



**santésuisse**

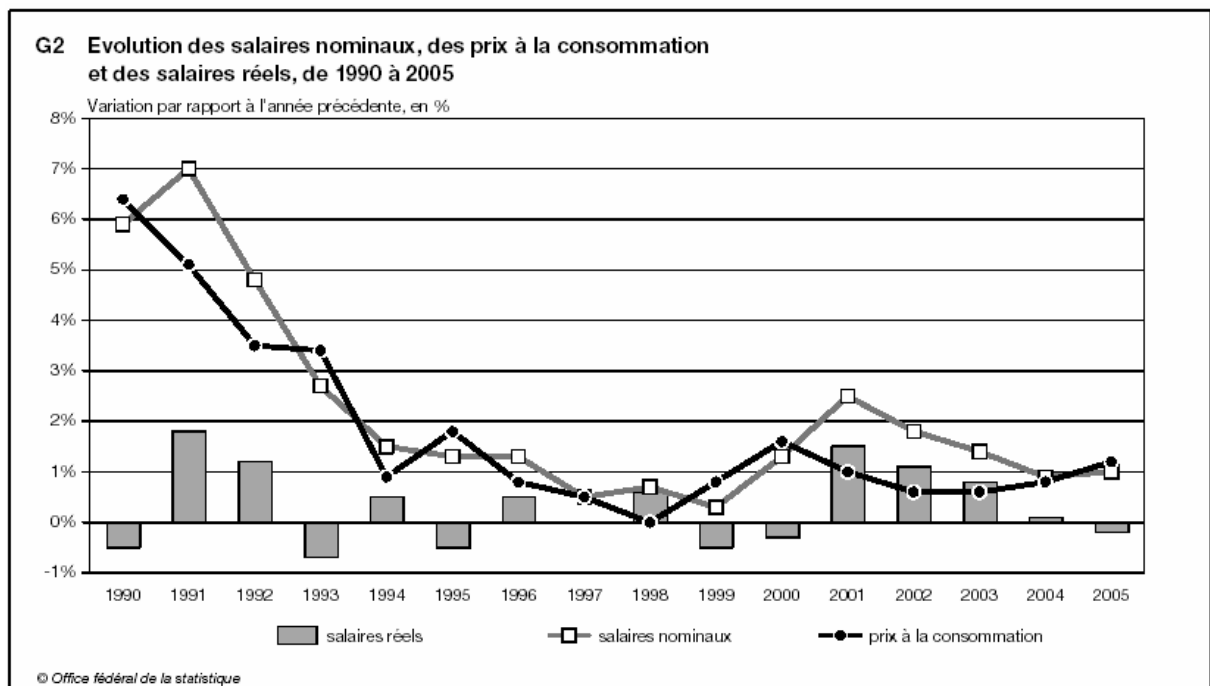
---

## **Assurance-maladie : questions essentielles**

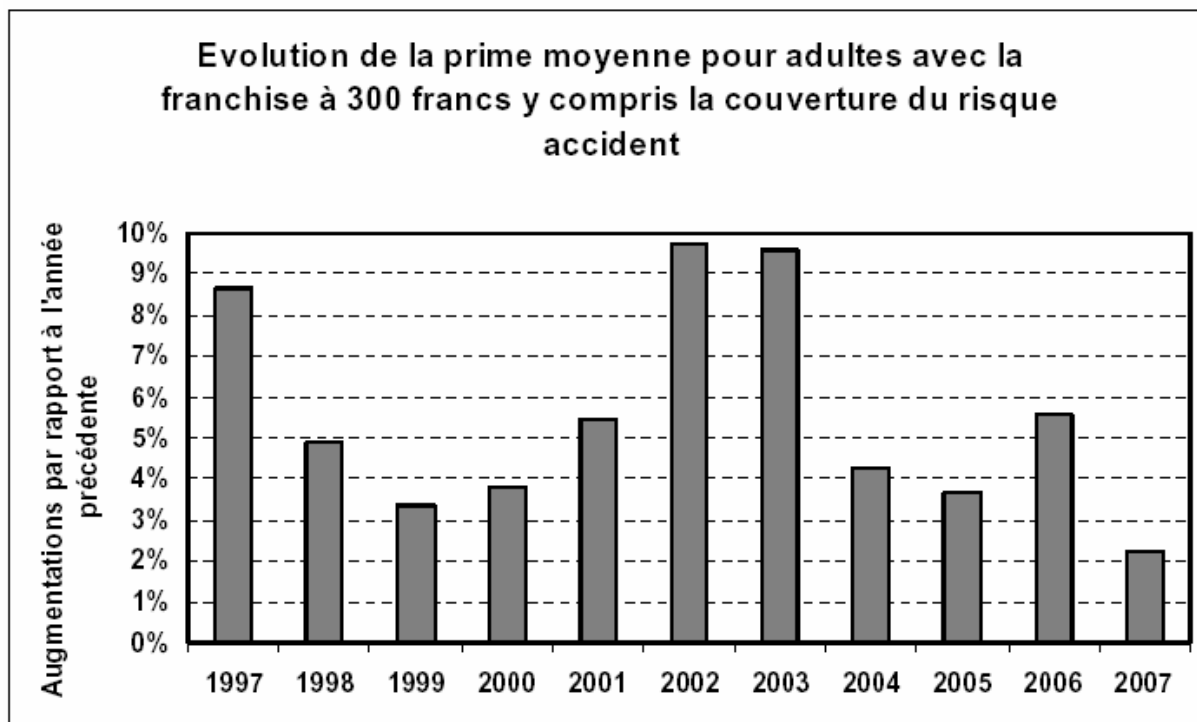
1. La Santé n'a pas de prix. Mais elle a un coût.
2. Pourquoi les coûts de la santé augmentent-ils ?
3. Quelle est l'évolution récente des coûts de l'assurance de base ?
4. Quelles sont les mesures susceptibles d'enrayer la hausse des coûts de la santé ?
5. La hausse des coûts va-t-elle être ralentie ?
6. Quelle est la mission des assureurs-maladie ?
7. Qui décide des réserves des caisses maladies ?
8. Quel impact pourrait avoir la diminution des réserves ?
9. Quelles sont les réserves des caisses-maladie et leur évolution ?
10. Les réserves doivent-elles être calculées par canton ?
11. Réserves : quelle comparaison peut-on faire avec l'AVS ou l'AI ?
12. Quelles règles pour la transparence et la surveillance des caisses ?
13. Comment s'opère la surveillance des caisses ?
14. Quels sont les devoirs des assurances-maladie en matière de primes ?
15. Quel est le processus de fixation des primes ?
16. La fixation des primes se fait-elle au détriment des assurés ?
17. Quelle est la position de Conseil fédéral par rapport aux assureurs-maladie ?
18. Les salaires et frais administratifs des assureurs gonflent-ils les primes ?
19. Les primes de base ne couvrent-elles pas les frais des complémentaires ?
20. La publicité des caisses surenchérit-elle les primes ?
21. Le reproche d'opérer une sélection des risques est-il fondé ?

