

MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 4 | 2021

Un jeu dangereux avec les réserves

Réduction imposée des réserves et coûts en hausse: un cocktail dangereux



Réduire les coûts au lieu de palabrer

En 2021, les coûts de l'assurance-maladie obligatoire ont augmenté de 5,7% (jusqu'à fin octobre). Une hausse excessive, qui doit inciter tous les acteurs de la santé à réfléchir. La légère baisse des primes annoncée pour 2022 n'est possible que grâce aux solides réserves des assureurs. Si le Parlement ne fait pas preuve de courage maintenant, la joie des payeurs de primes risque toutefois d'être de courte durée. Le volet 1b du paquet de mesures visant à freiner la hausse des coûts est à l'ordre du jour de la session d'hiver: il est grand temps de faire preuve de courage et d'actionner les bons leviers pour réduire les coûts.

Heinz Brand, président de santésuisse

Les réserves des assureurs-maladie sont en danger. Plusieurs interventions parlementaires veulent limiter leur montant. Un plafonnement serait risqué à double titre: il entraînerait des fluctuations de primes plus fortes et compromettrait la stabilité de l'assurance-maladie sociale puisque les coûts repartent à la hausse.

Plusieurs interventions parlementaires veulent imposer un montant maximal pour les réserves des assureurs-maladie. En réalité, les réserves ne correspondent qu'à environ trois ou quatre mois de primes. Une comparaison avec d'autres assurances sociales régies par le système de répartition montre que le fonds de compensation de l'AVS, par exemple, doit couvrir au moins les dépenses d'une année selon les termes de la loi. Une réduction des réserves imposée et précipitée serait dangereuse et doit donc impérativement être évitée. Elle pourrait entraîner de brusques hausses de primes, voire l'insolvabilité de certains assureurs-maladie – des conséquences dont les payeurs de primes feraient les frais.

Réaliser enfin le potentiel d'économie existant

Les coûts de santé à la charge de l'assurance obligatoire des soins reprennent l'ascenseur cette année. santésuisse estime la hausse à 5%, voire

davantage. Pour freiner cette évolution, il importe de mettre en œuvre le volet 1b de mesures pour lutter contre la hausse des coûts qui est en discussion au Parlement. En outre, il faut enfin concrétiser le potentiel d'économie non exploité jusqu'ici. Une comparaison des prix des analyses de laboratoire réalisée par santésuisse montre qu'une réduction des prix officiels au niveau de ceux des pays voisins permettrait de faire baisser les primes de plusieurs points de pourcentage. ▶Page 3

Une nouvelle loi contre les intermédiaires peu scrupuleux

Les appels téléphoniques d'intermédiaires peu scrupuleux sont source d'agacement pour la population. Depuis plusieurs années, santésuisse s'engage en faveur de mesures efficaces pour y mettre fin. Le nouvel accord de branche concernant les intermédiaires, élaboré en collaboration avec curafutura, est un outil important à cet égard. Une large majorité d'assureurs-maladie salue la nouvelle loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance, qui prévoit de déclarer obligatoires plusieurs points de l'accord. La proposition va toutefois trop loin sur certains aspects. ▶Page 2

santésuisse est favorable à une loi mesurée

Activité d'intermédiaire: des mesures réglementaires efficaces sont réclamées.

