ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Rapport N° 62 28 mai 2013

—

du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif au postulat 2067.10 Benoît Rey/Pierre Mauron concernant la Caisse-maladie unique

Nous avons l'honneur de vous soumettre un rapport concernant la Caisse-maladie unique.

1. Le postulat

1.1. Résumé

Par postulat déposé et développé le 2 février 2010 (*BGC* p. 192), les députés Benoît Rey et Pierre Mauron ainsi que 36 cosignataires relèvent que le système de concurrence actuel entre les caisses-maladie ne fonctionne pas à satisfaction. Le résultat en est une pseudo-concurrence inefficace et coûteuse qui a pour corollaire de nombreuses défaillances, telles que la chasse aux bons risques par exemple, mais aussi la hausse des coûts de la santé.

Face à cette situation, les députés demandent au Conseil d'Etat une analyse sur la possibilité pour le canton de Fribourg, soit:

> de s'engager pour la création d'une caisse cantonale unique,
> de collaborer avec les cantons voisins pour la création d'une caisse régionale unique,
> d'évaluer les avantages d'une caisse unique Suisse (sur le modèle de la SUVA par exemple) et de voir comment soutenir un tel projet.

Une étude des modifications à introduire dans la LAMal pour une caisse cantonale ou régionale ainsi que l'élaboration d'un mode d'intervention au niveau fédéral pour obtenir ces changements sont demandées subsidiairement.

1.2. Réponse du Conseil d'Etat

Dans sa réponse, le Conseil d'Etat souligne qu'il est, tout comme les députés signataires, conscient que le système actuel de caisses-maladie instauré par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) n'est pas entièrement satisfaisant. Près de quinze ans après son introduction, des problèmes, comme la chasse aux bons risques, persistent.

Sur la question de savoir si le remplacement du système actuel par un système de caisse unique est la solution idéale au problème, les avis divergent fortement, aussi au sein de la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) qui analyse la question. Le Conseil d'Etat rapporte encore que différentes analyses et études sont en cours, notamment celle des cantons de la «GDK-Ost» (Conférence régionale des cantons de Suisse orientale et de la Principauté de Liechtenstein) qui ont mandaté le «Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)» pour mener une étude scientifique sur les avantages et les inconvénients liés à l'introduction d'un système de caisse-maladie unique cantonale ou régionale par rapport à la situation actuelle.

Le Conseil d'Etat met encore en exergue que l'introduction d'un système de caisse-maladie unique cantonal/régional ou suisse représenterait un changement fondamental du système de la LAMal aux nombreuses inconnues. Il est par conséquent indispensable d'évaluer soigneusement et au mieux les avantages liés à un changement aussi fondamental, mais aussi les inconvénients et les inconnues qui sont actuellement moins bien cernés, avant de prendre des décisions et afin d'éviter par la suite de mauvaises surprises, voire le recours à des décisions judiciaires. Il rappelle encore que le Conseil fédéral a mandaté le Département fédéral de l'intérieur pour élaborer et mettre en œuvre diverses mesures visant à renforcer la surveillance sur les assureurs-maladie, mesures qui devraient en définitive permettre d'aboutir à des primes qui correspondent aux coûts de la santé cantonaux.

Enfin, dans l'attente des résultats des études susmentionnées, le Conseil d'Etat a réservé sa position sur la caisse-maladie unique. Il lui importait de vérifier s'il existait des solutions permettant de supprimer ou, du moins, d'atténuer suffisamment les inconvénients du système actuel, sans le changer fondamentalement.

Au vote, en date du 9 décembre 2010, le postulat a été pris en considération par 40 voix contre 35, avec 0 abstention.

2. Contexte

2.1. Initiative populaire fédérale «pour une caisse publique d'assurance-maladie»

A la mi-mai 2012, l'initiative populaire pour une caisse publique d'assurance-maladie a été déposée à Berne. Celle-ci

prévoit la création d'une institution nationale d'assurance-maladie unique de droit public avec des agences cantonales ou intercantonales qui seront notamment chargées de la fixation des primes, de leur encaissement et du paiement des prestations. Les primes seront fixées par le canton et seront calculées sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale. Les organes de l'institution seront composés notamment de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations.

2.2. Le contre-projet indirect du Conseil fédéral

Dans sa détermination, le Conseil fédéral recommande de rejeter l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie». En revanche, il lui oppose un contre-projet indirect.

