

# CONFÉRENCE DE PRESSE

28 octobre 1994

Rudolf Brülhart, directeur, Société suisse Grutli (Le texte de l'exposé  
vous sera remis à part.)

Rudolf Gilli, membre du directoire de Swisscare

Robert Fuchs, directeur de la Caisse Vaudoise

Ueli Müller, président du Concordat

Walter Seiler, directeur, Office fédéral des assurances sociales

## Cotisations avec et sans la LAMal

---

Rudolf Gilli, membre du directoire de Swisscare

Ceux qui pensent empêcher une augmentation des coûts dans l'assurance-maladie en rejetant la LAMal font fausse route. Ils ne rejettent pas seulement toute une série de mesures efficaces de maîtrise des coûts, ils apportent aussi leur soutien à un système qui nous a valu dans le passé des hausses de cotisations supérieures à 10 pour cent.

A Swisscare, nous avons procédé à une comparaison de l'évolution des coûts avec et sans la nouvelle loi. Il en est ressorti qu'à l'expiration du droit d'urgence les caisses n'auront de moyens ni dans le secteur ambulatoire ni dans le secteur hospitalier pour s'opposer à des augmentations de coûts qui atteindront au moins 10 pour cent par an. Ces augmentations s'expliqueront par les raisons suivantes:

Premièrement, le nombre de médecins continue d'augmenter, de 3 pour cent environ par année. Deuxièmement, le reste du secteur ambulatoire (chirurgie ambulatoire, physiothérapie, examens de laboratoire, soins à domicile, etc.) connaît une croissance très rapide. Troisièmement, les spécialistes des prévisions économiques estiment que le renchérissement va retrouver ces prochaines années un rythme de 3 à 4 pour cent, et, quatrièmement, les coûts dans le secteur hospitalier, bloqués temporairement par le droit d'urgence, vont recommencer à grimper.

Les cotisations subiront en outre subir les conséquences du fait que les caisses vont à nouveau pouvoir étendre la gamme des prestations de l'assurance de base, qui avait été resserrée par le droit d'urgence. Enfin, les risque existe de voir la Confédération diminuer de nouveau de 300 millions les subventions versées aux caisses à hauteur de 1,3 milliard jusqu'à fin 1996.

Par contre, la nouvelle loi offre toute une panoplie de moyens beaucoup plus efficaces qu'on ne l'a cru pour lutter contre l'explosion des coûts. Même des assurés qui n'auront pas droit aux réductions de cotisations s'en tirent mieux avec cette loi qu'avec l'ancienne. Certes, si la LAMal entre en vigueur, ils devront s'accommoder d'une augmentation de 8 pour cent de leurs cotisations, parce que les subsides que la Confédération verse aux caisses disparaîtront, et l'extension modérée du catalogue des prestations va peu à peu se répercuter aussi (pas tout de suite et pas d'un coup) sur les primes. Les cotisations pour les assurance complémentaires d'une grande partie des assurés diminueront par ricochet, beaucoup des nouvelles prestations ayant été financées par ces assurances. Surtout, les assurés tireront profit de plusieurs outils de maîtrise des coûts:

- Le catalogue fixe des prestations nous fait passer de la concurrence en matière de prestations, génératrice de coûts, à la concurrence en matière de cotisations, qui a une incidence modératrice sur ces mêmes coûts.
- Les prescriptions sur la transparence de la facturation (art. 42) et sur le caractère économique du traitement (art. 56), de même que l'accroissement des compétences du médecin-conseil (art. 57), améliorent sensiblement les possibilités de contrôler les coûts.
- Les nouveaux systèmes de tarification (au temps consacré, forfaits par cas) génèrent des incitations à travailler économiquement.
- Les coûts du surdimensionnement des hôpitaux ne peuvent plus être répercutés sur les assurés (art. 39.1 et 49.7).
- Les systèmes alternatifs d'assurance sont admis définitivement (art. 62) et les conventions particulières avec des fournisseurs de prestations travaillant à moindres coûts sont autorisées (art. 46). Les cotisations diminuent pour les assurés qui renoncent au libre choix intégral du médecin et l'ensemble des tarifs subit du même coût une pression à la baisse.
- La participation aux coûts en cas d'hospitalisation permet de réduire la durée des séjours et elle favorise le traitement ambulatoire, d'un coût plus avantageux.

