

«Nous voulons redistribuer 100 millions à nos assurés en 2020»



Pour Thomas Boyer, CEO du Groupe Mutuel, la caisse unique est «un miroir aux alouettes». Il croit aux effets bénéfiques de la concurrence dans l'assurance de base.

Sébastien Anex

ASSURANCE L'évolution des primes maladie pour l'an prochain est comprise entre -1,6% et +5%. Rencontre, à Martigny, avec Thomas Boyer, nouveau CEO du Groupe Mutuel, qui livre ses recettes pour juguler la hausse.

NICOLAS PINGUELY
nicolas.pinguely@lematindimanche.ch

Vous êtes surpris des disparités de primes entre les différents assureurs dans l'assurance de base (LAMal)?

De notre côté, nous avons réussi à réduire les primes de 1,6% en moyenne. Il s'agit de la plus forte baisse de tout le marché. De fait, nos clients sont ceux qui vont le plus profiter de la stabilisation des coûts de la santé.

Mais pourquoi les primes de vos concurrents, par exemple chez Assura, grimpent parfois de 5%, comme à Genève?

Je ne peux pas me prononcer pour les autres. Il y a une logique économique derrière cela. Cela me rappelle un peu la situation du Groupe Mutuel, il y a quelques années. Les primes très attractives attirent de nouveaux clients, puis se normalisent avec le temps. Elles doivent ensuite être adaptées pour respecter le cadre légal, que ce soit en lien avec la couverture des coûts, la compensation des risques ou la constitution de réserves.

Mais Assura annonce redistribuer 30 millions de francs à ses assurés pour les primes payées en trop en 2018. Un paradoxe?

Là encore, il est délicat pour moi de me prononcer. Ce que je sais, c'est que nous voulons, de notre côté, redistribuer 100 millions de réserves à nos assurés en 2020. Les résultats positifs observés en matière de maîtrise des coûts de la santé doivent leur profiter. Cela équivaut en moyenne à un chèque de 100 francs par

assuré, qui viendra s'ajouter aux baisses de primes.

Les réserves importantes constituées par les assureurs, qui dépassent souvent les prescriptions légales fixées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), devraient-elles être plafonnées?

Une contrainte légale serait regrettable. Les assureurs doivent trouver le mécanisme adéquat pour faire profiter les assurés des excédents. Si une mesure de plafonnement venait à être adoptée, cela signifierait que le secteur de l'assurance n'a pas réussi à prendre les mesures nécessaires par lui-même.

Le conseiller d'État genevois Mauro Poggia et son ex-collègue vaudois Pierre-Yves Maillard demeurent de grands pourfendeurs des caisses maladie. L'opacité, au niveau des coûts, est critiquée. Que faire pour redorer votre blason?

Mauro Poggia et Pierre-Yves Maillard adoptent une posture politique lorsqu'ils parlent d'opacité. Le système est complexe, mais c'est faux de dire qu'il est opaque. L'assurance de base est placée sous le contrôle de l'OFSP, notamment. On doit impérativement dépasser les intérêts particuliers si l'on veut réussir à maîtriser durablement les coûts de la santé. Si tous les acteurs ne se mettent pas ensemble pour trouver des solutions, on va droit dans le mur.

Il n'y a pas d'opacité en termes de commissions versées aux courtiers en assurances?

Il faut éviter les amalgames. Dans l'assurance de base, un assureur qui respecte la convention de branche SantéSuisse peut payer 50 francs au maximum par client à un apporteur d'affaires. C'est dans les assurances complémentaires que cela pose aujourd'hui un véritable problème. La branche doit finaliser d'urgence un accord pour plafonner les commissions versées aux courtiers, qui ont augmenté ces dernières années. Il convient aussi de réguler ce qu'il est autorisé de faire en matière de démarchage. Avec le télémarketing, c'est devenu un peu le Far West.

Certains reçoivent de bonnes nouvelles avec leur prime 2020. Les hausses reprendront-elles de plus belle fin 2020?

