

SANTÉ «Le système tout entier est mis en péril»

Thomas Boyer, CEO du Groupe Mutuel, appelle à un sursaut des pouvoirs publics face à l'explosion des coûts de la santé. Entretien.

représentent 5 francs sur 100 francs de prime. Nous pouvons certes optimiser notre part, ce sur quoi nous travaillons, mais les principaux gains sont sur les 95 francs restants, qui concernent les prestations de soins.

JULIEN DE WECK

La folle course des coûts de santé est repartie en 2021, avec une hausse de 7,3%. Un effet rattrapage lié à la pandémie, qui grève toujours les comptes des assureurs. Si l'ampleur de la future hausse n'est pas encore connue, une certitude: les coûts en 2021 ont été sous-estimés au moment de la fixation des primes 2022. À l'heure de la publication des résultats du Groupe Mutuel, son CEO, Thomas Boyer, appelle à des mesures immédiates et à une réforme en profondeur du système de santé.

BILAN Les coûts de la santé ont explosé en 2021, comment seront-ils répercutés sur les prochaines primes?

THOMAS BOYER Il est trop tôt pour articuler des chiffres, mais il n'y a aucune raison que la tendance s'inverse en l'absence de mesures prises ces deux dernières années. La hausse des coûts de la santé en 2021 (7,3%) n'avait pas été anticipée suffisamment par la branche, ce qui signifie que notre point de départ pour les primes 2022 était sous-estimé. Augmentation il y aura, augmentation supérieure à la moyenne des dernières années il y aura certainement. Malheureusement.

Comment prépare-t-on ses assurés à une forte hausse des primes?

Il faut l'expliquer. Nous sommes l'acteur le plus neutre du système de santé. En tant qu'assureurs, nous portons la mauvaise nouvelle, mais notre rôle est de défendre le payeur de prime et d'agir sur le système pour limiter au minimum l'évolution des coûts de la santé. Nos coûts administratifs

Quelles doivent être les réformes prioritaires pour juguler la hausse des coûts?

Le raisonnement doit être global, à différents horizons temps. À très court terme, l'explosion des coûts doit appeler à des mesures urgentes. Les autorités

«Le système rémunère le volume, alors qu'il devrait récompenser la qualité.»

*Thomas Boyer,
CEO du Groupe Mutuel*



peuvent agir dans plusieurs domaines – médicaments, coûts de laboratoire – avec un impact potentiel de près de 1 milliard de francs (sur les 34 milliards annuels) au 1^{er} janvier 2023.

Comment expliquez-vous l'impasse helvète sur le prix des médicaments? Le résultat du lobbying de l'industrie pharma?

Je n'ai pas de réponse arrêtée, mais la situation est inacceptable pour les assurés qui règlent la facture. Les médicaments sont 40% plus chers en moyenne internationale et le taux des génériques est l'un des plus bas de l'OCDE. Malheureusement, les discussions au Parlement n'ont pas abouti et je n'ai pas l'impression aujourd'hui que des actions concrètes et tangibles puissent être prises. Chacun défend ses intérêts, mais in fine le système tout entier est mis en péril.

PHOTO: SEDRIK NEIMETH

Et à moyen et à long terme?

Une réforme hospitalière, concernant le financement des soins, est nécessaire afin de privilégier les traitements en ambulatoire aux stationnaires, qui coûtent moins cher et sont en règle générale plus confortables pour les patients. Le Parlement en parle depuis plus de dix ans. Sortons de ces discussions interminables pour passer à l'action!

Enfin, la mesure, à terme, est une refonte de notre modèle organisationnel. La planification hospitalière, qui est aujourd'hui de la responsabilité des cantons, a vécu. La Suisse est un territoire trop petit pour que chaque canton se targue d'offrir toutes les spécialités.

Quelles sont les conséquences de cette suroffre hospitalière?

Nous faisons face à deux problématiques en l'état: une inefficacité en termes de

coûts et des problèmes de qualité.

Certaines spécialités n'obtiennent pas la qualité requise, car le nombre minimal de cas n'est pas atteint. Près d'un hôpital sur deux est en deçà du nombre minimal de cas dans plusieurs spécialités. Or, comme l'une de nos études l'a démontré, les patients sont prêts – hors urgence – à se déplacer pour s'assurer une bonne prise en charge. Il faut donc privilégier la qualité.

La Suisse ne dispose pas d'indice sur la qualité de soins. Comment s'orientent dès lors les patients?

Notre système de santé repose sur l'offre, qui génère la demande. La mesure à long terme pour maîtriser les coûts est de sortir de ce biais. En tant que patient, vous faites confiance au spécialiste au sujet d'une éventuelle opération. Le système rémunère le volume, alors qu'il devrait récompenser la qualité. Le prix est défini, tout est tarifé, sauf le volume. Si vous faites des opérations non indispensables, voire inutiles, personne ne viendra vous le dire. Voilà le point clé.

Comment mesure-t-on la qualité?

Nous avons un projet en cours, avec l'Hôpital de La Tour (GE) et l'Hôpital cantonal de Bâle, qui testent des critères pour rémunérer en fonction de la qualité. Cela prend en compte des points objectifs – taux de réussite, durée de convalescence... – et des éléments plus subjectifs, tels que le confort du patient, le relationnel. Cette transparence viendra avec le changement de paradigme du système, en passant du volume à la qualité.

La prévention et les incitations positives pour diminuer les coûts font-elles partie de l'équation?

