

# Les assureurs ont fortement amélioré l'efficacité de leurs coûts

Ces dernières années, les assureurs ont amélioré l'efficacité des coûts dans l'assurance de base. Il reste certes tout un potentiel d'économies, mais l'explosion des coûts exige des solutions novatrices, notamment en ce qui concerne le financement des soins de longue durée. *Martin Eling*

**Abrégé** Selon une étude de l'université de Saint-Gall, l'efficacité des coûts est en moyenne de 75 % dans l'assurance de base. Depuis l'introduction de l'assurance obligatoire des soins en 1996, les assureurs suisses ont renforcé cette efficacité. Il subsiste cependant un potentiel d'amélioration et les assureurs peu efficaces continueront à disparaître du marché. Deux problèmes majeurs doivent être résolus pour optimiser le secteur de la santé : les soins de longue durée et les maladies liées à l'âge. Or, les effets de l'évolution démographique sur les soins ne sont guère connus. Aussi l'économie et la politique feraient-elles bien de se pencher plus activement sur l'efficacité des coûts et sur les approches novatrices susceptibles de développer le système de la santé.

La Suisse bénéficie d'un système de santé relativement efficace et d'un niveau de prestations élevé. Elle est donc très bien classée internationalement.

L'un des avantages de son système de santé est le côté entrepreneurial des assureurs-maladie, ce qui constitue une différence essentielle par rapport aux systèmes étrangers. Les assureurs-maladie suisses sont ainsi l'une des parties prenantes (au demeurant peu nombreuses) du système de santé à avoir intérêt à ce que les coûts administratifs soient faibles et, donc, que tout le système soit efficace. Ce souci se reflète dans plusieurs déclarations et communiqués de presse des assureurs-maladie. Certes, cela va en partie dans leur propre intérêt, mais procède aussi d'un souci : le développement de tout le secteur doit être durable. Dans une perspective macroéconomique, l'un et l'autre méritent d'être salués.

Une nouvelle étude de l'université de Saint-Gall analyse l'efficacité des coûts des assureurs de base depuis l'introduction de l'assurance obligatoire des soins (AOS) en 1996. L'efficacité y est considérée comme une grandeur relative, soit le rapport des facteurs intrants (travail et capital)

avec le volume des primes et les dommages remboursés (voir *encadré*).

La période initiale a été marquée par la stagnation en matière d'efficacité des coûts, qui était en moyenne de seulement 31 % en 1997. À partir du début des années 2000, celle-ci s'accroît énormément (voir *illustration 1*), si bien que les assureurs peuvent être considérés comme relativement efficaces sur le plan des coûts. Or, il n'en a pas toujours été ainsi. L'efficacité relativement moindre du secteur au début de la période observée reflète aussi une certaine hétérogénéité. Celle-ci provenait certainement du grand nombre de petits assureurs qui coexistaient dans les années nonante, où de grandes différences de productivité régnaient. À l'opposé, la productivité des assureurs-maladie donne aujourd'hui une image nettement plus homogène, qui peut s'expliquer par l'automatisation et l'informatisation de nombreux processus, mais aussi par la concurrence et une consolidation croissante.

Il subsiste cependant un potentiel d'amélioration dans le secteur de l'assurance-maladie, où l'efficacité des coûts n'atteint aujourd'hui que 74 % en moyenne. L'on peut donc s'attendre à de nouvelles hausses de productivité et d'efficacité. Ainsi, les assureurs peu efficaces disparaîtront de plus en plus du marché. Alors qu'actuellement

## Qu'est-ce-que l'efficacité des coûts ?

L'efficacité des coûts est une mesure relative de la productivité, qui compare le rapport entrées/sorties d'un assureur X avec celui du champion du marché. Ainsi, si le meilleur assureur est capable de gérer un volume de primes de 100 millions avec cent collaborateurs, mais qu'un autre a besoin de 200 collaborateurs pour le même volume, le premier se voit attribuer un coefficient d'efficacité de 1, le second de 0,5.