## 1) La Santé n'a pas de prix, mais elle a un coût

- Les assureurs-maladie en sont les premiers conscients : les hausses de primes sont toujours plus douloureuses, surtout pour les familles de la classe moyenne.
- La prime mensuelle moyenne pour un adulte de 26 ans ou plus ayant choisi la franchise de base et une assurance accident a en effet passé de 173 francs en 1996 à 306 francs dix ans plus tard.
- Durant le même laps de temps, la Suisse a connu des années de croissance zéro, qui ont vu les salaires stagner. En conséquence, en raison de l'augmentation des impôts et des primes (ou cotisations) des différentes assurances sociales, le niveau de vie des ménages a baissé.



- Selon les données de l'Office fédéral de la statistique, l'augmentation des salaires réels (corrige de l'inflation) sur la période allant de 1993 à 2005 atteint au total 3,7%, soit +0,3% en moyenne annuelle. Durant les cinq dernières années, les salaires ont globalement progressé de 0,7% en termes réels, soit une progression inférieure au renchérissement, synonyme de perte de pouvoir d'achat.

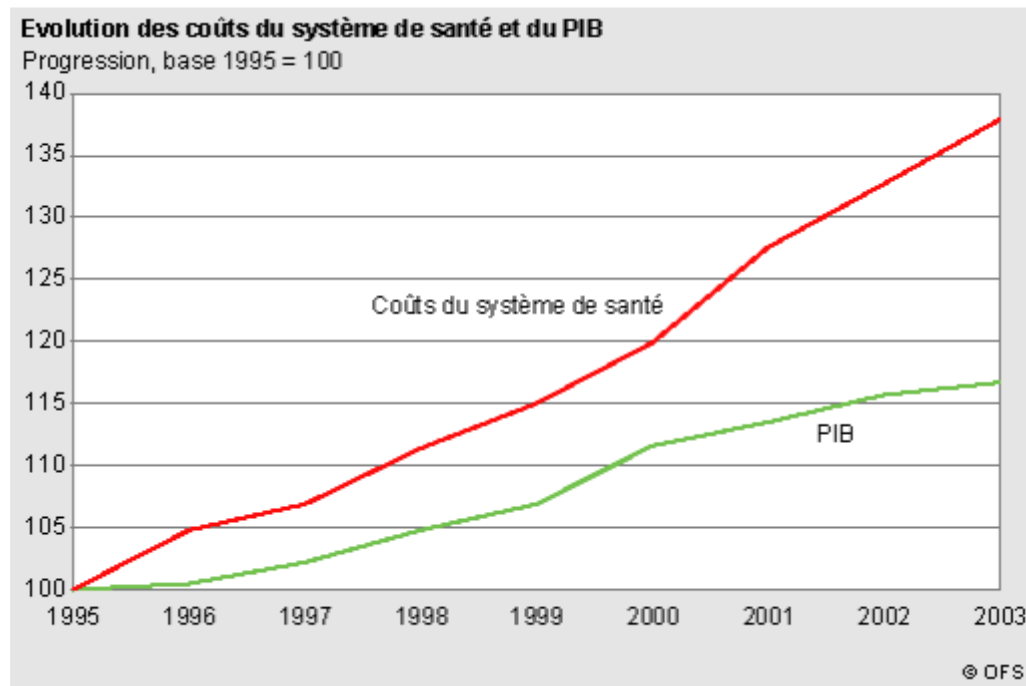


- Les primes, elles, ont connu une évolution nettement supérieure (voir graphique) avec des hausses annuelles moyennes comprises entre 2% et plus de 9%. Compte tenu de la stagnation des salaires, chaque nouvelle hausse de leur prime d'assurance-maladie est donc ressentie encore plus durement par les assurés.
- Afin de contribuer à enrayer cette progression, les assureurs maladie ont développé un strict contrôle des factures émises par les différents prestataires de soins. Pour les assurés, il en résulte des économies annuelles de l'ordre d'un milliard de francs.
- Malgré ces efforts, il reste une réalité têtue, incontournable : année après année, les coûts de la santé augmentent. Ainsi, en 2005, les coûts de la santé ont encore augmenté dans tous les cantons romands. La hausse est de 9,3 % pour le Jura, 7,5 % pour Genève, 6,4 % pour Fribourg, 6,1 % pour le Valais, 5,3 % pour Berne, 4,8 % pour Vaud et 1 % pour Neuchâtel. Inéluctablement, les primes d'assurance-maladie doivent être adaptées à cette évolution.
- Mais, dans les mêmes cantons romands, il y a un tel déficit d'information et une telle méconnaissance des mécanismes de l'assurance-maladie que l'exaspération face aux hausses de primes se focalise en une animosité générale contre les assureurs-maladie.
- Plutôt que de s'interroger sur la hausse des coûts de la santé, en particulier dans les hôpitaux publics, qui sont pourtant sous le contrôle direct des pouvoirs politiques, certains font des assureurs les boucs émissaires de tous les problèmes.
- Il est donc temps de rappeler que, face à la hausse des coûts de la santé, le montant des primes, dont la fixation relève de la responsabilité de l'assureur-maladie, est néanmoins soumis au contrôle et à la stricte surveillance de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Celui-ci dispose de toutes les données nécessaires pour assurer un strict respect de la loi régissant les activités des caisses-maladie. Aucune autre activité économique privée n'est aussi rigoureusement contrôlée.

- Il convient donc de recadrer le débat, en soulignant que la totalité des caisses-maladie actives dans l'assurance de base sont des sociétés de type mutualiste, créées par les assurés, au service des assurés. Les caisses n'ont ainsi aucun actionnaire à rémunérer. De par leur statut, elles doivent assurer un bilan équilibré, .Les excédents éventuels sont restitués aux assurés. Ainsi, si les coûts de la santé augmentent fortement, le développement des primes pourra être modéré et inférieur à l'augmentation réelle des coûts. La LAMal prévoit en effet un financement d'après le système de la répartition des dépenses (art. 60, al 1), l'interdiction du profit dans l'assurance de base (art. 12, al 1) et le financement autonome de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (art. 60, al. 2).
- Notons enfin que le modèle de gestion des caisses a donné des résultats tangibles dans la mesure où leurs frais administratifs (marketing et publicité compris) s'affichent en baisse régulière par rapport au total des primes encaissées, soit 5,4 % en 2005. En comparaison, les frais administratifs de la SUVA (assurance-accidents) se montent à 9,9 %.
- La politique de la santé mérite assurément un débat. Mais se borner à critiquer systématiquement les assureurs-maladie sans avancer de solutions constructives ne fera en rien avancer cette question. Plutôt que de polémiquer sur les primes, ne serait-il pas urgent d'envisager les solutions qui permettraient enfin de limiter la hausse des coûts ? Car si la santé n'a pas de prix, elle a bel et bien un coût.