Certainement. La prévention n'est pas reconnue ni récompensée dans le système suisse. Cela peut peser sur les coûts, mais surtout sur la qualité de vie des patients, car il vaut mieux prévenir que guérir. Nous étudions diverses mesures qui s'inscrivent dans le cadre légal actuel. Dans les produits complémentaires, nous le faisons déjà. Les abonnements ou les cotisations aux clubs sportifs sont, par exemple, remboursés, car nous partons du principe que l'activité sportive relève de la prévention. ■



Pour Thomas Boyer, il faut sortir d'un système d'offre générant la demande.

GROUPE MUTUEL «Un résultat financier solide, au-delà de nos prévisions»

L'exercice 2021 du Groupe Mutuel se solde par une perte de 78 millions de francs, après la redistribution aux assurés de 111 millions de réserves. Avec près de 50 millions de coûts supplémentaires pour l'assureur valaisan, la pandémie pèse toujours sur les résultats financiers de la branche.

L'année 2021 se solde par une perte, pourtant vous estimez l'exercice équilibré. Pourquoi?

Nous comptons plus de 1,3 million d'assurés individuels, notre volume de prime est stable et nos deux axes majeurs que sont la santé et la prévoyance, tant pour les privés que les entreprises, progressent. Sans ce versement extraordinaire de 111 millions de francs à nos assurés, les comptes auraient affiché un résultat positif de 33 millions de francs. Il s'agit d'un résultat financier solide, au-delà de nos prévisions. Nous avons également été portés par la bonne tenue des marchés financiers, dont une grande partie de l'excédent financier a été attribuée aux réserves de fluctuation de titres.

Où se situent vos leviers de croissance?

Le Groupe Mutuel connaît une très forte croissance du domaine Entreprise, tant dans les assurances santé que dans la prévoyance professionnelle. Nous assurons désormais 27'000 entreprises, 1500 nous ont rejoints en 2021. Ce domaine du Groupe Mutuel est désormais notre deuxième secteur d'activité, devant les assurances complémentaires, dont le chiffre d'affaires est également en hausse. Historiquement, le Groupe Mutuel a toujours été un acteur important du secteur de l'entreprise, ce poids s'est renforcé ces dernières années pour devenir le 5^e assureur national. Nous souhaitons désormais renforcer la partie prévoyance en offrant une gamme complète pour les entreprises. L'acquisition d'Opsion s'inscrit dans cette stratégie, ce qui nous permet d'avoir un des plus grands pôles d'expertise romands

en la matière. Avec Groupe Mutuel Prévoyance, nous gérons 2,6 milliards de francs, en hausse de 12% par rapport à l'exercice précédent et avec un taux de couverture de 117%.

Vos effectifs ont fortement progressé en 2021 avec 251 embauches supplémentaires, portant l'effectif à plus de 2800 collaborateurs. Une conséquence de la loi encadrant la rémunération des intermédiaires?

Nous avons internalisé une grande partie de notre distribution qui était auparavant réalisée à 75% par des courtiers indépendants. Aujourd'hui, le rapport s'est inversé. L'accord de branche a pour but d'améliorer la qualité du conseil, d'éviter le conseil agressif et les appels à froid. Maîtriser notre distribution agit positivement sur la qualité de service. Ces quelque 500 embauches en quatre ans n'ont pas eu un impact majeur sur nos charges, qui restent stables. Ce changement de paradigme soutient notre stratégie de proximité avec les clients en tant que partenaires santé et prévoyance.

«Notre rôle est de simplifier la vie des patients et leur parcours de santé.»

*Thomas Boyer,
CEO du Groupe Mutuel*

Quels sont vos principaux axes de développement?

Notre première activité reste l'assurance maladie, mais notre champ est bien plus large, celui d'un assureur complet. Le premier axe est lié à la prévoyance et aux assurances entreprises. Le deuxième a trait à la Suisse alémanique. Nous devons augmenter notre présence dans tout le territoire pour être un acteur incontournable. Le Groupe Mutuel a renforcé son réseau de vente interne avec l'ambition de gagner des parts de marché outre-Sarine.

Le Groupe Mutuel s'est allié avec des prestataires de santé et des assureurs pour lancer la plateforme Compassana. Avec quelle finalité?

Ce partenariat réunit des acteurs clés du système de santé prêts à dépasser leurs propres intérêts pour développer une plateforme de santé qui fonctionne. Camper chacun dans son coin est vain, il s'agit de mutualiser nos forces pour offrir une plus-value à la clientèle. Avec 4,5 millions d'utilisateurs potentiels, la plateforme Compassana s'offre les moyens de réussir.

Quelles seront les premières applications concrètes?

Nous proposerons au troisième trimestre des services relatifs aux traitements, afin de concerner un maximum d'utilisateurs. Le spectre va de l'analyse des symptômes à la télémédecine et, bien sûr, à la prise de rendez-vous avec un médecin ou un cabinet. Cette première étape a pour but de lier toute la chaîne du système de santé depuis le point de départ: je suis malade et je prends rendez-vous chez le médecin. La deuxième étape concernera la prévention, le conseil, qui sont des éléments clés pour les maladies chroniques, avec un accompagnement beaucoup plus performant.

En quoi cette plateforme va-t-elle rendre le système de santé plus efficace?

Notre rôle est de simplifier la vie des patients et leur parcours de santé. Nombre d'entre eux sont démunis quand ils tombent malades, car ils n'ont pas de médecin. La plateforme est un point de contact avec un premier aiguillage. Dans un second temps, elle doit pouvoir coordonner les différents traitements, éviter les examens à double grâce à l'information contenue dans le système. Il est clair que l'accès à l'information, soit le dossier du patient, sera la clé dans le succès de la plateforme. Cependant, nous n'avons pas pour objectif de remplacer le dossier du patient, mais de l'intégrer dans Compassana. ■