

Conférence de presse du jeudi 6 avril 2017, Martigny **Présentation de Monsieur Paul Rabaglia, Directeur général du Groupe Mutuel**

Mesdames, Messieurs,

Comme l'a dit Madame Perraudin, notre présidente, je vais vous présenter et commenter l'évolution et la marche de nos affaires, l'année dernière.

Si nous considérons l'ensemble de la branche de l'assurance-maladie en Suisse, il faut constater que l'année 2016 a été marquée, une fois encore, par une forte hausse des coûts de la santé. Si je prends en compte les 12 mois de 2016, intégralement, la hausse des coûts, selon les dates de traitement, atteint une progression de +5.5%. Rien de nouveau me direz-vous, c'est dans la fourchette des années LAMal. Certes, oui, mais dans la partie supérieure de la fourchette. Comme 2015, 2016 se singularise par une progression au-delà de la moyenne des coûts hospitaliers ambulatoires dont la croissance est de +9.1%, soit une augmentation à peine moins élevée qu'en 2015. Nous en connaissons l'une des causes: c'est le transfert, en grande partie, de l'hospitalier stationnaire vers l'ambulatoire. Et toujours le même effet pervers que les assureurs-maladie soulignent depuis des années: les cantons contribuant à raison de 55%, en moyenne, 45% les assureurs, aux prestations stationnaires, cela crée un déséquilibre avec l'ambulatoire qui est financée à 100% par les assureurs, occasionnant ainsi, de manière indirecte, une augmentation de la prime des assurés.

Les progrès de la médecine permettent effectivement d'accroître le nombre des prestations ambulatoires, notamment en milieu hospitalier. Ce progrès, en soi, est un bienfait pour tout le monde et pour le système. Il est donc urgent de corriger ce déséquilibre, en intégrant, par exemple, l'ensemble des soins ambulatoires dans la clé de répartition entre cantons et assureurs. Nous estimons ainsi que l'argent public qui devrait être investi à cette fin ne doit pas l'être au travers du mécanisme de la compensation des risques mais qu'il faut adapter la clef, en pour cents, entre assureurs et cantons, comparable à celle qui prévaut actuellement pour le domaine stationnaire. Cette nouvelle répartition prendrait en compte les coûts effectifs de toutes les prestations LAMal. La part cantonale se situerait alors autour des 23%. L'avantage en serait que nous ne changerions pas le système actuel mais que nous l'adapterions. En effet, cette formule est connue dans son principe et elle recèlerait moins de risques pour les assureurs. Donc plus de stabilité pour le système, une garantie de neutralité des coûts pour les cantons et pas d'impact négatif sur les primes.

Dans l'intervalle, vous le savez, le conseiller fédéral Alain Berset a également présenté son projet de révision du TARMED. Une révision nécessaire, car la structure tarifaire ambulatoire date de 2004 et elle est dépassée. Les assureurs-maladie ont proposé l'introduction de forfaits pour certaines catégories de soins ambulatoires. Les assureurs-maladie, par santésuisse, ont fait des propositions dans ce sens: par exemple pour les domaines de l'ophtalmologie, de la radiologie, de la cardiologie ou encore pour la chirurgie de la main ainsi que pour tout l'appareil locomoteur. La proposition du Conseil fédéral n'a pas repris cette idée de forfait et nous le regrettons. Si nous y parvenions, je suis convaincu que cela donnerait une impulsion bienvenue à la constitution d'un système de soins mieux intégré, où le patient sera soigné dans l'environnement le mieux adapté à ses besoins de santé.

Il ne viendrait à l'idée de personne de labourer un champ avec une voiture de Formule 1 pas plus que de courir un grand prix avec tracteur. C'est pourtant ce que nous faisons actuellement dans notre système de santé.

Cette démarche, n'est cependant qu'une partie du problème. Il faut, en effet, constater une forte augmentation des coûts dans les autres domaines de soins: médicaments, physiothérapeutes, laboratoires, EMS & Soins à domicile. Si nous avons pu enregistrer une meilleure maîtrise de certains tarifs, il faut constater que le volume des prestations poursuit sa course à la hausse. C'est incontestablement un des effets de l'allongement des années de vie et, son pendant, une proportion toujours plus forte de seniors nécessitant plus de soins. A cela s'ajoute que les personnes en fin de vie, quel que soit leur âge, ont un besoin accru de traitements médicaux. Cette réalité est encore amplifiée par l'innovation médicale, tant au niveau des prestations que des médicaments qui est, elle, une tendance inarrêtable. La progression des coûts repose donc sur des causes multiples.

L'innovation, on le voit avec le domaine ambulatoire, est, là aussi, un bien en soi. Mais, dans le même temps, elle accroît et nourrit les besoins, car il est légitime que la personne malade veuille coûte que coûte guérir. Elle fera donc appel à la nouveauté, si elle représente une chance réelle de guérison.