## 2) Pourquoi les coûts de la santé augment-ils ?

- Au cours des huit dernières années, c'est-à-dire depuis 1997 (année ayant suivi l'introduction de la LAMal), le total des coûts à charge de l'assurance-maladie de base est passé de 12,9 à 20,4 milliards de francs. Cette somme représente environ 33% de l'ensemble des coûts générés par le système de santé suisse, le reste étant à la charge des ménages (environ 31%) et de l'Etat (environ 17%), des autres assurances sociales et des assurances privées.
- Année après année, les coûts hospitaliers et ambulatoires augmentent, Cela est du en grande partie à une gestion et une planification insuffisantes de la part des cantons. Par ailleurs, les cantons sont paralysés par leur double fonction: gérer un hôpital et être l'autorité tarifaire compétente.
- A cet égard, il est à souligner que les soins stationnaires prodigués en milieu hospitaliers sont couverts à raison de 50% par les cantons, alors que le secteur hospitalier ambulatoire est entièrement à charge des caisses-maladie. Ce transfert de charge du stationnaire vers l'ambulatoire, donc de l'Etat sur les assurés, pèse lourdement sur le niveau des primes d'assurance.
- En 2005, tous les autres postes de coûts importants ont également été en hausse, soit les EMS (+6,1 %), les organisations d'aide et de soins à domicile (+6,0 %), le secteur hospitalier stationnaire (+4,1 %), les médicaments remis par le médecin (+4,0 %), les frais médicaux (+2,9 %) et les médicaments remis en pharmacie (+2,3 %).
- On attend cependant un fléchissement de l'évolution du coût des médicaments, suite aux récentes mesures décidées par le Conseil fédéral, qui entend favoriser les génériques.

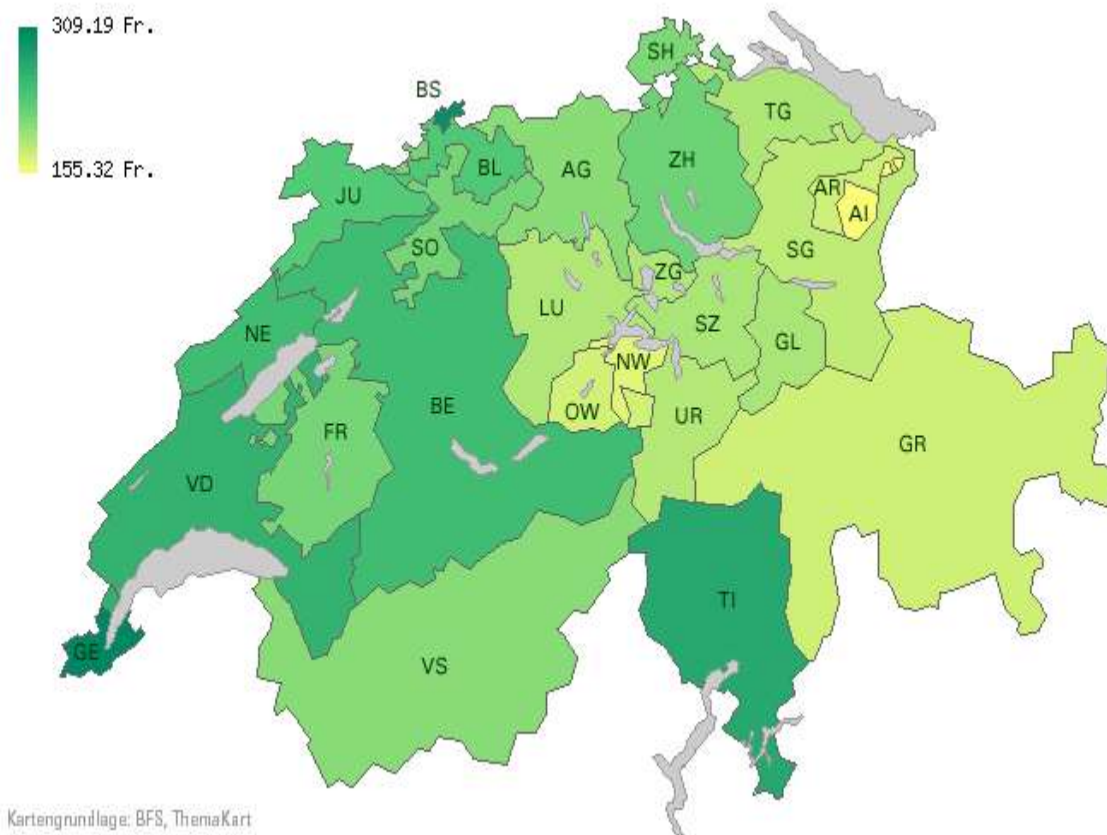


### **Les coûts du système de santé représentent 11,5% du PIB suisse (2003)**

Le produit intérieur brut (PIB) mesure le résultat final de l'activité de production d'une économie. La part des dépenses de santé dans le PIB constitue un indicateur pertinent de la charge économique ou de l'utilisation des ressources du système de santé. Ce ratio met en évidence la part des ressources économiques que le pays consacre au système de santé. La progression de la part au PIB mesure les ressources supplémentaires nécessaire au système de santé. Lorsque les augmentations de dépenses de santé ne peuvent plus être financées par la croissance économique, des transferts de charge économique surviennent entre les agents du financement que sont les ménages privés, les assurances sociales et les collectivités publiques.

- Cette hausse ininterrompue des coûts de la santé en Suisse peut s'expliquer par plusieurs facteurs. La démographie d'abord : selon l'Office fédéral de la statistique, quelles que soient les hypothèses de fécondité et d'immigration, le nombre de Suisses de plus de 65 ans pour 100 actifs (20-64 ans) va évoluer inéluctablement de 33% en 1990 à un pourcentage compris entre 55 et 60% en 2060. Autrement dit, l'allongement de la durée de vie de la population est de l'ordre d'un an et demi tous les cinq ans, ce qui continuera à peser toujours plus lourdement sur les coûts de la santé.
- Parmi les autres facteurs importants, notons les progrès réalisés dans les nouvelles thérapies plus onéreuses, tant du point de vue de la médication que des technologies de soins, le manque de concurrence réelle entre fournisseurs de prestation (corollaire de l'obligation de contracter) et une offre pléthorique, synonyme de multiplication des actes médicaux. Les problèmes de planification ne sont pas davantage à sous-estimer. Dans la mesure où cet aspect du système de santé suisse est du ressort des cantons, cette situation aboutit à une offre générale excédentaire.
- Dernier facteur et non des moindres : le comportement des patients qui adoptent en matière de santé une démarche de consommateur. Le principe « je paie, donc j'y ai droit » a ainsi remplacé l'esprit mutualiste qui a présidé à la création de l'assurance obligatoire de soins. Reste que les coûts de la santé n'ont cessé d'augmenter depuis l'avènement des systèmes sociaux modernes. Ils se développent parallèlement à la situation économique des pays concernés.

