

GAAM

Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie

Réflexions sur l'assurance maladie obligatoire

Dossier préparé par: le GAAM

Octobre 2009

Avertissement: Le contenu des «dossiers du mois» de l'ARTIAS n'engage que leurs auteur-es

RESUME

Les membres du Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie (GAAM) ne s'estiment pas compétents pour parler des coûts de la santé et de leur limitation. En revanche, ils ont observé dans le système actuel de la couverture maladie un certain nombre de dysfonctionnements et d'effets pervers en rapport avec la technique d'assurance. C'est notamment de cet aspect des choses dont il est question dans le présent document.

Si le GAAM est d'avis que le système actuel qui régit l'assurance maladie en Suisse peut être amélioré sensiblement, d'un point de vue actuariel et technique, sans forcément remettre en cause toute sa conception, notamment en repensant le but et le niveau des réserves, ainsi qu'en améliorant le reporting financier et comptable, il privilégie cependant à terme une refonte plus en profondeur du système.

Ainsi, le GAAM propose la création de caisses cantonales ou intercantionales utilisant les services administratifs des caisses existantes, lesquelles pourraient continuer à exploiter par ailleurs les assurances complémentaires. Ce nouveau système serait en effet le meilleur garant d'une plus grande transparence, d'une meilleure compensation et égalisation des risques, d'une plus grande efficacité au niveau de la détermination des primes, notamment s'agissant des négociations tarifaires avec les fournisseurs de soins, et d'une meilleure efficacité des contrôles, effectués pour l'essentiel au niveau des cantons

RIASSUNTO

I membri del Gruppo attuariale di riflessione sull'assicurazione malattia (GAAM) non si reputano competenti per parlare dei costi della salute e della loro limitazione. In contropartita, hanno osservato nel sistema attuale della copertura malattia un certo numero di disfunzioni e di effetti perversi in relazione alla tecnica di assicurazione. E' di questo aspetto che si tratta nel presente documento.

Se il GAAM è dell'avviso che il sistema attuale che gestisce l'assicurazione malattia in Svizzera può essere sensibilmente migliorato da un punto di vista attuariale e tecnico, senza per forza rimettere in questione tutta la sua concezione, in particolare ripensando lo scopo e il livello delle riserve e migliorando il reporting finanziario e contabile, privilegia a lungo termine una revisione più radicale del sistema.

Dunque, il GAAM propone la creazione di casse cantonali o intercantionali utilizzando i servizi amministrativi delle casse esistenti, le quali potrebbero d'altra parte continuare a sfruttare le assicurazioni complementari. Questo nuovo sistema sarebbe in effetti il miglior garante di una più grande trasparenza, di una miglior compensazione e parificazione dei rischi, di una più grande efficienza a livello della determinazione dei premi, trattandosi in particolare delle trattative tariffali con i fornitori delle cure, e di una più grande efficacia dei controlli, effettuati essenzialmente a livello cantonale.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	4
1.1 Objet	5
1.2 Composition et activités du GAAM	6
1.3 Bref aperçu statistique	
2. Rappel des intentions du législateur	7
3. Dysfonctionnements et effets pervers	8
3.1 Remarque introductive	8
3.2 Concurrence	8
3.3 Effet et utilité des réserves	10
3.3.1 Nécessité des réserves de sécurité	10
3.3.2 Optimisation des réserves	11
3.3.3 Absence de règles pour le niveau des réserves	12
3.3.4 Aspect politique	12
3.4 Système de compensation des risques	12
3.5 Manque de transparence	14
4. Améliorations possibles sans remise en cause du système	15
4.1 Remarque introductive	15
4.2 Uniformisation des primes par canton	15
4.3 Redéfinition du rôle et du niveau des réserves	16
4.4 Pool des risques spéciaux	18
4.5 Contrôle accru de l'Etat cantonal	19
4.6 Amélioration du reporting financier et comptable	19
4.7 Franchises	21
5. Modification fondamentale du système	24
5.1 Caisse maladie cantonale	24
5.1.1 Modèle	24
5.1.2 Description	24
5.1.3 Rôle de l'Etat cantonal	25
5.1.4 CAM existantes	26
5.1.5 Avantages du modèle	26
5.1.6 Désavantages du modèle	28
5.1.7 Bilan	28
5.2 Autres systèmes examinés	28
5.2.1 Caisse unique fédérale	28
5.2.2 Assurance maladie sur le modèle des caisses de compensation	29
6. Conclusions	29
Annexe	30

1. Introduction

1.1 Objet

Le GAAM, ou Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance maladie, a été constitué à fin 2007 sous l'impulsion de quelques actuaires romands indépendants, non liés à des lobbies en général et à ceux de l'assurance maladie en particulier. Il se veut apolitique. Les membres du GAAM sont en effet, soit des professeurs du Département des sciences actuarielles de la Faculté des HEC de l'Université de Lausanne (DSA), soit des actuaires¹ de la prévoyance professionnelle ou de l'assurance en général qui ont décidé librement d'une démarche citoyenne, financée par leurs propres moyens.

Comme tous les citoyens suisses, les membres du GAAM assistent aux débats qui opposent depuis plusieurs années, à intervalles plus ou moins réguliers et par médias interposés, les acteurs de l'assurance maladie, à savoir le Conseiller fédéral en charge du dossier au plus haut niveau politique, les Chambres fédérales, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les Offices cantonaux des assurances sociales, l'association Santé Suisse, défendant les intérêts des caisses d'assurance maladie (ci-après: les CAM ou les caisses), la Fédération suisse des médecins (FMH), les associations de défense des consommateurs et les avocats ou juristes spécialisés dans l'application du droit de l'assurance maladie. Or, les techniciens ou les ingénieurs de l'assurance en général que sont les actuaires sont absents de ces débats. Ceux-ci se focalisent d'ailleurs le plus souvent sur la défense d'intérêts particuliers ou de positions politiques ou idéologiques peu évolutives et non négociables.

En menant une réflexion objective sur le fonctionnement de l'assurance maladie à partir d'une démarche actuariellement correcte, le GAAM souhaite apporter sa contribution à la mise en place d'une assurance maladie bien gérée techniquement, à défaut d'être bon marché. A l'heure où les médecins généralistes se mettent en grève pour manifester leur ras le bol face à des décisions politiques jugées pénalisantes pour la profession, et où une table ronde des acteurs de la santé n'a pas répondu aux attentes, il est souhaitable de dépassionner le débat. C'est dans ce but que les actuaires du GAAM souhaitent introduire, grâce à leurs compétences techniques, un peu d'objectivité dans l'analyse du système de santé helvétique. Ils veulent bien sûr le faire avec modestie, en limitant leurs analyses et observations aux aspects liés à la technique d'assurance.

Pour les membres du GAAM, il ne s'agit pas de sortir d'un chapeau la formule qui va, d'un tour de magie, solutionner la progression constante des coûts de la santé. Des spécialistes éminents se sont déjà exprimés à ce sujet. Citons pour l'exemple ce que disait souvent feu le professeur Pierre Gilliland, grand observateur et penseur des sciences sociales suisses, à savoir que *«les coûts de la santé ne peuvent qu'augmenter et qu'il est dangereux d'entretenir l'illusion d'une réduction*

¹ Le Petit Larousse donne de l'actuaire la définition suivante: *«spécialiste de l'application de la statistique, notamment du calcul des probabilités, aux opérations de finance et d'assurance».*

de ces coûts, sauf à couper à la hache dans les prestations²». Ou encore l'interview radiodiffusée du 24 mars 2009 au cours de laquelle Alberto Holly, directeur de l'Institut de management de la santé (IMS) de l'Université de Lausanne, a déclaré qu'une économie potentielle de 20% des coûts de la santé existe en mettant en réseaux les fournisseurs de prestations. Ou aussi les conclusions d'une étude³ de Claude Jeanrenaud, professeur à la Faculté des sciences économiques de l'Université de Neuchâtel, selon laquelle la hausse des coûts de la santé en Suisse n'est pas due au vieillissement de la population mais au progrès de la technologie médicale et aux exigences croissantes des patients, hausse qui va d'ailleurs se poursuivre ces vingt prochaines années.

Si la compression ou la réduction significative des coûts de la santé n'est pas chose facile, il faut évidemment saluer et encourager toute tentative allant dans ce sens. A ce niveau, la science actuarielle n'est pas d'une grande utilité. En revanche, celle-ci peut apporter son concours dans l'identification, la mesure, la planification et la gestion des risques et des coûts. C'est cet aspect des choses qui a retenu tout particulièrement l'attention du GAAM.

En Suisse, le domaine de la santé est couvert par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire. C'est principalement la problématique de l'assurance maladie obligatoire qui a été examinée par le GAAM. Dans le présent rapport, il n'est donc qu'accessoirement question de l'assurance maladie complémentaire.

Rappelons par ailleurs que l'assurance maladie complémentaire est une assurance privée contrôlée par la FINMA⁴. De par sa formation, l'actuaire aime les formules mathématiques. Que les personnes qui ne partagent pas la même passion pour les mathématiques ne s'arrêtent pas aux quelques formules des chapitres 3 et 4. Celles-ci ne sont en effet pas absolument indispensables à la bonne compréhension de l'exposé.

1.2 Composition et activités du GAAM

Dans l'ordre alphabétique, voici la liste des membres du GAAM:

- M. Olivier Baudet, actuaire ASA⁵
- M. André Dubey, professeur au DSA⁶
- M. François Dufresne, professeur et directeur du DSA
- M. Jean-Pierre Melchner, actuaire ASA
- M. Meinrad Pittet, actuaire ASA
- M. Stéphane Riesen, actuaire ASA
- M. Raymond Schmutz, professeur au DSA.

² Journal Le Temps du 26 janvier 2009.

³ Cette étude vient d'être publiée par l'Office fédéral de la statistique.

⁴ Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers.