Ce contre-projet indirect comprend pour l'essentiel trois éléments. D'une part, il introduit une réassurance pour les très hauts coûts. D'autre part, il propose une amélioration de la compensation des risques, ce qui devrait réduire au minimum l'incitation pour les assureurs à sélectionner les risques dans l'assurance obligatoire des soins. Enfin, le Conseil fédéral propose la séparation de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire, qui devront être pratiquées à l'avenir par des entités juridiques distinctes. Cela impliquerait l'adoption de mesures visant à empêcher l'échange d'informations entre une caisse-maladie et une autre société du même groupe. Ainsi, le Conseil fédéral compte augmenter la transparence et combattre la sélection des risques. Le contre-projet fait cependant l'objet de critiques.

2.3. Initiative populaire fédérale «pour une caisse-maladie unique et sociale»

Rappelons ici qu'en mars 2007, le peuple suisse avait voté contre l'initiative «pour une caisse-maladie unique et sociale» une assurance sociale unique avec plus de 70%, Fribourg l'ayant rejetée à 63%. Cette initiative prévoyait non seulement l'introduction d'une caisse unique, mais aussi d'une prime en fonction du revenu.

2.4. Position du Conseil d'Etat

Le peuple sera amené à décider de la création ou non d'une caisse-maladie unique répondant déjà aux attentes des auteurs du postulat. Vu l'incertitude planant sur le dispositif fédéral, le Conseil d'Etat veille à ce que les décisions à prendre dans un proche avenir demeurent compatibles avec l'évolution possible du droit fédéral.

Par souci de pragmatisme, le Conseil d'Etat estime qu'à l'heure actuelle, il est prématuré de changer totalement le système de l'assurance-maladie, alors que le potentiel d'amélioration du système actuel n'est pas encore épuisé. La contre-proposition du Conseil fédéral va clairement dans la bonne direction en se focalisant sur la principale faiblesse du système actuel: la chasse aux bons risques. Elle propose des instruments qui permettront de diminuer les défaillances du système actuel sans porter atteinte à ses avantages, sous forme d'une amélioration de la compensation des risques, d'une réassurance pour les cas générant de très hauts coûts, avec une valeur seuil de 6 ou 12 fois le coût moyen ainsi qu'une séparation juridique plus claire entre assurance de base et assurance complémentaire. Si chacun des trois éléments devrait avoir une incidence positive sur la chasse aux bons risques, le 3^{e} élément va, au surplus, dans le sens d'une amélioration de la clarté du dispositif. Cette amélioration est d'autant plus importante que les assureurs exigent une amélioration de la transparence de la part des fournisseurs de prestations. Dès lors, il est normal que les assureurs répondent aux mêmes principes.

Le contre-projet indirect est en consultation jusqu'au 3 juin 2013. Estimant qu'il s'agit d'une solution qui préserve les qualités du système en vigueur, tout en répondant avec cohérence aux préoccupations du comité d'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie», le Conseil d'Etat souhaite axer son intervention sur l'aboutissement de ce modèle empreint de pragmatisme respectueux des institutions. Le contre-projet indirect devra encore emporter l'adhésion des Chambres fédérales et, en cas d'un référendum éventuel, celle du peuple. Pour éviter toute dispersion du débat qui pourrait affaiblir le contre-projet indirect, le Conseil d'Etat renonce à développer en parallèle un projet cantonal. Le Conseil d'Etat estime que des motifs techniques et stratégiques plaidaient clairement en faveur du modèle proposé par le contre-projet indirect à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie».

En revanche, pour répondre aux attentes des postulants et procéder comme annoncé dans la réponse du 16 novembre 2010 au postulat, le présent rapport présente quand même une analyse des possibles avantages et inconvénients liés à l'introduction d'une caisse unique au niveau cantonal, en particulier en se référant pour cela notamment à l'étude du WIG.

