançant, qui va généralement de pair avec une détérioration de la santé et une augmentation du nombre de jours d'hospitalisation, le coût des personnes de ces groupes augmente, ce qui a induit progressivement une augmentation importante des primes.

Pour leur part, les groupes à bas risques, pour lesquels les primes de l'assurance complémentaire sont plus avantageuses, voient vu affluer une grande partie des nouveaux assurés, généralement plus jeunes et en meilleure santé, ce qui explique l'augmentation de la différence de prime entre deux groupes similaires.

Une disposition de l'ordonnance fédérale sur la surveillance des assurances privées permet en principe de changer de modèle d'assurance pour rejoindre un modèle plus avantageux, à un condition toutefois : pour pouvoir changer de groupe, il faut que le groupe que l'on souhaite quitter soit un groupe un groupe dit « fermé », dans lequel l'assureur n'admet plus de nouveaux assurés. Pour le savoir, il faut s'adresser à son assureur et lui demander combien de personnes ont été admises dans le groupe/modèle d'assurance au cours de l'année précédente, puis demander le changement s'il n'y a pas de nouveaux assurés ou prendre contact avec une association de patients dans le cas contraire.