⁵ Titre protégé par l'Association suisse des actuaires et reconnu internationalement

⁶ Université de Lausanne

Le GAAM a tenu à Lausanne une trentaine de séances de travail, d'une durée de deux à trois heures, entre février 2008 et septembre 2009. Ces séances ont été consacrées aux discussions et réflexions du groupe, à l'examen de documents divers concernant l'assurance maladie, à l'analyse du plan comptable des CAM, à l'audition d'un Conseiller d'Etat et de spécialistes du contrôle, de l'administration et de la gestion de l'assurance maladie, ainsi qu'à la supervision de la rédaction du présent rapport. Les personnes auditionnées sont les suivantes:

- M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat en charge du DSAS⁷
- M. Fabrice Ghelfi, chef du Service des assurances sociales et de l'hébergement du Canton de Vaud, et son adjoint M. François Charbonnier
- M. Claude Richard, directeur général des Retraites Populaires⁸
- M. Daniel Wiedmer⁹, directeur d'Assura
- M. Jean-Paul Genoud, directeur général, et M. Jean-Baptiste Piemontesi, directeur d'Hotela.

Que toutes ces personnes soient ici remerciées pour leur disponibilité. Leur grande connaissance de l'assurance maladie a permis au GAAM d'avoir des réponses précises aux questions qu'il se posait et des avis experts sur le fonctionnement actuel de l'assurance maladie.

D'autres personnes ont été sollicitées. Elles n'ont pas pu ou voulu répondre positivement à la demande d'audition du GAAM. Nous aurions par exemple souhaité entendre des assurés. Mais leurs représentants n'ont jamais répondu à notre sollicitation, formulée pourtant à plusieurs reprises.

1.3 Bref aperçu statistique

Dans un article¹⁰ de la Tribune de Genève paru le 31 mars 2009 et intitulé «*Les coûts de la santé ont à nouveau explosé en 2007*», nous pouvons lire que les coûts de la santé en Suisse se sont élevés à 55,3 milliards de francs en 2007, en hausse de 4,9% par rapport à l'année précédente. Il s'agit de la plus forte augmentation de ces cinq dernières années selon l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les coûts des biens et des services de santé tendent cependant à se stabiliser par rapport à la valeur ajoutée totale de l'économie. Les coûts de la santé en Suisse ont représenté, en 2007, les 10,8% de cette valeur, ce qui représente une stabilisation par rapport à 2002, année durant laquelle la part de ces coûts a atteint les 10,9% de la valeur ajoutée. En comparaison internationale, la Suisse se situe ainsi derrière les Etats-Unis (15,3%) et la France (11,0%), mais devant l'Allemagne (10,6%).

Une étude, mandatée par la section santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et consacrée aux causes de la hausse des coûts du système de santé, ainsi qu'à

⁷ Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud.

⁸ Ancienne gérante de la Caisse vaudoise, intégrée actuellement au Groupe Mutuel.

⁹ Depuis lors, M. Daniel Wiedmer a quitté Assura.

¹⁰ Source: ats/rh.

l'évolution prévisible de ces coûts jusqu'à l'horizon 2030, vient d'être publiée sous le titre «*Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse - Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*». Ce rapport, rédigé par M. Mathieu Vuilleumier, Mme Sonia Pellegrini et M. Claude Jeanrenaud de l'Institut de recherches économiques de l'Université de Neuchâtel (irene), peut être obtenu auprès de l'OFS¹¹. Nous reproduisons en annexe, pour information, le résumé de cette étude détaillée. Toutes les dépenses mentionnées dans cette étude se réfèrent à l'année 2004 et sont exprimées à prix constants de 2004, sans tenir compte de l'inflation.

En conclusion du résumé de l'étude précitée, nous pouvons lire: «*D'ici à 2030, les coûts de la santé seront multipliés par 2,2 dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé et par 2,4 si l'état de santé est inchangé. Ils atteindront 111,3 milliards¹² de francs dans le cas d'une amélioration de la santé, avec une probabilité de 95% d'être compris entre 96,4 et 128,5 milliards. Si les progrès de la médecine, l'évolution du niveau de vie et des comportements en matière de santé ne permettent pas de réduire la fréquence des maladies et des incapacités dans la vieillesse, les dépenses s'élèveront à 122,8 milliards, avec une probabilité de 95% de se trouver dans un intervalle compris entre 106,4 et 141,8 milliards*».

2. Rappel des intentions du législateur

Nous rappelons ici les principales intentions du législateur en rapport avec le fonctionnement financier et actuariel actuel de l'assurance maladie de base (LAMal). Il s'agit de:

- L'obligation générale de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, destinée à remplacer certaines obligations cantonales totales ou partielles, le cas échéant l'absence d'obligation.
- Un catalogue des prestations uniformes comme en LAA¹³. Auparavant, il existait bien une couverture légale de base selon la LAMA¹⁴, mais les CAM ajoutaient des prestations complémentaires ambulatoires à leur produit de base.
- L'extension de la franchise et de la participation aux frais hospitaliers, en raison de la progression des consultations «ambulatoires» et des hospitalisations d'un jour.
- L'introduction de franchises à option plus élevées. Toutefois, les rabais consentis sont inférieurs à ceux qu'il serait possible d'octroyer au strict plan technique.
- L'introduction de modèles alternatifs (HMO, médecin de famille, etc.).

¹¹ Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, tél. 032 713 60 60, fax 032 713 60 60
e-mail: order@bfs.admin.ch, n° de commande: 916-0700.

¹² En francs constants, c'est-à-dire sans tenir compte de l'évolution future de l'inflation.

¹³ Loi fédérale sur l'assurance accidents obligatoire.

¹⁴ Ancienne loi fédérale sur l'assurance maladie.

- Un tarif unisexe, pas de différenciation des primes entre hommes et femmes.
- Une prime par tête; ce système a été retenu vu que la couverture est identique pour chaque assuré. Les cantons peuvent octroyer des subventions destinées à réduire les primes des assurés de condition modeste sur la base de leur déclaration d'impôts.
- Un financement par répartition des dépenses (même système que l'AVS).
- Une assurance individuelle (par opposition à la LAA et la LPP¹⁵ qui sont souscrites par les entreprises). Plus d'assurances collectives tarifées ad hoc.
- Trois classes d'âge:
 - Enfants jusqu'à 18 ans
 - Adolescents de 19 à 25 ans
 - Adultes dès 26 ans.
- Primes calculées par canton, avec possibilité de différencier selon les régions d'un canton.
- L'introduction d'un système de compensation des risques destiné à pallier les effets d'une prime uniforme¹⁶ dès 26 ans, alors que le risque est croissant avec l'âge et différent selon le sexe. Les risques à faible charge de sinistres étant les jeunes et les hommes, les risques à charge de sinistres élevé étant les femmes et les personnes âgées, le système (introduit pour 10 ans mais prolongé) vise à rééquilibrer a posteriori les comptes des assureurs dont l'effectif contient une proportion de femmes et de personnes âgées au-dessus de la moyenne et inversement.
- La volonté de maintenir la concurrence par les prix entre les assureurs.

3. Dysfonctionnements et effets pervers

3.1 Remarque introductive

Le fonctionnement actuel de l'assurance maladie fait beaucoup parler de lui surtout en raison de l'augmentation récurrente des coûts de la santé. Comme rappelé en introduction, les membres du GAAM ne s'estiment pas compétents pour parler des coûts de la santé et de leur limitation. En revanche, ils ont observé dans le système actuel¹⁷ de la couverture maladie un certain nombre de dysfonctionnements et d'effets pervers en rapport avec la technique d'assurance. C'est de cet aspect des choses qu'il est question dans le présent chapitre.

3.2 Concurrence

Selon la volonté du législateur, l'entrée en vigueur de la LAMal a instauré une concurrence entre les CAM. Il convient d'emblée de souligner ici que la

¹⁵ Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité.

¹⁶ Imposée par le législateur dans un souci de solidarité entre les générations.

¹⁷ Par «système actuel», nous entendons l'assurance maladie telle qu'elle fonctionne actuellement aussi bien sur le plan légal que sur le plan de l'organisation en général.

concurrence sur les prix dans le cadre d'une assurance sociale qui fixe des prestations identiques pour tous est fondamentalement choquante. Cette concurrence sur les prix entraîne en effet un certain nombre de problèmes dont les principaux sont les suivants:

- La concurrence engendre par définition des différences de prix entre les caisses pour des couvertures d'assurance (catégorie, franchise) identiques. Cet état de fait n'est toutefois techniquement et socialement pas satisfaisant dans le cadre d'une assurance sociale pour laquelle une solidarité entre les assurés est requise (en termes d'âge et de sexe).
- La concurrence, telle que préconisée par la LAMal, avait pour but de réduire les coûts de la santé et de maintenir les primes dans une fourchette raisonnable. Avec le recul, nous pouvons constater qu'il n'en est rien. Dans les faits, les CAM tentent de réduire leurs coûts en attirant les meilleurs risques par une sélection qui n'est pas dans l'esprit de la loi.
- Dans certains cantons, il arrive que les assurés au bénéfice de subsides soient fortement incités à rejoindre la caisse qui propose les primes les moins élevées. Qui plus est, il semble que les jeunes assurés soient plus enclins à changer de caisse pour des motifs économiques que les assurés plus âgés (risques accrus), lesquels sont incités à rester dans la même caisse par habitude ou méconnaissance de la LAMal.
- Le fait que les réserves de sécurité ne suivent pas les assurés pose de gros problèmes en termes techniques et financiers lorsqu'une caisse subit une forte variation de son effectif assuré. Une caisse accueillant un nombre important de nouveaux assurés subit en effet une baisse de son taux de réserves¹⁸. Si les réserves existantes ne sont pas assez importantes pour compenser l'effet de l'arrivée des nouveaux assurés, une augmentation des primes est alors nécessaire dès l'exercice suivant. Cette adaptation des primes devrait alors logiquement induire un départ massif d'assurés et par conséquent faire augmenter le taux de réserves, sans forcément permettre une réduction des primes.
- Les changements de caisse induisent bien évidemment un fort surcoût administratif et rendent difficiles la gestion des ressources humaines nécessaires pour les caisses qui voient le nombre de leurs assurés fortement varier.

