



# «Il faut éliminer les médecins qui ne remplissent pas les critères»

**Assurance-maladie** Paul Rabaglia, directeur général du Groupe Mutuel, estime qu'une réduction des coûts de la santé se fera obligatoirement au détriment de la qualité des soins.



**Paul Rabaglia, directeur général du Groupe Mutuel, a rappelé l'importance de responsabiliser les assurés.**

Sébastien Anex



## Pierre Veya

pierre.veya@lematindimanche.ch

## Frédéric Vormus

frederic.vormus@lematindimanche.ch

**L**e Groupe Mutuel, établi à Martigny, est le numéro un de l'assurance-maladie en Suisse romande. L'an prochain, les Romands vont connaître les plus fortes augmentations de prime du pays. Son directeur général, Paul Rabaglia, esquisse quelques pistes pour essayer d'améliorer cette situation.

### N'est-ce pas trop difficile d'appartenir à l'un des secteurs économiques le plus détesté du pays?

Tout le monde préférerait être aimé que détesté. La branche doit améliorer son image, c'est certain, car elle a longtemps été tenue pour coupable de l'augmentation des primes. Aujourd'hui, les assurés font le lien entre primes et coûts de la santé.

### Les augmentations de primes ont explosé dans les cantons romands. Elles dépassent les 4% en Suisse. Or, selon un sondage de Comparis, 28% des assurés ne seraient plus en mesure de payer leurs primes. Que faire?

Il faut séparer deux éléments: la partie assurance de la dimension sociale. Nous avons des coûts, il faut les couvrir avec des primes. Le subventionnement échoit, lui, à l'État. Est-ce qu'il doit ou va devoir agir plus? Ce n'est pas à moi de le dire. Si l'on voulait faire baisser les primes, il faudrait compenser par d'autres mécanismes. Cela signifierait ne plus rembourser certaines prestations. Si un tiers des assurés a des difficultés à payer ses primes, ce même tiers refuse que l'on rembourse moins.

### En agissant ainsi, on se repose sur l'État. Les cantons devront augmenter leurs subsides payés. Pourquoi ne pas alors passer à une caisse publique?

Qui ne va rien changer aux coûts... Si l'on n'agit pas dessus, les primes vont continuer à augmenter, que la caisse soit publique, unique ou privée. Je fais une séparation entre le rôle des assureurs, essentiellement des techniques

d'assurance, et puis le rôle social, financé par l'impôt, qui redistribue les richesses. Aujourd'hui, les dépenses de santé atteignent 80 milliards, l'assurance obligatoire n'occupe que le tiers. Une grande partie de la santé est déjà financée par les habitants ou par l'impôt.

### Ne devrions-nous pas introduire une assurance grand âge pour soulager les charges sur l'assurance obligatoire?

Il y a eu plusieurs propositions pour financer ces soins. Les progrès de la médecine coûtent cher mais nous permettent de vivre plus longtemps. Cela représente probablement un tiers de l'augmentation annuelle. Ce poids va continuer à s'accroître,

### Quel sera le taux d'augmentation des primes ces quatre-cinq prochaines années?

La tendance est constante ces dernières années, les augmentations, elles, ne le sont pas toujours. Elles devraient rester à 4-5% annuel.

### La solution passe-t-elle par la création d'une caisse de compensation cantonale ainsi que le proposent les conseillers d'État Maillard et Poggia?

Quand les conseillers d'État disent vouloir fixer eux-mêmes les primes, ils sous-entendent qu'ils le feraient mieux que l'Office fédéral de la santé publique. Ils induisent un soupçon de mauvaise gestion. On pourrait aussi leur reprocher une volonté de contrôle trop importante. Ils se plaignent de ne recevoir que des informations sur leur canton. Dans ce cas, je ne vois pas en quoi une caisse de compensation cantonale résoudrait cette problématique.

### Si vous étiez chef du Département fédéral de la santé avec un pouvoir absolu, quelles seraient les mesures que vous prendriez?