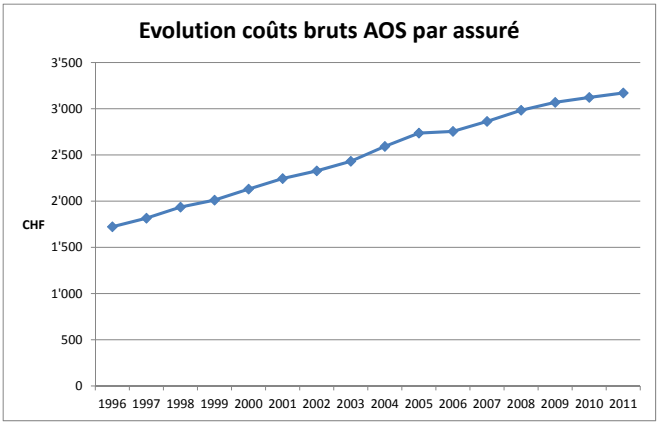
3. Les montants en question

Lors des discussions concernant la caisse-maladie unique, beaucoup de chiffres ont été avancés de part et d'autre. Il semble judicieux de rappeler quelques chiffres clés, mentionnés ci-dessous, qui se basent sur la statistique de l'assurance-maladie obligatoire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

3.1. Prestations brutes et frais administratifs/ amortissements des assureurs-maladie actifs dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

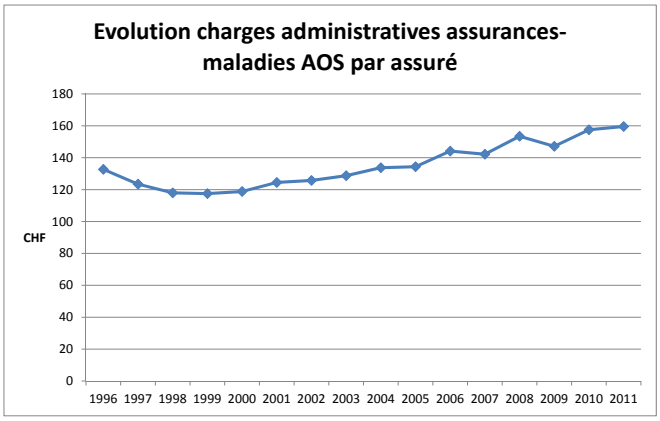
Les coûts de la santé sont générés par les patients qui demandent des soins de qualité en cas de besoin. Ces soins sont prodigués par les fournisseurs de prestations contre rémunération. Les montants facturés dans le domaine de l'AOS par les fournisseurs de prestations, avant déduction de la participation des assurés (quote-part, franchises) sont les coûts bruts. Les frais administratifs/amortissements des assureurs-maladie regroupent les frais de personnel, d'entretien, les frais informatiques, le marketing, les indemnités reçues pour les frais administratifs, les amortissements et les divers.

Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, les coûts bruts des prestations à charge de l'AOS en Suisse sont passés de 1723 à 3123 francs par personne en 2010. Cela représente une augmentation de 81,28% au total et un taux d'augmentation moyen annuel de 4,4%.



Les frais administratifs/amortissements quant à eux sont passés de 133 francs en 1996 à 158 francs par assuré en 2010, ce qui représente une augmentation de 18,70% au total et un taux d'augmentation moyen annuel de 1,3%. Cette augmentation moyenne aussi basse de ces coûts est avant tout due au fait qu'ils ont sensiblement diminué juste après l'introduction de la LAMal, soit entre 1996 et 1999.

L'analyse des données montre par contre que, si le taux de croissance des prestations brutes à charge de l'AOS est plus élevé que celui des charges administratives, la différence entre les deux n'est pas si importante à partir de 2000. Ainsi, depuis cette année-là jusqu'en 2010, les prestations brutes sont passées de 2131 à 3123 francs par personne, soit une augmentation de 46,56% en comparaison d'une augmentation de 32,56% des charges administratives pour la même période (119 fr. en 2000 à 158 fr. par assuré en 2010).



3.2. L'augmentation des primes

Selon les auteurs du postulat, «l'explosion des primes en 2010 le prouve: la pseudo-concurrence entre les 87 caisses-maladie du pays est non seulement inefficace mais aussi coûteuse. L'augmentation réelle des coûts de la santé n'est donc pas à elle seule responsable des hausses permanentes des primes de caisses-maladie», sous-entendant que le système des caisses-maladie multiples est co-responsable des hausses permanentes des primes.