Les quatre derniers points précédents sont à l'évidence de forts incitateurs pour une caisse à ne pas être la moins chère. Nous nous trouvons donc dans la situation paradoxale où la stratégie optimale pour une CAM consiste à ne pas être la moins chère dans un système qui vise à réduire les coûts grâce à la concurrence.

¹⁸ Voir explications relatives au taux de réserves au paragraphe 3.3.3.

3.3 Effet et utilité des réserves

3.3.1 Nécessité des réserves de sécurité¹⁹

Il est bien connu dans le monde de l'assurance qu'un système de transfert du risque nécessite, en plus des primes servant à payer le coût des sinistres (prestations), une certaine quantité de capitaux (des réserves) pour faire face aux fluctuations aléatoires inhérentes au risque assuré. L'assurance intègre un tel mécanisme de transfert du risque. Une prime fixe est versée en contrepartie d'une prestation dont le montant est aléatoire.

En négligeant, pour le moment, les rendements potentiels des capitaux à disposition, nous pouvons représenter la richesse nette d'un assureur, sa réserve, à la fin de l'année t , par R_t , où $t = 1, 2, 3, \dots$ représente le rang de l'année considérée. La réserve initiale de cet assureur est R_0 . La réserve à la fin de l'année t , dans ce contexte simplifié, est donc égale à la réserve à la fin de l'année $t-1$ ou au début de l'année t , augmentée des primes encaissées pendant l'année t et diminuée des coûts totaux (prestations et tous les autres frais) afférents à l'année t . Nous avons donc:

$$R_t = R_{t-1} + P_t - C_t$$

où P_t et C_t représentent respectivement les primes et les coûts de l'année t .

Supposons encore que le portefeuille de contrats d'assurance demeure identique dans le temps, qu'il n'y a aucune évolution des primes et des coûts et que le groupe d'assurés est «*identique*» chaque année. Si nous ignorons le risque, donc la variabilité des coûts, la réserve au temps t est alors donnée par:

$$R_t = R_0 + (P_1 - C_1) + (P_2 - C_2) + \dots + (P_t - C_t).$$

Si la différence entre les primes et les coûts, désignée E (pour excédent), est constante chaque année, alors la réserve devient:

$$R_t = R_0 + E \times t.$$

Donc, s'il y a une marge positive dans la prime, la réserve va s'accroître année après année. Si la marge est nulle, la réserve demeure constante, donc $R_t = R_0$. Et, bien sûr, si la marge est négative et qu'il y a une perte chaque année, la réserve diminue et devient négative même en l'absence de toute variabilité.

Dans la réalité, les coûts sont variables et aléatoires. Le nombre de prestations payées diffère de celui attendu et les montants individuels de ces prestations (ainsi que les frais associés) peuvent varier fortement. Il y a donc des déviations par rapport au résultat espéré. Certaines années, ces variations sont positives, d'autres années, elles sont négatives.

Ainsi, l'intuition nous pousse à accepter l'affirmation suivante: en l'absence de toute réserve et d'une marge positive dans les primes, il est fort probable que la richesse de l'assureur devienne négative une ou plusieurs fois dans le futur. Il est donc nécessaire d'avoir des réserves, voire une marge dans les primes.

¹⁹ Dans la suite, sauf mention contraire, le terme «*réserve*» fait toujours référence aux réserves de sécurité au sens légal du terme.

L'affirmation précédente peut bien sûr être mathématiquement démontrée. Mais cette démonstration n'est pas l'objet de notre propos.

Comme constaté plus haut, c'est la marge contenue dans les primes qui alimente la réserve. Celle-ci joue un rôle de coussin de sécurité. Les primes servent à payer les coûts supportés par l'assureur et à alimenter éventuellement la réserve de sécurité. Pour des raisons de concurrence et d'efficacité, il est nécessaire de garder la marge contenue dans les primes à un niveau minimum. La réserve joue donc le rôle principal dans le mécanisme de gestion de la variabilité du risque. Elle a pour fonction d'assurer la solvabilité de l'assureur, ainsi que d'éviter sa détresse financière ou un trop faible niveau de liquidités.

Si nous prenons en compte les rendements financiers futurs sur les capitaux constituant la réserve, nous pouvons écrire:

$$R_t = VC_t[R_0] + VC_t[\Sigma E_t]$$

Avec: $VC_t[R_0]$ = Valeur capitalisée en t de R_0

$VC_t[\Sigma E_t]$ = Valeur capitalisée des excédents E_t , où $t = 1, 2, \dots$

Si les taux de rendement sont constants et si nous négligeons la variabilité, la réserve s'accroît de façon exponentielle au fil du temps. Les rendements financiers peuvent donc aider à diminuer les primes et à alimenter la réserve. Cependant, cet argument ne devrait pas être utilisé pour justifier un niveau de réserve indûment élevé. Le surplus d'excédent par rapport au niveau de réserve nécessaire devrait être remboursé aux assurés sous forme de baisses ou d'allègements de primes. A noter qu'il existe des théories mathématiques qui permettent d'optimiser le niveau d'une telle réserve.

Pour une CAM, les réserves jouent donc un rôle de régulateur permettant d'éviter la détresse financière ou un manque de liquidités. L'ordonnance sur l'assurance maladie impose la création de réserves et leur maintien à un niveau supérieur ou égal à un seuil minimal. Mais elle ne précise pas la raison des réserves et ne justifie pas le niveau minimal imposé.

3.3.2 Optimisation des réserves

En Suisse, l'assurance maladie de base est une assurance sociale. Par conséquent, l'utilisation des ressources financières doit se faire dans l'intérêt général de la population. Les primes devraient donc être maintenues au niveau minimal permettant d'offrir les prestations et de garantir un degré adéquat de sécurité pour les CAM, acteurs principaux du mécanisme financier.

Il s'ensuit que les réserves devraient être maintenues à un niveau minimal mais adéquat, donc optimal. Il ne devrait pas y avoir d'accumulation non nécessaire de réserves. Tout excédent significativement au-dessus du niveau adéquat des réserves devrait être utilisé pour diminuer les primes, c'est-à-dire être remboursé d'une manière ou d'une autre aux assurés.

3.3.3 Absence de règles pour le niveau des réserves

Comme cela a été exposé au paragraphe consacré à la concurrence, il est stratégiquement utile et important pour les assureurs maladie de ne pas être trop bon marché. Une caisse maladie nettement moins chère que les autres voit un afflux de nouveaux assurés qui lui font baisser son taux de réserves.

La réglementation sur les CAM fixe, pour les réserves, un niveau minimal qui ne dépend que du nombre d'assurés, soit 20%, 15% ou 10% des primes encaissées dans l'année selon que ce nombre est inférieur à 50'000, situé entre 50'000 et 150'000, ou supérieur à 150'000. Ainsi, l'accumulation excessive de réserves, caractérisée par la non redistribution aux assurés des ressources financières non nécessaires pour le maintien d'un niveau de solvabilité adéquat est actuellement autorisée.

Le niveau adéquat pour les réserves des assureurs maladie n'est certainement pas le niveau minimal énoncé à l'article 78 de l'ordonnance sur l'assurance maladie. Ce niveau devrait, en fait, varier pour chaque assureur, compte tenu de la collectivité assurée, et dépendre des conditions économiques à court et moyen termes. Les niveaux minimal et maximal des réserves devraient être établis sur la base de la théorie de la solvabilité et selon des méthodes actuarielles généralement admises.

3.3.4 Aspect politique

L'expérience récente montre que les réserves peuvent être utilisées pour aider à atteindre des objectifs politiques. Les assureurs maladie peuvent, en consommant leurs réserves, financer eux-mêmes une partie ou la totalité de l'augmentation des primes qui aurait été normalement nécessaire. Cette technique a été récemment utilisée par certaines CAM, notamment en Suisse alémanique, au point d'en arriver à des montants de réserves négatifs.

On voit donc que les assureurs maladie peuvent actuellement jouer avec le niveau des réserves pour des buts autres que ceux liés à la préservation de la solvabilité.

En résumé, dans le contexte de l'assurance de base, les réserves des assureurs maladie devraient uniquement servir à maintenir un niveau de solvabilité adéquat. Il faut garder en effet à l'esprit qu'il s'agit d'une assurance sociale. Il existe des méthodes actuarielles éprouvées servant à définir le niveau de solvabilité recherché. Ces méthodes ne sont pas appliquées dans le contexte actuel de l'assurance maladie.

3.4 Système de compensation des risques

Le principe de la compensation des risques a été introduit avant la LAMal et définitivement ancré dans la loi pour éviter que les assureurs procèdent à une sélection des risques.

La compensation des risques est basée sur les deux principes suivants:

- les femmes ont un coût moyen supérieur à celui des hommes;
- les coûts moyens progressent avec l'âge.

Elle fonctionne de la manière suivante:

Les assurés de chaque canton et de chaque sexe de 19 ans et plus (catégories adultes) sont répartis par groupes de risques et par groupes d'âges d'intervalle de 5 ans, sauf pour le 1^{er} groupe (19 - 25) et le dernier (91 et plus) dans lesquels l'intervalle est plus grand. On a donc par caisse, par canton et par sexe quinze groupes de risques selon l'âge.

Prenons l'exemple fictif du groupe de risques des femmes, âgées de 81 à 85 ans, dans un canton donné. Les données qui nous intéressent sont celles du premier tableau de la page suivante.

