

Explications sur la différence entre augmentation des primes et des coûts dans l'AOS

Réaction d'un lecteur à l'article «Qui profite véritablement de l'augmentation des coûts de la santé publique?» de Thomas Zünd dans ARS MEDICI 7/07, p. 336-337

Introduction

La question surgit toujours dans la discussion politique de savoir pourquoi les coûts et les primes ne progressent pas en parallèle. Les primes devraient en effet être le reflet des coûts. En fait, à long terme, la progression des primes suit pratiquement celle des coûts. Il ne faut que comparer les bons paramètres.

Comparaisons

Ces dernières années, l'OFSP a calculé la progression des primes des assurés adultes, avec franchise standard, de tous les cantons et en moyenne suisse, sur la base des primes entérinées pour l'année suivante, de même que le nombre d'assurés de chaque assureur-maladie. Ces calculs ont à chaque fois été publiés en octobre. En juillet déjà, SantéSuisse a publié sa statistique définitive des assurés, qui montre la progression des prestations brutes (totale et par tête¹) de l'année passée.

Ce qui a pu donner une certaine confusion, car ces deux paramètres ne peuvent être comparés directement. Et ceci pour plusieurs raisons:

1. La progression des coûts de la statistique des assurés de SantéSuisse est celle de l'an passé, alors que celle calculée par l'OFSP est pour l'année

Il s'agit de la déclaration selon laquelle l'évolution des primes serait nettement supérieure à celle des coûts. C'est comparer des pommes et des poires, car il s'agit d'une part de l'évolution des primes de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) et de l'autre de l'évolution des coûts de la santé publique. La base de cet article est le «Petit livre jaune» d'Interpharma, qui reprend la même erreur de principe

suivante. Dans le calcul des primes, ce ne sont pas les coûts ressortant de la statistique des assurés de l'année précédente qui sont déterminants, mais ceux pronostiqués pour l'an prochain. Il y a 2 années d'écart entre eux.

2. La statistique des assurés de SantéSuisse donne les prestations brutes et leur progression. Par prestations brutes, il est question des coûts générés par les fournisseurs de prestations. Les assurés en paient une certaine partie eux-mêmes (participation aux frais). La soustraction de la participation aux frais des prestations brutes donne les prestations nettes (dans le langage de l'OFSP: prestations payées). Ce sont ces prestations nettes qui interviennent dans le calcul des primes.

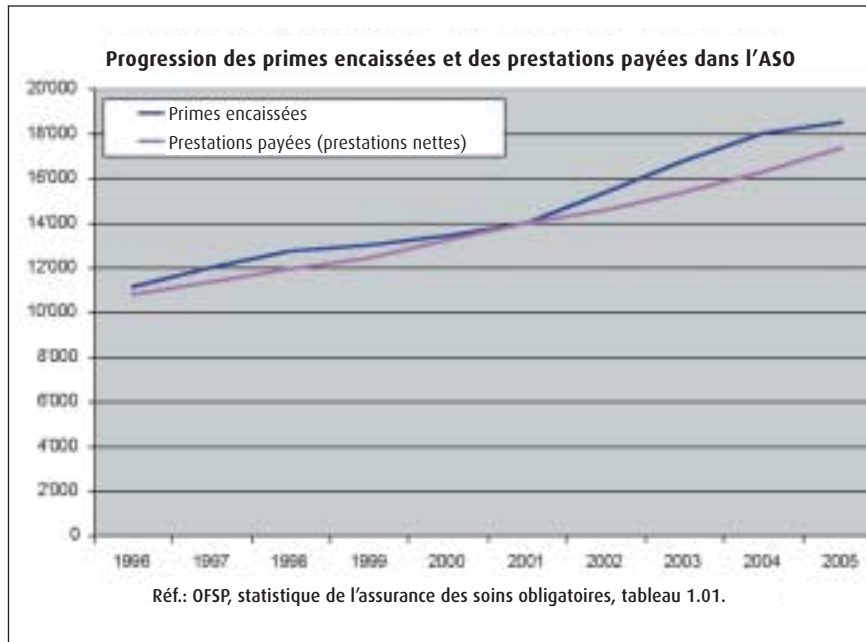
3. L'OFSP ne calcule pas l'augmentation moyenne des primes de tous les

assurés, mais celle des adultes ayant une franchise standard. Le choix de franchises plus élevées notamment permet d'abaisser la prime individuelle. Il est donc important de comparer les primes effectivement payées aux prestations nettes, et pas la prime fictive avec franchise de base.

Certaines comparaisons sont même faites entre l'augmentation des primes de l'assurance de base (1,86 mrds en 2005) et l'augmentation des coûts globaux de la santé publique (51,6 mrds en 2004). Les coûts et les primes de l'assurance de base ont plus fortement augmenté ces dernières années que les coûts globaux, car le spectre des prestations de l'assurance de base a été élargi et la part publique du financement des prestations LAMal a eu tendance à diminuer.