KESTONE

soixante assureurs (tout juste) se font concurrence (voir *illustration 2*), il faut s'attendre à en compter moins de cinquante dans quelques années, même en cas d'évolution linéaire.

### **Une bombe démographique : les soins de longue durée**

L'évolution démographique représente à mes yeux le plus grand défi stratégique pour un développement efficace du système de santé et du secteur de l'assurance-maladie. Les gens qui atteindront l'âge de la retraite ces prochaines années auront besoin de soins d'ici dix ou quinze ans. Or, dans notre système de santé, les solutions pour gérer efficacement les soins de longue durée et les maladies de l'âge (comme Alzheimer) n'existent que sous forme rudimentaire. Contrairement à la prévoyance-vieillesse, où l'âge de la retraite et le taux de conversion sont des leviers de réforme bien connus face à l'évolution démographique, des solutions équivalentes doivent encore être élaborées dans le domaine de la santé.

Cela grèvera le système ces prochaines années, ce qui permet d'affirmer que la véritable bombe démographique n'est pas l'AVS, mais la question des soins de longue durée et des maladies de l'âge. Ces dix ou quinze prochaines années, ceux-ci entraîneront des surcoûts atteignant plusieurs milliards de francs. Or, la manière dont ces coûts

pourront être assumés convenablement par la société est toujours largement indéterminée et partiellement inconnue.

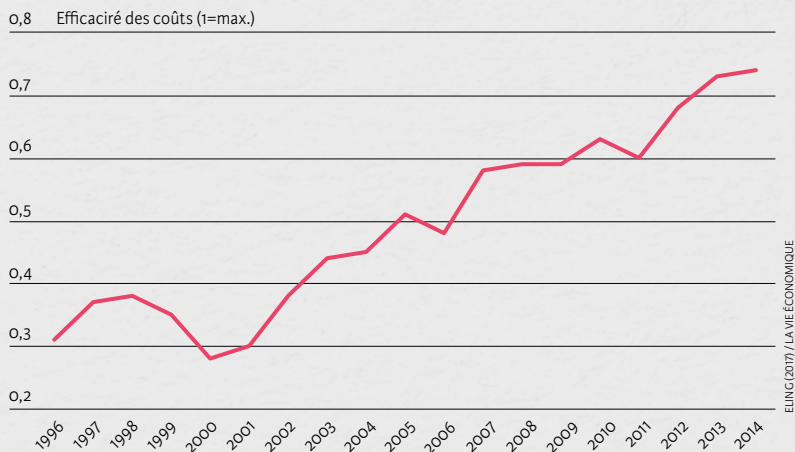
Dans l'optique des assureurs-maladie, cette évolution représente une gageure. Dans le système social actuel (assurance de base et prestations complémentaires), il ne sera en effet pas possible d'endiguer la hausse du coût des soins sans relever nettement les cotisations sociales et les impôts. Du point de vue entrepreneurial, cette évolution constitue en même temps une chance, puisque le coût des soins pourrait être couvert dans le cadre d'assurances complémentaires privées. À l'instar de ce qui se passe dans des pays voisins comme l'Allemagne, les soins aux personnes âgées pourraient ainsi devenir un marché important pour les assurances complémentaires. Il faut aussi s'attendre à ce que la part des coûts financés par des éléments d'assurance sociale ait tendance à diminuer, alors que celle des coûts financés par les particuliers ou par le biais d'assureurs privés aura tendance à augmenter.

Pour ce qui est de l'efficacité, il est difficile de dire comment devrait se composer le bouquet idéal d'assurances sociales et de couverture privée. Même si l'on compare entre eux les systèmes d'assurance-maladie de plusieurs pays, on ne trouvera pas de modèle indiquant nettement le cap vers lequel les systèmes de santé devraient converger.