Rubriques	Données
Nombre de femmes du groupe de risques	8'247
Coûts annuels correspondants (en MCHF ²⁰)	65
Participation aux frais du groupe de risques (en MCHF)	4,7
Coût mensuel moyen pour tous les assurés adultes du canton (en CHF)	196

Le calcul de la compensation s'effectue comme suit:

Rubriques	Données
Coût annuel par assuré du groupe de risques (CHF) (1)	7'882
Participation aux frais par assuré (CHF) (2)	570
Coût mensuel moyen par assuré du groupe de risques (CHF) (3)	609
Compensation mensuelle pour le groupe de risques concerné (CHF) (4)	413
(1) = 65 MCHF / 8'247 (2) = 4,7 MCHF / 8'247 (3) = (7'882 – 570) / 12 (4) = 609 – 196	

En conséquence, dans le canton concerné, une caisse qui n'assurait que des femmes de 81 à 85 ans recevrait CHF 413.- par mois et par assurée au titre de la compensation des risques.

Un des défauts du système de compensation actuel est son mécanisme a posteriori. Les mouvements sont en effet constatés et payés dans l'année qui suit l'année de compensation compte tenu d'un ajustement dépendant de

²⁰ Dans la suite, nous abrégeons «francs suisses» par «CHF» et «millions de francs suisses» par «MCHF» placé devant le nombre.

l'année antérieure. Les CAM constituent alors des marges dans le calcul des primes pour tenir compte de la fluctuation des effectifs. Ces marges sont généralement prudentes et influencent le montant des primes futures.

Il y a également deux paradoxes dans la compensation des risques actuelle. Tout d'abord, c'est une limitation de la concurrence que l'on a voulue à tout prix. Ensuite, une sélection plus subtile des risques peut s'opérer en cherchant à attirer les bons risques présents au sein des catégories risquées. On peut alors, au titre de la compensation des risques, recevoir plus que les coûts réels engendrés par la catégorie concernée.

La conclusion qu'on peut tirer au sujet du système actuel de compensation des risques est qu'il n'a malheureusement pas les effets souhaités. Les primes varient en effet considérablement à l'intérieur d'un même canton d'une caisse à l'autre, bien que les prestations assurées soient strictement identiques.

3.5 Manque de transparence

Le manque de transparence actuel dans le système comptable et la fixation des primes a été souvent évoqué au sein du groupe de travail. La demande effectuée auprès de l'OFSP au sujet des publications réalisées par cet office de surveillance, notamment dans le domaine du calcul des primes, est simplement restée sans réponse, malgré deux rappels.

Le manque de transparence dans le calcul des éléments de la prime ne nous semble pas provenir de manière prépondérante des dépenses relatives aux prestations d'assurance, mais plutôt des frais généraux et du rendement des capitaux. Peu après l'introduction de la LAMal, les assureurs ont dû répartir leur fortune entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. On ne peut pas exclure que les fonds affectés à l'assurance complémentaire aient bénéficié alors d'un régime de faveur (dans leur choix par exemple) par rapport à ceux affectés à l'assurance de base.

De plus, afin de ne pas subir une double surveillance de l'OFSP et de la FINMA (anciennement OFAS et OFAP), les assureurs maladie ont créé des sociétés distinctes pour exploiter exclusivement le marché des assurances complémentaires, alors même que les protagonistes font partie de la même entité économique. Cela a pour conséquence qu'en l'absence de synthèse et de comparaison entre les comptes des deux entités (assurance de base et assurances complémentaires), le contrôle des frais généraux et du rendement de la fortune afférents à chacune d'elle est problématique. Nous n'imaginons pas par ailleurs que les deux autorités de surveillance concernées collaborent volontiers dans ce domaine. C'est probablement là que le bât blesse. En d'autres termes, les investigations que le GAAM a menées ne permettent pas de s'assurer qu'il n'y a pas de transferts illicites entre l'assurance de base et les assurances complémentaires.

D'autres aspects qui accroissent l'opacité des comptes est la création de «*caisses bon marché (billige Kassen)*» destinées à recruter les bons risques, alors que la caisse «*d'origine*» va gérer, pratiquement sans nouvelles entrées, un effectif de personnes devenant de plus en plus âgées. Là aussi, deux entités juridiques ou même davantage existent alors qu'il n'y en a qu'une seule sur le plan économique.

Un autre phénomène contribue au manque de transparence dans le secteur des frais de gestion. Il s'agit de la création de sociétés de services qui effectuent, sur la base de contrats de sous-traitance, les opérations de gestion, notamment informatiques, pour les assureurs du même groupe économique. Les frais ainsi facturés (et pourquoi pas surfacturés) échappent au contrôle des autorités de surveillance.

Enfin, au niveau du calcul des primes, la remarque suivante s'impose: sans entrer dans le calcul des différentes positions du tarif, le calcul des primes repose toujours sur une série d'estimations de différents éléments tels que l'effectif des assurés, les prestations payées, les provisions pour sinistres en suspens à constituer pour n'en citer que quelques-uns. Mais, à aucun moment, nous ne voyons apparaître, dans le processus actuel, un contrôle a posteriori du calcul de ces différents éléments. Aussi, proposerons-nous au chiffre 4.6 une manière d'améliorer le reporting sur ce point précis.

4. Améliorations possibles sans remise en cause du système

4.1 Remarque introductive

Au chapitre 3, nous avons relevé les dysfonctionnements et les effets pervers du système actuel considérés du point de vue de la technique d'assurance. Dans le présent chapitre, nous allons présenter, toujours en considérant uniquement les aspects liés à la technique d'assurance, les améliorations qui pourraient être apportées au système actuel pour l'améliorer sensiblement d'un point de vue assurantiel, sans remettre en cause fondamentalement le système et l'existence des CAM.

4.2 Uniformisation des primes par canton

Les intentions du législateur à la base de la LAMal ont été rappelées au chapitre 2. L'une de ces intentions est la possibilité donnée aux CAM de différencier les primes par canton, voire par région à l'intérieur d'un canton. Si le canton semble être une bonne base de référence pour la détermination d'une prime uniforme dans le domaine de l'assurance sociale, la segmentation par région à l'intérieur d'un canton est de nature à réduire la transparence du système.

Il est vrai que les comportements des individus peuvent varier d'un endroit à l'autre. Le mode de vie des citoyens peut être en effet fort différent de celui des personnes habitant la campagne. Mais, en Suisse, le particularisme cantonal est suffisamment marqué pour que le canton représente une entité relativement uniforme s'agissant des habitudes comportementales.

Dans ce pays, l'identification de la population au canton est très forte et peut suffire à justifier la raison d'une tarification cantonale de l'assurance maladie, sans oublier par ailleurs que l'égalisation des risques se fait d'autant mieux que le nombre des assurés est plus élevé.

4.3 Redéfinition du rôle et du niveau des réserves

Selon l'article 78, alinéa 1, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie, les assureurs «*doivent disposer en tout temps d'une réserve de sécurité*». Le montant minimal de cette réserve dépend du nombre d'assurés et est précisé à l'alinéa 4 du même article.

Remarquons tout d'abord que la rédaction de cet article est pour le moins contradictoire: si l'assureur doit disposer de cette réserve «*en tout temps*», il ne peut donc jamais l'utiliser, quelles que soient les circonstances. La rédaction de l'article incite donc l'assureur à disposer d'une réserve largement supérieure au montant minimal imposé, de sorte qu'il soit certain de pouvoir faire face à toutes les éventualités.

Il est bien évident qu'un système d'assurance autofinancé doit disposer, en plus des primes, d'une réserve permettant de faire face aux fluctuations aléatoires inhérentes au risque assuré. L'importance de ces fluctuations aléatoires dépend du type de risque assuré. En simplifiant, on peut identifier deux facteurs techniques, spécifiques à chaque type de risque, qui peuvent avoir comme conséquence des fluctuations de très grande amplitude dans les résultats:

- La durée contractuelle moyenne des engagements de l'assureur: en assurance-vie ou en assurance de pensions par exemple, l'évaluation des coûts futurs est rendue fortement aléatoire à cause de la durée des engagements.
- La volatilité annuelle du risque considéré: en assurance des éléments naturels par exemple, un orage de grêle peut, en quelques minutes, occasionner des coûts correspondant à plusieurs années de primes.

A ces deux facteurs techniques s'ajoute évidemment le risque financier dans les systèmes d'assurance qui exigent des provisions élevées.

Force est de constater que, par rapport à ces facteurs techniques, l'assurance maladie obligatoire est une branche d'assurance relativement peu «*dangereuse*», à l'exception du risque de pandémie que nous traitons par la suite. De plus, le système de financement basé sur la répartition des dépenses n'impose pas de provisions très conséquentes, comparativement à d'autres branches d'assurance, de sorte que le risque financier reste en principe également limité. Les fluctuations «*ordinaires*» devraient être couvertes par la réassurance, tout particulièrement pour les petites caisses, et seraient certainement réduites si un pool des risques spéciaux, tel qu'il est décrit dans le paragraphe suivant, pouvait être mis en place.

Pour ce qui concerne les fluctuations potentielles de grande amplitude, nous ne pouvons identifier que trois scénarios qui pourraient obliger un assureur à utiliser tout ou partie de sa réserve pour équilibrer les résultats:

- un renchérissement des coûts de la santé exceptionnel et inattendu pendant les deux années qui séparent le calcul des primes et le bouclement;
- une pandémie;
- un déséquilibre des résultats d'un assureur engendré par le système lui-même, par exemple à la suite de l'arrivée ou du départ d'un nombre trop important d'assurés.

A notre avis, la réserve propre à chaque assureur ne devrait être calculée que sur la base du premier de ces scénarios. L'ordonnance devrait préciser un pourcentage minimal et un pourcentage maximal de cette réserve. On peut remarquer que, étant donné la nature de ce risque, ce pourcentage ne devrait pas dépendre du nombre d'assurés.

Pour ce qui concerne le risque de pandémie, de la gravité attendue d'une grippe aviaire par exemple, il faut remarquer qu'une solution de pool ne permettrait pas de diminuer le montant global nécessaire pour y faire face. De par la nature de ce risque, toutes les caisses seraient en effet immanquablement atteintes au même moment. En fonction de la gravité d'une pandémie, les coûts pourraient atteindre des niveaux extrêmement élevés, probablement largement supérieurs au minimum légal des réserves imposées par la législation actuelle.