Il est malaisé de chiffrer avec précision les économies qui pourraient être réalisées grâce à cet arsenal de mesures. D'autant plus que ces outils ne déploieront pas leurs effets tout de suite mais progressivement. Si ces possibilités de faire des économies sont mises à profit, ne serait-ce qu'en partie, les coûts qu'engendrera - graduellement - l'élargissement du catalogue des prestations, pourront être plus que résorbés. L'augmentation des coûts pourra ainsi, malgré les nouvelles prestations, être ramenée au niveau du renchérissement. Du reste, l'efficacité des mesures de freinage des coûts est démontrée a contrario par les mots d'ordre des fournisseurs de prestations visés qui recommandent le "non" (sociétés cantonales de médecine, hôpitaux privés, physiothérapeutes, etc.).

Comme la loi en vigueur engendrerait, à partir de 1997, une croissance annuelle des dépenses de l'ordre de 1 à 2 milliards de francs par année, il est clair pour Swisscare que la nouvelle loi apporte aussi des avantages aux membres des classes moyennes.

## COMMENT VOYONS-NOUS L'AUGMENTATION DES PRIMES AVEC LA NOUVELLE LOI PAR RAPPORT A L'ACTUELLE ?

Robert Fuchs, Directeur, La Caisse Vaudoise

### SITUATION ACTUELLE

Avant de répondre à la question posée, il est nécessaire d'expliquer la situation actuelle dans les cantons romands et au Tessin. A la lumière du premier graphique, nous constatons que la cotisation des 7 cantons concernés se situe malheureusement dans le peloton de tête, puisqu'elle s'échelonne entre la première et la huitième place.

Quelles sont les causes de ce mauvais classement ?

Il a été observé, sur le plan européen, que les populations de langue latine "consomment" plus de prestations pour leur santé que les populations germanophones. A notre connaissance, une telle étude n'existe pas en Suisse, mais elle peut tout de même s'appliquer à notre pays.

Par ailleurs, comme le démontre le graphique, ces mêmes cantons ont également un nombre d'habitants par médecin inférieur à la moyenne, ce qui provoque inéluctablement une augmentation des coûts.

Enfin, les forfaits que nous avons acceptés de prendre en charge pour les hébergements dans les établissements médico-sociaux sont, en Suisse romande, certainement supérieurs aux prestations accordées dans les cantons suisses-allemands.

Le troisième tableau indique le coût par assuré et par canton, lequel englobe la totalité des frais de l'assurance de base des soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. Hormis le canton du Valais, tous les cantons dépassent la moyenne suisse.

La majorité de nos cantons connaissent à ce jour la participation financière des caisses-maladie pour les soins à domicile. Nous citerons l'exemple du canton de Vaud, où, depuis trois ans, les caisses contribuent à raison de Fr. 10'200'000.-- à de tels frais.

Pour être complets, ajoutons que la cotisation unique est déjà appliquée, de par les lois cantonales, dans les cantons de Genève à partir de 26 ans et dans les cantons de Vaud et du Tessin à partir de 21 ans.

**EFFET DE LA NOUVELLE LOI**

**Nouveau catalogue des prestations**

En considérant les prestations actuellement servies, nous pouvons calculer le coût supplémentaire, pour nos cantons, résultant du nouveau catalogue des prestations. Celui-ci devrait représenter une moyenne de Fr. 7.-- par assuré et par mois, ce qui correspond au 50 % du montant calculé par l'OFAS.

**Suppression des subsides fédéraux**

La suppression des subsides fédéraux représente en moyenne Fr. 16.-- par assuré et par mois, soit le 7 à 10 % des cotisations actuelles.

**Egalité des cotisations entre assurés individuels et collectifs**

L'égalisation de la cotisation des assurés collectifs et individuels va provoquer une augmentation de la cotisation des assurés collectifs en faveur des assurés individuels qui verront leur cotisation diminuer de 5 % en moyenne. Les assurés individuels représentent aujourd'hui le 80 % de la population.

**NOUVELLE COTISATION AVEC L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA LOI**

Aucun assureur ne peut prétendre aujourd'hui posséder les éléments nécessaires à la fixation des cotisations au 1er janvier 1996.