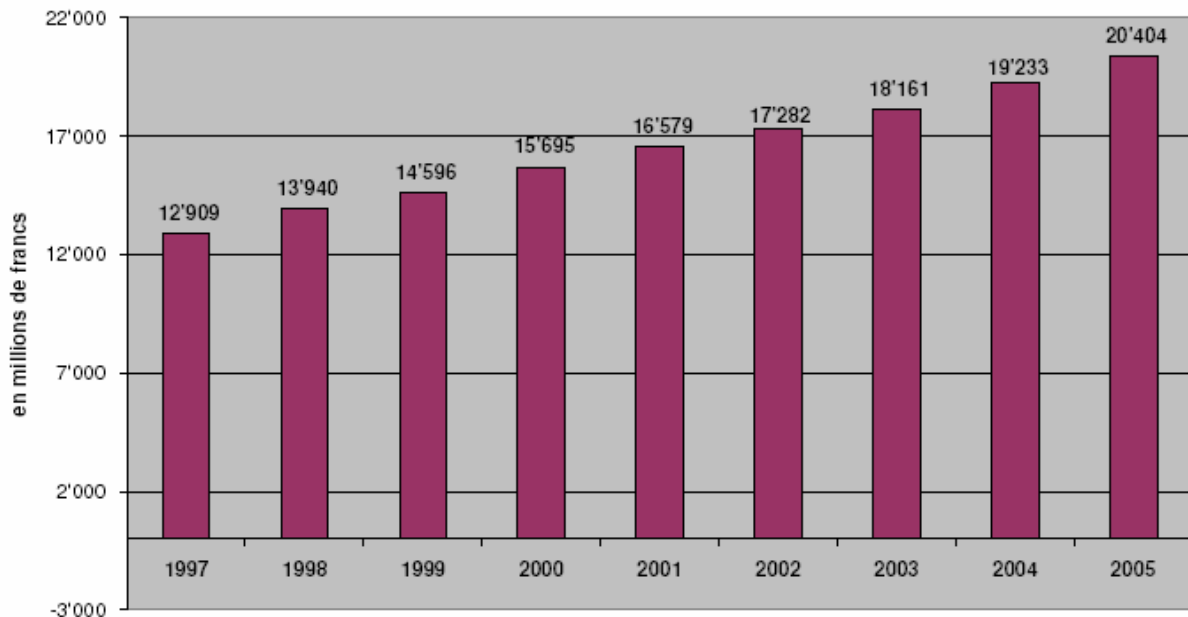
## Total, coûts bruts par assuré par canton, moyenne mensuelle jan. - juin 2006 (Moyenne suisse : 228 francs)



### 3) Quelle est l'évolution récente des coûts de l'assurance de base ?

- Les coûts de santé convertis par l'assurance de base ont franchi la barre des 20 milliards de francs en 2005, soit une augmentation globale de 1,2 milliard ou 6,1 % par rapport à l'année précédente. Il s'agit de la croissance absolue la plus forte dans toute l'histoire de l'assurance-maladie.
- En coûts par assuré, on enregistre une augmentation de 5,6 %, ce qui porte la facture annuelle par tête à 2'741 francs.
- La différence entre la croissance de l'ensemble des coûts de l'assurance de base de 6,1 % et celle des coûts par assuré de 5,6 % s'explique par la hausse de l'effectif des assurés, se monte à 0,5 %.

### Total des coûts dans l'assurance de base



Source: santésuisse

#### 4) Quels sont les mesures susceptibles d'enrayer la hausse des coûts de la santé ?

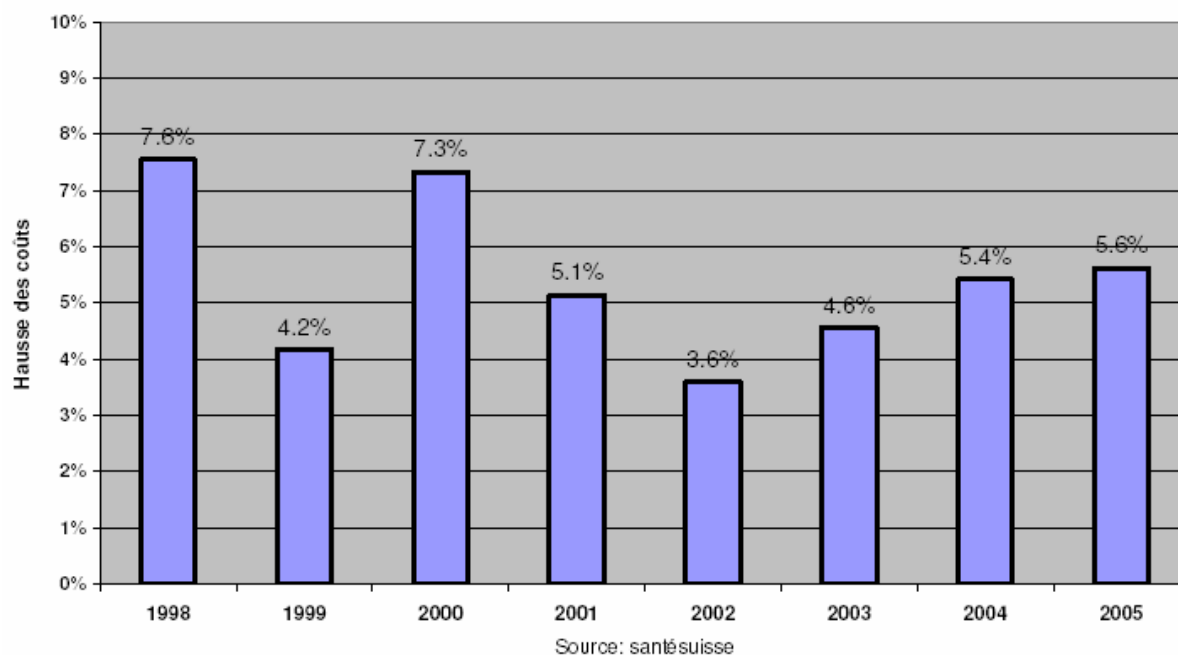
- La révision de la LAMal, incluant un projet du Conseil des Etats concernant les frais hospitaliers, est susceptible d'agir sur la hausse des coûts de la santé. La Chambre haute propose en matière de financement des hôpitaux de répondre au principe de tarification selon le diagnostic. En outre, il s'agirait d'établir une égalité de traitement entre hôpitaux publics et privés devant aboutir à une réelle concurrence pour une meilleure efficacité et une meilleure qualité des soins à moindres coûts.
- Récemment, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin a clairement affiché sa volonté de limiter la hausse des primes maladie à moins de 3% par année pour les cinq à dix ans à venir. Pour y parvenir, il propose, entre autres, de créer deux ou trois centres de compétence pour les maladies graves. Ces « pools pour les hauts risques » soigneraient les personnes atteintes de maladies comme le cancer, le sida ou le diabète, lesquelles nécessitent un traitement de haute qualité, très coûteux. Dans ce contexte, la qualité peut générer des économies en incitant les médecins regroupés dans ces « pools » à travailler en synergie.
- Le Conseiller fédéral évoque également la création d'une épargne individuelle défiscalisée qui servirait à financer les soins individuels durant la vieillesse. Ce pilier, dit 3c, pourrait être alimenté entre 58 et 80 ans et serait plafonné à quelque 200'000 francs. Le gouvernement fédéral, sur mandat du Conseil des Etats, est chargé d'approfondir la question.
- Les cercles de qualité offrent également des pistes à explorer. Existant en tant que projet-pilote commun de la Société suisse de pharmacie et santésuisse dans les cantons de Fribourg et du Valais, ils se développent aussi dans tous les cantons romands. Ces cercles réunissent médecins et pharmaciens, qui décident de concert la thérapie médicamenteuse la mieux adaptée aux patients. Celle-ci, souvent, débouche sur des thérapies moins chères.