Aussi, si nous voulons avoir une chance d'endiguer les coûts, nous ne pouvons y parvenir que par des mesures concertées, mais dont chacune d'elles, qu'elle soit d'ordre tarifaire ou organisationnelle, par exemple lutter contre les prestations inutiles, sera sujette à de longs débats.

J'en viens à nos autres domaines d'activité, pour vous dire que notre entreprise Groupe Mutuel se porte bien. Vous l'avez entendu, le chiffre d'affaires du secteur santé a progressé de +7.2%, de 5 milliards à 5,35 milliards de francs. Le résultat d'entreprise est équilibré, -1,3 million de francs, en nette amélioration, comparé à l'année dernière où nous accusions un déficit important de -127,1 millions de francs. Nous pouvons, notamment, nous réjouir d'une bonne performance sur les marchés financiers, qui atteint +2.2%. Nous en étions à +0.5% en 2015. Dans le domaine des assurances pratiquées selon la LAMal, le volume des primes brutes atteint 4,5 milliards de francs. Les prestations d'assurances, pour leur part ont progressé de +6.3% et se montent à 4,1 milliards de francs. Concernant l'assurance obligatoire des soins, le coût moyen par assuré augmente de + 3.1% et s'établit à 3'447 francs, charge de la compensation des risques incluse, qui représente 171 francs par assuré de même que 58 francs destinés à la provision des sinistres pour cas en cours. Le montant global versé à la compensation des risques s'est élevé, en 2016, à 216,7 millions de francs contre 213,9 millions en 2015.

Les frais de gestion, auxquels nous attachons une grande importance, se sont élevés à 134 francs par assuré, soit une baisse de -8.7%. Les frais de gestion représentent ainsi 3.9% du volume de primes. C'est un fruit direct du contrôle des factures et des retombées positives liées à notre plateforme Nova ainsi qu'aux mesures de digitalisation destinées au service à la clientèle. Le contrôle des factures nous a permis d'économiser quelque 600 millions de francs en 2016, soit 10.3% de toutes les factures qui nous sont soumises avant déduction des franchises et de la quote-part.

Les assurances complémentaires privées (LCA), comprenant aussi les indemnités journalières LCA, affichent un résultat d'ensemble de 73,2 millions de francs, 51,8 millions en 2015. C'est une hausse de +41.3%

Le secteur des assurances d'entreprise, avec la perte de gain et l'assurance-accidents, a progressé de +11% pour atteindre un chiffre d'affaires de 322,3 millions de francs et près de 20'000 entreprises clientes. La perte de gain maladie atteint 241,9 millions de francs, une progression de 9.5% alors que les assurances accidents passent d'un chiffre d'affaires de 69,6 millions de francs à 80,4 millions de francs, soit une croissance de 15.5%.

Nos effectifs, enfin, ils ressortent consolidés, avec 1,23 million assurés de base, en léger recul de -1.7%, pour ce qui est de l'assurance de base au 1er janvier 2017. En revanche le nombre total de nos assurés individuels, à cette même date, a augmenté de +0.6% pour atteindre 1'469'535 assurés, soit près de 9'000 assurés en plus qu'au 1^{er} janvier 2016.

Les deux fondations de prévoyance professionnelle progressent tant au niveau du chiffre d'affaires que des entreprises affiliées. Leur taux de couverture est de 115% et les avoirs vieillesse seront rémunérés à un taux 1.75%, soit une majoration de 0.75% cumulée au taux d'intérêt minimal de 1%.

L'assurance Vie s'est enrichie de l'arrivée de 4'400 nouveaux clients, portant son chiffre d'affaires à 88,6 millions de francs, une croissance de +3.3%. Le nombre de contrats sous gestion est passé de 37'934 à 39'527 polices en 2016. Sur ses propres placements, la performance de la société Vie est de +1.1%.

En conclusion, nous sommes satisfaits de la marche des affaires, en général: forte progression dans le secteur des entreprises, une situation stabilisée dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Dans le domaine de notre activité privée, la progression tant du chiffre d'affaires que du nombre d'assurés se poursuit. Notre nouvelle ligne des assurances de patrimoine a poursuivi son développement et progresse de passé 20%, de 13,9 millions à 16,7 millions de francs. Aux côtés des assurances de protection juridique, les assurances ménage et responsabilité civile privée, confirment l'intérêt qui leur est porté par nos clients.

Tout en restant un acteur prioritaire de la «Santé», le Groupe Mutuel a donc renforcé ses autres piliers, confirmant ainsi son statut d'assureur global, actif dans tous les secteurs des assurances de personnes mais également dans certains secteurs des assurances choses.

Je vous remercie de votre attention.

Place maintenant aux questions.