Les ordonnances du Conseil fédéral fourniront des compléments d'information dans certains domaines particuliers. C'est ainsi que nous aurons connaissance des dispositions qui seront arrêtées en matière de participation et de franchise. Nous nous sommes toutefois hasardés à établir un premier calcul qui laisse apparaître une augmentation moyenne des cotisations en Suisse romande de 10 %. Cette analyse ne tient pas compte des éléments qui auront un effet modérateur. Nous voulons parler de la concurrence entre assureurs et de la compétition entre fournisseurs de soins. Nous sommes, en effet, persuadés qu'à moyen terme, ces éléments nouveaux permettront de maintenir l'évolution des primes au niveau de l'augmentation moyenne des salaires en Suisse.

**ATTRIBUTION DES SUBSIDES, POSITION DES CANTONS ROMANDS**

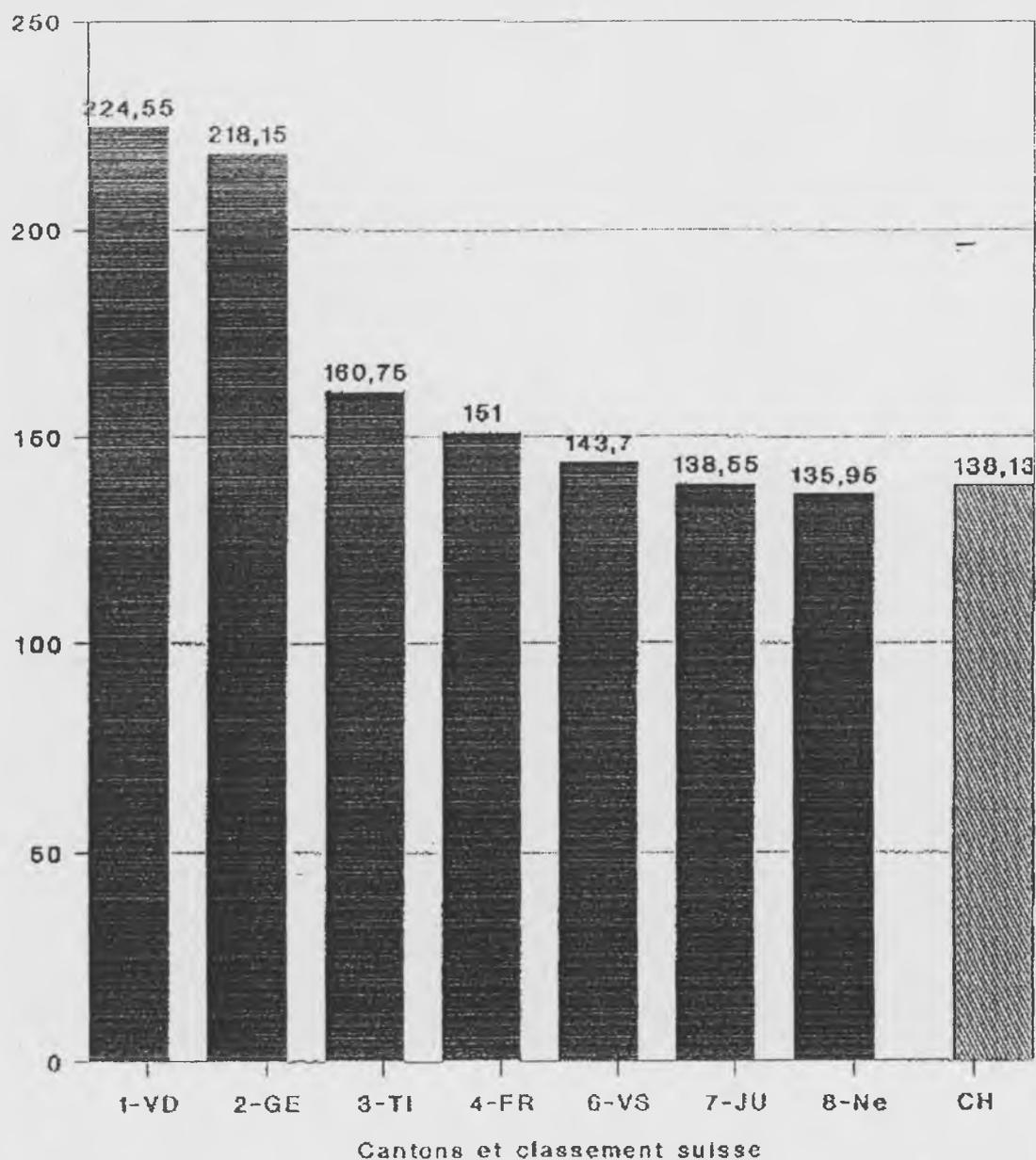
Il a été dit que la nouvelle loi augmenterait le fossé entre les cantons romands et les cantons suisses-alsaciens; c'est faux. En effet, les dispositions relatives à l'attribution des subventions de la Confédération aux cantons ne tiennent pas seulement compte de leur capacité financière, mais également du niveau des primes. Selon les calculs effectués par l'OFAS, les cantons latins recevront, par tête d'habitants, un montant plus élevé que les cantons suisses-alsaciens.