- Les soins gérés (managed care) passent en Suisse par des collectifs médicaux (HMO – Health Maintenance Organization) ou par le médecin de famille (sélectionné par la caisse maladie). Cela signifie que l'une et l'autre de ces deux structures décideront d'adresser ou non le patient vers un spécialiste, voire d'une hospitalisation si nécessaire. Généralement, ces réseaux favorisent le suivi du patient pour une meilleure adéquation des coûts, dans la mesure où ils imposent une responsabilisation budgétaire des prestataires de soins. En un mot, les modèles de soins intégrés conviennent tout particulièrement pour garantir des soins médicaux économiques et de première qualité. D'une part, parce que les patients sont accompagnés et suivis pendant toute la durée du diagnostic et du traitement, deuxièmement parce que les assureurs et les fournisseurs de prestations assument conjointement la responsabilité financière du traitement global et, enfin, parce que les mesures de qualité, par exemple les cercles de qualité, finissent généralement par faire partie intégrante des modèles.
- Conscients de la nécessité de mieux maîtriser l'évolution des coûts, dans l'intérêt même des assurés, les assureurs-maladie ont mis en place des systèmes de contrôle rigoureux des factures des différents prestataires de soins. Mettant ainsi fin à certains abus, comme les surfacturations hospitalières ou les sur-prestations médicales, les assureurs maladie ont assuré aux patients suisses des économies annuelles de l'ordre d'un milliard de francs.

## **5) La hausse des coûts va-t-elle être ralentie ?**

- Durant le premier semestre 2006, les coûts de l'assurance de base sont restés stables par rapport à la même période 2005 (monitoring Internet de l'OFSP). En 2005, les coûts de la santé avaient enregistré une hausse de 10% durant le premier semestre.
- Lors du premier semestre 2006, la moyenne mensuelle des coûts par assuré à l'échelon national s'est montée à 229 francs. La somme la plus importante est enregistrée dans le canton de Genève (309 francs) et la plus basse dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (155 francs).
- Rappelons que l'évolution des coûts en 2005 a été abrupte, notamment dans le secteur hospitalier ambulatoire, qui a enregistré un bond de 19,6% en raison d'un report de facturation suite à l'introduction de TARMED. En raison de cet effet de base, la comparaison d'un semestre à l'autre ne reflète pas l'exacte réalité des coûts. Autre facteur : jusqu'à mi 2006, des négociations tarifaires concernant le domaine des soins hospitaliers étaient en cours, raison pour laquelle des retards de facturation ont pu être observés. Cette situation ne permet donc pas de parler de stagnation des coûts hospitaliers (-0,2% dans le secteur au premier semestre 2006) au sens propre. Au deuxième semestre, la situation pourrait donc évoluer différemment.
- A noter, toutefois, que deux modifications de l'assurance-maladie entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006 commencent à produire leurs effets. Les coûts dans le domaine des analyses de laboratoire ont reculé de 7% durant les six premiers mois 2006 en raison d'une décision fédérale : la baisse de valeur du point applicable à ce type de prestation. L'augmentation de la quote-part pour les préparations originales a également permis de freiner l'envolée des coûts des médicaments (+2,8% au premier semestre 2006)

### Croissances des coûts par assuré dans l'assurance de base de 1998 à 2005



## 6) Quelle est la mission des assureurs-maladie ?

- L'une des responsabilités des assureurs-maladie est de bien répartir les coûts entre malades et bien portants. Les prestations fournies aux assurés représentent plus de 94% des primes encaissées. Le solde (5,6%) correspond aux frais de gestion des assureurs. On mesure ainsi la très étroite marge de manœuvre de l'assureur quant à la maîtrise des coûts de la santé.
- Le contrôle systématique des factures émises par les prestataires de soins a toutefois permis de réaliser un milliard de francs d'économies annuelles, au bénéfice des assurés.
- Les rôles des assureurs-maladie est défini par la loi et concerne de multiples aspects du système suisse de santé. Il incombe aux assureurs-maladie de contrôler les activités des prestataires de soins, qui doivent être économiquement appropriées, et leur facturation. Il leur incombe de négocier les conventions et tarifs avec le corps médical pour les meilleures prestations de santé en faveur de l'assuré. La fixation des primes maladies est du ressort des caisses, sous la surveillance de l'OFSP. Les caisses-maladie ont, en outre, le devoir de rembourser les factures selon les principes de la LAMal, le devoir de rendre des comptes à l'autorité de surveillance et le devoir d'assurer un équilibre financier.

Sans être exhaustive, cette liste montre que l'engagement des caisses-maladie, est clairement en faveur des assurés.

## 7) Qui décide des réserves des caisses-maladie ?

- L'obligation de constituer des réserves et des provisions au sein d'un bilan équilibré est inscrite dans la loi (LAMal art. 60). L'importance des réserves est, elle aussi, inscrite dans la loi (OAMal 78).
- D'un point de vue légal, la LAMal stipule :

« Les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme » (art. 60 LAMal ). Ces réserves correspondent à 2 mois de primes et sont un « coussin de sécurité » nécessaire à toute gestion d'entreprise soumise à un risque, comme c'est le cas des assurances.

- La Loi définit également les exigences en matière de provisions destinées à assurer le financement des cas d'assurance non liquidés, c'est-à-dire à payer les prestations non encore facturées portant l'exercice comptable précédent. Il s'agit de fonds propres indispensables au fonctionnement des assurances maladie (art. 83 OAMal). Autrement dit, les assureurs-maladie doivent en tout temps assurer leur solvabilité.
- Le débat, très polémique et très politisé, sur les réserves des assureurs-maladie est ainsi un faux débat. Pour assurer leur bon fonctionnement, les caisses-maladie sont contraintes d'entretenir un coussin de sécurité financière via des réserves dont les minima sont fixés par le Conseil fédéral. Elles ont certes une certaine marge de manœuvre en la matière, inhérente aux activités de couverture des risques, mais sous l'œil vigilant de l'OFSP.
- On l'a bien vu cet été : si les hausses de primes annoncées pour l'an prochain sont si modérées, on ne le doit pas à des "manœuvres" ou autres "manipulations" des caisses avant une votation importante, comme tant de commentateurs l'ont dit, mais pour beaucoup à une décision du Conseil fédéral sur la réduction des réserves des caisses.
- Selon ces dernières directives fédérales, les réserves vont passer à des minima de 10% des recettes annuelles pour les caisses regroupant plus de 150'000 assurés, de 15% pour celles comprenant entre 50'00 et 150'000 assurés et de 20% pour celles comptant moins de 50'000 assuré (Rapport du Conseil Fédéral en réponse au postulat Robbiani, Ch. 4.3.2)