Les coûts se sont stabilisés en 2018 et c'est la première fois que cela arrive. Il convient de saluer le travail du conseiller fédéral Alain Berset en la matière. Maintenant, il est essentiel de continuer d'agir, tous ensemble, sur le catalogue des prestations et sur les prix.

Quelles mesures préconisez-vous?

Au niveau des prestations, je propose une mesure de type frein à l'endettement. Il faudrait que toute nouvelle prestation soit couverte par une mesure compensatoire. Il en va de notre responsabilité financière.

Et au niveau des prix?

Là aussi, on doit être clair. Le prix des médicaments est trop élevé en Suisse, et cela concerne aussi le coût des génériques. Habitant au bout du lac, je veux pouvoir aller chercher mes médicaments en France avec mon ordonnance «genevoise», et me faire rembourser par l'assurance de base. Ce n'est pas possible aujourd'hui et cela doit changer. Par ailleurs, le financement hospitalier doit être revu.

De quelle manière?

Le financement des traitements ambulatoires et stationnaires en hôpitaux doit être uniformisé. Aujourd'hui, les Cantons ne participent pas aux frais de l'ambulance, alors que l'on recourt de plus en plus à ce dernier avec les progrès de la médecine. Ces opérations se retrouvent donc à 100% à la charge de l'assurance de base. Ce n'est pas tout. En matière hospitalière, il faudra sortir du débat qui veut que toutes les spécialités soient présentes dans tous les cantons. On ne peut pas avoir un scanner à chaque coin de rue.

Caisse unique, plafonnement des primes à 10% du revenu, progressivité des primes en rapport avec le revenu: les initiatives fleurissent en Suisse pour réformer l'assurance de base. Que faut-il garder?

La caisse unique est un miroir aux alouettes. Sur 100 francs de primes, il y a 4 à

En dates

1994

Thomas Boyer obtient son master en gestion d'entreprise à la HEC Lausanne.

1998

Il devient membre du comité de direction du Groupe Swiss Life - «La Suisse».

2011

Il est président du conseil de fondation de la Fondation d'Art Dramatique - Genève.

2013

Il entre à la direction générale de la Mobilière Assurances.

2019

Il est nommé directeur général du Groupe Mutuel Assurances.

5 francs qui couvrent les charges des assureurs. Au Groupe Mutuel, pour 100 francs de primes encaissées, nous avons été capables de faire économiser 10 francs à l'assurance de base grâce au contrôle des factures. Car nous avons refusé de rembourser ces montants qui ne devaient pas l'être. Cela plaide pour la concurrence.

Plafonner les primes à 10% du revenu?

Cela ne résout rien sur le fond. Le poids des primes représente déjà aujourd'hui 14% du revenu des familles. C'est un choix politique de savoir si cette différence de 4% doit passer par les primes ou par l'impôt. Mais encore une fois, c'est sur les coûts qu'il faut agir. Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine nécessitent de remettre le système à plat.

En août dernier, vous avez lancé un nouveau modèle d'assurance de base qui favorise le premier conseil aux patients par des pharmaciens. Quelles ont été les réactions de vos assurés?

La solution est très intéressante pour désengorger les services des urgences ou éviter les consultations inutiles chez les généralistes. Avec une prime inférieure de 14% à celle que nous proposons pour l'assurance de base, il y a eu beaucoup d'intérêt de la part de nos clients. Mais il est trop tôt pour faire un premier bilan. Cette initiative va dans la bonne direction. En matière de santé, les assureurs doivent dépasser leur rôle de simplement contrôler et payer les factures. Nous devons accompagner les assurés dans la prévention et les traitements. C'est dans cet esprit que nous soutenons, depuis l'année dernière, une dizaine de start-up dans le cadre de notre programme Innopeaks.

Un exemple prometteur?

L'application développée par la start-up belge Helpper est séduisante. Elle se base sur un modèle communautaire pour trouver des gens prêts à aider les personnes âgées, handicapées, les malades chroniques en faisant leurs courses, leurs repas ou en les amenant chez le médecin, contre rémunération ou échange de services.