**CONCLUSION**

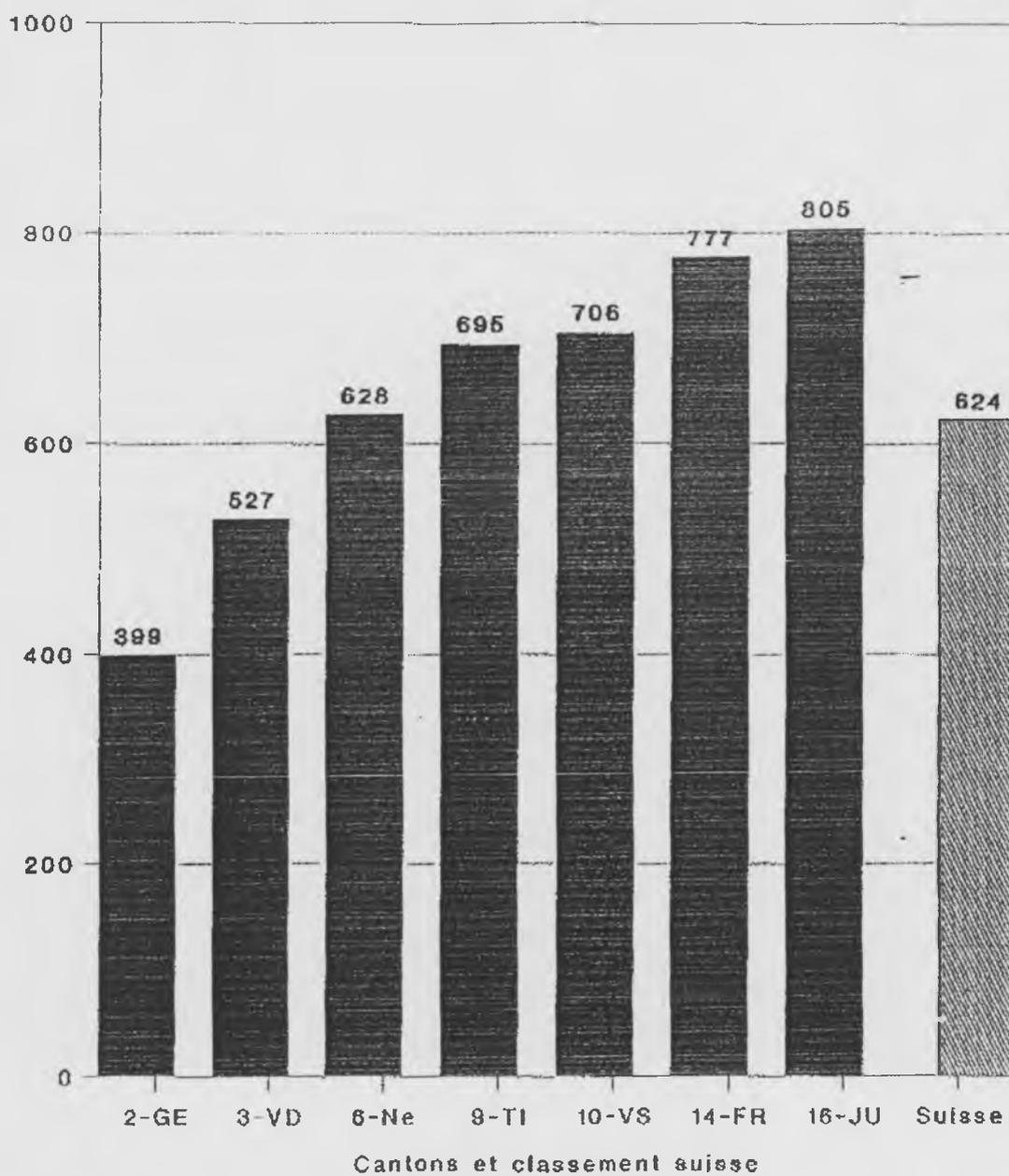
Nous concluons en disant que les assurés collectifs, de même que ceux entrés jeunes dans une caisse et domiciliés dans les cantons qui ne connaissent pas encore la cotisation unique, subiront une augmentation de cotisation plus importante. C'est le prix à payer pour rétablir la solidarité à l'intérieur des caisses et l'améliorer entre jeunes et personnes âgées. Quant à la libéralisation introduite par la nouvelle loi, elle aura des effets certains sur la maîtrise des coûts.