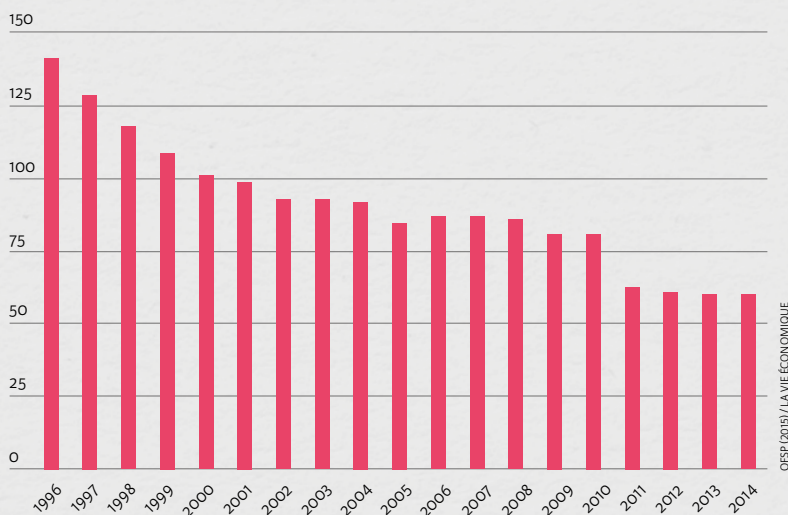
Les assureurs de base ont fait leur devoir. Le président de Santé-suisse Heinz Brand (à gauche) en discussion avec Pascal Strupler, directeur de l'OFSP, lors d'un congrès de la branche à Berne.



### III. 1. Efficacité des coûts chez les assureurs-maladie (moyenne du marché)



### III. 2. Nombre d'assureurs de base (1996-2014)



## Un risque macroéconomique : l'inégalité

Si, sur le plan de l'économie de marché, une solution financée davantage par les particuliers ou par le biais d'assureurs privés paraît souhaitable, il ne faut pas non plus en occulter les risques. Il peut être tout à fait problématique – et cette fois-ci du point de vue macroéconomique – que des personnes aisées transfèrent le risque de leurs soins à un assureur en contractant par exemple une assurance allant dans ce sens, alors que des personnes moins privilégiées ne le pourraient pas et devraient recourir aux prestations complémentaires.

L'évolution démographique, qui permettra à de nombreuses personnes de vivre plus longtemps en bonne santé, peut donc avoir des effets insoupçonnés et même accroître les inégalités. En conséquence, tant la politique que l'économie devraient chercher dès aujourd'hui à répondre à ce problème. Une option, qui fera l'objet d'un débat, pourrait être de renforcer les fonds du deuxième pilier de la prévoyance-vieillesse destinés explicitement à la couverture des soins, autrement dit d'introduire une assurance-soins obligatoire dans le système de prévoyance actuel. D'autres systèmes novateurs d'organisation des soins, comme les comptes épargne-temps, devraient aussi être encouragés et discutés plus activement. À Saint-Gall, par exemple, les jeunes retraités qui aident leurs aînés à exécuter les tâches quotidiennes reçoivent un bon-temps en contrepartie de leur engagement. Ils pourront le faire valoir à leur tour le jour venu et économiser ainsi des coûts de soins.

Comme le montre notre étude, le système suisse de santé est devenu nettement plus efficace depuis le début du millénaire. Seul le niveau relativement élevé des coûts fait toujours l'objet de controverses, car la qualité relativement élevée y est achetée à un coût relativement élevé lui aussi. C'est pourquoi le débat politique se concentre fréquemment sur la question de l'aménagement efficace de la prévoyance-santé. En d'autres termes, comment obtenir des prestations de même qualité à moindre prix? Vu l'avenir qui nous attend, cette approche semble quasi irréaliste, puisqu'il faut plutôt s'attendre à une recrudescence des coûts. Néanmoins, il existe toujours un potentiel d'amélioration de l'efficacité.



**Martin Eling**

Professeur d'actuariat et directeur de l'Institut d'actuariat, université de Saint-Gall