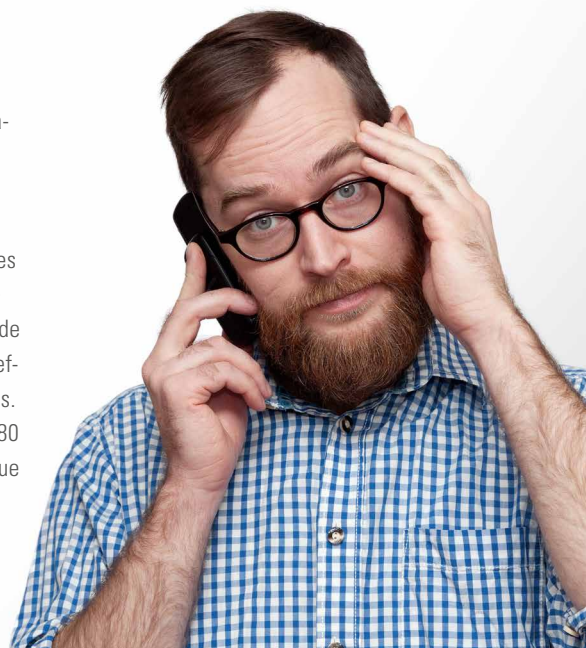
L'accord de branche concernant les intermédiaires conclu début 2021 par les assureurs-maladie est un outil important. Il vise à mettre un terme, autant que possible, aux appels téléphoniques intempestifs dans le cadre du «démarchage à froid», à améliorer fortement la qualité du conseil et à contenir dans des limites raisonnables le montant des commissions versées aux intermédiaires pour les conclusions de contrat.

Une nouvelle loi fédérale est prévue pour accroître l'efficacité des dispositions de l'accord de branche concernant les intermédiaires. Le but est de rendre les principaux points de l'accord obligatoires pour tous les assureurs-maladie. Si santésuisse salue cette loi, elle regrette que, sur certains aspects, le Conseil fédéral aille inutilement au-delà du mandat parlementaire conformément à la motion 18.4091 «Caisses-maladie».

Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité». Les assureurs-maladie ont à cœur de soutenir un projet équilibré, qui puisse entrer en vigueur le plus rapidement possible.

Moins de réclamations cette année

Les conseils avisés dispensés par un assureur-maladie sont utiles et appréciés des payeurs de primes. L'accord de branche permet aux intermédiaires qui travaillent sérieusement de se démarquer de ceux qui ne respectent pas les règles ni les standards de qualité. L'accord fonctionne selon le principe de l'autoréglementation. La commission de surveillance, déjà opérationnelle, instituée à cet effet doit vérifier si les règles fixées sont respectées. Or, cette année, elle n'a reçu jusqu'ici qu'environ 80 signalements d'infraction, soit beaucoup moins que les années précédentes, un signe que l'accord de branche produit déjà ses effets. •



Mettre en œuvre sans attendre les mesures de réduction des coûts

L'examen du volet 1b des mesures visant à freiner la hausse des coûts est l'occasion pour le Conseil des Etats de soutenir d'autres objets essentiels sur le même thème.

En Suisse, les génériques sont deux fois plus chers que dans les pays voisins. D'après le Conseil fédéral, l'introduction d'un système de prix de référence pour les génériques permettrait d'économiser plus de 300 millions de francs, soit 1% des primes. Le Conseil des Etats peut dès maintenant poser un jalon important en adoptant le système de prix de référence pour les génériques et agir ainsi en faveur des payeurs de primes.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats recommande aussi d'adopter deux objets: premièrement, l'introduction d'éléments contraignants de pilotage des coûts dans les conventions tarifaires; cette mesure est une réponse concrète et partenariale pour mettre les objectifs de maîtrise des coûts en œuvre de manière ciblée. Et deuxièmement, le droit des assureurs-maladie de recourir contre la planification cantonale des hôpitaux. Actuellement, aucune institution ni aucun acteur ne peut recourir contre la planification des hôpitaux et des EMS des cantons. A la fois propriétaires, financeurs et planificateurs, ceux-ci sont exposés à des conflits d'intérêts importants, suscep-

tibles d'entraîner une offre de soins pléthorique et inadaptée. En tant que cofinanceurs, les assureurs-maladie représentent les payeurs de primes, mais ne disposent d'aucun moyen de recours. Ce déséquilibre empêche une planification suprarégionale et efficiente. •

Imposer une réduction des réserves est très risqué

Introduire une obligation de réduction des réserves «excédentaires» relève d'une vision courttermiste et dangereuse.



Si les milieux politiques ont une influence sur le montant des réserves des assureurs, il faut s'attendre à des hausses de primes douloureuses, comme cela s'est produit par le passé. Pour santésuisse, il ne fait aucun doute que la décision de réduire les réserves doit continuer à relever de la compétence de chaque assureur-maladie.