\* \* \* \* \*

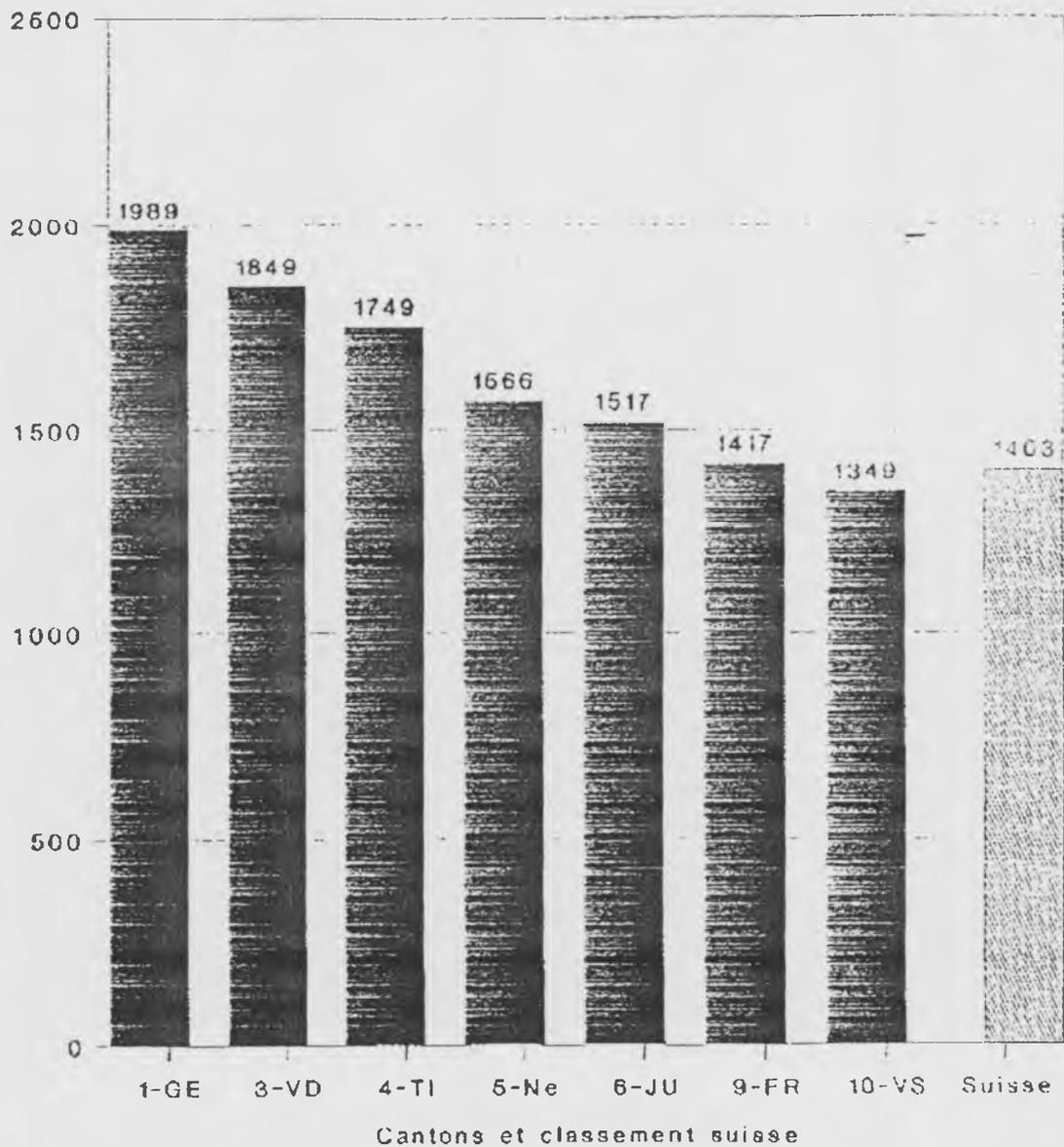
# Cotisation maximum 1995 des 7 cantons romands et tessinois

