

Date de dépôt : 20 avril 2010

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la proposition de résolution de M^{me} et MM. Charles Selleger, Jacques Follonier, Frédéric Hohl, Michel Ducret, Jacques Jeannerat, Patricia Läser, Jean-Marc Odier et Patrick Saudan du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonal en vue d'instaurer la transmissibilité de la réserve en matière d'assurance obligatoire des soins (LAMal)

Rapport de M. Michel Forni

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé, présidée par M^{me} Brigitte Schneider-Bidaux, s'est réunie à deux reprises (29 mai et 16 octobre 2009) pour mener à bien l'examen de ce projet de résolution (R 574). Il a trait à la transmissibilité de la réserve en matière d'assurance obligatoire de soins (LAMal).

Cette commission était assistée dans ses travaux par le président du DES, M. P.-F. Unger, conseiller d'Etat, M^{me} A.-G. Bütikofer, directrice de la DGS, DES, Mme M. Chappuis, attachée aux affaires parlementaires (DES). Ont également participé aux discussions M^{me} N. Fiechter (DGCASS, DES) et M. N. Marzo (économiste, DES).

Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} N. Bressard, puis par Monsieur G. Chevalley.

La commission a procédé à l'audition de MM. M. Sprumont, professeur à l'Institut de droit de la santé à Neuchâtel, et de N. Marzo, analysant également un texte de réponse de M. P. Indra, vice-directeur de l'OFSP, et un rapport du DES.

Que tous ici soient remerciés.

A. Présentation générale

Cette résolution a été déposée le 17 décembre 2008 par le Parti Radical et suivie d'un parcours mouvementé lui permettant, après un passage auprès du Conseil d'Etat, de revenir auprès de la Commission de la santé où elle sera traitée dès le printemps 2009, étant associée également aux auditions d'experts, cantonaux ou fédéraux, juristes ou économistes.

Cette résolution cible directement les articles 4, 7 et 60 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (18 mars 1994), ainsi que l'article 78 (OAMal).

L'exposé des motifs de la résolution 574 a trait à la notion de réserve constituée pour chacun des assurés, la possibilité de changer d'assureurs, l'acquis de la réserve constituée par l'ancien assureur en cas de changement et la nécessité pour tout nouvel assureur de reconstituer de nouvelles réserves pour le nouvel assuré. L'invite va dans le sens d'instaurer la transmissibilité de la réserve de l'ancien assureur vers le nouvel assureur en cas de changement de contrat.

Il s'y associe la notion de réserve dite « réserve de sécurité », une analyse des causes d'augmentation des primes pouvant être reliées ou découler de la constitution de nouvelles réserves lors de changement d'assurance, du maintien des mécanismes de libre concurrence et indirectement de l'analyse des causes pouvant expliquer la disparité des réserves sur le plan national, notamment le cas particulier de Genève qui, en dépit d'une grande maîtrise des coûts de la santé, reste taxé à un niveau nettement supérieur à celui de la moyenne nationale.

Les outils souhaités et examinés doivent non seulement garantir la solvabilité des assureurs, mais également contribuer à réduire la précarité des assurés. Indirectement, ils doivent permettre d'assumer et de réviser les charges budgétaires pesant au niveau cantonal pour pérenniser la protection sociale, notamment médicale en termes d'efficacité et de stabilité.

Si « *innover n'est pas lancer une nouvelle idée, c'est au moins de cesser d'en avoir une ancienne* » (Edwin Land).

Historiquement, les conditions de financement de la réserve s'adressaient aux épidémies et pour corriger des évaluations erronées au budget. Pour les initiants de cette résolution, une nouvelle discipline et de nouveaux réglages de ce pacte de stabilité s'imposent.

Le taux des réserves reste un thème obscur, notamment à Genève où il est situé au double du taux minimum fixé par l'OAMal (40,7% pour 20,2 % sur le plan national).

La 2^e constatation est celle d'une augmentation, même en 2007 où il y a eu une diminution de la prime moyenne.

Un 3^e élément à relever est que le canton de Genève y consacre, de par les contributions des assurés et par les recettes fiscales, une somme de 250 970 075 F en 2007, sous forme de subsides versés à l'assurance maladie (sans déduction de la part de la Confédération de 104 millions).

Il faut rappeler que la loi fédérale n'a pas édicté de disposition obligeant les assureurs à procéder à des réserves échelonnées selon les cantons à ce jour.

Cette résolution sera l'objet d'une analyse contrastée et différente dans la perception du problème de la réserve de sécurité entre les auteurs du projet et d'autre part entre les différents intervenants ou experts, ainsi que de la part du DES à Genève.

Face à la pertinence des arguments des uns et des autres, mais dans le sens également de l'associer à une motion bâloise déposée le 19 décembre 2008 (M^{me} A. Fez, conseillère aux Etats de Bâle) intitulée : « rééquilibrer les taux de réserves des assureurs maladies d'ici 2012 », il a été décidé par la commission d'amender la résolution 574. Suite à une proposition des experts du DES, il y a été ajouté également quelques suggestions à caractère économique et juridique concernant la transmissibilité.

Il est à noter que le Conseil Fédéral a accepté la motion bâloise le 25 février 2009, donnant mission à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de procéder à un réajustement des réserves via la procédure d'approbation des primes et incitant les assureurs à prendre les mesures nécessaires pour réduire les différences entre les cantons.

Cette résolution genevoise vise donc à instaurer la transmissibilité des réserves constituées par un assuré, de son ancien assureur vers son nouvel assureur.

Genève a le triste privilège de présenter des coûts, par assuré, systématiquement surévalués et des réserves de caisses fréquemment sous-évaluées.

Ces réserves ont donc continué d'augmenter de façon importante en 2007 pour atteindre des sommes records (environs de 612 millions de francs), soit 42% du montant total des primes annuelles et, à fin 2008, le montant total des réserves était toujours de 601 millions de francs, soit 41,4 % des primes brutes alors que la réserve minimum calculée à Genève était estimée et définie à 11.8%.

En parallèle, différentes démarches effectuées à Berne par le canton de Genève ont permis d'informer et d'exiger du département fédéral de l'intérieur des mesures de refus face à la grande majorité des primes de 2009 proposée par les assureurs, estimant que les primes moyennes genevoises devaient baisser en 2009, car « *sans cela elles continueront à alimenter, de manière inacceptable, les réserves excessives des caisses tout en spoliant le canton des bénéfices de sa politique de maîtrise des coûts* ».

Rappelons également que le coût moyen par assuré, qui avait augmenté entre 2000 et 2007 de 23,5%, a été également associé à une augmentation des primes de 32,1% alors que les réserves explosaient de 250%.

Mentionnons également qu'après une baisse d'environ 2,2 % en 2006, la hausse du coût moyen par assuré s'est limitée en 2007, à Genève, à 1.6 % et qu'elle reste située parmi les plus basses du pays.

Depuis 2008, une inversion de tendance s'est opérée et une nouvelle hausse semble s'inscrire dans une fourchette d'environ 4.8% (4,3% pour la Suisse).

Rappelons également que les caisses maladies ne peuvent pas, selon la loi, réaliser de bénéfices en fin d'exercice et d'autre part que le calcul des primes est cantonalisé, ce dernier étant basé sur un calcul des risques.

Ce calcul des réserves a été repris dans la résolution 572-A, adressée également à l'Assemblée fédérale par le Grand Conseil genevois, cette dernière prônant la cantonalisation des réserves et visant à conserver, pour les assurés genevois, une somme équivalente aux environs de 612 millions pour l'année 2007.

Je rappelle également une autre résolution (R 573) parlant d'un plafonnement des réserves, également transmise à l'Assemblée fédérale.

Cette résolution confirme le sens du libre passage associé aux principes de la libre concurrence qui reste également une mesure incitative, d'autre part elle respecte le principe de la solidarité de par la constitution des réserves et elle s'insurge indirectement contre l'augmentation des primes et l'injustice flagrante pour Genève d'un dépassement permanent des réserves légales par les assureurs.

Cette résolution ne remet pas en question le principe de la réserve et ne le conteste pas.

Cependant, cette constitution de réserves découle d'opérations financières complexes. L'objectif est d'habiller des comptes afin de les présenter aux cantons avec une transparence souvent déficiente (audit, questionnement,

outils statistiques...) et n'oriente pas la régularité, sur le respect de la légalité ni sur le discutable ou le contestable.

Elle reste, par certains côtés, un sujet tabou ou soumis à un verrouillage important. Enfin, elle traduit bien la culture du résultat qui peut se cacher derrière le mécanisme d'acquisition des réserves.

En parallèle à l'initiative bâloise, l'initiative genevoise de décrypter certains conflits d'intérêts (expertise, évaluation, gestion de la réserve) doit permettre de restructurer et d'adapter l'expertise fédérale associée à la réglementation LAMal.

Son objectif principal n'est pas de réduire les coûts de la santé, mais d'apporter des éclairages sur des problèmes affectant non seulement les patients qualifiés de « bons risques » ou de « mauvais risques », lié également au binôme : réserve corollaire de bénéfiques, socle et raison pour les assurances.

Favorisée par les nouvelles technologies de communication, l'idéologie de la transparence se superpose à la porosité croissante de la frontière entre assurés et assureurs, abaissant cette défense et amenant les citoyens à des informations perçues tantôt comme des transgressions tantôt comme des moyens de pression.

La montée des revendications face à l'augmentation des primes et des réserves et d'autre part des faibles réponses apportées à ces demandes, notamment par les assureurs, ont aggravé ce processus défensif permettant le développement de tensions sans révolte mais avec un fatalisme, voire une indifférence exprimant les protestations des assurés et des autorités cantonales hantées par l'angoisse du déficit.

Cependant, les « dessous » d'une réserve « au-dessus de tout soupçon » ne permettent pas d'escamoter la réalité et cette aggravation due à l'augmentation des primes dévoile, dans toute sa béance, le fossé qui sépare assureurs, citoyens et autorités cantonales.

Le risque des méthodes routinières d'évaluation, les instruments de statistiques à améliorer, le risque également de fiction construite à des fins de légitimation ou machinalement, plaident pour des arbitrages politiques ciblant les stratégies de santé publique.

C'est dans ce sens que les initiateurs de cette résolution ont réalisé cette demande.

B. Auditions

a) Audition du professeur M. Sprumont, institut de droit de la santé à Neuchâtel, le vendredi 29 mai 2009

Ce dernier est intervenu dans le contexte d'une triple expertise (R 572, R 573-I et surtout R 574-I). Son analyse permet de retenir plusieurs constats, à savoir le cas particulier de Genève et de la disproportion de ses réserves légales par rapport aux moyennes nationales, qualifiée de « dépassement substantiel » par rapport aux obligations légales.

Sa 2^e observation va dans le sens que la CLASS (conférence latine des affaires sanitaires et sociales) s'est montrée préoccupée par cette situation et qu'elle fait pression sur les assureurs (pour régulariser cette disproportion dans le sens d'une diminution affectant les primes).

Son 3^{ème} constat va dans le sens d'un rappel puisqu'il est co-auteur d'un rapport (avis de droit) actuellement en analyse à Berne, ciblant notamment le plafonnement des réserves (article 77 OAMal) permettant d'analyser toutes les bases légales de la constitution des réserves et l'inadéquation des sommes nécessaires à couvrir un principe d'obligation de soins.

Sous point 4, il confirmera que la transmissibilité des réserves peut être qualifiée de « louable », mais qu'elle ouvre un cercle conflictuel compte tenu de l'historique des mécanismes de constitution de ces réserves et d'autre part en intégrant la forme de « restitution » des réserves proposées par cette résolution.

Certains cas particuliers pourraient être assimilés, lors de la restitution des réserves, à un effet de rattrapage, notamment pour les co-assurés d'assurance que rejoindrait le patient, mais aussi à un degrevage par rapport aux assurés de la compagnie quittée par l'ex-assuré.

Cet expert a insisté sur le principe de solidarité de la LAMal, sur la méthodisation du calcul des primes, sur la répartition des risques calculée par canton et par catégorie d'assurés. Il a également insisté sur le mécanisme de capitalisation qui est contraire aux principes de solidarité, s'emparant de la comparaison avec la prévoyance professionnelle qui, à ses yeux, pourrait indirectement être évoquée par certains aspects ou interprétations de la résolution 574-I.

Enfin, il émet une crainte découlant des importants changements techniques que représenterait le mécanisme de transmissibilité des réserves au sein de la LAMal, tant dans sa réalisation que dans sa surveillance, devant aboutir à une réforme +/- complète de la LAMal.