Il n'est donc pas raisonnable, dans une assurance sociale, d'imposer des réserves importantes, et donc de transformer des institutions à but non lucratif en «*gestionnaires de fortune*», pour faire face à un événement tout à fait exceptionnel et qui aurait, de toute évidence, des conséquences importantes pour l'ensemble de la société et, en particulier, pour toutes les assurances sociales. A notre avis, pour des cas exceptionnels de cette nature, seul l'Etat peut, après avoir déclaré une situation d'urgence, offrir une garantie financière suffisante (comme pour le risque de guerre). Enfin, si le troisième scénario devait exiger des capacités financières spécifiques, ce serait la démonstration évidente des dysfonctionnements du système en vigueur.

Nous estimons en outre que la législation devrait prévoir la possibilité de constituer des réserves d'égalisation des primes totalement séparées de la réserve de sécurité et ventilées selon les zones tarifaires. L'utilisation de ces réserves d'égalisation doit être un élément constitutif du schéma de calcul des primes soumis à l'approbation des autorités de surveillance. Il n'est ni logique, ni acceptable que, comme c'est le cas actuellement, ce soit une «*réserve de sécurité*» qui remplisse cette fonction.

Nos propositions peuvent donc être résumées de la manière suivante:

- renforcement de l'obligation de réassurance et création d'un pool des risques spéciaux pour réduire les fluctuations des résultats;
- réserve de sécurité définie par un pourcentage minimal et un pourcentage maximal et dont la fonction se limite à couvrir le risque d'un renchérissement inattendu des coûts de la santé;
- garantie de l'Etat dans le cas d'une pandémie d'une ampleur exceptionnelle;
- création de réserves d'égalisation par zone tarifaire qui deviennent un élément explicite dans le schéma du calcul des primes.

4.4 Pool des risques spéciaux

Les statistiques montrent que les coûts de la santé, au niveau de l'individu, se concentrent en grande partie dans la dernière partie de la vie. Les deux à trois dernières années de la vie concentrent en moyenne les 80% environ des coûts de la santé occasionnés par chaque individu pris séparément. Dans le domaine de la santé, il existe par ailleurs des mauvais risques représentés par les personnes qui sont beaucoup plus malades en moyenne que les autres ou qui sont atteintes d'affections chroniques ou graves qui génèrent des coûts annuels élevés. Ce sont les cas lourds qui le deviennent dès que le coût annuel des soins qui les concernent dépasse un certain montant (CHF 50'000.- par exemple). Enfin, il existe dans le domaine de la santé des assurés qui présentent des situations personnelles hors normes, lesquelles nécessitent une attention particulière à cause notamment de leur manque d'uniformité et des problèmes financiers spécifiques qu'ils posent. Nous pensons notamment aux requérants d'asile et aux autres personnes qui émargent lourdement aux budgets sociaux de l'assistance publique.

La concurrence entre les CAM préconisée par le système actuel devrait permettre d'éviter une concentration des mauvais risques dans les mêmes caisses d'une part, et le système de compensation des risques devrait permettre d'introduire une certaine égalisation des coûts entre les CAM d'autre part. Nous avons rappelé aux chiffres 3.2 et 3.4 qu'il n'en est rien.

Le GAAM est d'avis que la situation actuelle de l'assurance maladie pourrait être améliorée en créant, au niveau national, un pool des risques spéciaux couvrant les catégories de personnes évoquées précédemment. Le pool déterminerait avec une année de décalage le coût de son fonctionnement (frais + prestations payées). Ce coût total serait ensuite transformé en coût unitaire du pool en le divisant par le nombre total de personnes assurées à l'assurance maladie, hormis les personnes assurées par le pool. Il serait ensuite répercuté sur les CAM en fonction de leur nombre d'assurés.

S'agissant des personnes âgées, pour des raisons de simplifications administratives, elles pourraient être prises en charge par le pool quel que soit leur état de santé à partir de l'âge de 80 ans par exemple.

Le pool des risques spéciaux devrait permettre dans une grande mesure de pallier les reproches faits au système actuel, à savoir la concentration des bons risques dans certaines caisses et l'inefficacité du système de compensation des risques appliqué.

4.5 Contrôle accru de l'Etat cantonal

L'enquête que le GAAM a menée a montré que les cantons n'ont pas actuellement à disposition les informations comptables et statistiques nécessaires pour pouvoir exercer un contrôle efficace sur l'évolution des coûts de la santé. Il convient absolument dans ce domaine d'améliorer la transparence en uniformisant d'abord les sources et le contenu des données, en définissant ensuite un compte d'exploitation tel que celui présenté au chiffre 4.6, et en établissant enfin un plan comptable détaillé et exhaustif avec un contenu des rubriques précis et uniformisé. Une annexe aux comptes telle que celle que l'on trouve dans le 2^e pilier avec l'application de la norme comptable RPC 26 pourrait par ailleurs contenir des informations ou explications complémentaires utiles. Il s'agit également de mettre en place une comptabilité analytique détaillée par genre de prestation. Des exigences concernant la séparation des activités entre l'assurance de base et les assurances complémentaires, ainsi que des instructions précises s'agissant des placements de la fortune des CAM pourraient compléter le tout.

Pour parvenir à une démarche qui fasse l'objet d'un consensus entre l'OFSP, les CAM et les cantons, il faut qu'un groupe de travail, composé de spécialistes hors lobbies, mais reconnus pour leurs compétences, établisse un projet complet soumis par la suite à l'appréciation des parties concernées, notamment les cantons. Cette nouvelle approche devrait conduire absolument à une uniformisation des résultats servant à l'analyse de l'OFSP et des cantons.

A défaut d'être plus étendu qu'actuellement, le contrôle de l'Etat cantonal serait, avec cette nouvelle approche, moins frustrant et plus utile puisque les résultats publiés seraient uniformisés et reconnus par tous. Ainsi, l'analyse particulière qui pourrait être faite par les cantons à partir des résultats d'un exercice donné devrait déboucher sur la mise en évidence de bonnes questions et de vrais problèmes. Et comme tout problème a une solution, on éviterait, comme c'est le cas actuellement, de discuter sur la base de résultats différents tant au niveau de la nature que du contenu.

4.6 Amélioration du reporting financier et comptable

Comme indiqué sous chiffre 3.5 in fine, le GAAM est d'avis qu'un système de contrôle a posteriori des primes est indispensable. Ce système, appelé «*Système tarifaire fermé*», est en règle générale appliqué dans les assurances sociales. Actuellement, les assureurs calculent des provisions techniques pour sinistres en suspens qui sont des estimations entrant dans le calcul des primes d'abord, puis figurent au bilan ensuite. Elles sont un des éléments constitutifs de la prime. Etant donné que le système de financement retenu est celui de la répartition des dépenses, ces provisions techniques se limitent pratiquement aux provisions à constituer pour les prestations dispensées mais non encore facturées. En séparant

dans les comptes les résultats relatifs à l'exercice considéré et le développement des provisions du/des exercices antérieurs, nous arrivons à mesurer la suffisance ou l'insuffisance des provisions techniques.

A notre avis, le résultat de l'opération précitée doit être pris en compte dans le calcul des primes. Si les primes ou les provisions pour sinistres ont été calculées de manière trop pessimiste, il en ressort en effet un bénéfice de liquidation des sinistres. Et les primes étant payées par les assurés, les excédents doivent, dans un système d'assurances sociales, retourner aux assurés sous forme de rabais de primes et ne pas aller alimenter les réserves (de fluctuation) des assureurs, ce qui semble être le cas dans le système actuel, comme l'a montré l'évolution du niveau des réserves dans les cantons de Genève et Vaud ces dernières années.

Nous proposons dans le tableau de la page suivante un schéma de présentation sous la forme d'un compte d'exploitation fictif pour l'année 2008. Ce schéma est comparable à celui imposé aux assureurs LAA (assurance accidents). Les chiffres de ce tableau sont fictifs. Ils donnent néanmoins un aperçu concret de notre proposition. Les lignes A à E représentent les chiffres relatifs au dernier exercice. Les lignes F à K représentent le développement au cours de l'exercice des provisions constituées pour sinistres en suspens à la fin de l'exercice précédent. Les lignes L et M donnent la synthèse des deux éléments précédents.

Actuellement, les chiffres fournis par les assureurs regroupent les données de l'exercice et celles des exercices précédents. Il en est de même pour les provisions pour sinistres en suspens, de sorte qu'il n'est pas possible de vérifier l'adéquation entre les provisions constituées et les coûts effectifs. Dans notre exemple, le montant de la ligne I de CHF 61'565.- devrait être intégré dans le calcul des primes de l'année 2010. Les primes de l'année 2009 étant en effet déjà fixées au moment de l'établissement du compte d'exploitation 2008, il n'est pas possible de reporter l'excédent constaté sur ces primes.

	Rubriques	Montants
A	Primes acquises 2008	2'334'825
B	Paiements pour sinistres survenus en 2008	1'234'875
C	Provisions pour sinistres en suspens survenus en 2008	876'000
D	Coût des sinistres survenus en 2008 (B + C)	2'110'875
E	Charge de sinistres de 2008 en % des primes (D / A)	90,41 %
F	Provisions pour sinistres en suspens au 1.01.2008	850'000
G	Paiements 2008 pour sinistres survenus dans les années antérieures	735'435
H	Provisions pour sinistres survenus dans les années antérieures en suspens au 31.12.2008	53'000
I	Bénéfice (+) ou perte (-) de liquidation [F – (G + H)]	61'565
J	Résultat de liquidation en % / Provisions début année (I / F)	7,24 %
K	Résultat de liquidation en % des primes (I / A)	2,64 %
L	Charge de sinistres de l'exercice (D – I)	2'049'310
M	Charge de sinistres en % des primes (L / A)	87,77 %

4.7 Franchises

Dans tout système d'assurance, la raison d'être d'une franchise, assumée par l'assuré, est de diminuer les coûts liés aux petits sinistres dont la gestion est parfois onéreuse en regard du montant du sinistre, et d'inciter à la prévention. Dans le cas de l'assurance maladie, la franchise incite aussi à ne pas abuser des services médicaux.