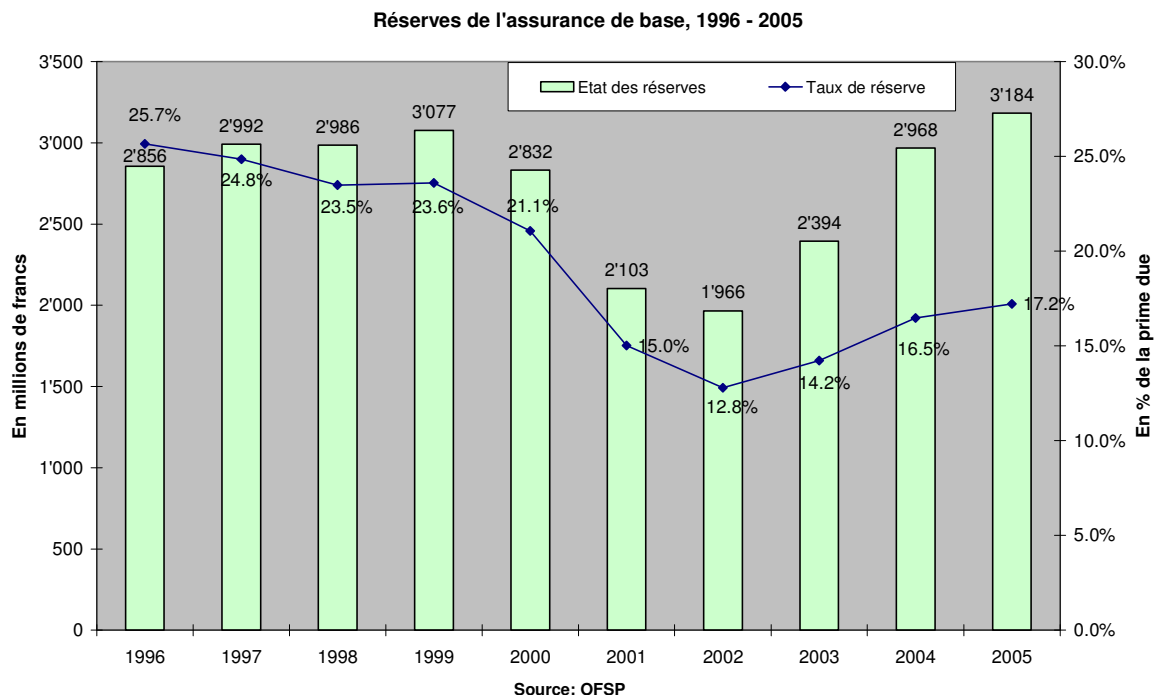
## 8) Quel impact pourrait avoir la diminution des réserves ?

- Une réduction des réserves peut, certes, alléger les primes à court terme. On a pu le constater dans le calcul des primes 2007, dans la mesure où les assureurs-maladie ont annoncé une hausse des primes de 2,2% en moyenne, largement inférieure à l'évolution moyenne des coûts.
- A terme, les réserves nécessaires aux assureurs pour parer à des hausses de coûts imprévues vont donc se réduire, ce qui rend l'exercice de l'assurance-maladie encore plus difficile. Une bonne partie du calcul des primes dépend, en effet, de prévisions quant à l'évolution des coûts du système de santé suisse à moyen terme.
- Comme le stipule le Rapport en réponse au postulat Robbiani (Ch. 4.3.2), pour les caisses-maladie, « il faut absolument veiller à empêcher toute brusque variation des réserves, sous l'effet par exemple d'une diminution des réserves minimales légales. Un recours massif aux réserves en lieu et place d'une évolution des primes ferait passer le niveau des primes très en dessous de celui des coûts et, l'année suivante, l'augmentation serait supérieure à la moyenne ».
- Il faut en être conscient, la diminution ou la constitution de réserves d'un assureur-maladie a toujours des répercussions finales sur les assurés.
- La valeur des réserves représentait, à mi 2006, deux mois de primes par assuré. La Suva, caisse étatique, détenait elle aussi un taux de 19.2 % des primes annuelles en 2005.

- En réponse à plusieurs interpellation (Rossini, Fetz), le Conseil fédéral a relevé lors de la session de décembre 2005 que la constitution de réserves n'a que peu d'incidence sur les primes, à condition que le taux de ces réserves reste constant.

## 9) Quelles sont les réserves des caisses maladies et leur évolution ?

- En 1996, année de l'introduction de la LAMal, selon les chiffres de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les réserves de tous les assureurs-maladie se montaient à 25,7 % des primes dues. En 2004, leur niveau était de 16,5 %, après avoir chuté à 12,8 % en 2002. Fin 2005, le taux de réserves de l'ensemble des assureurs-maladie était de 17,2%. Cette situation a permis aux assureurs-maladie de prendre en compte une partie de leurs réserves dans le calcul des primes 2007 et de faire en sorte que la hausse des primes soit moins importante qu'elle ne devrait l'être compte tenu de l'évolution des coûts. Il convient toutefois de souligner qu'il s'agit d'un effet unique.
- Toujours selon l'OFSP, en 2005, les réserves des 85 assureurs-maladie se montaient à 3,2 milliards de francs pour 18,5 milliards de francs de primes encaissées, soit un excédent de 190 millions de francs ou un dépassement d'environ 1 % des primes par rapport aux exigences légales. A fin 2006, les réserves des assureurs devraient se monter à CHF 3,35 milliards, soit 16,8 % des primes.
- Dans le même laps de temps, de 1996 à 2005, les provisions des assureurs-maladie ont baissé de 32 % à 23,2 %, phénomène qui peut s'expliquer notamment par le fait que les factures des fournisseurs de prestations sont traitées plus rapidement.
- Si l'on considère la moyenne des réserves par assuré, on constate que celles-ci atteignaient un montant de 412 francs en 1998, 268 francs en 2002 et 400 francs en 2004. A noter toutefois que, par rapport à 1998, le niveau des coûts a augmenté d'environ un tiers. C'est la meilleure preuve qu'il n'y a pas eu accumulation excessive de réserves ou de capital de la part des assureurs et que les primes ont strictement servi à financer les maladies et les soins dispensés.
- Rappelons une fois encore si les caisses-maladie ont une certaine marge de manœuvre dans la constitution de leurs réserves, les minima à observer sont édictés par l'administration fédérale. Ces réserves sont alimentées par le résultat du compte d'exploitation et reflètent la totalité des bénéfices ou pertes réalisés au fil des années par les caisses-maladie. L'art. 78 OAMal précise le niveau que les réserves minimales des assureurs-maladie doivent atteindre, en fonction du nombre d'assurés. L'OFSP, de son côté, s'assure également qu'il n'y a pas cumul injustifié de réserves.
- En ce sens, les réserves représentent les fonds propres des caisses-maladie en tant qu'entités juridiques et économiques indépendantes et elles permettent de garantir leur solvabilité à long terme. Le but des réserves est, en particulier, de couvrir le risque des caisses (variation des effectifs, évaluation erronée du budget, etc.), ainsi que les risques spécifiques à ce secteur (pandémie, épidémie, détérioration de la qualité de l'effectif d'assurés, etc.) (Rapport du conseil fédéral en réponse au postulat Robbiani, Ch. 4.3.2). Quel assuré, mais aussi quel prestataire de soins voudrait attendre des mois avant d'être remboursé ?