Il a développé l'argument que les bons risques ont surtout tendance à changer d'assurance et que cette catégorie d'assurés représente, finalement, un effet modeste sur les coûts engendrés par leur relative bonne santé et surtout secondairement sur les réserves.

Transfert d'assurés et besoin de reconstitution de réserves semblent être une explication relativement peu probable pour expliquer la montée des primes.

Revenons sur le mécanisme de la concurrence et de la compétitivité inter-assurance, cette manœuvre pourrait être un incitatif particulier pour les bons risques et n'offre pas de sécurité contre le risque des augmentations de réserves, certains facteurs pouvant même être supposés de prouver le contraire.

Enfin, il insiste et rappelle que tout transfert d'assuré a un coût qui reste actuellement méconnu.

Sa conclusion va dans le sens qu'outre la faisabilité, la transmissibilité peut être associée à d'importantes difficultés techniques et que nombreux sont les points d'interrogation concernant son effet réel, tant sur la concurrence que sur une éventuelle réduction des taux de réserve pouvant ou devant aboutir à une réduction de ces derniers.

Un commissaire (UDC) interrogera l'expert dans le sens d'une comparaison actuellement défavorable entre Genève et le canton de Vaud quant à la constitution de ces réserves.

Outre la réponse de l'adresser à un économiste, des précisions émaneront du conseiller d'Etat confirmant que les primes restent les plus élevées à Genève, mais que l'hypothèse par un système de modifications légales, tel que celui de la présente résolution, n'apporte que peu de probabilité en termes d'influence particulière, compte tenu que le calcul des risques reste basé sur une équation cantonale.

En revanche, M. Unger confirme que la modification de l'article 60 de la LAMal renforcera la position des cantons, notamment ceux qui ont neutralisé les dépenses et qui ont plafonné leurs augmentations.

Plusieurs discussions interviendront sur le calcul des réserves notamment de la part des initiants du projet actuel et confirmant qu'il s'agit d'un simple calcul découlant d'une différence entre le montant des primes perçues et le montant dépensé pour les prestations.

En y intégrant les frais administratifs, les auteurs susmentionnés de la résolution affirment que transférer une somme en adéquation avec la réserve

par assuré ne devrait pas être un mécanisme trop compliqué et qu'elle offrirait un traitement équitable aux assureurs qualifiés de « bon marché ».

Ils insistent également pour rappeler que, hormis les « bons cas » qui sont toujours décrits pour les transferts d'assurance à assurance, il y a aussi les « mauvais cas » dont le mécanisme de transfert est préconisé par l'Etat, notamment pour les personnes bénéficiant de prestations publiques et à faibles revenus vers les assurances à primes « low cost ».

Il sera également précisé que le taux des réserves n'intervient pas dans les statistiques de prévisions des caisses maladies et théoriquement les réserves constituées dans le cas de l'assurance obligatoire ne participent pas au financement de l'assurance complémentaire.

Cependant des doutes existent dans cette affirmation et sa faisabilité face aux hypothèses envisageables ne permettant pas une appréciation qualitative.

Il est rappelé qu'estimer numériquement les profils et les pertes escomptables recourt à des théories mathématiques en-dehors du hasard, évaluant la probabilité des hypothèses et que la connaissance du risque, finalement, permet de distinguer la causalité par opposition à l'imputabilité.

Par des raisonnements déductibles, on se débarrasse de l'arbitraire et on évite les moins bonnes méthodes et les biais, finalement pour laisser force à des systèmes experts pouvant ajouter une règle, un module et sans bouleverser l'ensemble du programme. L'analyse de la transmissibilité des réserves entre dans ce cadre.

Dans le même sens, une question d'un commissaire (Ve) concernant les « mauvais risques », généralement associés à des personnes souffrant de maladie chronique ou à des citoyens économiquement faibles, l'hypothèse d'un éventuel dumping est clairement réfutée par l'expert susnommé, précisant que le Tribunal fédéral a rendu plusieurs arrêts notamment en affirmant que tenter d'abaisser des primes en jouant sur les offres et les franchises ne permet pas d'octroyer des rabais supérieurs aux assurés aux rabais effectifs dus et même pour une franchise élevée.

D'autre part par une ordonnance, il est rappelé aux assureurs qu'ils n'ont pas le droit de faire des rabais au-delà de l'économie réalisée par sa franchise et finalement, sous cet angle, il est estimé qu'environ 8% seulement des assurés changent de caisse maladie.

Ce transfert associé à ces mécanismes représente finalement une faible importance, affirmation qui est également partiellement contestée par un des auteurs du projet de résolution 574I.

M. Sprumont a également rappelé, considérant que la Suisse dispose d'une médecine très libérale associée à une fourniture de prestations très large, qu'il convient de se souvenir que le développement du financement des soins par une forme d'assurance sociale, de type sécurité sociale, a été refusé par le peuple et les cantons. Il rappelle également qu'une grande majorité de la population ne pourrait pas assumer ses frais de santé sans assurance et souligne également que le système actuellement en application en Suisse découle d'un certain consensus entre ses acteurs notamment les médecins.

Ce plaidoyer en faveur du fonctionnement actuel de la LAMal a été également relayé par le conseiller d'Etat P.-F. Unger qui propose de ne pas adopter cette résolution 574 en relevant le problème philosophique qui est posé, tant par rapport aux notions de solidarité avec la LAMal que face à des modèles mathématiques parlant contre cette transmissibilité de réserve.

Il évoque en particulier le cas d'un patient ayant dépensé beaucoup plus que les primes qu'il a versées à son assurance, n'ayant donc pas constitué de réelles réserves et demandant donc, en fonction de l'hypothèse de la transmissibilité de la réserve, de faire suivre le quota de ce qu'il a payé (somme insuffisante par rapport à ce qui est dépensé) pour rejoindre une assurance où il risque de créer le même problème, à savoir une augmentation indirecte des réserves et par la suite une couverture insuffisante de ses propres dépenses en termes de réserve.

Sur le plan théorique, le conseiller d'Etat rappelle qu'un système concurrentiel nécessite une compétitivité entre assureurs et que ceux qui ne trouvent pas de remède pour améliorer leur gestion ou utiliser leur bonne pratique puissent être « éliminés » car « les gros mangent les petits ». Dans le contexte de l'assurance obligatoire il est nécessaire qu'il y ait de temps en temps certaines faillites des caisses, élément qui ne présente cependant aucune dangerosité pour les patients puisque ces derniers ont la capacité, suite à l'obligation légale de ne pas refuser de nouveaux clients par les assurances, d'être pris en charge par d'autres caisses.

En ce qui concerne la marche à suivre pour sensibiliser les autorités fédérales, le conseiller d'Etat P.-F. Unger, après plusieurs questions de députés, propose de présenter prioritairement à la conférence des directeurs sanitaires cette résolution, puis de l'adresser aux Chambres Fédérales.

Il rappelle que ce type de résolution se débarrasse de l'arbitraire qu'il offre une analyse raisonnée et prudente qui permet des expertises et non pas d'être le « casus belli ».

Ainsi décrites, les divergences entre le pragmatisme des uns et une certaine réalité dogmatique des autres, la crise de confiance se surajoute à la

crise financière découlant de l'augmentation des primes, qui lui permet de qualifier le modèle présent comme une stratégie figée à laquelle il ne peut adhérer sous cette forme.

Le dialogue entre auteurs du projet et président du DES permettra aux initiateurs de rappeler que la solidarité est opérée par le biais de la prime, que celle-ci n'a rien à voir avec la réserve et que la réserve ne varierait pas si les assurés sont transférés d'une assurance à l'autre avec la part de « réserve correspondante » et qu'alors le montant des primes ne nécessiterait pas d'augmentation pour la nouvelle assurance.

Un tableau de comparaison, présenté par les auteurs du projet, permet de confirmer qu'il n'y a pas de perte de solidarité dans le modèle proposé.

Il permet également, par plusieurs rappels et mises au point, de préciser des éléments importants concernant la réserve des caisses :

- Le montant de la réserve doit respecter un taux légal minimum, fixé en fonction de l'effectif des assurés variant entre 10% (plus de 150 000 assurés) à 20% (pour moins de 50'000 assurés et +) 15% (pour un effectif de 5000 à 15 000 assurés).
- Les réserves sont calculées non pas sur la base des prestations versées mais sur les primes à encaisser.
- Les assureurs qui n'atteignent pas le minimum légal de réserve risquent de voir augmenter les primes lors du prochain exercice comptable (moins de 20 caisses en 2009 selon l'OFSP).
- Qu'en « perdant » des assurés, les assureurs voient leur taux de réserves augmenter.
- Que pour fixer le montant des cotisations, les prévisions des assureurs réestimées, puis évaluées et enfin approuvées par l'OFSP, tiennent compte de l'évolution de l'effectif des assurés et de la situation de leur réserve.
- Des distorsions peuvent également s'opérer notamment par cotisations élevées évitant l'afflux de patients (mauvais risque).
- Que les réserves constituent des fonds propres restant fluctuants, pouvant être placés et estimés par certains assureurs comme une caution de type « bail à loyer ».
- Que des propositions pour créer un fond fédéral de réserve, centralisateur évitant les distorsions, récemment déposées sous forme de postulat à Berne n'ont pas abouti.

En revenant au tableau annexé, dans le même sens, l'exemple chiffré présenté par les auteurs permet de retrouver les arguments énumérés ci-

dessus et d'y associer l'importance des stratégies commerciales, pouvant découler sur des abus, mais pouvant surtout faire suggérer qu'un mécanisme correctif existe notamment par le transfert d'un fond de réserve d'anciens assurés rejoignant un nouvel assureur et d'autre part sans perte pour le nouvel assureur, mais également sans avantage conservé pour l'ancien assureur (mécanisme de neutralité ?). Ce rééquilibrage par l'échange éviterait donc asymétrie et distorsion.

Cette sorte d'inversion peut produire impulsion et même reprise retraçant avec une certaine atonie et parfois avec une forme d'injustice, mais devant également éviter des phénomènes d'accélération de croissance auto-entretenu des uns au dépens des autres.

Le président Unger traitera ce modèle (de transmissibilité) de système statique, c'est-à-dire où tout le monde est plus ou moins appelé à dépenser la même chose, et il rappellera que l'assurance n'est pas un système autocratique.

La discussion entre les députés (L, R et S) et les initiateurs de la résolution actuelle confirme que si la réserve diminue proportionnellement aux personnes qui partent, le taux de couverture ne varierait pas. Cela va dans le sens que les réserves ne sont pas liées au profit de risques des assurances malgré les calculs que sont censées faire ces dernières notamment en terme de compensation du risque et qui n'affectent donc pas les réserves.

Suspectant un modèle fonctionnant sur une base théorique, l'hypothèse d'une diminution d'assurés (bon ou mauvais risque) constitue un facteur dynamique qui peut influencer par une diminution les réserves et surtout de leur excédent.

L'hypothèse d'un pool de réserves au niveau fédéral est actuellement refusée et sera reprise dans la discussion présentée par le DES.

Il est également rappelé que les prévisions de dépenses et celle des réserves se font en fin de chaque année permettant par la suite une analyse par les gouvernements cantonaux et qui, dans le cas de Genève, est toujours surévaluée et associée à une exagération des réserves.

Genève dispose également d'un monitoring des coûts de la santé et il sera également précisé que ceci ne se répercute pas sur les prévisions d'assurances ou sur les réserves raison pour laquelle une demande d'auditionner d'autres experts permettra à M. P. Indra, vice-directeur de l'OFSP, d'analyser le contenu de cette résolution et de transmettre son avis par un courrier du 16 septembre 2009.

b) Analyse de la résolution par M. Peter Indra, vice-directeur de l'OFSP (texte soumis à la commission et commentaires des auteurs de la résolution)

Cet expert rappelle tout d'abord la base légale de la LAMal et de l'OAMal, à savoir les articles 13 et 60, ainsi que l'article 78 définissant le financement des soins par un système de répartition des dépenses et la constitution de réserves « suffisantes » pour garantir la solvabilité à long terme des assureurs.

Les assurés n'accumulant pas de capital de couverture, il n'y a donc pas de capitalisation, et découlant de ce principe, il ne peut y avoir de transfert de capital ou d'une réserve d'un assureur à un autre assureur. Il insiste sur le fait que les réserves représentent les fonds propres des assureurs maladie en tant qu'entité juridique et économique indépendante et qu'elles constituent le principe de garantie face à la solvabilité à long terme.