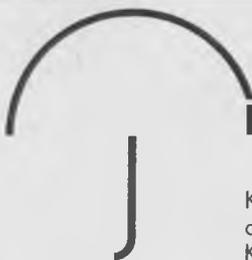


## Population résidante moyenne de la Suisse et densité médicale, en 1992



# Coût par assuré et par canton en 1992 (Assurance de base des soins médico-pharmaceutiques)





**KSK/CCMS**

Konkordat  
der Schweizerischen  
Krankenkassen

Concordat  
des caisses-maladie  
suisses

Concordato  
delle casse malati  
svizzere

## **Davantage de prestations sans majorations de primes**

---

Ueli Müller, président du Concordat, Soleure

A l'expiration des arrêtés fédéraux urgents et en l'absence d'une nouvelle législation sur l'assurance-maladie (LAMal) s'annoncent tous les signes précurseurs d'une nouvelle envolée des primes, telle que nous avons pu l'observer il n'y a pas très longtemps encore. Seule la nouvelle LAMal est susceptible d'éviter que l'on retombe dans les pièges du passé.

Les détracteurs de la nouvelle loi lui reprochent d'engendrer une nouvelle explosion des frais et des primes à cause d'un élargissement exagéré des prestations. Que faut-il en penser?

La nouvelle LAMal conférera un caractère légal et de longue durée aux facteurs de modération des coûts, actuellement actifs au travers des arrêtés fédéraux urgents. D'autres mesures visant à comprimer les frais ne pourront être prises qu'avec la LAMal.

A l'avenir, le catalogue complet des prestations de l'assurance de base couvrira sans lacune aucune les besoins médicaux fondamentaux; ceci dans un esprit libéral et à la portée de toutes les couches de la population grâce à des primes d'assurance supportables. L'élargissement des prestations reste donc dans des limites raisonnables et se justifie.

Une telle extension des prestations, nécessitée d'un point de vue objectif, empêchera à l'avenir - contrairement à aujourd'hui - l'émergence d'une médecine à deux vitesses; elle est, pour l'essentiel, déjà assurée et couverte dans la loi en vigueur, quoique pas au titre de l'assurance de base, mais à celui de l'assurance complémentaire. Le nouveau catalogue des prestations satisfait aux exigences d'une assurance-maladie sociale moderne et toute la population peut y accéder.

Une enquête effectuée auprès des caisses-maladie a révélé qu'actuellement, 80-95 pour cent de tous les assurés disposent d'assurances complémentaires couvrant des prestations dites non-obligatoires (pour les soins Spítex, les médecines alternatives, les prestations en EMS, les mesures de réhabilitation et de médecine préventive, mais également pour les frais de transport et les suites d'accident non couverts par une autre assurance). L'inclusion prudente en assurance de base de prestations médicales éprouvées n'engendre, pour une large majorité des assurés, pas de primes supplémentaires et par conséquent pas de majoration de cotisations, étant donné qu'il s'agit simplement d'un transfert de frais et de primes. Ce qui est ainsi amélioré, c'est la sécurité sur le plan légal, par le moyen d'une protection plus complète. La transparence en est le fruit; personne, en cas de coup dur, ne se trouve assis entre deux chaises. La classe moyenne, elle aussi, ne fait pas que payer; elle profite également des prestations dispensées dans le domaine des soins par exemple, prestations qui gagnent en importance.

Les autres améliorations (prestations illimitées dans le temps en cas de séjours hospitaliers, possibilité offerte à chacun de changer de caisse sans préjudice et à tout âge) de la situation actuelle insatisfaisante couronnent un projet digne de son temps et censé plutôt réduire les frais que les augmenter; en effet, non-rentabilité et insolvabilité d'un assureur-maladie conduisent irréversiblement à la perte de ses assurés.

Les assurances complémentaires ne devront plus, à l'avenir, combler des lacunes, mais seulement couvrir des besoins facultatifs. Les produits de luxe sont toujours plus chers que les autres. Mais l'on peut toutefois y renoncer sans que la sécurité et la qualité du traitement en pâtissent le moment venu.

En rapport avec le jeu de la concurrence prévu dans la nouvelle loi par l'offre de plans d'assurance façonnés en fonction de la demande, ainsi qu'avec l'achat de prestations médicales et paramédicales par les assureurs, davantage de prestations ne sera pas synonyme d'un accroissement de frais et de primes, mais d'une plus grande efficacité dans le domaine de la santé, ce qui est le but de tous les efforts entrepris.