Dans l'état actuel des choses, une partie des coûts médicaux de la population en Suisse n'est pas comptabilisée. Dans le cadre du tiers garant, si certaines personnes envoient systématiquement à leur caisse maladie toutes les factures liées à leurs soins médicaux, une majorité, très probablement, des personnes qui prévoient ne pas atteindre la franchise durant l'année, ne transmettent pas ces factures. Ces coûts ne sont donc pas comptabilisés.

Il est bien connu que, dans la plupart des pays occidentaux, il existe une «*inflation médicale*». Cette inflation est généralement supérieure à l'inflation correspondant à l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Cette comparaison, inflation générale versus inflation médicale, n'est cependant pas notre propos. Ici, nous désirons mettre en évidence un phénomène bien connu dans le monde de l'assurance: l'effet de levier de l'inflation. En deux mots, ce phénomène, qui se produit lorsqu'on a une franchise de montant fixe alors que les sinistres eux subissent une inflation, consiste dans le fait d'observer une augmentation des sinistres indemnisés supérieure à l'inflation elle-même.

Le mécanisme est celui-ci: lorsqu'il y a inflation, les sinistres qui étaient déjà au-dessus de la franchise en début d'année connaissent une augmentation égale au taux d'inflation. Donc, si le montant total des sinistres était de M , un an plus tard, ces mêmes sinistres coûtent $M \times (1 + f)$, où f est le taux d'inflation. Cependant, comme il y a inflation, une partie des sinistres dont le montant était inférieur à la franchise dépasse, un an plus tard, le seuil de la franchise. Ce nouveau montant qui excède la franchise vient s'ajouter à celui des sinistres dont le montant franchissait déjà la franchise. Il en résulte un taux observé d'inflation supérieur à l'inflation «*réelle*» qui touche tous les sinistres. Ce taux d'inflation observé se calcule ainsi:

$$f^* = (X + M \times f) / M$$

où X est le total des montants des excédents des sinistres qui sont supérieurs à la franchise à cause de l'inflation f (et qui ne l'auraient pas été s'il n'y avait pas eu d'inflation), et f^* est l'inflation observée sur le total payé par l'assureur. Il est évident que si X est positif, f^* est supérieur à f .

Ce phénomène est donc appelé «*effet de levier de l'inflation*» car on observe une amplification de l'inflation sur les sinistres à la charge de l'assureur. Une façon de faire disparaître ce phénomène consiste à indexer systématiquement le niveau des franchises avec le niveau de l'inflation médicale correspondant.

Or, en pratique, pour des raisons de simplicité (entre autres, les gens préfèrent les chiffres ronds), les niveaux des franchises ne sont pas changés pendant plusieurs années. On ne les change, ultimement, que lorsqu'ils deviennent clairement beaucoup trop bas pour que la franchise joue son rôle, ou pour des raisons qui n'ont rien à voir avec l'inflation.

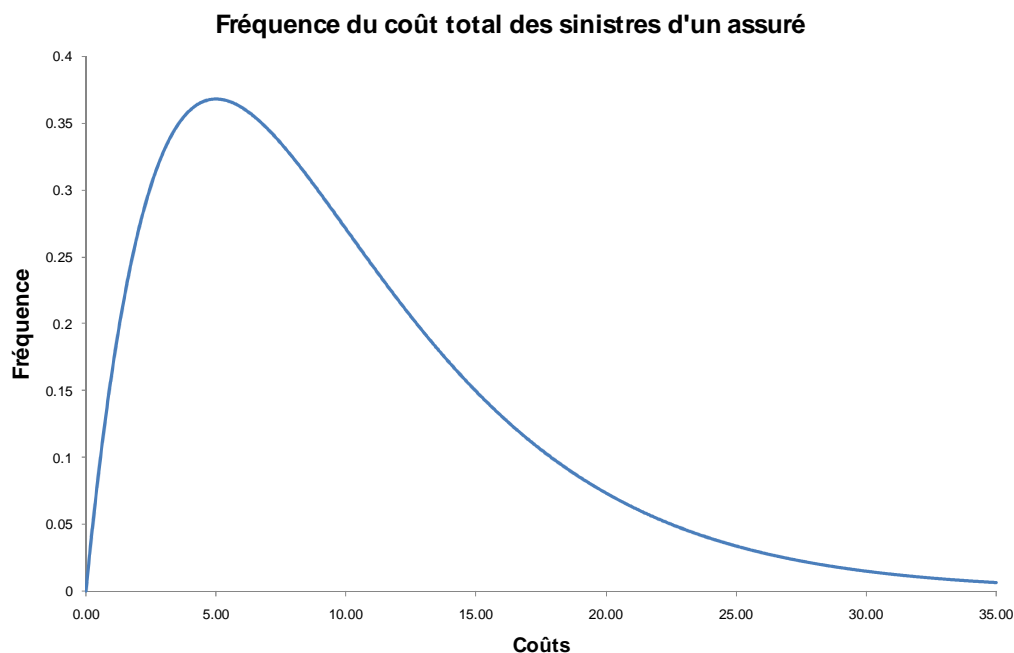
En Suisse, ce phénomène joue certainement un rôle dans l'accroissement des coûts observés de l'assurance maladie. En estimer l'ampleur n'est pas une chose aisée, bien que probablement réalisable, car il y a plusieurs niveaux de franchises dites «à option» et on ne connaît pas la répartition des coûts médicaux qui ne sont pas déclarés aux CAM.

Quoi qu'il en soit, en examinant quelques exemples, on peut présumer que l'effet de levier de l'inflation est probablement non négligeable et explique en partie l'augmentation souvent plus forte que prévue des coûts médicaux en Suisse.

Les deux exemples présentés ci-après reposent chacun sur une distribution des coûts annuels d'un assuré isolé unique. Le coût moyen, dans les deux exemples, est de dix (10) unités²¹, mais le mode²² de la distribution est de cinq (5) unités dans le premier, donc non nul, alors qu'il est nul dans le second.

Exemple 1:

Voici la représentation graphique de la distribution des coûts et le tableau des résultats de l'augmentation en % des coûts en fonction de l'inflation médicale et de la franchise dans l'exemple 1.



²¹ Unité monétaire quelconque.

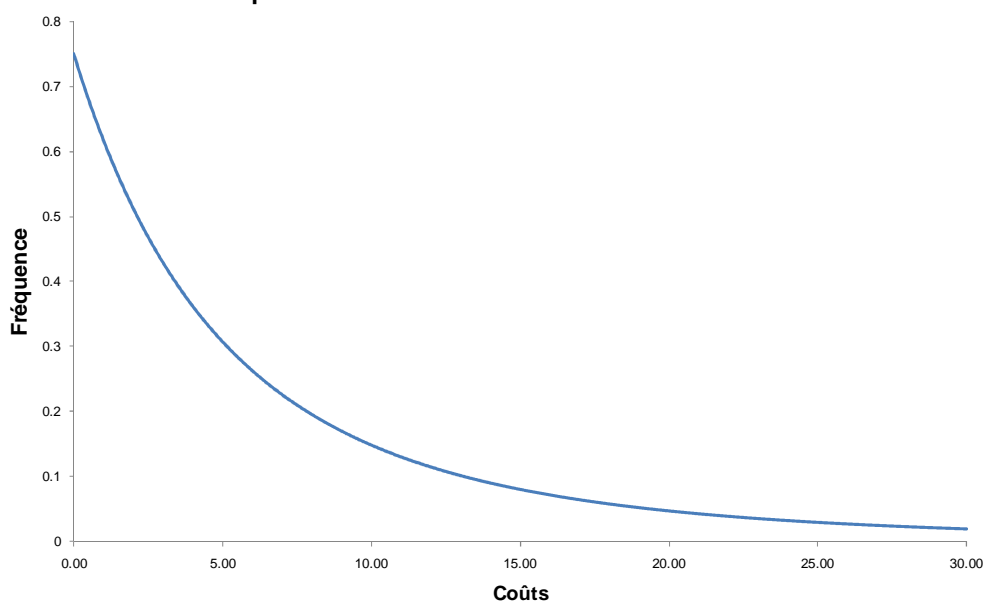
²² Valeur d'un caractère quantitatif ayant la fréquence la plus élevée.

Augmentation en % des coûts selon franchise						
Inflation	0	2	4	6	8	10
1,0 %	1,00	1,02	1,12	1,29	1,53	1,80
2,0 %	2,00	2,04	2,24	2,59	3,05	3,60
3,0 %	3,00	3,06	3,36	3,88	4,57	5,40
4,0 %	4,00	4,08	4,47	5,16	6,09	7,20
5,0 %	5,00	5,10	5,59	6,45	7,61	9,00

Les lignes du tableau précédent correspondent à des niveaux d'inflation médicale de 1%, 2%, 3%, 4% et 5%. Les colonnes indiquent les niveaux de franchise. Une franchise de zéro correspond à une absence de franchise. Dans cet exemple, le coût moyen, avant franchise et inflation, est de dix (10) unités. On voit, par exemple, que l'inflation observée sur les sommes payées est de 1,53% si l'inflation est de 1% et la franchise de 8 unités. Si la franchise est de dix (10) unités, soit égale au coût moyen, et que l'inflation est de 4%, on observe une inflation de 7,20% sur les sommes payées, soit une inflation supérieure de 80% à l'inflation sur l'ensemble des sinistres. Avec une autre répartition des coûts, les résultats peuvent être sensiblement différents mais l'effet de levier de l'inflation est toujours présent.

Exemple 2:

Fréquence du coût total des sinistres d'un assuré



Augmentation en % des coûts selon franchise						
Inflation	0	2	4	6	8	10
1,0 %	1,00	1,04	1,12	1,22	1,31	1,40
2,0 %	2,00	2,08	2,25	2,44	2,62	2,80
3,0 %	3,00	3,12	3,37	3,66	3,94	4,21
4,0 %	4,00	4,17	4,50	4,87	5,25	5,61
5,0 %	5,00	5,21	5,62	6,09	6,56	7,02

Le coût moyen est de dix (10) unités dans l'exemple 2. Cependant, l'effet de levier de l'inflation est moins fort que dans le premier exemple. Il est toutefois substantiel pour les niveaux de franchises élevés.