Il ne précise pas la différence entre réserve et provision et il convient de déduire en fonction de l'OAMal que ces réserves garantissent, à long terme, l'efficacité des assureurs en termes de solvabilité, étant dénommées « réserves de sécurité », élément qui sera l'objet de précisions par les initiateurs de cette résolution (courrier du 6 octobre 2009).

Ces derniers rappellent que la résolution porte son effort sur ce type de réserves de sécurité. Il est précisé que les provisions permettent de couvrir les coûts de maladie même avec un retard pouvant aller jusqu'à 5 ans dans l'envoi des factures.

Enfin, il faut préciser que l'article 78 OAMal introduit les paramètres de réserves de sécurité en fixant le montant minimum (alinéa 4) en fonction du nombre d'assurés et du montant des primes à recevoir.

L'expert fédéral insistera également d'une part sur les risques imprévus et sur les risques potentiels couvrant les spécificités qualifiées d'entrepreneuriales (variation d'effectifs, erreurs budgétaires de planification, effondrement des valeurs boursières et détérioration de la qualité des effectifs d'assurés) par opposition aux risques spécifiques (épidémies...).

Il insistera sur le principe de précaution permettant aux réserves en suffisance de compenser un coût insuffisamment couvert par les primes.

Enfin, par rapport au texte de la résolution, il introduira l'hypothèse qu'un compte individuel (pour les 7,5 millions d'assurés suisses), regroupant primes payées par l'assuré et coût par l'assureur, devrait être instauré, qu'il conviendrait d'y associer des indicateurs, déterminant les propres réserves constituées par l'assuré et ses coûts et surtout leur inadéquation (non compensation).

Pour l'assureur quitté par l'assuré, il y aurait donc une hypothèque non seulement de ses réserves, mais une forme de déficit permanent, se faisant au détriment des assurés fidèles.

Enfin, en revenant sur le mécanisme de transmissibilité, il rappelle que les assurés susceptibles de changer d'assurance-maladie sont généralement à bon risque, étant faiblement consommateur de soins, mécanisme permettant, par le libre passage, d'apporter au nouvel assureur, une possibilité d'accroître ses réserves plus rapidement.

Il évoque alors le risque de sélection des assurés « low cost » pouvant inciter à tricher avec le principe de solidarité et servant d'incitation aux assureurs dits « bon marché » (pouvant augmenter leur collectif d'assurés surtout avec de bons risques et surtout avec les réserves additionnelles).

Derrière cette analyse, il y a le regret que le mécanisme de transmissibilité ne soit pas en adéquation directe avec le problème des coûts qui demeurent d'une part incompressibles et d'autre part restent associés au progrès des traitements (technologie...).

Cette interprétation sera l'objet d'une interprétation différente de la part des initiants de la résolution, en précisant notamment que les mouvements annuels financiers des primes doivent être immédiatement compensés dans le calcul du risque et donc dans le calcul de la prime de l'année suivante afin de garantir une réserve stable, en conformité de l'article 78 OAMal.

Ils contestent également l'hypothèse de calculs compliqués tenant compte de l'historique des assurés et rappellent que l'hypothèse défendue par cette résolution est celle d'un calcul d'une unité par rapport à l'état des réserves au moment de son transfert et du nombre total des assurés. Ils rappellent également que loin de constituer un capital à emporter par l'assuré, le mécanisme proposé est à considérer comme une part de réserve devenue inutile pour l'assurance quittée (puisque l'effectif est diminué) et qu'en revanche, pour l'assurance recevant le nouvel assuré, qui augmente donc son effectif, l'apport de cette réserve lui est bien nécessaire.

Enfin, ils contestent la nécessité évoquée par M. Indra de développer une comptabilité individualisée de la réserve pour chaque assuré en rappelant qu'une simple règle de 3 suffit au calcul de la part de réserve à transmettre.

Les initiants rappellent encore qu'une assurance « quittée » par certains assurés peut s'enrichir et que d'autre part l'assurance contractée peut également ne rien perdre en justifiant d'une nouvelle augmentation de prime alors que l'assuré, quant à lui, « est toujours lésé ».

Finalement, ils évoquent les facteurs de correction pour notamment les jeunes assurés de type bons risques pour lesquels des règles de compensation

des risques apportent des facteurs correctifs dus à l'âge des assurés, par exemple, permettant donc de contrer une « chasse au bon risque ».

Ce principe de compensation des risques est totalement indépendant du principe de la réserve qu'une assurance doit constituer, d'une part en fonction du nombre d'assurés et d'autre part du montant global des primes à recevoir.

Enfin, il est précisé, toujours par les mêmes auteurs de la résolution, que seuls les assurés qui n'ont pas de dette avec leur assurance, peuvent changer de caisse (article 64 alinéa 4 LAMal), que tout assuré quel que soit son état de santé peut changer de caisse maladie et qu'en assurance obligatoire de soins, toute assurance-maladie est tenue d'accepter un nouvel assuré, aux conditions identiques à celles des autres assurés de la même classe d'âge.

Ils concluent également, en rappelant que le système de transmissibilité des réserves n'a fait l'objet à ce jour d'aucune étude sérieuse ou publication, notamment de la part de l'OFSP.

Il convient de souligner que les réserves ne sont pas calculées sur la base des prestations versées mais bien sur les primes à encaisser et que les paramètres d'évolution d'effectifs d'assurés et montant des cotisations ont un effet sur les prévisions et leurs marges pour déterminer les taux de réserves.

Expert et initiants s'accordent pour confirmer qu'il n'y a pas, sur le plan légal, de justification, de surévaluation des réserves ni de recommandations face à des stratégies commerciales pouvant justifier cette forme de dérive traduisant une probable hétérogénéité (dérives de stratégies) ne permettant pas de comparer face aux excédents de réserve des pratiques tels que perte de transparence, dérégulation de la concurrence et conflit d'intérêts.

Sur le plan politique, la question d'une appropriation par les citoyens d'un pouvoir d'analyse et de décision politique reste essentielle pour conserver un pouvoir d'injection sur les décideurs, assurant l'équité des programmes offerts aux assurés, garantissant la parfaite confidentialité en l'imposant et en édictant une vigilance malheureusement investie d'un faible pouvoir et finalement permettant aux Départements de la santé d'opérer au-delà d'un pouvoir de contrôle et d'arbitrage.

c) Prise de position du DES face aux mécanismes de transmissibilité des réserves d'assurances.

La mise au point et l'exposé chiffré concernant la situation genevoise présentée par M^{me} Bütikofer et M. Marzo, regroupés également dans l'analyse du Département (rapport du DES) permettent d'analyser les deux axes de cette résolution, d'une part « dans le cadre des mesures concrètes

permettant d'optimiser la gestion des réserves » (transmissibilité) et d'autre part avec un objectif secondaire : « diminution du montant des primes ».

Il s'y associe des constats et des explications reposant sur plusieurs constatations.

Premier constat :

Les coûts par assuré ont été systématiquement surévalués et la réserve des caisses presque toujours sous-évaluée à Genève.

Deuxième constat :

La croissance des réserves de caisse est restée à la hausse notamment en 2007 et 2008 (612 millions et 601 millions) représentant environ 42 et 41,4 % du montant total des primes alors que la réserve légale minimum était calculée à environ 11.8%.

Troisième constat :

L'intervention du canton de Genève à Berne découlant des chiffres cités ci-dessus a permis en 2009, de refuser le montant des primes proposé par les assureurs en insistant sur : « l'alimentation inacceptable de réserves excessives des caisses et sur la spoliation d'un canton face aux bénéficiaires de sa politique de maîtrise des coûts ».

Quatrième constat :

Il n'y a pas de parallélisme net entre le coût moyen par assuré et l'évolution des réserves mais plutôt un mécanisme de « séquestration » découlant des chiffres produits à Genève entre 2000 et 2007.

Augmentation en 2008

Coût moyen assuré	+ 23,5% (Fr 3714.--)
Primes	+ 32%
Réserves	+ 250%

Cinquième constat : (découlant du 3^{ème} constat)

La baisse du coût moyen par assuré tarde à se répercuter à Genève même si elle reste parmi les plus basses du pays, notamment sur les primes et les réserves (pas de réglage automatique).

Une inversion de tendance (augmentation du coût moyen) semble se dessiner depuis 2008 comme en Suisse et il sera intéressant de l'observer et de la comparer par ses répercussions au niveau inter-cantonal et fédéral (notamment dans l'application du constat N° 6).

Sixième constat :

Les caisses maladies ne peuvent réaliser de bénéfice (selon la loi) mais elles versent, en fin d'exercice la différence entre dépenses et recettes à leur fonds de réserve, ce mécanisme étant associé à une opacité concernant sa finalité sinon les moyens pour y parvenir.

Le calcul des réserves s'opère au niveau national pour chaque assureur puis est attribué aux cantons selon un modèle arithmétique (en pourcentage des recettes d'assurances) et retrouvé sous le label de primes brutes.

Il en va de même au niveau cantonal où l'article 61 LAMal permet à l'assureur « d'échelonner le montant des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions ».

Ni les assurés d'un canton ni les cantons eux-mêmes ne sont réellement à l'origine de ces réserves.

Cette analyse et ce constat interrogent sur le rationnel et le raisonnable visant la cohérence d'une telle démarche.

Septième constat :

Les disparités intercantionales préoccupent le Conseil Fédéral qui a ordonné à l'OFAS de procéder à un réajustement des réserves via la procédure d'approbation des primes.

Un rééquilibrage est donc en cours affectant notamment les cantons dont les réserves sont insuffisantes. Cette évolution découle d'une motion bâloise (Mme Anita Fehr) acceptée le 25 février 2009 par le Conseil Fédéral.

Il englobe également le souci d'autres cantons par rapport au problème des réserves à la logique du cumul et d'une forme de domino centrisme de certaines assurances.

Huitième constat :

En dépit d'une intégration de dimensions non financières (critère de contrôle, appréciation individuelle...), une vision qui cadre mieux avec la pluralité des acteurs mobilisés semble permettre la non remise en cause formelle de la nature cantonale des réserves bien que la LAMal les considère toujours juridiquement comme un agrégat au niveau national et par assureur.

Au même titre, ni les assureurs ni le Conseil Fédéral n'ont proposé de mesure de rééquilibrage au niveau intercantonal (transfert effectif ou transfert fictif) des réserves, manœuvre pouvant affecter lourdement Genève.

L'objectif d'obliger les gros acteurs financiers à plus de transparence sur leur pratique par une pression cantonale et notamment générationnelle de la plupart des évolutions d'aujourd'hui rend probable son renforcement au

cours des années à venir ou éventuellement sa réorientation impliquant des choix politiques forts et des actions politiques intelligentes voire tenaces dans les contrôles des coûts de la santé.

Evolution/comparaison (chiffre clés)

	2008 (GE)	2009 (GE)
Nombres d'assurés	408 052	416 063
Réserve légale minimale %	11.8	10.9
Réserve réelle minimale %	41.4 *1	36.9 *1
Réserve excédentaire %	29.6 *2	26 *3
Réserve réelle (millions)	601.4	535.8
Réserve minimale (millions)	171.4	158.4
Réserve excédentaire (millions)	430	377.1
Réserve/assuré	1054	906
Réserve réelle %	Suisse 16.5	Suisse 11.8

*1 : 3,5 x réserve légale

*2 : 2,5 x réserve légale minimale

*3 : 2.4 x réserve légale

Estimation 2009 assureurs, données OFSP/CDS

Assureurs	Part de marché	Nombre d'assurés	Taux	Taux	Primes
Cf rapport annexé					

Les conclusions du DES permettent après analyse de confirmer

- Que les réserves excédentaires importantes sont réparties très inégalement entre les assureurs
- Que la quasi-totalité des réserves excédentaires sont détenues par une dizaine d'assureurs représentant le 36% des assurés genevois (environ $\frac{1}{3}$)
- Que 61% des genevois sont répartis dans 4 assurances et ont des taux de réserve proche des minimums légaux ($\frac{2}{3}$)
- Que seul 3% des assurés genevois sont affiliés à des caisses qui ont des réserves insuffisantes.
- L'accumulation des réserves excédentaires semble avoir atteint un point d'inflexion mais sera influencée principalement par l'évolution des coûts
- L'augmentation systématique des réserves de l'assurance maladie est davantage due à la surévaluation des coûts par assuré (de la part des assureurs).
- Que la non-transmissibilité n'a pas joué de rôle car à Genève, les assureurs ont, pour la plupart des réserves suffisantes et n'ont pas été contraints de reconstituer de nouvelles réserves.