L'article 26 de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal) prévoit déjà qu'un assureur-maladie peut réduire des réserves excessives. Plusieurs interventions politiques demandent à présent que le niveau des réserves soit abaissé lorsqu'il dépasse 150% du montant minimal fixé par l'Office fédéral de la santé publique. Or les réserves sont un matelas de sécurité qui ne peut être réduit à une limite maximale uniforme pour tous les assureurs.

Le taux de solvabilité n'est pas un paramètre fixe

Les autorités de surveillance fixent le niveau minimal des réserves. Le taux de solvabilité sert à l'identification précoce des risques et est à ce titre un instrument de surveillance permettant d'apprécier la sécurité financière à court terme d'un assureur. On a vu par le passé que le taux de solvabilité pouvait considérablement fluctuer. Le nombre d'assureurs dont le taux de solvabilité fluctue varie fortement d'une année à l'autre, car les réserves sont très volatiles. Il n'est pas rare que le taux de solvabilité d'un assureur-maladie diminue d'environ 50% en un an. Pas étonnant

dès lors que seuls quelques assureurs-maladie sur les 50 existant en Suisse affichent un taux de solvabilité compris entre 100 et 150%.

La pandémie révèle l'utilité du matelas de sécurité

Les réserves sont censées assurer la pérennité des assureurs-maladie afin qu'ils puissent remplir leurs obligations même dans des situations extrêmes. C'est précisément maintenant, en pleine pandémie, qu'elles démontrent leur utilité. Les signes d'une prolongation de la pandémie de coronavirus, avec de possibles vagues successives, se multiplient. On ignore combien de personnes seront concernées, ni dans quelle mesure les vaccinations contre le coronavirus grèveront les réserves des assureurs-maladie. Les conséquences du «Covid long» suscitent également de fortes incertitudes. Grâce à leurs réserves, les assureurs-maladie peuvent poursuivre leurs activités même en cas de crise. Bien que la pandémie ait eu peu de conséquences financières négatives sur l'assurance-maladie jusqu'ici, rien ne permet d'affirmer qu'il en sera de même à l'avenir; au contraire, les risques et les incertitudes quant à l'évolution future sont importants, par exemple eu égard aux nouvelles méthodes de traitement, aux vaccinations régulières, à la hausse des charges salariales pour le personnel de santé, aux risques liés aux marchés financiers, etc.

Une réduction imposée des réserves serait dommageable

Le passé a déjà prouvé qu'une réduction forcée des réserves était problématique. En 2008, le

conseiller fédéral Pascal Couchepin a contraint les assureurs-maladie à réduire leurs réserves peu avant la crise financière afin de maintenir leurs primes à un niveau artificiellement bas. Il en a résulté les plus fortes hausses de primes jamais vues depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996. La loi stipule donc, à juste titre, que les primes doivent couvrir les coûts. Les assureurs sont chargés de les adapter à l'évolution des coûts en temps opportun, sous peine de devoir compenser le manque à gagner par des augmentations de primes massives l'année suivante. Une réduction obligatoire des réserves entraînerait aussi un risque accru de cas d'insolvabilité. Si une grande société d'assurance devait devenir insolvable à cause d'une décision politique, cela se traduirait par une terrible perte de confiance dans le système de l'assurance-maladie. •

”
Les assureurs-maladie doivent continuer de décider eux-mêmes de la réduction de leurs réserves en fonction de la situation de leur entreprise.

En bref

Débuter la vie d'adulte sans dettes

Les enfants dont les parents ne paient pas les primes d'assurance-maladie et la participation aux coûts ne doivent pas assumer ces dettes une fois devenus adultes. Le Conseil National doit se prononcer sur une intervention allant dans ce sens après que le Conseil des Etats a délibéré sur le projet en premier conseil pendant la session d'été. Sur le fond, santésuisse salue la modification prévue de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Certains points peuvent toutefois être améliorés. La question de l'abolition des listes d'assurés défailants («listes noires») par les cantons n'est par exemple toujours pas tranchée. santésuisse doute fortement de l'utilité de ces listes. Elle ne se sont pas vraiment imposées dans la pratique et doivent être supprimées. La possibilité d'imposer un modèle d'assurance