Il est donc important que les assureurs maladie et la population en général soient conscients de ce phénomène. Phénomène qui peut expliquer, en partie, pourquoi les coûts à la charge des CAM augmentent toujours plus que l'inflation médicale. Pour mesurer l'effet de levier effectif de l'inflation médicale en Suisse pour une année donnée, il faudrait obtenir la répartition des assurés entre les diverses franchises et disposer d'estimations de la distribution des coûts annuels (particulièrement sous le niveau de la franchise).

En conséquence, la seule solution pour éviter le phénomène que nous venons de décrire consiste à adapter les franchises à l'évolution de l'inflation médicale.

5. Modification fondamentale du système

5.1 Caisse maladie cantonale

5.1.1 Modèle

Partant du triple constat de l'échec de la concurrence entre les CAM voulue par la loi comme instrument régulateur du système, de l'insatisfaction croissante de la population envers le système actuel dont le prix ne cesse de croître, et finalement de l'insatisfaction des autorités cantonales, le GAAM a étudié des modèles qui devraient permettre de corriger les défauts majeurs constatés dans le système actuel. Parmi ces modèles, celui de la caisse maladie cantonale (CMC) est exposé en détail parce qu'il a la préférence du GAAM et qu'il permet de résoudre en grande partie les dysfonctionnements décrits au chapitre 3. A noter toutefois que la proposition du GAAM s'écarte sensiblement des modèles de caisse cantonale qui ont été proposés jusqu'à maintenant par différents acteurs de l'assurance maladie.

5.1.2 Description

La caisse maladie cantonale ou inter cantonale²³ imaginée par le GAAM a la forme d'une institution de droit public indépendante qui agit en tant qu'organe d'application de la LAMal. Son statut juridique doit lui permettre de remplir sa mission de droit public, tout en conservant son indépendance vis-à-vis du pouvoir politique. Elle est administrée par un Conseil d'administration représentatif des divers milieux concernés.

La CMC collabore avec le canton dans la gestion d'une assurance obligatoire des soins (AOS), sociale et transparente. Elle prend en charge tous les assurés du canton et récolte des statistiques sur l'ensemble de cette population. Elle calcule les primes nécessaires à l'équilibre du système. Elle garantit la solidarité entre les différentes classes de la population.

²³ Le nouveau système pourrait très bien laisser la possibilité aux cantons, notamment aux petits cantons, de créer, sur la base d'un concordat, une caisse pour plusieurs cantons.

Les primes sont calculées par tête, comme actuellement, avec des primes particulières pour les enfants et les jeunes en formation. Les subsides pour bas revenus sont maintenus. La CMC encaisse les primes et paie les prestations, comme le font déjà les CAM actuelles. Aucune caisse supplétive n'est nécessaire, puisque tout le monde est couvert, aussi bien les cas lourds (plus de CHF 50'000.- par an), que les cas particuliers (requérants d'asile, malades chroniques, etc.)²⁴. La sélection des risques interdite par la loi, mais qui gangrène malgré tout le système actuel, disparaît ainsi naturellement.

La CMC gère un fonds de réserve cantonal dont le but serait exclusivement d'égaliser les coûts d'une année à l'autre, d'éviter la détresse financière de la caisse et de parer à un manque de liquidités. Rappelons que, dans le système actuel, les réserves ne suivent pas l'assuré qui les a constituées en cas de changement de caisse. De plus, elles posent d'énormes problèmes aux caisses accueillant beaucoup de nouveaux assurés. Ce défaut majeur du système est donc éliminé avec la CMC. A noter que le transfert d'une partie de la réserve en cas de passage de l'assuré à une autre CMC ne serait pas nécessaire, les entrées et sorties ayant sur le moyen terme tendance à se compenser.

Des franchises variables sont maintenues, mais sous une forme améliorée par rapport à la pratique actuelle. Elles sont notamment indexées chaque année à l'évolution de l'inflation médicale.

Le système actuel du tiers garant, dans lequel le patient doit faire l'avance des coûts médicaux, posant des problèmes d'accès aux soins, une généralisation du système du tiers payant doit le remplacer. L'argument de la déresponsabilisation de l'assuré apparaît en effet comme moins pertinent dans un modèle d'AOS régulé au niveau cantonal.

L'introduction d'une carte de santé doit sérieusement être envisagée par ailleurs. Elle permettrait de mieux contrôler la consommation et d'éviter des gaspillages, tels que les diagnostics et traitements redondants.

5.1.3 Rôle de l'Etat cantonal

Le canton exerce la surveillance du système de santé cantonal. Il planifie le secteur hospitalier et collabore étroitement avec la CMC dans des domaines tels que la récolte et le traitement des statistiques, l'élaboration des tarifs, les négociations tarifaires, etc.

Le canton vérifie l'application correcte de la loi par la CMC. L'Etat cantonal est soumis à son tour à la haute surveillance fédérale, chargée de la coordination de la politique de la santé au niveau suisse et fonctionnant comme autorité administrative de recours.

²⁴ On pourrait toutefois admettre également dans le système proposé un pool des risques pour les cas lourds organisé au niveau national (cf. chiffre 4.3).

5.1.4 CAM existantes

Les CAM existantes peuvent continuer à pratiquer l'assurance obligatoire des soins, par le biais d'un mandat de gestion qu'elles reçoivent de la CMC. Elles ne portent bien sûr aucun risque, mais elles doivent encaisser les primes et payer après contrôle les prestations pour le compte de la caisse cantonale. Elles sont rémunérées pour le travail qu'elles effectuent pour celle-ci, sur la base d'un cahier des charges précis.

La CMC vérifie le respect du cahier des charges par le biais d'audits périodiques effectués auprès des caisses auxquelles elle a confié un mandat de gestion. Les CAM qui ne respectent pas le cahier des charges se voient retirer le mandat de gestion par la CMC.

Les bases de la rémunération des CAM peuvent s'exprimer en francs par assuré, au nombre de factures réglées, ou selon un autre système. On peut envisager par exemple un appel d'offres qui serait adressé aux CAM intéressées à la pratique de l'AOS pour l'attribution de ces mandats de gestion. Toutes les caisses qui seraient alors d'accord de s'aligner sur l'offre la plus intéressante pourraient recevoir un mandat de gestion.

Les CAM continuent de commercialiser et de gérer les assurances complémentaires pour leur propre compte, librement selon leur propre politique commerciale. Il faudra toutefois, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, prévoir une séparation des tâches afin de respecter la confidentialité des informations conformément à la loi sur la protection des données.

L'intérêt pour les CAM d'offrir l'AOS sous mandat de la CMC est évident: elles offrent un service complet à leur clientèle et disposent en même temps d'une vitrine pour présenter au public leur efficacité, leur compétence et la qualité de leur gestion.

5.1.5 Avantages du modèle

La concurrence entre caisses, un non-sens pour une assurance sociale, n'existe plus. Ou plutôt, la concurrence se recentre sur la qualité des services offerts pour un prix qui est fixé au niveau cantonal. En d'autres termes, le client peut vraiment choisir la caisse maladie la plus performante en se basant sur la qualité de la prestation de services offerte.

Chaque caisse est incitée à la performance, puisque la qualité du service qu'elle offre pour l'assurance de base (la rapidité de remboursement par exemple) est un argument de vente pour ses propres assurances complémentaires. La sélection des risques, interdite par la loi mais pratiquée actuellement sous diverses formes déguisées, disparaît automatiquement.

Pour l'AOS, plus de commissions à payer, ni de publicité à financer directement ou indirectement. Chaque franc est utilisé à bon escient pour la réalisation du but fixé.

Les différences de primes, témoins de l'échec actuel de la régulation du marché par la concurrence, sont abolies. Rappelons encore que ces différences au sein d'une même région tarifaire ne sont absolument pas justifiables et sanctionnent l'impuissance du système de compensation des risques mis en place actuellement.

Le système de compensation des risques actuel, défaillant, disparaît ainsi, n'ayant plus sa raison d'être puisque la solidarité et la compensation des risques sont assumées par une CMC qui aurait, par exemple, près de 700'000 assurés dans le canton de Vaud.

La CMC, avec délégation de mandat aux CAM existantes, va mettre fin aux nombreux et coûteux changements de caisses qui ont lieu chaque année dans le système actuel. Mieux que cela, le système de délégation de gestion par la CMC va faciliter le changement de caisse à ceux ou celles qui le souhaitent, puisqu'il ne va s'agir, en fin de compte, que d'un changement de gestionnaire, le porteur de risque, la CMC, restant le même. Le transfert d'une CMC à l'autre ne devrait pas poser de problème et ne nécessitera pas de transfert de réserve d'une caisse à l'autre, le rôle de la réserve se limitant dans la CMC à un rôle d'égalisation des primes.

La délégation de mandats aux CAM existantes permet d'éviter la création d'un organe étatique complexe d'une part, et de garantir l'emploi des collaborateurs qualifiés travaillant actuellement dans ces caisses d'autre part.

En ce qui concerne les négociations tarifaires entre assureur et prestataires de soins, elles seront sans aucun doute menées de manière plus efficace au niveau cantonal. Elles gagneront en rapidité et aussi en qualité, surtout si elles permettent par exemple la mise en place d'un Managed Care, approche qui semble impossible à réaliser dans le cadre du système actuel.

Les chapitres précédents ont mis en évidence le manque de transparence de la gestion de l'assurance maladie, en particulier en ce qui concerne la détermination des primes. Comme la CMC aura accès à toutes les statistiques au niveau cantonal, elle pourra sans difficulté mettre sur pied un tarif transparent, expliquant lorsque cela s'avère nécessaire les causes spécifiques des augmentations des coûts de la santé et prenant, le cas échéant, les mesures adéquates pour y remédier (prophylaxie par exemple).