Commentaires du DES

Il est courant de rappeler qu'une grande partie des erreurs d'analyses ne provient pas d'un manque de sophistication mais d'hypothèses fausses.

C'est sous deux angles que le DES s'est intéressé à analyser et à remettre en cause la théorie d'une transmissibilité des réserves d'une part en la confrontant aux faits observés par le DES à Genève avec à l'appui des chiffres et également en s'attaquant à sa cohérence intellectuelle plus qu'à une approche empirique.

Trois développements retrouvés dans le rapport produit s'intéressent aux conséquences de la transmissibilité et deux autres ciblent sa faisabilité et un modèle cantonal ne permettant pas cependant de dessiner un exemple type.

Transmissibilité des réserves et « l'envolée » des primes

Imputables à une augmentation des réserves globales par le mécanisme de reconstitution lors des changements d'assurance cela reste historiquement une hypothèse qui avait été avancée entre 1996 et 2000, suite à un déséquilibre structurel aboutissant à une « envolée » des primes pour compenser « l'envolée » des coûts médicaux mais n'étant pas imputable au mécanisme propre à la reconstitution des réserves.

De plus les réserves ont une tendance à la baisse (20% en 2007, 16,5% en 2008).

Un constat plaide pour un effet opposé à celui proposé par la résolution (stabilisateur du système) découlant notamment de cofacteurs tels que réserve suffisante, faible mouvement des patients changeant de caisse et nouveaux arrivants (bons risques).

La faible probabilité que Genève échappe à ce « modèle » suisse en fonction des fortes réserves accumulées laisse à penser que la transmissibilité n'est pas le facteur déterminant de « l'envolée » des primes.

Transmissibilité et amélioration de la concurrence

Dans le contexte d'une libre concurrence garantie par l'efficience du système, la transmissibilité des réserves peut améliorer les mécanismes du marché mais cet argument se heurte aux risques des populations d'assurés qui, en fonction d'une taille critique, ne permet plus aux assureurs de gagner de nouvelles parts de marché qui affectent généralement le coût moyen par assuré (exemple dumping) et qui font donc privilégier pour les assureurs un marketing ciblant les bons risques.

Transmissibilité comme moyen de lutte anti-réserve excédentaire

A Genève les assureurs les meilleurs marchés sont déjà ceux qui possèdent les taux de réserve les plus importants.

D'autre part les assurés (migrateurs) changeant de caisse sont probablement à la recherche de primes « low cost ».

Face à ce constat, le mécanisme de transmissibilité des réserves a peu de chance d'influencer la question des excédents de réserves selon les experts du DES.

Les contre-propositions des experts du DES permettent de retenir qu'il convient d'une part de renforcer les deux mécanismes de régulation (compensation des risques, procédure qui semble déjà en cours) et également la procédure d'adoption des primes, c'est-à-dire de leviers fédéraux pouvant participer à une régulation des excédents des réserves.

En y intégrant aussi la démonstration que Genève dispose d'une situation enviable par l'abondance de ses réserves, cela représente également un joker face à une hausse tendancielle des coûts de la santé ou face à des événements exceptionnels.

Il a été également évoqué lors des présentations à la Commission mais surtout développé dans le rapport du DES, une analyse concernant la faisabilité à l'égard de la transmissibilité des réserves.

En fonction de critères légaux et de modalités économique-financières, différents paramètres sont à considérer allant de la traçabilité des montants individuels de réserve, des particularités cantonales, des patients à bons risques donc de facteurs qui permettent d'évoquer une proposition tel qu'un forfait de transfert adapté aux réserves de l'assureur mais en relevant qu'il n'existe pas de modèle sans faille et que le comportement des assurés ne se fait pas toujours d'une façon rationnelle.

La mise en œuvre d'une telle proposition respectant la solidité des acteurs financiers et dégageant l'assuré de l'importance de sa consommation en somme ou en franchise permet d'évoquer un transfert de réserve légale minimale au nouvel assureur mais également un principe de non ségrégation et dans le contexte d'un principe de non rétroactivité.

Selon les experts du DES, les effets économiques sont probablement peu importants compte tenu du fait que les assureurs disposent de réserves légales suffisantes étant donc associées à une faible répercussion comptable.

Pendant, il ne s'agit pas d'un débat sous influence mais de supposition qu'aucun travail analytique n'a permis de démentir.

Les conclusions du DES sous l'angle financier permettent de retenir que l'effet transmissibilité des réserves peut être cohérent dans le contexte de la notion du libre choix et de la libre concurrence entre les caisses mais que son effet reste probablement limité notamment sur les réserves cantonales excédentaires et sans impact réel sur le coût ou sur l'élévation des primes.

Sous l'angle juridique, il existe une contradiction flagrante entre la notion de réserve (produit attribué au niveau national et à l'assurance) par opposition à une hypothèse pouvant s'exercer au niveau cantonal et dans le contexte de contribution par des primes cantonales.

C. Examen de détail

Il en ressort que la LAMal n'a pas été pensée pour instaurer la transmissibilité des réserves mais qu'en cas d'aboutissement, la probabilité de diminuer les réserves excédentaires en particulier ne serait que peu significative.

Après les présentations du DES, certains commissaires ont souhaité disposer du rapport sur l'assurance-maladie transmis par l'OFSP, document

qualifié de confidentiel et dont des extraits ont pu être joints au présent rapport.

Il a été rappelé par un commissaire (radical) que la R 574-I ne vise pas à réduire les coûts de la santé ni les réserves excédentaires (objet d'une autre résolution demandant son plafonnement).

Il a relevé le fait que les réserves n'étant pas cantonales, une autre résolution d'un autre parti le demande.

Il a également contesté l'argumentation du DES car il rappelle que les réserves ne sont pas liées à la compensation des risques, mécanisme découlant de règles compensatoires propres, redéveloppant son argumentaire (lettre du 6 octobre 2009 adressée à la Commission de la santé).

La sélection des risques, objet d'une interpellation par une commissaire libérale, permet de dissocier théorie et réalité et de rappeler que certaines transgressions notamment au profit de mécanismes de sélection (marketing...) peuvent y contribuer activement.

Il a également été rappelé qu'en cas d'épuisement des réserves, les caisses peuvent recourir aux provisions ou augmenter surtout les primes. En réponse également à un commissaire (PDC) concernant l'évaluation et la surveillance des caisses, il est rappelé que les assurances évaluent elles-mêmes leurs réserves, qu'elles ne fournissent aucun compte hormis dans une rubrique « réserve » dont on ne peut vérifier que les calculs. En revanche, les livres des caisses ne sont pas accessibles.

Un flou existe également sur les réductions de primes entre les assurés disposant d'une franchise de base ou regroupées sous d'autres franchises ou encore dans des groupes alternatifs tel que HMO (commissaire vert) et il lui a été répondu, par les experts du DES, qu'il n'est actuellement pas possible d'analyser ou de quantifier ces pratiques.

Un commissaire (radical) a également insisté sur la distinction entre le prévisionnel et les réserves, rappelant que les erreurs à l'aspect prévisionnel sont corrigées par les réserves lors des années suivantes permettant également de revenir sur un postulat fédéral (Robbiani, septembre 2006).

Il est également précisé que la compensation des risques ne prend pas en compte le taux des réserves, étant rappelé que cette compensation est basée principalement sur l'hospitalisation et non uniquement sur le sexe et l'âge.

D'autres questions de commissaires relevant de propositions d'audit, des comptes participant aux réserves, de retard à des remboursements laissent à penser qu'une centralisation des réserves résoudrait partiellement ce

problème par analogie aux objectifs retrouvés et développés dans le cadre du projet de la caisse unique, ce qui n'est pas prôné par la présente résolution.

Dans le cadre d'une discussion générale, certains commissaires (MCG) ont estimé qu'il était utile de sensibiliser au niveau intercantonal mais surtout outre-Sarine, nos compatriotes face aux répercussions des problèmes rencontrés en Suisse romande notamment à Genève et d'utiliser la méthode de la résolution pour avoir un impact significatif.

D'autres commissaires ont proposé de cibler sélectivement les interrogations concernant certaines opacités des mécanismes notamment financiers développés par les caisses et suite à différentes interpellations, il a été proposé par un commissaire (libéral) de modifier par un amendement le texte de la présente résolution.

Amendement de la résolution

Le Grand Conseil de la République et du Canton de Genève [...] demande à l'Assemblée Fédérale, d'étudier l'instauration d'une transmissibilité de la réserve lors du passage d'assurés d'une caisse maladie vers une autre.

A noter qu'une certaine réticence de plusieurs commissaires concernant la stratégie adoptée a vu le jour regrettant le non traitement d'autres paramètres tel que coûts et transparence des dépenses.

D. Vote final

Mise au vote de la résolution 574-I (amendé)

Pour 10 (3 L, 2 PDC, 2 R, 2 S, 1 MCG)

Contre 2 (2 Ve)

Abstention 1 (1 UDC)

Cette résolution a donc été adoptée à la majorité de la commission après amendement.

E. Conclusion

Les mécanismes de transmissibilité des réserves d'assureurs sont l'objet d'une divergence entre les auteurs de cette résolution et les experts consultés.

La Commission de la santé s'est trouvée parfois dans une posture d'enquêteur face aux modèles figés et aux doutes associés aux divergences

ou aux désaccords tentant de briser un certain tabou et permettant d'entrouvrir un robinet de crédits sans substrat légal aboutissant à des excédants de réserve devant contrebalancer les coûts de la santé.

Un pilotage, une stratégie de relations et de responsabilité ainsi qu'un volontarisme politique associé à une concrétisation sans protectionnisme ni interventionnisme, telles pourraient être les formes de régulation du problème des réserves et du scénario de leurs transferts qui, à défaut de changer les méthodes pourrait au moins changer les pratiques en s'attaquant aux questionnements :

- Quel modèle
- Quel écart
- Quel enjeu réel
- Quelle réversibilité
- Quelle stratégie
- Comment réduire des contractions...

Un réexamen des modalités de fonctionnement sans bouleverser l'ensemble de la LAMal mais en la débarrassant de l'arbitraire et des biais et en apportant des facteurs de certitude doit se substituer aux logiques floues pour laisser force au système expert.

Sans confrontation idéologique, la commission a estimé que le traitement des problèmes relatifs aux réserves nécessite clarté et vérité, raison pour laquelle, au bénéfice des explications, la commission vous recommande, Mesdames et Messieurs les Députés, d'adopter le projet de résolution tel qu'issu de ses travaux.

Annexes :

- Résolution 574-I
- Rapport de Monsieur Peter Indra OFSP
- Réponse des initiants à M. P. Indra
- modèle d'analyse (initiants de la résolution)
- rapport DES

Résolution (574)

du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonal en vue d'instaurer la transmissibilité de la réserve en matière d'assurance obligatoire des soins (LAMal)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
vu l'article 160, alinéa 1 de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999;
vu l'article 115 de la loi fédérale sur l'Assemblée fédérale, du 13 décembre 2002;
vu l'article 156 de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 ;
vu les articles 4, 7 et 60 de la loi fédérale sur l'assurance maladie, du 18 mars 1994,
considérant :

- que les assureurs opérant en matière d'assurance obligatoire des soins sont tenus de constituer des réserves pour *chacun* de leurs assurés ;
- que les assurés ont la possibilité de changer d'assureur et qu'ils y sont même incités par les autorités fédérales afin de faire jouer la concurrence et privilégier les assureurs dont les primes sont moins onéreuses ;
- que les réserves constituées pour les assurés restent acquises à l'ancien assureur ;
- qu'un nouvel assureur doit constituer de nouvelles réserves pour chaque nouvel assuré, ce qui entraîne une augmentation de primes,

demande à l'Assemblée fédérale

d'étudier l'instauration d'une transmissibilité de la réserve lors du passage d'assurés d'une caisse maladie vers une autre.