## 10) Les réserves doivent-elles être calculées par canton ?

- Si les assureurs-maladie perçoivent des primes cantonales, ils sont tenus de ventiler par canton les primes encaissées et tous leurs coûts. Par conséquent, les assureurs-maladie tiennent des comptes d'exploitation cantonaux, indiquant pour chaque canton l'ensemble des charges et revenus.
- A l'avenir, les excédents ou les déficits apparaissant lorsque les primes cantonales ne correspondent pas aux coûts cantonaux devront être compensés dans le canton en question, selon le principe de la couverture des coûts. Les analyses internes effectuées par l'autorité de surveillance pour chaque assuré font apparaître les résultats cantonaux cumulés.
- Dans ce contexte, il importe de préciser que cet examen des réserves cantonales s'effectue toujours en chiffres absolus et non en pourcentage.
- En outre, comme le risque financier de chaque assureur doit être couvert par les réserves qu'il a constitué sur le plan suisse, ces comptes de résultat cumulés par canton ne servent qu'à des vérifications et à des comparaisons intercantionales à long terme portant sur le rapport entre les recettes de primes et les coûts. Le rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Robbiani (Ch. 4.3.3) le souligne clairement. Cela doit permettre d'éviter les financements croisés entre canton, que certains Conseillers d'Etat ont dénoncé à tort, donc que les assurés d'un canton paient pour les assurés d'un autre canton.
- A noter également que la plupart des caisses-maladie sont des entreprises nationales ayant pour obligation une gestion nationale de leurs réserves. L'Office fédéral de la statistique publie par ailleurs le montant des réserves des assureurs-maladie au niveau national, sans ventilation cantonale. Quant à la LAMal, elle ne fait aucune mention d'une « cantonalisation » des réserves.

## 11) Réserves : quelle comparaison peut-on faire avec l'AVS, l'AI ou la Suva?

- Il est intéressant de comparer la réglementation des réserves des assureurs-maladie avec celle de l'AVS, de l'AI et de la Suva, caisses étatiques uniques, dont le financement des prestations est fondé sur la répartition, tout comme chez les assureurs maladie. Or, l'AVS détient des réserves d'un montant équivalant à une année de dépenses, en l'occurrence 30 milliards de francs. Dans la mesure où les risques assurés en matière de santé par les caisses-maladie sont plus importants que ceux de l'AVS, cela met en évidence la réelle nécessité de constituer des réserves.
- Par comparaison, les réserves des assureurs-maladie représentent moins de deux mois de dépenses par assuré, soit un sixième des réserves de l'AVS et un taux moindre à celui des réserves de la Suva. Quant à l'AI, aucune réserve de sécurité n'a été prévue. Conséquence : en fonction de l'élargissement des prestations, le déficit de l'AI a "explosé" à 6 milliards de francs en dix ans.
- Pour le Conseil fédéral, selon la pratique d'approbation de l'OFSP, les réserves minimales prescrites par la loi sont à respecter. Le cas échéant, le renflouement des réserves manquantes doit impérativement être prévu.
- Tant pour l'ensemble de la Suisse que pour chaque canton, des provisions pour les cas d'assurance non liquidés doivent être disponibles ou constituées à hauteur des factures impayées des années précédentes (Rapport en réponse au postulat Robbiani Ch. 4.3.2)

## 12) Quelles règles pour la transparence et la surveillance des caisses ?

- Dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins, les assureurs-maladie sont soumis aux mêmes règles que les autres organismes d'assurance sociale. De plus, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) contient toute une série de normes concernant la transparence avec laquelle les assureurs-maladie doivent conduire leurs activités dans le domaine de l'assurance de base.
- En conséquence, contrairement à des critiques infondées, les assureurs-maladie sont tenus de se conformer à une rigoureuse transparence. Ils sont en sus de l'OFSP soumis à la vérification d'un organe de révision externe et indépendant.
- La surveillance de l'assurance-maladie est réglée par la LAMal qui stipule, dans son article 21, que la tâche en incombe au Conseil fédéral qui la délègue expressément à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'OFSP doit donc s'assurer que les assureurs-maladie remplissent correctement leurs devoirs. Il met en œuvre, par ailleurs, les mesures nécessaires pour contrôler l'application de la loi.
- Les assureurs-maladie sont tenus de fournir, sur demande de l'OFSP, toutes les données dont il a besoin pour la surveillance. Ils doivent aussi, le cas échéant, se soumettre à des audits et fournir tous les renseignements nécessaires.
- Plusieurs documents doivent être annuellement fournis à l'OFSP :
  - Le bilan
  - Le compte d'exploitation
  - Un rapport sur l'exercice écoulé
  - L'approbation des comptes par l'organe de révision
  - Un budget pour l'exercice suivant
  - Un rapport de gestion.

Le rapport de gestion doit être remis à toute personne intéressée. Plusieurs assureurs le mettent à disposition sur leur site internet.

- L'OFSP rend publics tous les éléments servant à la surveillance des assureurs-maladie (primes, frais administratifs, réserves, provisions, etc.). Cette année, il a en plus publié les comptes d'exploitation et les bilans de tous les assureurs-maladie..
- L'OFSP peut donc avoir accès à toutes les informations qu'il juge nécessaire. S'il estime qu'un assureur n'a pas respecté les termes de la loi, l'Office peut également, selon la gravité des cas, prendre des mesures à l'encontre d'un assureur-maladie et en informer le public.

### **13) Comment s'opère la surveillance des caisses ?**

- Dans la pratique, la surveillance des assureurs-maladie se base sur trois piliers :
  - 1) Une surveillance rétrospective et un contrôle minutieux des comptes, rapports d'activité et bilans des assureurs portant sur l'exercice précédent. Les rapports annuels doivent répondre aux prescriptions du Code des obligations en matière de transparence des comptes.
  - 2) Une surveillance courante au moyen d'audits et d'expertises menés aux sièges des assureurs-maladie et un contrôle de l'application des lois fédérales les concernant.
  - 3) Une surveillance prospective, qui concerne en particulier le processus de fixation des primes et l'offre en matière d'assurance-maladie.
- La surveillance exercée sur les assureurs a pour buts essentiels de garantir une application uniforme des dispositions légales et d'intervenir au plus vite, lorsqu'un assureur ne remplit pas - ou cesse de remplir - les obligations inscrites dans le droit fédéral.
- A relever que la LAMal a restreint sensiblement l'autonomie des assureurs-maladie en instaurant une surveillance directe, donc en réglementant exhaustivement les domaines de l'obligation d'assurer, des prestations et des primes.
- Réalité évidente de l'assurance-maladie sociale : les assureurs-maladie n'ont de compétence propre que dans la mesure où la loi le prévoit expressément. Par contre, ils disposent d'une certaine autonomie dans le choix de leur organisation, dans la gestion du personnel et dans l'organisation des processus administratifs, compris comme des facteurs de concurrence.