Finalement, l'avantage majeur de la CMC apparaît dans le fait que l'esprit de la LAMal, assurance sociale, donnant à tous l'accès aux prestations d'assurance maladie de base, avec une solidarité entre jeunes et vieux, malades et bien portants, est garanti avec un tel système.

5.1.6 Désavantages du modèle

La création de caisses maladie cantonales va donner un énorme pouvoir et une responsabilité non moins importante aux autorités cantonales. Une planification trop rigide peut engendrer une pénurie des services de santé, comme on le voit dans plusieurs pays (en France par exemple), dans lesquels même les services d'urgences n'arrivent plus à répondre à la demande.

Une vision à long terme, éclairée par le sens du bien commun et dépourvue des biais que pourrait engendrer une position dogmatique, est la condition du succès du système de santé préconisé.

Aussi, une attention particulière devra être portée au fait que le canton se retrouve «*juge et partie*» dans la gestion et la planification du système hospitalier. A ce niveau aussi, une solution doit être trouvée, peut-être sous la forme d'une commission de contrôle multipartite.

5.1.7 Bilan

Malgré les quelques réserves mentionnées précédemment, lesquelles ne sont toutefois pas de nature à remettre en cause le modèle, mais suggèrent plutôt des précautions et diverses mesures régulatrices à mettre en place, il faut admettre que le modèle proposé permet de corriger la plupart des défauts et dysfonctionnements de l'assurance maladie telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Certes, la transition ne sera pas aisée. Il faut en effet être conscient des difficultés techniques et juridiques qui sont un préalable à la mise en place d'un tel modèle. Il reste aussi bien sûr des questions à résoudre et des options à prendre, mais le principe général de la CMC est convaincant pour le GAAM.

5.2 Autres systèmes examinés

5.2.1 Caisse unique fédérale

La solution proposée au chiffre 5.1 peut s'apparenter à la caisse unique cantonale, avec quelques aménagements pour tenir compte de la situation actuelle du marché de l'assurance maladie et pour éviter un démantèlement de la distribution actuelle de l'assurance maladie.

Il serait tentant d'étendre un tel modèle à la Suisse entière, ce qui entraînerait une solidarité nationale par rapport aux coûts de la santé. Toutefois, dans notre système fédéraliste, où en particulier la planification hospitalière est de compétence cantonale, nous ne sommes pas certains de l'adhésion de la population à un système unique national. Rappelons en effet que les coûts de l'infrastructure hospitalière, part des coûts de la santé qui n'est pas prise en charge par l'assuré, sont financés par les cantons. En particulier, les hôpitaux de pointe qui ont une vocation universitaire supplémentaire ont des coûts de formation qui ne doivent pas être pris en charge par les coûts de la santé.

Il a cependant semblé au GAAM que l'aspect concurrentiel entre cantons pouvait subsister et que la caisse unique fédérale qui aurait pu facturer des primes différentes selon les cantons n'était pas une bonne solution.

5.2.2 Assurance maladie sur le modèle des caisses de compensation

Une autre possibilité serait d'inclure l'AOS dans un système social corporatif. Ainsi, on utiliserait les caisses de compensation ou des organismes liés aux caisses de compensation pour organiser l'assurance maladie. C'est en particulier une vision intéressante pour les salariés d'une même profession qui pourraient regrouper le 1er pilier, la prévoyance professionnelle et l'assurance maladie sous un même toit. Une telle solution nécessite vraisemblablement des modifications fondamentales du système comme par exemple la perception de la prime en fonction du revenu et des tarifs particuliers pour les personnes sans activité lucrative. Nous avons jugé que de telles options relevaient plus du domaine politique que du domaine actuariel et nous n'avons pas étudié ce modèle plus en détail

6. Conclusions

Si le GAAM est d'avis que le système actuel qui régit l'assurance maladie en Suisse peut être amélioré sensiblement, d'un point de vue actuariel et technique, sans forcément remettre en cause toute sa conception, notamment en repensant le but et le niveau des réserves, ainsi qu'en améliorant le reporting financier et comptable, il privilégie cependant à terme une refonte plus en profondeur du système. Ainsi, le GAAM propose la création de caisses cantonales ou inter cantonales utilisant les services administratifs des caisses existantes, lesquelles pourraient continuer à exploiter par ailleurs les assurances complémentaires. Ce nouveau système serait en effet le meilleur garant d'une plus grande transparence, d'une meilleure compensation et égalisation des risques, d'une plus grande efficacité au niveau de la détermination des primes, notamment s'agissant des négociations tarifaires avec les fournisseurs de soins, et d'une meilleure efficacité des contrôles, effectués pour l'essentiel au niveau des cantons.

Le GAAM se tient bien évidemment à disposition du pouvoir politique pour l'aider à trouver une solution satisfaisante à la gestion actuarielle de l'assurance maladie.

ANNEXE

Résumé de l'étude

**«Déterminants et évolution des coûts du système de sante en Suisse
– Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030»**

publiée en 2007 par l'Office fédéral de la statistique (OFS)

L'étude mandatée par la section santé de l'Office fédéral de la statistique (OFS) vise à obtenir une réponse à deux questions: quelles sont les principales causes de la hausse des coûts du système de santé et comment ces coûts vont-ils augmenter jusqu'à l'horizon 2030. Le rapport comprend donc deux parties. La première dresse l'état des connaissances sur les déterminants des coûts de la santé à partir de la littérature. La seconde décrit la méthode de prévision et présente les résultats.

Dans tous les pays développés, les dépenses de santé croissent plus vite que l'économie générale. Quelques pays (Finlande, Danemark, Autriche) contrôlent toutefois mieux la hausse des coûts que d'autres (Suisse, Etats-Unis). Dans une perspective de politique de santé, il est utile de connaître les causes de la croissance des dépenses. Il s'agit d'une question complexe car les facteurs explicatifs potentiels sont à la fois nombreux et interdépendants. Dans la plupart des travaux, les mêmes facteurs apparaissent: progrès dans la technologie médicale, attentes de la population, abaissement tendanciel du seuil à partir duquel on considère qu'une personne nécessite des soins, densité médicale, couverture d'assurance, allongement de l'espérance de vie, évolution de l'état de santé général.

Le vieillissement est une cause souvent évoquée de la hausse des coûts de la santé. La consommation médicale augmente en effet avec l'âge car non seulement la probabilité de recourir au système de santé mais aussi le volume de soins par patient sont plus élevés chez les personnes âgées. Cependant, les travaux menés en Suisse et à l'étranger montrent que le vieillissement ne contribue que pour une part relativement modeste - de l'ordre de 10 à 25% - à la hausse des coûts de la santé. L'impact attendu du vieillissement sur les dépenses dans 10 ou 20 ans dépend de la manière dont la santé générale et le degré d'incapacité des personnes âgées évoluera durant la même période. Les progrès dans la technologie sont toujours considérés comme un facteur explicatif important de la consommation médicale. L'arrivée des nouvelles techniques permet de traiter des maladies jugées auparavant incurables et de détecter plus vite certaines pathologies. S'il y a des innovations qui économisent les ressources, l'effet global du progrès technique est cependant une augmentation des dépenses. Il faut encore mentionner comme facteur de hausse des coûts le fait que l'on considère aujourd'hui comme pathologiques - donc nécessitant un traitement - des états ou des symptômes qui auparavant ne l'étaient pas.

La prévision porte sur l'ensemble des coûts du système de santé, que les dépenses soient à la charge des patients, des assurances sociales et privées ou de l'Etat. Elle repose sur l'hypothèse d'un cadre social et institutionnel inchangé et n'intègre donc pas les mesures possibles ou envisagées visant à stimuler l'efficacité et à réduire les coûts (fin de l'obligation de contracter²⁵ dans le domaine

²⁵ Note du GAAM: L'obligation de contracter impose aux caisses maladie de ne pas écarter de leurs prestations les médecins ou hôpitaux qu'elles jugent indésirables (trop chers ou reconnus comme poussant à la consommation médicale par exemple).

ambulatoire et hospitalier, autorisation des importations parallèles de médicaments...). Toutes les dépenses sont exprimées à prix constants de 2004, autrement dit sans tenir compte de l'inflation. Le scénario de référence se fonde sur la poursuite de l'évolution démographique observée dans le passé (scénario démographique moyen de l'OFS). La croissance des dépenses de santé par habitant, sans l'effet du vieillissement, est supposée identique à celle observée dans les premières années qui ont suivi l'introduction de la LAMal. L'effet combiné du vieillissement et de l'évolution de l'état de santé aux différents âges est estimé par simulation. La variante dans laquelle les années de vie gagnées le sont en bonne santé («*morbidité retardée*») aboutit logiquement à des prévisions de dépenses plus basses que la variante dans laquelle les années de vie gagnées le sont en mauvaise santé («*expansion de la morbidité*»). D'ici à 2030, les coûts de la santé seront multipliés par 2,2 dans l'hypothèse d'une amélioration de l'état de santé et par 2,4 si l'état de santé est inchangé. Ils atteindront 111,3 milliards de francs dans le cas d'une amélioration de la santé, avec une probabilité de 95 % d'être compris entre 96,4 et 128,5 milliards. Si les progrès de la médecine, l'évolution du niveau de vie et des comportements en matière de santé ne permettent de réduire la fréquence des maladies et des incapacités dans la vieillesse, les dépenses d'élèveront à 122,8 milliards, avec une probabilité de 95 % de se trouver dans un intervalle compris entre 106,4 et 141,8 milliards.

Remerciements

Les membres du GAAM transmettent leurs remerciements à l'Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale (ARTIAS) pour son soutien à la publication et à la diffusion du présent document.

Reproduction

Le présent document peut être reproduit en tout ou partie avec mention de la source. Il peut être téléchargé sur le site de l'ARTIAS: www.artias.ch, rubrique «*Dossier du mois*».