Secrétariat du Grand Conseil**R 574-I**

*Proposition présentée par les députés :
M^{me} et MM. Charles Sellegger, Jacques Follonier,
Frédéric Hohl, Michel Ducret, Jacques
Jeannerat, Patricia Läser, Jean-Marc Odier et
Patrick Saudan*

Date de dépôt: 17 décembre 2008

**Proposition de résolution
du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le
droit d'initiative cantonal en vue d'instaurer la transmissibilité de
la réserve en matière d'assurance obligatoire des soins (LAMal)**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
vu l'article 160, alinéa 1 de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999;
vu l'article 115 de la loi fédérale sur l'Assemblée fédérale, du 13 décembre
2002;
vu l'article 156 de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République
et canton de Genève, du 13 septembre 1985 ;
vu les articles 4, 7 et 60 de la loi fédérale sur l'assurance maladie, du 18 mars
1994,
considérant :

- que les assureurs opérant en matière d'assurance obligatoire des soins
sont tenus de constituer des réserves pour *chacun* de leurs assurés ;
- que les assurés ont la possibilité de changer d'assureur et qu'ils y sont
même incités par les autorités fédérales afin de faire jouer la concurrence
et privilégier les assureurs dont les primes sont moins onéreuses ;
- que les réserves constituées pour les assurés restent acquises à l'ancien
assureur ;
- qu'un nouvel assureur doit constituer de nouvelles réserves pour chaque
nouvel assuré, ce qui entraîne une augmentation de primes,

demande à l'Assemblée fédérale

d'instaurer la transmissibilité de la réserve des caisses maladie constituée pour un assuré, de son ancien assureur vers son nouvel assureur.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

I. Introduction

L'assurance obligatoire des soins, au sens de la LAMal, constitue une charge très lourde tant pour les citoyennes et les citoyens que pour les autorités fédérales et cantonales appelées à financer ce système.

Sont systématiquement sous le feu des projecteurs les fameuses *réserves*, sans pour autant que des solutions satisfaisantes soient trouvées, ni même envisagées.

La présente proposition de résolution propose donc une mesure concrète dans le but d'optimiser la gestion des réserves en permettant à ces dernières de suivre les assurés lors d'un changement de caisse maladie, l'objectif étant à terme une diminution du montant des primes.¹

II. Motifs

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les primes de l'assurance obligatoire des soins ont connu une augmentation quasiment constante. Leur montant met en difficulté une proportion toujours plus grande de la population.

Les assureurs sont tenus de constituer des réserves suffisantes pour leurs assurés (art. 60 al. 1 LAMal). Ces réserves jouent un rôle fondamental qui ne saurait être remis en question : elles représentent les fonds propres des caisses et ont pour but de garantir leur solvabilité à long terme. Elles sont constituées pour chaque assuré sous la forme d'un pourcentage des primes à recevoir (art. 78 OAMal) et leur volume total par caisse est déterminant pour la fixation des primes dans chaque canton.

Or, les autorités fédérales ne cessent d'inciter les assurés à changer de caisse au profit d'un assureur dont les primes sont moins élevées, et ce le plus souvent possible afin de "faire marcher la concurrence" (voir aussi les art. 4 et 7 LAMal). Ce faisant, les assurés courageux, se dirigeant vers les assureurs les plus favorables, obligent ces derniers à constituer tant bien que mal de

¹ Sans lien formel avec la présente proposition de résolution, un second texte a été déposé devant le Grand Conseil à propos des réserves LAMal et de la création d'un *plafond*.

nouvelles réserves, ce qui a pour conséquence indirecte de faire augmenter les primes pour l'ensemble des assurés d'une même caisse.

Il est en outre parfaitement illogique de permettre à l'assureur de conserver cette réserve alors que l'assuré le quitte pour une autre assurance. Le premier assureur bénéficie d'un gain inéquitable, la réserve constituée ne pouvant désormais plus être engagée pour l'assuré qui n'est plus son client.

A l'instar de ce qui est la règle en matière de prévoyance professionnelle, où l'assuré changeant de caisse reçoit une prime de libre-passage à faire valoir dans sa nouvelle caisse, il serait logique que la réserve en matière d'assurance obligatoire des soins suive la même trajectoire.

En d'autres termes, la réserve constituée lors de l'affiliation devrait suivre l'assuré lors de chaque changement de caisse.

Si certains considèrent qu'il est urgent d'attendre, agir maintenant est en vérité nécessaire, bien que l'assurance maladie ressorte principalement du droit fédéral. En effet, Genève se doit d'être à l'avant-garde des réformes en matière d'assurance obligatoire des soins : elle doit montrer sa détermination.

La mise en place d'une nouveauté comme la transmissibilité des réserves dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins nécessite des adaptations importantes de la législation en vigueur. Les modalités sont à définir par le Conseil fédéral, tandis que le principe même de transmissibilité doit être ancré dans la loi.

Quoi qu'il en soit, les outils nécessaires sont à disposition des autorités fédérales et non cantonales, c'est pourquoi la République et canton de Genève doit se borner à proposer à l'Assemblée fédérale l'élaboration d'un projet d'acte (art. 115 LParl, *in fine*) et renoncer logiquement à élaborer elle-même un tel projet.

III. Conclusion

La transmissibilité de la réserve ne pourra avoir qu'un effet bénéfique sur les primes. Elle permettra également de supprimer une distorsion de la concurrence entre les caisses et évitera que les réserves constituées pour un ancien assuré ne soient détournées de leur fonction première, qui est celle de garantir la solvabilité des assureurs.

Au bénéfice des explications qui précèdent, nous vous prions, Mesdames et Messieurs les députés, d'adopter la présente résolution et d'exercer concurremment avec le Conseil d'Etat le droit d'initiative du canton auprès des Chambres fédérales.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GRAND CONSEIL

reçu le 16 SEP. 2009

CH-3003 Berne, OFSP

Madame
Roberta Piccoli
Secrétaire de commissions
Secrétaire général du Grand Conseil
Rue de l'Hôtel-de-Ville 2
Case postale 3970
1211 Genève 3

Référence du document:
Votre référence:
Notre référence: PIN / Ly
Liebefeld, le 14 septembre 2009

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents

GRAND CONSEIL	
Expédié le:	Visa:
16-9-09	IRP
Président	Députés (100)
Commissaires	Bureau
Secrétariat	Archives
Commission:	de la Santé
Procès-verbaliste:	
Copie à:	
Divers: Env. par courriel	

Proposition de résolution du Grand Conseil genevois R 574-I en vue d'instaurer la transmissibilité des réserves de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

Madame,

Votre demande d'avis nous est bien parvenue et nous vous en remercions. En réponse à celle-ci, les éléments suivants doivent être pris en considération :

- 1.. Selon l'art. 13, al. 2, let. c, LAMal, les assureurs doivent en particulier être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps. Selon l'art. 60, al. 1, LAMal, l'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses et les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de garantir leur solvabilité à long terme. L'art. 78 OAMal définit les taux minimum des réserves légales.
2. Selon le système de la répartition, les assurés paient leurs primes pendant une année pour que toutes les dépenses de l'année en question puissent être couvertes. Contrairement à la prévoyance professionnelle, laquelle est financée selon le système de la capitalisation, les assurés n'accumulent pas dans l'assurance-maladie sociale un capital de couverture qu'ils pourraient emporter lors d'un changement d'assureur. Les réserves représentent les fonds propres des assureurs-maladie en tant qu'entités juridiques et économiques indépendantes et permettent de garantir leur solvabilité à long terme.

Office fédéral de la santé publique
Peter Indra
Schwarzenburgstrasse 165, CH-3007 Liebefeld
Adresse postale: CH-3003 Berne
Tél. +41 31 322 90 04, fax +41 31 322 90 20
Peter.Indra@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

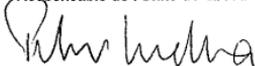
3. L'existence de réserves est importante notamment lorsque la branche est confrontée à des **risques imprévus**. Il existe une multitude de **risques potentiels** qui englobent essentiellement des risques entrepreneuriaux (variation des effectifs, évaluation erronée du budget, effondrement des valeurs boursières, etc.) et des **risques spécifiques à la branche** (épidémie, pandémie, nombre inhabituel de cas graves, détérioration de la qualité de l'effectif d'assurés, etc.). Si de tels risques entraînent d'importantes fluctuations des résultats, des réserves suffisantes permettent de compenser le montant insuffisant des primes.

4. Pour satisfaire à l'exigence de la résolution présentée, les assureurs-maladie devraient tenir une sorte de **compte individuel** pour 7,5 millions d'assurés faisant état des primes payées par l'assuré et des coûts que l'assureur a pris en charge en faveur de l'assuré. Cela impliquerait que chaque assuré soit en mesure de constituer des réserves pour lui-même, ce qui n'est évidemment pas le cas pour les personnes dont les coûts des prestations dépassent le montant total des primes versées. Dans un tel cas de figure, l'assureur se verrait privé d'une part de ses réserves au détriment des assurés qui restent chez lui.

5. Enfin, statistiquement parlant, la plupart des assurés qui changent d'assureur-maladie sont plutôt jeunes et en bonne santé et, dans un premier temps, ont une consommation de soins inférieure à la moyenne. Grâce au « libre passage », le nouvel assureur pourrait accroître ses réserves encore plus rapidement. Ce serait ainsi inciter davantage les assureurs-maladie à **sélectionner les risques**, ce qui contreviendrait au principe de la solidarité et favoriserait encore plus les assureurs dits « bon marché », lesquels en plus d'attirer de bons risques, recevraient la part de réserves que ces nouveaux assurés apporteraient avec eux.

En espérant que ces informations vous seront utiles, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Responsable de l'Unité de direction Assurance maladie et accidents



Peter Indra
Vice-directeur
Membre de la direction

DOCTEUR CHARLES SELLEGER

Genève, le 6 octobre 2009

Député
2, place de Carantec
1218 Grand-Saconnex
charles.selleger@bluewin.ch

Commission de la santé du Grand Conseil
Madame Brigitte Schneider-Bidaux, présidente
Case postale 3970
1211 Genève 3

Concerne : Proposition de résolution R 574-I
En vue d'instaurer la transmissibilité des réserves de l'assurance obligatoire des soins selon
la LAMal

Madame la Présidente,

Je vous remercie de m'avoir communiqué le courrier de Monsieur Peter Indra, de l'OFSP, relatif
au projet de résolution susmentionné.

Ce courrier appelle quelques précisions et quelques commentaires, les voici :

L'article 60 LAMal, dans son alinéa 1, prévoit que les assurances constituent des réserves dont le
but est :

1. de supporter les coûts des maladies déjà survenues
2. de garantir la solvabilité des assurances, à long terme

L'alinéa 2 distingue les provisions et les réserves, en précisant qu'elles doivent être présentées
séparément au bilan.

La distinction entre réserve et provision n'apparaît pas d'une manière évidente à la lecture de la
LAMal. Il aurait été intéressant de pouvoir questionner Monsieur Indra sur ce sujet précis. Il
ressort de la lecture de l'OAMal que les réserves, qui servent à garantir la solvabilité des
assurances à long terme, sont dénommées « réserve de sécurité » (voir infra). C'est de cette
institution précise que traite le projet de résolution R 574-I.

Les assureurs supportent les coûts des maladies déjà survenues au travers de leurs provisions,
étant donné que les assurés peuvent adresser leurs factures avec un retard pouvant aller jusqu'à 5
ans (article 24 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales).

...

L'article 78 OAMal, dans son alinéa 1, introduit donc la notion de réserve de sécurité et en fixe le montant minimum dans son alinéa 4, en fonction du nombre d'assurés et du montant des primes à recevoir.

Cette réserve, comme précisé sous chiffre 3 du courrier de Monsieur Indra, est destinée à couvrir les risques spécifiques à la branche, en particulier les épidémies ou pandémies, les évaluations erronées du budget, etc. En revanche, Monsieur Indra se trompe lorsqu'il englobe, dans les risques couverts par la réserve, le risque de variation des effectifs. La suite de la présente le démontrera abondamment.

Comme l'explique Monsieur Indra sous chiffre 2 de son courrier, les primes annuelles doivent couvrir toutes les dépenses de l'année considérée par la perception des primes. Il n'y a pas de capitalisation. Si l'assureur a perçu trop de primes par rapport à la totalité des dépenses, le trop perçu est versé dans la réserve, déduction faite de la provision censée couvrir les dépenses non encore remboursées, voire non encore annoncées par les assurés. Inversement, si les primes ont été calculées un peu juste, ce sont les réserves qui couvriront la différence. Ces mouvements annuels doivent être immédiatement compensés dans le calcul du risque, et donc dans le calcul de la prime de l'année suivante, afin que, d'une manière générale, la réserve reste stable et réponde aux exigences fixées dans l'article 78 OAMal qui précise que « la réserve de sécurité de l'assureur doit atteindre, selon le nombre d'assurés et pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir ... » ; suit le tableau précisant trois tranches de pourcentage, en fonction de l'effectif des assurés, à savoir 20 % jusqu'à 50'000 assurés, 15 % entre 50'000 et 150'000 et 10 % au-delà.