Je ferais modifier le cofinancement entre assureurs et État. Ce dernier ne contribue qu'au stationnaire, soit aux séjours hospitaliers. S'il participait à tout, il aurait un objectif de maîtrise général des coûts.

Il faut aussi trouver une solution pour le pilotage de l'ambulatoire. L'État devrait fixer les besoins par spécialité. Nous devons trouver un



accord entre la vision économique des assureurs et celle qualitative des médecins pour sélectionner les nouveaux entrants et éliminer du système ceux qui ne remplissent pas les critères. La transparence n'existe pas pour l'ambulatorio. Nous avons besoin de critères pour pouvoir juger de sa qualité.

Dernière mesure, il faut responsabiliser les gens. La somme des attitudes individuelles influence les coûts. Si l'on commence à réduire le montant des franchises, on perd le lien sur le contrôle des coûts, si elles sont trop élevées, elles empêchent l'assuré de se faire soigner... Il faudrait également établir une liste des meilleurs spécialistes.

Il faudrait également établir une liste des meilleurs spécialistes.

#### **Vous envisagez un classement? Avec des étoiles comme pour les chauffeurs Uber?**

Non. Il faut des critères objectifs comme le taux de reprise en charge pour une même maladie. Cela indiquerait les erreurs du médecin. En le faisant sur une longue période, il serait possible d'établir des comparaisons. Si l'on arrive à la conclusion qu'un médecin est très mauvais, il n'a plus rien à faire dans le système.

#### **Un tel système favoriserait la médecine à deux vitesses, dans lequel les praticiens les plus réputés seraient plus demandés par les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, non?**

La médecine à deux vitesses existe déjà. Certains patients se font opérer dans des suites car ils en ont les moyens alors que d'autres sont en division publique.

#### **Oui, mais l'accès au médecin est plus ou moins identique?**

Si l'on décide de réduire les coûts, il y aura des files d'attente. Les gens seront soignés, mais ils

### **En dates**

1951

#### **Fondation**

La Mutuelle Valaisanne est fondée en 1951 et fusionne en 1966 avec les Sociétés de

Secours Mutuels de Sierre, dont l'origine remonte au XIXe siècle.

1993

#### **Groupe Mutuel**

Les différentes opérations d'assurance sont regroupées dans une seule entreprise: Groupe Mutuel.

1996

#### **Débuts**

Paul Rabaglia entre dans l'entreprise pour s'occuper des relations avec les intermédiaires.

2014

#### **Direction et départ**

Paul Rabaglia est nommé directeur général en avril. En septembre, le fondateur du Groupe Mutuel, Pierre-Marcel Revaz, quitte l'entreprise.

devront attendre. Cela veut dire que nous allégerons les coûts de la santé mais que l'on en augmentera les coûts dans d'autres secteurs. Si vous avez mal durant six mois, l'impact se répercutera sur votre employeur plutôt que sur l'assurance-maladie.

#### **On vous sent moyennement favorable à la fin de la liberté de contracter alors que les assureurs s'étaient battus pour. On ne peut pas avoir un système dans lequel la quantité et le prix sont garantis.**

Quand on négocie les prix, on se retrouve avec une augmentation de volume. Les fixations des points TarMed pour la médecine ambulatoire en sont la preuve. Les médecins ont augmenté le volume de leurs actes. Il faudrait du courage pour défendre cette liberté de contracter. Un



assureur n'a jamais intérêt à refuser un médecin. Le réseau de soignants doit être le plus large possible. J'ai seulement quelques doutes quant à la qualité de l'assureur de décider avec qui il contracte. Le critère économique ne suffit pas. Il y a de très bons médecins qui font faire des économies au système mais qui, individuellement, coûtent cher car ils s'occupent de cas lourds. Il faut donc ajouter ces critères de qualité que nous n'avons pas encore. ●

**«La médecine  
à deux  
vitesses  
existe déjà.  
Certains  
patients se  
font opérer  
dans des  
suites car  
ils en ont  
les moyens  
alors que  
d'autres sont  
en division  
publique»**