alternatif (MMA) aux payeurs de primes défailants à un stade précoce, soutenue par le Conseil des Etats, peut aussi être améliorée. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national rejette cette proposition; à juste titre, puisqu'elle pose plusieurs questions d'ordre pratique liées à la mise en œuvre. Par exemple, qui devra décider du MMA lorsqu'il existe plusieurs modèles de ce type? En outre, les assureurs n'étant pas tenus de proposer de tels modèles et les assurés en retard de paiement ayant l'interdiction de changer d'assurance, le canton ne pourra pas imposer de MMA en l'absence de tels modèles chez l'assureur concerné. Enfin, qui prendra en charge le surcoût financier si le payeur de primes ne respecte pas les conditions du MMA et se rend directement chez le médecin de son choix? •

Les prix pratiqués par les laboratoires restent excessifs

En Suisse, les coûts des analyses de laboratoire augmentent fortement chaque année, générant des surcoûts considérables pour les payeurs de primes. Une motion du conseiller national Christian Lohr ([19.4492](#), analyses de laboratoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins) demandant la réduction de ces coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins est à l'ordre du jour de la session d'hiver du Conseil des Etats. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de ce même conseil propose d'approuver la motion à l'unanimité. Parallèlement, santésuisse a soumis une demande de clarification du caractère controversé des prestations à la commission compétente de la Confédération, en demandant des réductions de l'ordre de 300 millions de francs pour les prix des analyses affichant les chiffres d'affaires les plus élevés. Cette demande s'appuie sur une comparaison des prix avec l'Autriche, l'Allemagne, les Pays-Bas et la France, commandée

par santésuisse, qui révèle que les prix pratiqués en Suisse sont en moyenne trois fois plus élevés que ceux des pays comparables. Si les prix de toutes les analyses de laboratoire étaient alignés sur le niveau moyen des pays examinés, près d'un milliard de francs pourrait être économisé chaque année. tarifsuisse sa, la filiale de santésuisse, entend aussi agir contre les laboratoires qui accordent des avantages financiers aux médecins pour s'assurer des commandes. Ces rétrocommissions incitent à accroître le volume des prestations. Lorsqu'elles sont tout de même versées, elles doivent obligatoirement être restituées par les fournisseurs de prestations aux payeurs de primes, ce qui n'a guère été le cas jusqu'ici. En 2020 déjà, l'Association des laboratoires médicaux de Suisse (FAMH) a déclaré qu'elle envisageait de rédiger un code de conduite pour faire cesser ces pratiques. tarifsuisse se félicite de cette initiative, mais demande une mise en œuvre rapide. •

Publication spéciale: la pandémie sous la loupe

Depuis le début de la pandémie en Suisse, les spéculations sur l'évolution des coûts de la santé vont bon train: les coûts vont-ils augmenter ou, à l'inverse, baisser en raison du report de certains traitements? santésuisse a analysé les chiffres de 2020 et présenté les résultats dans une publication spéciale intitulée «Coûts de la santé pendant la pandémie: comparatif entre la Suisse et les cantons». L'analyse porte sur l'évolution des coûts observée entre début 2020 et mi-2021 dans toute la Suisse, et tout particulièrement dans huit cantons clés: Bâle-Ville, Berne, Genève, Lucerne, Saint-Gall, Tessin, Vaud et Zurich. Elle renseigne également sur la façon dont l'âge influe sur le montant des coûts et des primes.

Les données analysées montrent clairement que la situation financière reste tendue dans le domaine de la santé. Les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont augmenté de 1,1% en 2020, soit 370 millions de francs, et s'élèvent à 34,5 milliards de francs au total. Cette tendance s'est poursuivie au premier semestre 2021. De janvier à juin, la hausse s'est établie à 4%, un chiffre qui a déjà augmenté depuis. Des mesures urgentes s'imposent pour garder un système de santé abordable. •

La publication est disponible en ligne: www.santesuisse.ch/publicationspeciale