Monsieur Indra poursuit, sous le même chiffre, pour préciser que « les assurés n'accumulent pas dans l'assurance-maladie sociale un capital qu'ils pourraient emporter lors d'un changement d'assureur ». Il a tout à fait raison. Et c'est la raison précise pour laquelle, la part de réserve constituée pour un assuré, quel qu'il soit, est équivalente. Elle ne dépend nullement d'un calcul compliqué qui tiendrait compte de l'historique de cet assuré dans l'assurance qu'il s'apprête à quitter. Elle n'est que le calcul d'une unité, par rapport à l'état des réserves au moment de son transfert et du nombre total d'assurés. Et cette somme, loin de constituer un capital à emporter par l'assuré, constitue bien une part de réserve devenue *inutile* pour l'assurance quittée, puisque son effectif est diminué d'une unité.

En revanche, pour l'assurance qui reçoit un nouvel assuré, qui augmente donc son effectif d'une unité, il est *nécessaire* d'augmenter sa réserve du montant correspondant à cette nouvelle unité. Le tableau distribué en séance garde donc toute sa pertinence. Pour rappel, il est annexé à la présente.

Contrairement à ce qui est allégué sous chiffre 4 du courrier de Monsieur Indra, il n'est nullement question, pour les assureurs-maladie, de tenir un compte individuel de la réserve pour un assuré donné. Une simple règle de trois suffit pour calculer une part de réserve. Et ce calcul n'est pas valable que pour un seul assuré, mais il l'est simultanément pour *chaque* assuré, qui tous induisent individuellement la même nécessité de constituer une part de réserve, quel que soit leur état de santé et quelles que soient les dépenses antérieures qu'ils auront provoquées.

En transmettant une part de réserve, l'assurance quittée ne préterite absolument pas les assurés restants, car la nécessité de constituer une réserve, pour l'assurance quittée, est diminuée du même montant.

En revanche, pour la nouvelle assurance vers laquelle se dirige l'assuré, la non réception d'une part de réserve induit l'obligation de reconstituer cette part. Cela préterite l'ensemble de ses assurés qui devront solidairement participer à la reconstitution de cette réserve.

Dans un système sans transmission des réserves, si un seul assuré change d'assurance, le bénéficiaire pour l'assurance quittée, réciproquement la perte pour la nouvelle assurance, est négligeable. Il n'en va pas du tout de même lorsqu'un nombre important d'assurés change d'assurance, conformément aux règles de concurrence qu'encouragent nos autorités fédérales. Dans cette situation, l'assurance quittée bénéficie d'un trop-plein de réserve, et l'assurance contractée, au contraire, voit ses réserves devenir insuffisantes.

On comprend bien l'intérêt des assureurs, dans le système actuel. D'une part l'assurance quittée s'enrichit, d'autre part l'assurance contractée peut justifier une augmentation de prime. L'assuré, quant à lui, est toujours lésé.

Sous chiffre 5 de son courrier, Monsieur Indra expose que la plupart des assurés qui changent d'assurance sont jeunes et en bonne santé. Si tel est le cas (aucune statistique ne nous est fournie), l'assureur qui reçoit ce collectif de jeunes patients doit redistribuer une partie des primes encaissées, en fonction de règles de péréquation qui tiennent justement compte du profil d'âge des assurés d'une caisse. La chasse aux bons risques n'est donc pas si simple. Et ces règles de péréquation n'ont strictement rien à voir avec la part de réserve que l'assurance doit constituer, en fonction du nombre d'assurés et du montant global des primes à recevoir. Les réserves de l'assureur n'augmenteront qu'en juste proportion du nombre d'assurés transférés. Pour résumer ce point, les règles qui limitent la chasse aux bons risques n'ont rien à voir avec l'obligation faite aux assureurs de constituer des réserves.

Rappelons encore ces quelques points :

- Seuls les assurés qui sont en ordre avec le paiement de leurs primes peuvent changer de caisse (art 64a alinéa 4 LAMal). Il n'y donc pas de risque de voir des assurés quitter une assurance en lui laissant une dette.
- Tout assuré, quel que soit son état de santé, peut changer de caisse-maladie. En assurance obligatoire des soins, toute assurance est tenue d'accepter un nouvel assuré à des conditions identiques à celles des autres assurés de la même classe d'âge.
- Au cas où un assuré aurait contracté une complémentaire dans l'assurance qu'il veut quitter pour la part obligatoire, l'assurance ne peut résilier la complémentaire. La protection de l'assuré âgé et/ou en mauvaise santé reste donc acquise, en matière d'assurance complémentaire.

Le système de la transmissibilité des réserves n'a jusqu'à présent fait l'objet d'aucune étude sérieuse et approfondie, l'OFSP se contentant d'une réponse négative générique pour toutes les interventions parlementaires (motions, postulats) touchant de près ou de loin à cette problématique. Pourtant, ce système pourrait être porteur d'améliorations d'une portée non négligeable, n'en déplaise aux assureurs. La résolution 574 offre donc l'opportunité

Concerne : Proposition de résolution R 574-I

page 4

aux Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) des Chambres fédérales d'élaborer une initiative parlementaire qui pourrait s'avérer particulièrement bienvenue compte tenu des défauts que comporte la législation en vigueur.

Je reste à votre disposition et à celle de la Commission de la santé pour toute explication complémentaire. Je vous remercie de l'attention que vous aurez portée à la présente, et vous prie d'en excuser la longueur. Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma très grande considération.

Dr C. Sellegger

Annexe : Transmissibilité des réserves en matière LAMal (tableau)

Transmissibilité des réserves en matière LAMal

	Situation de départ		SANS transmission des réserves		Changement de caisse		Changement de caisse	
	Assurance A	Assurance B	Assurance A	Assurance B	Assurance A	Assurance B	Assurance A	Assurance B
Réserve à l'origine	60'000'000	40'000'000	60'000'000	40'000'000	60'000'000	40'000'000	60'000'000	40'000'000
Effectif des assurés à l'origine	70'000	70'000	70'000	70'000	70'000	70'000	70'000	70'000
Part individuelle de réserve	857	571	857	571	857	571	857	571
Personnes changeant de caisse	0	0	-10'000	10'000	-10'000	10'000	-10'000	10'000
Réserve à transférer	0	0	0	0	0	0	-8'571'429	8'571'429
Réserve après transfert	60'000'000	40'000'000	60'000'000	40'000'000	60'000'000	40'000'000	51'428'571	48'571'429
Effectif assurés après	70'000	70'000	60'000	80'000	60'000	80'000	60'000	80'000
Prime moyenne par mois	350	300	350	300	350	300	350	300
Prime moyenne par an	4'200	3'600	4'200	3'600	4'200	3'600	4'200	3'600
Primes à recevoir	294'000'000	252'000'000	252'000'000	288'000'000	252'000'000	288'000'000	252'000'000	288'000'000
Taux de réserve	20.4%	15.9%	23.8%	13.9%	23.8%	13.9%	20.4%	16.9%

Pour rappel :

Nombre de personnes assurées moins de 50'000 50'000 à 150'000 plus de 150'000

Taux minimum de réserve 20% 15% 10%



Note sur la "transmissibilité des réserves" des assureurs-maladie.

Service planification et économie de la santé

J. Perucchi/ N. Marzo

Résumé succinct de la note

1. Contexte

Rappel du but de la résolution R 574-I, de la situation genevoise et de la motion Fetz.

2. Données de base

- *Les réserves genevoises sont réparties très inégalement. 86% des réserves excédentaires sont détenues par 10 assureurs, représentant 36% des genevois.*
- *En moyenne nationale, le montant des réserves légales des assureurs dépasse à peine le minimum légal prévu.*

3. Transfert des réserves : buts recherchés

- i) *"Les transferts d'assurés font monter les primes car le nouvel assureur doit reconstituer des réserves".*

Cet argument est un mythe, contredit par l'analyse historique des chiffres réels. Comme les assurés en bonne santé ont plus tendance à changer de caisse que les assurés malades, la non-transmissibilité actuelle est un facteur stabilisateur du système.

- ii) *"La transmissibilité des réserves améliorerait la concurrence entre les caisses".*

Le système LAMal actuel dans son ensemble n'encourage pas la compétitivité par les prix. La compétition se fait sur les "bons risques", selon des méthodes de marketing. Il y a peu d'améliorations à attendre de ce côté.

- iii) *"La transmissibilité permettrait de lutter contre les réserves trop élevées du canton de Genève".*

Il n'y a aucun lien de cause à effet direct prouvé, au contraire, plusieurs facteurs laissent présager que l'effet serait nul.

4. Transfert des réserves : faisabilité

La mise en œuvre de cette mesure rencontrerait des obstacles importants au niveau de sa faisabilité (voir point 3, page 6). C'est pourquoi nous avons réfléchi à un modèle simplifié, présenté au point 3.B).

5. Effets économiques

Aucun, à Genève.

6. Conclusions

Divers arguments juridiques et financiers sont défavorables : la LAMal n'a pas été pensée pour pouvoir instaurer une transmissibilité des réserves.

Si elle aboutissait, cette proposition ne contribuerait ni à diminuer les réserves excédentaires cantonales, ni à diminuer significativement les primes et encore moins les coûts.

**Étude et considérations sur la "transmissibilité des réserves"
des assureurs-maladie**

Sommaire :

1. Contexte
2. Chiffres-clés
3. Analyse des arguments en faveur de la transmissibilité des réserves
4. Transmissibilité des réserves : faisabilité
5. Effets économiques
6. Conclusions

1. Contexte :

La résolution R 574-I, adressée à l'Assemblée fédérale, vise à instaurer la transmissibilité de la réserve des caisses maladie constituée pour un assuré, de son ancien assureur vers son nouvel assureur.

Les auteurs proposent *"une mesure concrète dans le but d'optimiser la gestion des réserves en permettant à ces dernières de suivre les assurés lors d'un changement de caisse maladie, l'objectif étant à terme une diminution du montant des primes"*.

Comme le soulevait le département de l'économie et de la santé (DES) dans son communiqué de presse du 22 août 2008, les coûts par assuré ont été systématiquement surévalués et les réserves des caisses presque toujours sous-évaluées. Ces dernières ont donc continué d'augmenter de façon importante en 2007 pour atteindre la somme record de 612 millions de francs, soit 42% du montant total des primes annuelles. A fin 2008, le montant total des réserves était toujours de 601 millions de francs, soit 41,4% des primes brutes, alors que la réserve légale minimum est calculée à 11,8%. "il est temps de redistribuer aux Genevoises et aux Genevois les fruits de leurs efforts".

Le canton de Genève demandait ainsi au Département fédéral de l'Intérieur de refuser la grande majorité des primes 2009 proposées par les assureurs, estimant que les primes moyennes genevoises devaient baisser en 2009 car *"sans cela, elles continueront à alimenter de manière inacceptable les réserves excessives des caisses tout en spoliant le canton des bénéfices de sa politique de maîtrise des coûts"*.

Entre 2000 et 2007, le coût moyen par assuré a augmenté de 23,5% (3'714 francs en 2007), alors que les primes augmentaient de 32,1% et les réserves explosaient de 250%. Après la baisse de 2,2% en 2006, la hausse du coût moyen par assuré se limitait en 2007 à 1,6% et se situait parmi les plus basses du pays. En 2008, le canton de Genève a enregistré une inversion de tendance. La hausse s'est inscrite à hauteur de 4.8% (4.3% pour la Suisse).

Comme les caisses-maladie ne peuvent pas, selon la loi, réaliser de bénéfice en fin d'exercice, elles versent la différence entre les dépenses et les recettes à leurs fonds de réserves. Ces réserves sont calculées au niveau national pour chaque assureur et sont attribuées aux cantons de façon arithmétique, en pour cent des recettes d'assurance (primes brutes).

Dans cette approche cantonale: "les assureurs se sont inspirés indirectement de l'article 61 LAMal selon lequel l'assureur peut échelonner le montant des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Ni les assurés d'un canton ni les cantons eux-mêmes ne sont réellement à l'origine de ces réserves".

1.1 Motion Anita Fetz et réponse du Conseil fédéral :

En date du 19 décembre 2008, Mme Anita Fetz, Conseillère aux Etats bâloise, a déposé la motion 08.4046, intitulée "Rééquilibrer les taux de réserves des assureurs-maladie d'ici 2012", visant à engager le Conseil fédéral à résoudre les disparités intercantionales.