Seul un OUI à la LAMal le 4 décembre 1994 conduit à plus de sécurité, de justice et de solidarité, tous attributs d'une assurance-maladie sociale à la hauteur des exigences de son temps.

**Pourcentage des assur. complément.  
par rapport à l'assurance de base pour  
les soins médico-pharmaceutiques**

---

**(Helvetia, Concordia, KFW)**

	<u><b>1993</b></u>	<u><b>1994</b></u>
<b>Complément d'assur. en soins médico-phar- maceutiques, prestations ambulatoires</b>	<b>98,2</b>	<b>97,7</b>
<b>Complément en cas d'hospitalisation</b>		
- ordinaire	<b>45,3</b>	<b>46,6</b>
- demi-privé	<b>21,5</b>	<b>20,8</b>
- privé	<b>10,0</b>	<b>9,8</b>

## **NOUVELLE LAMAL PAS DE SURCHARGE FINANCIERE DE LA CONFEDERATION ET DES CANTONS (IMPÔTS)**

---

Walter Seiler

- Les cantons gèrent les réductions de primes individuelles qui leur incombent - la Confédération paie les deux tiers des coûts !
- Les moyens supplémentaires que la Confédération met à disposition pour appliquer la réduction des primes individuelles sont déjà financés par les revenus de la TVA prévus à cet effet!
- Le système de la réduction des primes pour les assurés à ressources modestes n'impose aucune augmentation d'impôts, puisque la charge des cantons est allégée pour les prestations complémentaires (85 mio. Fr. au moins), pour l'aide sociale (montant non chiffrable), pour les homes médicalisés (dépenses supplémentaires assumées par les caisses pour un montant d'environ 685 mio. Fr.), pour le Spitex (dépenses supplémentaires assumées par les caisses pour un montant d'environ 120 mio. Fr.) et pour le financement hospitalier (312 mio. Fr.)!
- Les frais administratifs supplémentaires des cantons sont extrêmement modestes et selon leurs propres estimations se montent à 40 mio. Fr. pour toute la Suisse!
- La nouvelle loi *allègent les charges des cantons* qui jusqu'à présent étaient actifs en matière de santé publique et, le cas échéant, *chargent* quelque peu ceux qui jusqu'à présent ne l'étaient pas.

**Des augmentations d'impôts sont-elles vraiment nécessaires?  
 L'exemple du canton du Tessin**

Le canton du Tessin reçoit de la Confédération pour la réduction des primes individuelles en 1996	85 mio. Fr.
Le canton du Tessin supporte les réductions de primes individuelles en 1996	20 mio. Fr.
Le canton du Tessin a déjà versé en 1993 pour les réductions de primes	-53 Mio. Fr.
Les prestations complémentaires seront allégées de	- 6 Mio. Fr.
L'aide sociale sera allégée de	montant non chiffrable
Les homes médicalisés et le Spitex seront allégés de	montant non chiffrable
Le financement des hôpitaux sera allégé de	- 11 Mio. Fr.
<b>Bilan: Le canton du Tessin verra ses charges allégées, grâce à la nouvelle loi, de</b>	<b>-50 Mio. Fr.</b>

## **NOUVELLE LAMAL DES PRIMES SUPPORTABLES EGALEMENT POUR LA CLASSE MOYENNE!**

---

Walter Seiler

- **Tous les assurés bénéficieront des avantages de la nouvelle loi: des prestations plus nombreuses, une solidarité accrue pour des primes supportables. Cette fois, la classe moyenne n'est pas exclue!**
- **Les subventions selon le principe de l'arrosoir sont supprimées pour tous les assurés. Elles seront remplacées par les réductions de primes individuelles conformes au besoin - et échelonnées selon le revenu et la situation familiale!**
- **Ce sont précisément les familles jeunes de la classe moyenne qui profiteront de la réduction de primes individuelle ciblée contenue dans la nouvelle loi! Des ménages dont le revenu imposable se situe entre 40'000 und 50'000 francs (ce qui correspond à un revenu net de 48'000 à 79'000 francs) et qui ont des enfants recevront en principe des réductions de primes.**

## Qu'entend-on par classe moyenne?

- En 1993, le salaire mensuel moyen indiqué par l'OFIAMT se chiffrait à 4'898 francs, soit 58'776 francs par an. Ce montant équivaut approximativement à un revenu *imposable* avoisinant les 40'000 francs.
- 50 pour cent des contribuables ont un revenu imposable de 40'000 francs et moins. Les personnes dont le revenu brut dépasse 80-90'000 francs par an n'appartiennent pas à la classe moyenne et ne devraient plus profiter des subventions.