Comme mentionné plus haut, les coûts de l'AOS augmentent en moyenne de 4,4% par année depuis 1996; ils avaient également augmenté en 2009 et 2010, mais dans une moindre mesure. Les coûts réels de la santé ne sont effectivement pas l'unique cause de la hausse exceptionnelle des primes de 2010 et 2011. Durant ces deux années particulières, il a en effet été nécessaire, d'une part, de reconstituer une partie des réserves financières anéanties durant la crise financière de 2008/09 et, d'autre part, de compenser les primes trop basses perçues en 2008 et 2009 par les caisses-maladie. Selon l'OFSP, ces primes étaient trop basses en raison d'une mauvaise anticipation des coûts de la part des assureurs; la Confédération avait beaucoup insisté en 2007 auprès de certains assureurs-maladie pour qu'ils diminuent davantage leurs réserves excédentaires, permettant ainsi de réduire davantage encore les primes. De nombreux assureurs-maladie avaient alors craint qu'une fois les réserves dissoutes, ils n'auraient plus de moyens pour atténuer l'augmentation des primes les années suivantes, reflet de la hausse des coûts de la santé. Force est de constater que l'OFSP, organe de contrôle et d'approbation des primes, n'est pas intervenu en 2007 et 2008 afin de corriger à la hausse les primes insuffisantes.

4. Système d'assurance-maladie actuel ou caisse-maladie unique – la solution optimale est-elle au juste milieu?

Si les inconvénients du système d'assurance-maladie existant sont connus et particulièrement tangibles parce que nous y sommes exposés dans notre vie quotidienne, il apparaît que dans les faits, tant le système des caisses-maladie multiples

que celui de la caisse-maladie unique ont leurs avantages et leurs inconvénients, leurs forces et leurs faiblesses. Le présent rapport en donne un aperçu ci-dessous.

Le Conseil d'Etat estime que l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» propose de procéder à une réforme ambitieuse impliquant des changements conséquents du dispositif en vigueur. Il ne faut donc pas perdre de vue qu'une éventuelle transition du système actuel vers un nouveau système de caisse-maladie unique soulèvera des questions concrètes d'ordre juridique, économique et pratique complexes.

4.1. Système actuel et caisse unique: avantages et inconvénients

4.1.1. La chasse aux bons risques et les coûts liés aux changements de caisse-maladie

Le rapport du «Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG de la Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften» va dans le sens du constat fait par les députés dans leur postulat au sujet de la concurrence dans le domaine de l'AOS: le système actuel des caisses-maladie multiples n'est pas véritablement un système de concurrence simplement parce que les assurés ont la possibilité de choisir parmi un grand nombre d'assureurs; on peut au plus parler d'une concurrence régulée, les conditions pour un marché concurrentiel n'étant que partiellement remplies. Le marché de l'assurance-maladie est fortement réglementé par la Confédération, le catalogue des prestations de l'AOS étant imposé et identique pour tous les assureurs.

L'un des inconvénients majeurs de cette concurrence toute relative qui caractérise le système d'assurance-maladie multiple actuel réside dans la «chasse aux bons risques». La «chasse aux bons risques» pour les assureurs-maladie consiste à attirer chez eux les assurés en bonne santé (les bons risques) et à laisser chez les autres assureurs-maladie les assurés en mauvaise santé et qui sont coûteux (les mauvais risques). Pour opérer cette chasse aux bons risques, il y a de nombreuses possibilités, par exemple la création de caisses bon marché avec un accès avant tout par Internet, système décourageant les personnes âgées qui ne sont habituellement pas rompues à l'utilisation de ce moyen de communication. La chasse aux bons risques se traduit notamment par les changements de caisse en fin d'année, changements qui ont des conséquences financières.

Par ailleurs, l'analyse du WIG rappelle qu'il y a de bons et de mauvais changements de caisse, tout changement n'étant pas inutile au système. Les bons changements sont ceux qui poussent les assureurs vers davantage d'efficience et un meilleur service et font progresser le système. Les mauvais changements sont ceux résultant de la sélection de risques; ils se traduisent par l'attraction des bons risques et le refoulement des mauvais risques. Ces changements provoquent des coûts et mènent à une diminution de la solidarité entre les malades et les personnes en bonne santé.

Le WIG estime les coûts annuels liés aux changements de caisse-maladie à environ 300 millions de francs par année. Ce montant englobe l'ensemble des coûts de marketing et de publicité des assureurs-maladie; il correspond à environ 20% des charges administratives des assurances-maladie AOS et environ à 1,2% des coûts totaux à charge des assureurs-maladie.