Le Conseil fédéral a accepté cette motion le 25 février 2009 et s'est engagé à agir. Il a donné mission à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de procéder au réajustement des réserves via la procédure d'approbation des primes, en incitant les assureurs à prendre les mesures nécessaires pour réduire les différences entre les cantons.

Bien que la procédure d'acceptation des primes 2010 soit loin de donner entière satisfaction au département de l'économie et de la santé, il faut bien constater qu'un certain rééquilibrage est en cours, car les cantons dont les réserves sont insuffisantes ont vu leurs primes augmenter de manière très significative. Dès lors, il apparaît que le message est passé auprès des assureurs.

En outre, plus personne ne remet en cause formellement la nature cantonale des réserves, quand bien même la LAMal les considère encore juridiquement comme un agrégat national par assureur. A ce titre, ni le Conseil fédéral, ni les assureurs n'ont proposé de procéder à un rééquilibrage des réserves en transférant (même de façon fictive) des montants d'un canton à l'autre. Genève aurait pu redouter une telle proposition, mais y a toujours opposé un refus catégorique et une non-entrée en matière.

2. Chiffres-clés : (source : estimations 2009 des assureurs, données OFSP/CDS)

2008 (GE):

Nombre d'assurés	408'052 assurés
Réserves légales minimales en %	11.80%
Réserves réelles en %	41.4% soit 3,5x les réserves légales
Réserves excédentaires en %	29.6% soit 2,5x les réserves légales minimales
Réserves réelles en millions	601.4
Réserves légales minimales en millions	171.4
Réserves excédentaires en millions	430
Réserves excédentaires par assuré	1054 francs

Prévisions fin 2009 (GE):

Nombre d'assurés	416'063 assurés
Réserves légales minimales en %	10.90%
Réserves réelles en %	36.9% soit 3,4x les réserves légales
Réserves excédentaires en %	26% soit 2,4x les réserves légales minimales
Réserves réelles en millions	535.8
Réserves légales minimales en millions	158.4
Réserves excédentaires en millions	377.1
Réserves excédentaires par assuré	906 francs

Suisse :

Réserves réelles 2008	16.5%
Réserves réelles 2009*	11.8%

2.1 Tableau A : Assureurs, parts de marché et réserves excédentaires, Genève, 2008

	Assureur	part de marché	nombre d'assurés	taux de réserves	taux de réserves excédentaires	part du total des réserves excédentaires	Prime adulte 2010
1	Caisse A	0.46%	1'876	134%	118%	1.8%	397.-
2	Caisse B	2.21%	9'010	105%	94%	8.6%	442.-
3	Caisse C	1.71%	6'983	98%	87%	4.8%	452.-
4	Caisse D	6.53%	26'635	94%	83%	17.4%	410.-
5	Caisse E	13.02%	53'120	90%	79%	30.5%	359.-
6	Caisse F	0.92%	3'765	90%	79%	3.0%	422.-
7	Caisse G	2.73%	11'146	75%	59%	5.2%	421.-
8	Caisse H	3.51%	14'340	67%	56%	7.5%	423.-
9	Caisse I	3.58%	14'618	59%	48%	5.5%	407.-
10	Caisse J	1.68%	6'859	43%	27%	1.7%	414.-
	TOTAL intermédiaire	36.36%	148'352	30%	26%	86%	
11	Caisse K	12.47%	50'882	21%	10%	3.7%	384.-
12	Caisse L	23.94%	97'705	18%	7%	5.8%	414.-
13	Caisse M	15.02%	61'276	13%	3%	1.6%	414.-
14	Caisse N	3.57%	14'581	14%	3%	0.4%	423.-
15	Caisse O	1.64%	6'696	-21%	-37%	-2.3%	443.-
	TOTAL	93.00%	379'492	40%	29%	95%	Moyenne : 436.-

2.2 Commentaires des chiffres-clés et du tableau A :

Plusieurs éléments entrent dans l'analyse de la faisabilité et de l'opportunité d'instaurer la "transmissibilité des réserves" dans la LAMal :

- En moyenne nationale, le montant des réserves légales des assureurs (16.5%) dépasse à peine le minimum légal prévu par la loi (12.5%, voir annexe).
- Théoriquement, sur le moyen terme, aucun canton ne devrait avoir un taux de réserves significativement disproportionné. Pourtant, force est de constater que de réelles disparités existent et perdurent. La présente analyse porte particulièrement sur le cas du canton de Genève, mais il faut bien considérer les éventuelles conséquences de la réforme envisagée dans toute la Suisse, car la LAMal est une loi fédérale. Dans ce contexte, les différences existant entre les cantons rendraient l'introduction d'une transmissibilité des réserves assez problématique.
- Genève dispose de réserves excédentaires importantes, mais celles-ci sont réparties très inégalement entre les assureurs. Les chiffres 2008 montrent que la quasi-totalité des réserves excédentaires sont détenues par une dizaine d'assureurs, représentant seulement 36% des assurés genevois.
- Les sociétés d'assurance de 64% des genevois ont donc des taux de réserves proches des minimums légaux.
- L'accumulation de réserves excédentaires semble avoir atteint un point d'inflexion. En 2008, elles ont légèrement diminué et les pronostics des assureurs pour 2009 confirment encore plus nettement cette tendance (p.12). La diminution réelle des réserves pour les 16 prochains mois dépendra de l'évolution des coûts. Malheureusement, l'OFSP n'a guère pris en considération les remarques du département de l'économie et de la santé concernant les primes 2010.

3. Analyse des arguments en faveur de la transmissibilité des réserves :

1^{er} argument : "Les transferts d'assurés font monter les primes car le nouvel assureur doit reconstituer des réserves"

Le raisonnement de base qui sous-tend le concept de transmissibilité peut être illustré par l'exemple simplificateur suivant :

Lorsqu'un nouvel assuré s'inscrit auprès d'une caisse-maladie, l'assureur a le devoir de constituer une réserve équivalente, en moyenne, à 11-12% de la prime annuelle. Si l'assuré en question change de caisse l'année suivante, le nouvel assureur devra également constituer une réserve de 11-12%, mais l'ancien assureur conservera la réserve déjà constituée. Intuitivement et lorsqu'on raisonne sur un cas individuel, la liberté de changer d'assureur induit une augmentation artificielle des primes, car il faut à chaque fois reconstituer la réserve légale. Cette logique, appliquée à l'ensemble des assurés, devrait conduire à une augmentation constante des réserves globales, année après année.

Ce phénomène a été analysé dans les années 1996-2000 et a parfois été mentionné à tort, comme une des principales causes des hausses de primes. A cette époque, il est juste que ces dernières ont dû être adaptées, suite à des déficits importants. Il a fallu reconstituer des réserves en compensant simultanément la hausse des coûts, d'où une envolée des primes. Le déséquilibre en cause était structurel et n'avait rien à voir avec la question des transferts d'assurés.

D'ailleurs, les chiffres nationaux témoignent du fait que les réserves n'augmentent pas toujours. En 2007, leur niveau était de 20,2%, en 2008 de 16,5% et les projections des assureurs pour fin 2009 rapportent un taux de 11,8%, très proche du minimum légal (11,6%). Si l'on considère la réserve moyenne par assuré, on constate que celles-ci atteignent un montant de Fr. 527 en 2007, Fr. 427.- en 2008 et de Fr. 310.- selon l'estimation pour fin 2009.

Un constat s'impose : au niveau national, les réserves ont toujours fluctué et tendent à diminuer depuis 2-3 ans. Dès lors, il apparaît que le régime actuel de non-transmissibilité n'induit pas de "surcoût systémique". Au contraire, il est démontré que durant certaines périodes les assureurs ont globalement puisé dans les réserves disponibles pour financer les soins. La hausse des primes correspond en fait à l'évolution des coûts de la santé qui, eux, sont en croissance constante.

Conclusions relatives au 1^{er} argument :

Pour diverses raisons, le régime actuel n'induit pas les conséquences néfastes attendues :

- après quelques années d'activité, les assureurs ont tous des réserves suffisantes pour absorber les transferts d'assurés et les réserves n'augmentent plus;
- le pourcentage de personnes qui changent de caisse est relativement faible (annuellement 5-10% des assurés, selon les estimations de santéuisse et de l'OFSP);
- globalement, les assurés les plus mobiles sont généralement les moins coûteux, donc ils ont tendance à renflouer les caisses de leurs assureurs. Quand ils quittent un assureur, le solde positif intransférable qu'ils laissent permet de **compenser le risque accru** de la population restante des assurés et de financer leurs soins;
- **vu sous cet angle, il est probable que la non-transmissibilité des réserves constitue un facteur stabilisateur du système et non l'inverse;**
- le canton de Genève constitue l'une des exceptions notables puisque son taux de réserves reste trop élevé depuis des années. Les véritables raisons de ce déséquilibre ne peuvent découler uniquement de la non-transmissibilité des réserves.

2^{ème} argument : "La transmissibilité améliorerait la concurrence entre les caisses"

D'un point de vue général, le système d'assurance-maladie obligatoire actuel prône la mobilité des assurés, d'une caisse à l'autre. Cette mobilité est censée améliorer l'efficacité globale : la libre-concurrence comme garantie d'efficience.

La transmissibilité des réserves constituerait un moyen d'améliorer les mécanismes de marché recherchés dans ce secteur, en supprimant certains effets secondaires qui accompagnent les flux d'assurés d'un assureur à un autre (voir point A).

Il est vrai que, par le passé, certains assureurs ont dû augmenter leurs primes pour reconstituer des réserves devenues insuffisantes suite à un apport inattendu de nouveaux clients. A l'opposé, plusieurs assureurs dont la clientèle diminuait ont paradoxalement amélioré leur situation financière, car ils ont pu conserver les réserves constituées. Ce mécanisme n'a pas échappé aux assureurs qui l'anticipent, voire l'utilisent à leur avantage.

Cela constitue potentiellement un frein à une libre-concurrence saine et juste recherchée par la LAMal... En clair, cela décourage la concurrence par les prix.

Cependant, s'agissant d'une assurance sociale, il paraît illusoire d'espérer que les mécanismes du marché pourraient faire baisser les prix à long-terme. En effet, la structure de risque de la population des assurés veut qu'à partir d'une certaine taille critique, il n'est plus possible pour un assureur de gagner des parts de marché sans détériorer son coût moyen par assuré. Le dumping constitue donc une voie sans issue pour les assureurs, avec ou sans "transmissibilité des réserves". Ils n'utiliseront jamais cette stratégie, mais préféreront un marketing ciblé sur les "bons risques".

3^{ème} argument : "La transmissibilité permettrait de lutter contre les réserves trop élevées du canton de Genève"

Le détail des flux annuels de clients entre les assureurs n'est pas connu. Cependant, il paraît logique que la majorité des assurés qui changent de caisse recherchent des primes plus avantageuses.

Actuellement, les assureurs le meilleur marché sont déjà ceux qui possèdent les taux de réserves les plus importants. Il paraît donc improbable que la transmissibilité des réserves puisse contribuer à résoudre la question des excédents de réserves.

En cas de guerre des prix (peu probable), ce sont encore les assureurs les mieux dotés en réserves excédentaires qui disposeraient de la plus grande marge de manœuvre et qui sortiraient vainqueur. Cependant, dans ce cas, la pression sur les primes aurait quand même un impact secondaire positif, en forçant les assureurs à puiser dans leurs réserves.

Dans ce domaine, la LAMal actuelle comporte déjà deux mécanismes de régulation qui devraient permettre de résoudre la question des réserves genevoises : la **compensation des risques** et la **procédure d'adoption des primes**. Une mise en œuvre améliorée des moyens d'action existants, par l'autorité fédérale responsable, serait certainement préférable, plutôt que de greffer une contrainte supplémentaire et vraisemblablement inutile sur un système déjà fort complexe.

Ajoutons à ces considérations que Genève se trouve dans une situation somme toute enviable par rapport à certains autres cantons, comme Berne par exemple, car le fait de disposer de réserves abondantes est un atout pour faire face à la hausse tendancielle des coûts de la santé et/ou à tout évènement exceptionnel, comme la pandémie.