Conclusion: si nous voulons comparer l'augmentation des primes à celle des

¹ Avec l'augmentation de la population, l'augmentation pro capita s'écarte de celle des prestations brutes de tous les assurés: si l'augmentation de la population est positive, l'augmentation pro capita est inférieure à celle des prestations brutes globales.



coûts, nous devons tout d'abord prendre les mêmes années, puis les prestations nettes de l'assurance de base et ses primes, et enfin le même collectif d'assurés.

Statistique de l'OFSP

Cette statistique montre que les primes encaissées et les coûts ont progressé parallèlement depuis 1996, même s'il y a des différences pour certaines années (encart).

Différences d'augmentation des primes et des coûts

La différence entre les primes encaissées et les prestations nettes couvre les frais d'administration des assureurs-maladie. La part des frais d'administration dans le volume des primes a constamment diminué ces dernières années. Les frais d'administration des assureurs-maladie ont presque atteint le milliard de CHF en 2005, soit 5,4 pour-cent des primes encaissées.

Les progressions différentes des primes et prestations nettes s'expliquent surtout par le fait que les primes doivent être fixées à un certain moment, longtemps avant que soient connus les coûts de

l'année comptable. Exemple: les assureurs-maladie ont dû remettre à l'OFSP les primes pour 2007 à la fin juillet 2006. Les coûts définitifs de 2007 ne seront connus qu'au début 2008. Il y a donc 18 mois d'intervalle.

Les réserves servent de tampon à cette incertitude: si les primes ont été calcu-

lées trop bas, les réserves fondent et inversement. Cela est également le cas des provisions. Le montant total des réserves et provisions constituées varie d'une année à l'autre et a donc une influence sur l'augmentation des primes.

Conclusion

Dans la comparaison de l'augmentation des coûts à celle des primes, il est essentiel que les bons paramètres servent de base: il faut comparer la progression des prestations nettes à l'augmentation des primes de la même année et du même collectif d'assurés. Toute assimilation annuelle de l'augmentation des primes à celle des coûts est impossible et ne doit même pas être envisagée. ■

Santésuisse

Les assureurs-maladie suisses
Peter Marbet, membre de la Direction
lic. phil. I
Chef de la Section Politique et
Communication
 Römerstrasse 20, 4502 Soleure
 E-Mail: peter.marbet@santesuisse.ch

Réplique

Ne crois jamais une statistique que tu n'as pas faussée toi-même ...

En lisant l'article de Peter Marbet, nous en arrivons rapidement à croire que cette manière de considérer les choses pourrait être la bonne: son argument est que les primes précèdent les coûts de plus d'une année, ce qui pourrait expliquer une certaine discrédance. Nous pourrions en être satisfaits et passer à l'ordre du jour. Il reste tout de même une contradiction: les coûts et les primes diver-

gent chaque année davantage. L'intervalle temporel entre les deux est toujours le même, donc l'écart devrait toujours être le même, mais en réalité il se creuse toujours plus! Comme les courbes ont rarement tendance à changer subitement de direction, cette évolution nous fait vraiment peur: où cette discrédance nous conduira-t-elle si les primes augmentent toujours nettement plus que les coûts? Dans son premier argument, Peter Marbet dit que les primes sont calculées sur la base d'une spéculation. Quant à nous, nous sommes d'avis que les chiffres de l'OFSP sont bien réels, basés sur les primes et les coûts effectifs, et devraient donc être des faits solides.

Au point 2, Peter Marbet écrit que les primes ne représentent qu'une partie des coûts que le patient a à supporter, et il fait intervenir surtout les participations aux coûts sous forme de franchises et de quotes-parts. Et nous trouvons là une nouvelle contradiction: nous constatons tous que le patient passe beaucoup plus à la caisse, avec les franchises et quotes-parts toujours plus élevées. Nous avons nous-mêmes constaté depuis longtemps que de nombreux patients ont augmenté leur franchise, avec pour conséquence qu'ils paient de leur poche les petites factures. Donc la participation aux coûts du patient est encore supérieure à ce que montre la statistique, et la pente est en réalité plus raide que sur les graphiques.

Le troisième argument que l'OFSP réduit l'augmentation des primes à celle d'adultes avec franchise standard, c.-à-d. minimale, nous touche tout particulièrement. Pourquoi un tel trucage, qui passe totalement inaperçu du lecteur?

Quel est le but des statisticiens avec de telles manigances? Autrement dit: n'est-il pas vrai que la somme que le patient

paye à sa caisse, à savoir prime, quote-part et franchise, doit être constante? Il ne peut modifier que la franchise et la prime, et les assurances calculeront certainement le quotient de manière à ce que le total augmente pour le collectif. Cela ne veut donc rien dire d'autre que même avec une réduction de la franchise au niveau standard (= franchise minimale), le total des versements reste le même pour le collectif de patients. Le but visé par cette acrobatie mathématique est totalement incompréhensible!

En résumé, nous ne sommes pas entièrement satisfaits de la réponse de Monsieur Marbet, son argumentation n'est pas pleinement convaincante. Et ceci surtout du fait que la discrédance que nous critiquons entre les coûts et les primes se voit même sur sa courbe à partir de 2001.