Toutefois, le passage au nouveau système de compensation des risques (cf. plus bas) devrait, à court terme déjà, réduire les différences des primes entre les assureurs. Avec des différences entre les primes des assureurs moins importantes, le nombre de changements dits mauvais et, en parallèle, les coûts administratifs qui en découlent devraient diminuer à l'avenir, si bien que l'économie rendue possible par un changement de système serait inférieure aux montants mentionnés ci-dessus.

4.1.2. Possibilité de faire pression sur les coûts de la santé

Concernant l'impact sur l'évolution des primes de l'assurance-maladie, l'étude du WIG conclut que le point essentiel est de savoir lequel des deux systèmes d'assurance-maladie est le mieux à même de piloter les coûts de traitements.

Une des missions centrales que la LAMal attribue aux assureurs-maladie consiste à contrôler et surveiller que les prestations soient efficaces, appropriées et économiques (article 32 LAMal), exigences qui doivent être remplies pour que l'AOS prenne en charge ces prestations (article 34 LAMal). Ce contrôle se fait d'une part *a posteriori* sur les factures et, d'autre part *ex ante* lors des négociations tarifaires. Sur la base d'un sondage effectué auprès de ses membres en 2004, santésuisse estimait alors que la vérification des factures des fournisseurs de prestations permettait d'économiser environ 1 à 1,5 milliard par année. Toujours selon santésuisse, ce montant pourrait aujourd'hui être encore plus élevé, les coûts de la santé ayant eux-mêmes augmenté entre temps. En cas de changement de modèle, il serait indispensable de veiller au maintien des compétences acquises dans le domaine des contrôles des prestations et des factures.

Par ailleurs, il n'est pas certain qu'une direction tripartite de la caisse unique (pouvoirs publics – représentants de la Confédération et des cantons – représentants des assurés et des fournisseurs de prestations) telle que prévue dans le cadre de l'initiative «pour une caisse publique d'assurance-maladie» permette de contrôler l'évolution des coûts de la santé, les intérêts des fournisseurs de prestation et des assurés allant en général dans le sens de davantage de prestations de meil-

leure qualité, exigences peu enclines à favoriser une stabilisation des coûts.

4.1.3. Risque de concentration des décisions dans le domaine de la santé

L'étude du WIG voit également un risque de concentration de pouvoir au niveau des cantons qui se retrouveraient dans la gestion de la caisse unique cantonale ou régionale, mais aussi dans la planification des structures sanitaires, le financement de ces dernières, l'approbation des tarifs et dans l'organe de surveillance.

4.2. Problèmes liés à la transition du système actuel vers un système de caisse unique

Des travaux complémentaires approfondis seraient à entreprendre pour apprécier la portée des défis pratiques liés à la transition d'un système à l'autre.

Sous l'angle juridique, selon l'étude du WIG, la LAMal devra être adaptée, ce qui nécessitera vraisemblablement une modification de la Constitution en amont. Le remplacement du système actuel des caisses-maladie multiples par une caisse unique constitue notamment un passage vers un système monopolistique contraire à la liberté économique. Une telle mesure supprimant la concurrence doit être ancrée dans la Constitution (article 94 Cst.).

4.3. Prendre en compte les qualités des deux modèles

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat ne peut ni se rallier, ni rejeter entièrement un modèle. En revanche, il constate qu'il est possible de prendre en compte certains éléments essentiels de la caisse-maladie unique pour améliorer le système actuel, le but étant de trouver un juste milieu.

5. Des moyens d'amélioration du système

5.1. Nouveau système de compensation des risques

La compensation des risques a pour but de niveler les différences de coûts des soins et de primes engendrées par la structure de l'effectif des assurés. Les versements effectués à la compensation des risques doivent permettre une compensation entre assureurs-maladie détenant un portefeuille majoritairement composé de mauvais risques et assureurs-maladie dont l'effectif des assurés est principalement constitué de bons risques; ils permettent de réduire, voire d'éliminer l'incitation pour les assureurs-maladie de procéder à la chasse aux bons risques, respectivement au débauchage de mauvais risques (sélection des risques).