## Qui paye plus, qui paye moins?

- Les lacunes en matière de prestations étant comblées, la prime unique instaurée et les subventions selon le principe de l'arrosage supprimées dans la nouvelle loi, sitôt que la nouvelle concurrence loyale commence à produire ses effets (économies importantes),
- 2/3 des assurés bénéficient de primes plus avantageuses et
- 1/3 ont une meilleure protection d'assurance en payant des primes plus élevées.

## **NOUVELLE LAMAL LA SOLIDARITÉ DE LA PART DES JEUNES N'EST PAS EXCESSIVE!**

---

Walter Seiler

- **La prime unique garantit également aux jeunes une prime supportable lorsqu'ils seront âgés! (solidarité avec soi-même!)**
- **Le "risque de l'âge" et par conséquent un risque de maladie plus élevé existe pour tous les assurés!**
- **Des primes établies en fonction du risque ne sont pas supportables pour tout le monde. La communauté devrait prendre en charge des coûts par l'intermédiaire de subventions plus élevées affectées à certains assurés, par l'aide sociale ou par des prestations complémentaires plus élevées!**
- **Les jeunes bénéficient en règle générale de revenus plus bas et profitent par conséquent dans une plus grande mesure des réductions individuelles de primes. Ceci demeure particulièrement vrai pour de jeunes familles!**
- **La nouvelle loi engendre une solidarité responsable entre les personnes économiquement faibles et celles qui sont mieux loties, entre les jeunes et les vieux, entre les hommes et les femmes. Le traitement de faveur non justifié accordé aux membres des caisses bon marché, aux assurés collectifs et aux assurés se trouvant dans des classes d'âge d'entrée plus basses est par contre supprimé.**
- **Le risque de payer beaucoup de primes dans les jeunes années et d'être victime d'une fusion de caisses lors de la vieillesse est supprimé avec la nouvelle loi!**

**Coûts selon l'âge**

Age	Femmes	Hommes
0-15	536.-	
16-20	738.-	495.-
21-25	1'034.-	575.-
26-30	1'451.-	618.-
31-35	1'464.-	691.-
36-40	1'334.-	764.-
41-45	1'373.-	914.-
46-59	1'776.-	1'347.-
60-69	2'398.-	
70 et plus	3'997.-	

Source: Concordat des caisses-maladie suisses, JCMS; Statistique 1993  
du service de compensation des risques

**Solidarité hommes-femmes**

Age	Rapport de coûts Homme/femme
16-20	1 : 1.49
21-25	1 : 1.80
26-30	1 : 2.35
31-35	1 : 2.12
36-40	1 : 1.75
41-45	1 : 1.50
46-59	1 : 1.32

Les coûts engendrés par des personnes de plus de 70 ans se montent à près de 4'000 francs. Dans un système de prime fixée en fonction du risque et en prenant en compte les réserves que doivent constituer les caisses, un couple de rentiers de plus de 70 ans devrait ainsi payer une prime annuelle de plus de 8'000 francs et par conséquent près de 700 francs par mois. La charge en matière de primes serait ainsi de 48 pour cent de la rente minimale AVS pour couple valable à partir du 1.1.95 ou de 24 pour cent de la rente maximale AVS pour couple valable à partir du 1.1.95.

***Solidarité jeunes/vieux***

**Des primes établies en fonction des risques signifieraient que des hommes jeunes (26-30 ans) devraient payer une prime 6 fois plus basse que les plus de 70 ans!**

***Solidarité homme/femme***

**Des primes établies en fonction des risques signifieraient que les femmes devraient payer une prime d'au moins 50% plus élevée que celle des hommes!**

***Solidarité économiquement forts/économiquement faibles***

**Des primes établies en fonction du risque coûteraient plus cher aux pouvoirs publics que la solution proposée dans la nouvelle loi! Le système de la prime par tête ne doit être maintenu que lorsqu'il existe une solidarité entre les payeurs de primes et lorsque des réductions individuelles de primes ciblées sont attribuées.**

**Seule une assurance-maladie qui renforce les solidarités peut être considérée comme sociale!**