Que pouvons-nous encore croire si les statistiques officielles ne jouent pas? ■

Thomas Zünd

Traduction: G.-A. Berger

Président
Dr méd. Hans-Ulrich Bürke
Altstetterstrasse 150
8048 Zürich
Tél. 044-431 77 87

Viceprésident
Dr méd. Guy Evéquoz
Rue du Mont 16
1958 St-Léonard
Tél. 027-203 41 41

Caissier
Dr méd. Thomas Zünd
Bahnstrasse 16
Postfach 130
8603 Schwerzenbach
Tél. 044-825 36 66

Pastprésident
Rudolf Hohendahl
Zürcherstrasse 65
8406 Winterthur
Tél. 052-203 04 21

FMP sur Internet: www.fmp-net.ch

*Die deutsche Fassung ist in
ARS MEDICI 13/07 erschienen.*

Die Venenspezialisten.

Venoruton® und Hemeran® bei Venenleiden.

KASSENZULÄSSIG



Venoruton®

- Indiziert bei Ödemen und Symptomen chronisch venöser Erkrankungen
- Verstärkt die Kompressionstherapie nachhaltig
- Aktiv durch den Spezial-Wirkstoff Oxerutine



Hemeran®

- Zur Prophylaxe und Therapie von Thrombophlebitiden
- Mit blutgerinnungs- und entzündungshemmenden Eigenschaften
- Wirkstoff Heparinoid «Geigy»: aus Zitruspektin gewonnen

Venoruton® Z: Venoruton 300: 1 Kapsel: 300 mg Oxerutine, Excip. q.s. ad caps. gelat. Venoruton 1000 Sachets mit Orangenaroma: 1000 mg Oxerutine, Saccharin, Aromatikum sowie Hilfsstoffe; Venoruton 1000 Brausetabletten: 1000 mg Oxerutin, Acesulfam, Aromatika; Venoruton forte: Tabletten à 500 mg Oxerutine sowie Hilfsstoffe; Wirksubstanz: O-(β-hydroxyäthyl)-rutosidea (=Oxerutine). I: Venoruton 300; Venoruton 1000: Ödeme und Symptome der chronisch-venösen Insuffizienz (CVI), variköse Dermatiden und Ulzera, Symptome von Hämorrhoiden sowie deren Komplikationen; Venoruton forte: zusätzlich: Prävention und Linderung strahlentherapiebedingter Gefäß- und Schleimhautreaktionen. D: 3x täglich 1 Kapsel Venoruton 300; 1x täglich 1 Sachet oder 1 Brausetablette Venoruton 1000; 2x täglich 1 Tablette Venoruton forte; alle Darreichungsformen sind während der Mahlzeiten einzunehmen. KI: Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder anderen Inhaltsstoffen. Erstes Trimenon der Schwangerschaft. VM: Bei Fortdauer der Beschwerden muss ein Arzt konsultiert werden. S: Kategorie B. Verschreibung ab dem 4. Schwangerschaftsmonat. UW: Hautausschläge, leichte gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerzen, Rötungen. Nach Absetzen: rasches Abklingen. In sehr seltenen Fällen: Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp bis zu Einzelfällen von anaphylaktischem Schock. IA: Bisher keine bekannt. P: Venoruton 300; (Kapseln) 50* und 100* (D); Venoruton 1000: (Sachets) 14*; Brausetabletten (30* (D)); Venoruton forte: (Tabletten) 30* und 100* (D). Hinweis: Ausführliche Informationen im Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. *Kassenzulässig.

Hemeran® Z: Wirkstoff: Heparinoidum «Geigy» 1%. Hilfsstoffe: Crème: Aromatika, Phenoxyethanol, Propylenglykol; Emulgel und Gel: Aromatika; Lotion: Propylenglykol; Spray: 30 Vol. % Alkohol. I: Beschwerden im Zusammenhang mit Krampfadern wie Schmerzen, Schweregefühl, geschwollene Beine (Stauungsödeme) und Wadenkrämpfe. Stumpfe Sport- und Unfallverletzungen. D: Mehrmals täglich auf die intakte Haut auftragen; auf schmerzende Stellen lediglich auftragen, nicht einreiben. Spray: mehrmals täglich auf die schmerzenden Stellen auf die unversehrte Haut aufsprühen (5-7 Sprühstöße/Anwendung). KI: Blutungsneigung, Thrombozytopenie. VM: Nicht auf offenen Wunden oder Schleimhäuten, Augenbindehaut oder auf Infektionsstelle bei eitrigen Prozessen anwenden. Nicht einmassieren bei thrombotischen oder thromboembolischen Prozessen. Bei längerem Fortbestehen oder Verschlechterung der Beschwerden sollte ein Arzt konsultiert werden. UW: In seltenen Fällen: Allergiker mit Neigung zu Ekzemen: Kontaktallergien. IA: Bisher keine bekannt. P: Crème: 50* und 150 g; Gel: 50* und 150 g; Lotion: 120* ml; Emulgel 50 und 100 g; Spray: 100 ml, D. Für ausführliche Informationen konsultieren Sie bitte das Arzneimittelkompodium der Schweiz. *Kassenzulässig.

 **NOVARTIS**

Novartis Consumer Health
Schweiz AG, CH-3001 Bern

www.novartis.ch