Conformément aux dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal, les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune LAMal en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne. Cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants. La compensation des risques en vigueur jusqu'ici tenait uniquement compte de l'âge et du sexe en tant que facteurs de compensation. Selon la décision du Parlement fédéral du 21 décembre 2007, le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou dans un EMS l'année précédente a été inclus dans la compensation des risques dès l'année de compensation 2012 et ce dans le but de prendre en compte de manière accrue le risque de maladie à titre de critère supplémentaire. En décembre 2011, le Conseil fédéral a par ailleurs précisé sa stratégie en vue d'améliorer la compensation des risques. Ainsi, à moyen terme, les besoins en médicaments des assurés devraient également être pris en considération. La prise en compte de ces nouveaux paramètres doit permettre d'affiner la compensation des risques.

Pour le Conseil d'Etat, un potentiel d'amélioration important se situe dans ce domaine. Il estime que le contre-projet indirect à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» aurait constitué un pas vers une amélioration substantielle. Cependant, vu l'accueil défavorable en consultation, il faut partir de l'idée que la Confédération va affiner les moyens d'intervention actuels autrement.

5.2. Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale

Le 16 février 2012, le Conseil fédéral a transmis au Parlement le projet de loi et le message relatifs à la nouvelle Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal). Ainsi, le Conseil fédéral entend renforcer la surveillance dans l'assurance-maladie sociale et rendre le système plus transparent. Le projet de loi est actuellement débattu aux Chambres fédérales.

Il définit entre autres les critères selon lesquels les primes de l'assurance-maladie seront approuvées ou non par l'OFSP. Le projet prévoit également que les primes peuvent être corrigées ultérieurement, si le montant des primes encaissées dans un canton devait dépasser de façon inappropriée les coûts effectifs. Le prélèvement de primes couvrant systématiquement les coûts empêchera les subventionnements croisés via des fonds provenant d'autres branches d'assurance ou de sociétés holding.

Ce projet de loi et le système révisé de compensation des risques améliorent le système actuel en donnant des moyens

pour le corriger. Par ailleurs, l'OFSP s'est déjà inspiré du projet de loi et a clairement indiqué aux assureurs-maladie qu'il n'approuverait plus que des primes couvrant les coûts de la santé effectifs au niveau cantonal. En vertu du principe selon lequel les primes doivent correspondre aux coûts de la santé au niveau cantonal, principe dont l'OFSP entend veiller à la stricte application dans le cadre de la procédure d'approbation des primes, des problèmes tels que les primes payées en trop ou en insuffisance devraient pouvoir être écartés à l'avenir.

6. Conclusion

Sur la base du rapport du WIG, il est possible de conclure qu'un système de caisse unique cantonale ou régionale constitue une alternative équivalente au système actuel, même si l'introduction au niveau suisse d'un tel système aurait des avantages concrets par rapport à la sélection des risques notamment et diminuerait les charges administratives, tant du côté de l'AOS que vraisemblablement des fournisseurs de prestations. En revanche, l'introduction d'une caisse unique impliquerait aussi des incertitudes. Ainsi, le Conseil d'Etat rejoint l'avis des cantons de la CDS Est qui, suite au rapport, ont estimé que la solution d'une caisse unique cantonale ou régionale est un système qui ne doit être poursuivi que si la volonté d'améliorer clairement le système actuel devait faire défaut.

En l'état, le contre-projet indirect à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» risque fortement d'échouer. Néanmoins, dans le débat, le Conseil fédéral a non seulement mis en évidence les problèmes essentiels, mais il a surtout tracé une voie pour procéder à des réformes basées sur la réalité concrète. Le Conseil d'Etat est convaincu que, sous réserve d'une adoption par le peuple de l'initiative populaire fédérale «pour une caisse publique d'assurance-maladie», cette voie pragmatique est la mieux à même pour résoudre les problèmes énoncés.

En attendant, de manière plus large, le Conseil d'Etat va poursuivre son engagement contre les changements de primes en cours d'année, dans l'intérêt des assurés fribourgeois. Il soutiendra politiquement les solutions pragmatiques permettant de réduire les éléments qui parasitent et fragilisent notre système d'assurance-maladie sociale, de façon à le rendre encore plus équitable et à soutenir le principe de solidarité entre tous les assurés, malades ou bien portants.

Nous vous invitons à prendre acte de ce rapport.