4. Transmissibilité des réserves : faisabilité

4.1. Au sujet des critères légaux et des modalités économique-financières :

- Les réserves ont été constituées année après année, sans lien avec les assurés : elles n'appartiennent pas aux assurés en tant qu'individus, mais à la communauté. D'où la question de la traçabilité des montants individuels de réserves;
- Suivant les cantons, de nombreux assureurs ont des taux de réserves insuffisants. Cela signifie que leurs coûts bruts ont dépassé les montants des primes encaissées. Dans ce contexte, aucun transfert de réserves ne serait possible.
- De nombreux assurés ont un coût supérieur aux primes payées et ne contribuent donc pas à la création de réserves. En fait, chaque situation individuelle est différente. Dès lors, comment déterminer, à combien se monterait le montant précis à transférer lorsque tel ou tel assuré change de caisse? L'analyse se compliquerait encore si l'on devait considérer plusieurs exercices annuels.
 - o Pour contourner cette difficulté, on pourrait instaurer un forfait de transfert, a priori différent pour chaque caisse, qui s'appliquerait à tout assuré, indépendamment de sa consommation de soins. Chaque assureur aurait un forfait de transfert différent, selon l'état de ses réserves.
 - o Une autre méthode consisterait à considérer que seuls les assurés qui n'ont pas eu de dépense l'année précédente sont éligibles pour le transfert de leurs parts de réserves. Potentiellement, en moyenne suisse, cela ne représenterait annuellement qu'une fraction des 5-10% d'assurés qui changent de caisse, à condition que leurs assureurs disposent de taux de réserves suffisants.
- La **compensation des risques** donne actuellement déjà lieu à des transferts, selon des modalités qui viennent d'être améliorées pour 2012. La transmissibilité des réserves augmenterait les mouvements de fonds entre les assureurs, en ajoutant de nouveaux critères. A la limite, la cohérence générale du système pourrait pâtir de cette multiplication d'interventions correctrices. Certains assureurs pourraient alors rencontrer de réelles difficultés de gestion financière (gestion des liquidités, paiement des prestations, déséquilibres importants d'une année à l'autre).

4.2. Principes minimum à respecter pour une mise en œuvre simplifiée (propositions)

i) Principe du forfait individuel cantonal :

Pour autant qu'il dispose d'un taux de réserves (cantonal) supérieur ou égal au minimum légal, l'ancien assureur se doit de transférer l'équivalent de la part individuelle des réserves légales minimales au nouvel assureur.

Commentaire : le montant (maximum) à transférer correspond précisément à la réserve légale minimale par assuré. Cela permet au nouvel assureur de répondre aux critères légaux sans avoir à constituer de nouvelles réserves et cela assure une certaine équité entre les assureurs. Autre avantage, ce forfait n'est calculé qu'une fois par an et peut être soumis pour approbation à l'OFSP en même temps que les propositions de primes, à la fin du mois d'août.

ii) Principe de non-ségrégation :

Chaque assuré a droit au transfert de sa réserve, au tarif forfaitaire, indépendamment de sa consommation de soins et de la franchise choisie.

Commentaire : l'avantage de ce système serait de ne pas compliquer à l'excès les modalités de transfert. Certes, un assuré en traitement peut coûter plus cher que les primes encaissées et l'on peut donc estimer que sa réserve est épuisée. Cependant, il existe une infinité de situations particulières imaginables et la loi n'a pas pour vocation de les prévoir toutes.

En raisonnant sur des moyennes par tête, on applique simplement un principe clairement compréhensible par tous et facile à mettre en œuvre. Comme le forfait de transfert est calculé en divisant, respectivement, la réserve minimale légale de chaque caisse par son nombre total d'assurés, chaque assuré a mathématiquement droit à une part des réserves, quel que soit son état de santé et sa consommation de soins.

iii) Principe de non-rétroactivité :

Les parts de réserves accumulées au cours des années précédant l'entrée en vigueur de la transmissibilité ne peuvent pas donner lieu à des compensations rétroactives.

5. Effets économiques :

Le tableau de la page 5 montre que la plupart des assureurs présents à Genève ont des taux de réserves légales suffisants, ce qui implique que la transmissibilité des réserves n'aurait aucune conséquence pratique et une faible incidence comptable.

Nous aurions souhaité analyser une situation hypothétique, basée sur les chiffres réels de deux assureurs genevois, dans laquelle la transmissibilité aurait un effet bénéfique et calculer cet effet.

Malgré ces tentatives, il s'avère qu'il n'existe aucun exemple réaliste, car tous les assureurs dont la prime est inférieure à la prime moyenne cantonale ont des réserves excédentaires et peuvent sans autre supporter l'afflux de nouveaux assurés sans aucune conséquence sur les primes de l'année suivante.

6. Conclusions :

Il existe des freins importants, qui rendent l'inscription de la transmissibilité des réserves dans la LAMal assez problématique.

Financièrement : la transmissibilité des réserves serait cohérente avec la notion de libre-choix et de libre concurrence entre les caisses, mais dans les faits ses effets seraient limités. Cette réforme ne contribuerait ni à faire diminuer les réserves cantonales excédentaires, ni à diminuer significativement les primes et encore moins les coûts.

Juridiquement :

- les réserves n'appartiennent pas aux assurés.
- la transmissibilité n'est applicable que si les réserves des assureurs sont considérées au niveau cantonal. Pourtant, selon la LAMal, ces réserves sont constituées nationalement, par assureur et non par canton. Il existe une contradiction flagrante. Certes, la comptabilité des caisses est tenue cantonalement, puis consolidée au niveau national. Néanmoins, les réserves cantonales n'ont tout simplement pas d'existence juridique (contrairement aux primes, qui sont cantonales...).

En définitive :

Seuls 5 assureurs présents à Genève ont des réserves inférieures aux critères légaux. Ils représentent environ 20'000 assurés, soit moins de 5%.

Ce sont les seuls cas où la transmissibilité pourrait éviter que les éventuels transferts de nouveaux assurés ne pose problème. Néanmoins cela reste très marginal et peu probable, car ces assureurs n'attirent guère de nouveau clients en raison de leurs primes relativement chères.

Annexe : données de l'OFSP concernant les réserves 2008-2010, cantons et Confédération.

290 Reserven (Pflegeversicherung) (*Mindestreserven geschätzt)		290 Réserves (*réserves minimales estimées)										Var. en % - Plan*					
in/en 1000 CHF		Über-/lückendeckung in 1000 CHF*					in % der Bruttoanlagen*					Var. en points de %					
2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2009	2010	2009	2010		
lit	réal.	prognose	lit	réal.	prognose	lit	réal.	prognose	lit	réal.	prognose	lit	réal.	lit	prognose		
CH	3 338 166	2 379 665	2 446 823	777 813	43 580	- 122 818	16.5%	41.4%	12.5%	11.8%	11.6%	11.2%	11.7%	10.9%	10.7%	-4.7%	-0.7%
GE	601 405	535 751	481 787	429 981	377 122	302 650	7.4%	41.4%	11.8%	36.9%	10.9%	29.3%	10.9%	10.9%	10.9%	-4.5%	-7.6%
AG	102 581	61 506	109 230	- 68 301	- 104 513	- 72 754	7.4%	10.7%	12.4%	4.3%	11.6%	7.0%	11.6%	11.6%	11.6%	-3.1%	2.7%
AI	- 974	- 2 321	- 2 613	- 4 007	- 5 173	- 5 789	- 3.7%	11.5%	11.5%	-8.6%	10.6%	-8.8%	10.6%	10.6%	10.6%	-4.9%	-0.2%
AR	- 4 230	- 10 591	- 9 555	- 16 087	- 22 323	- 22 471	- 4.3%	11.4%	11.4%	-10.3%	11.4%	-8.6%	11.4%	11.4%	11.4%	-6.1%	1.8%
BE	- 190 384	- 260 844	- 157 340	- 521 659	- 583 056	- 505 944	- 7.3%	12.7%	12.7%	-9.7%	12.0%	-5.5%	12.1%	12.1%	12.1%	-2.4%	4.2%
BL	90 810	41 766	51 630	3 278	- 41 205	- 39 724	12.8%	12.8%	12.3%	5.7%	11.3%	6.4%	11.3%	11.3%	11.3%	-7.1%	0.7%
BS	134 205	96 405	95 897	49 988	16 739	9 884	21.5%	13.5%	13.5%	15.1%	12.5%	14.0%	12.5%	14.0%	12.5%	-6.4%	-1.1%
FR	92 624	68 667	60 362	14 737	6 943	- 23 315	14.9%	11.8%	11.8%	10.7%	11.8%	8.5%	11.8%	11.8%	11.8%	-4.2%	-2.2%
GR	501 405	535 751	481 787	429 981	377 122	302 650	41.4%	11.8%	11.8%	36.9%	10.9%	29.3%	10.9%	10.9%	10.9%	-4.5%	-7.6%
GL	- 2 051	- 4 650	- 2 731	- 12 866	- 15 054	- 14 542	- 2.5%	13.4%	13.4%	-5.6%	12.5%	-2.9%	12.7%	12.7%	12.7%	-3.0%	2.7%
GR	32 633	15 096	24 889	- 28 781	- 35 055	- 31 245	7.6%	14.3%	14.3%	3.4%	11.3%	5.0%	11.3%	11.3%	11.3%	-4.2%	1.6%
JU	36 068	26 242	20 154	12 254	3 466	- 5 569	19.7%	13.0%	13.0%	14.2%	12.3%	9.6%	12.3%	12.3%	12.3%	-5.5%	-4.6%
LU	30 073	- 18 402	- 18 687	- 64 703	- 111 972	- 121 911	3.9%	12.3%	12.3%	-2.3%	11.6%	-2.1%	11.7%	11.7%	11.7%	-6.2%	0.2%
NW	125 829	129 966	141 575	64 251	73 534	77 944	25.1%	11.3%	11.3%	26.0%	11.3%	25.1%	11.4%	11.4%	11.4%	0.9%	-1.0%
NW	- 2 085	- 9 210	- 12 851	- 10 526	- 17 297	- 21 738	- 2.9%	11.8%	11.8%	-12.4%	10.9%	-15.7%	10.9%	10.9%	10.9%	-9.5%	-3.3%
OW	- 14 265	- 20 078	- 19 884	- 21 756	- 27 476	- 27 985	- 22.4%	11.8%	11.8%	-29.6%	10.9%	-26.9%	11.0%	11.0%	11.0%	-7.2%	2.6%
SG	3 001	- 16 869	27 610	- 115 278	- 130 728	- 98 595	0.3%	12.0%	12.0%	-1.6%	11.0%	2.4%	11.2%	11.2%	11.2%	-1.9%	4.1%
SH	19 663	12 758	19 311	- 3 320	- 9 015	- 5 034	10.8%	10.8%	12.6%	6.9%	11.8%	9.4%	11.9%	11.9%	11.9%	-3.9%	2.5%
SO	10 068	- 27 708	- 28 576	- 61 903	- 97 146	- 104 850	1.7%	12.1%	12.1%	4.5%	11.2%	-4.3%	11.4%	11.4%	11.4%	-8.2%	0.2%
SZ	17 512	- 3 947	- 1 768	- 18 066	- 38 671	- 40 468	5.9%	12.1%	12.1%	-1.3%	11.3%	-0.5%	11.4%	11.4%	11.4%	-7.2%	0.8%
TG	127 547	113 121	119 405	56 687	45 595	46 847	23.3%	13.0%	13.0%	20.1%	12.0%	19.8%	12.1%	12.1%	12.1%	-3.2%	-0.2%
UR	272 354	254 926	257 323	148 347	141 184	135 455	26.9%	12.0%	12.0%	25.0%	11.2%	23.8%	11.2%	11.2%	11.2%	-1.5%	-1.4%
UR	- 9 957	- 16 910	- 17 105	- 17 877	- 24 449	- 25 471	- 15.1%	13.0%	13.0%	-24.7%	11.0%	-22.8%	11.2%	11.2%	11.2%	-9.6%	1.9%
VS	684 695	618 770	586 468	423 015	369 810	316 063	34.1%	13.0%	13.0%	30.3%	12.2%	28.6%	12.3%	12.3%	12.3%	-3.7%	-3.7%
VD	42 829	19 088	30 002	- 54 875	- 81 356	- 81 356	6.2%	14.1%	14.1%	2.6%	13.8%	4.3%	14.1%	14.1%	14.1%	-5.5%	1.2%
ZG	4 833	- 10 247	- 11 017	- 22 570	- 36 984	- 40 907	2.2%	12.3%	12.3%	4.6%	11.6%	-4.3%	11.6%	11.6%	11.6%	-3.6%	0.1%
ZH	1 083 362	787 362	703 307	617 950	404 544	277 456	30.6%	12.3%	12.3%	23.0%	11.2%	18.6%	11.4%	11.4%	11.4%	-7.6%	-4.2%

Source : OFSP, via CDS