### **14) Quels sont les devoirs des assurances en matière de primes ?**

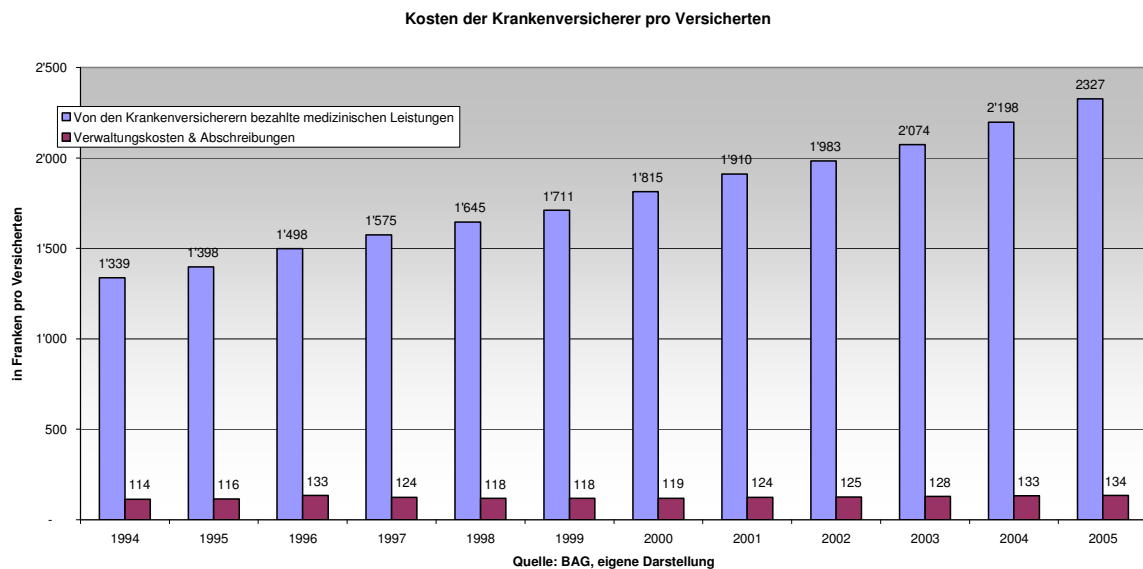
- Dans le cadre de leurs activités, les assureurs-maladie ont le devoir de communiquer à l'OFSP toutes les données nécessaires au contrôle de l'évolution des coûts, des différences cantonales en matière de primes, de leur modèle économique etc. L'OFSP se charge ensuite de collecter et vérifier ces données, puis de les communiquer au public.
- Selon l'article 61 de la LAMal, les assureurs-maladie sont tenus d'annoncer les primes d'assurance pour l'année suivante et doivent les communiquer à l'autorité de surveillance avant la fin juillet. L'OFSP les contrôle ensuite sur la base de l'évolution estimée des coûts en fonction du portefeuille de risques de chaque assureur, mais aussi de l'évolution

des coûts par canton. L'OFSP approuve ou corrige les primes en fonction de ces données et les publie au début octobre.

- Avant approbation des primes, l'OFSP se fonde également sur ses propres données et sur des méthodes de simulation, tel le modèle de prévision des coûts mis au point par la Haute Ecole zurichoise de Winterthur, l'OFSP, la Conférence des directeurs cantonaux de la santé et santésuisse.
- Les cantons peuvent également prendre position quant à la fixation des primes d'assurance sur la base des mêmes documents fournis par les assureurs à l'OFSP.

## 15) Quel est le processus de fixation des primes ?

- Dans le processus de fixation des primes, l'assureur doit disposer d'un très grand nombre d'éléments, afin de déterminer le volume global des primes de l'année suivante et procéder ensuite à la fixation des tarifs dans le détail, par canton et en fonction des systèmes de franchise.



- L'assureur doit donc prendre en considération trois facteurs :

### 1) La situation économique de l'année précédente.

Il s'agit du premier élément que l'assureur doit prendre en considération au niveau de ses comptes d'exploitation et de son bilan, lesquels donnent une information détaillée sur le volume des recettes et des dépenses, ainsi que sur le niveau des fonds propres (réserves). Les comptes détaillés de l'exercice précédent sont connus au 30 mars.

### 2) L'estimation de la situation pour l'exercice en cours.

Pour ce faire, l'assureur ne dispose que d'un seul indicateur, celui du montant des factures payées du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin, voire au 31 juillet. Une partie des factures payées concerne toutefois l'exercice précédent. Ces données n'indiquent ainsi qu'une tendance. En effet, au 30 juin, seuls les traitements médicaux dispensés entre les mois de janvier, février, mars, voire avril, ont été adressés aux assureurs. C'est la raison pour laquelle chaque assureur doit établir une prévision d'ensemble des recettes et des coûts

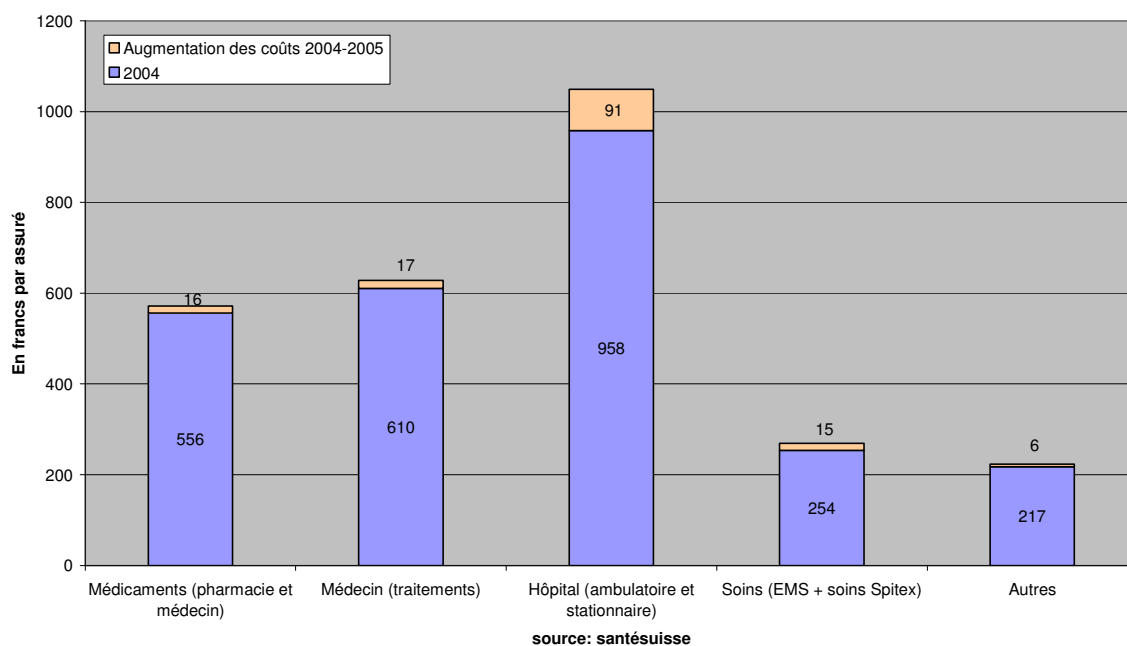
probables. Autrement dit, il doit établir la situation financière probable de la caisse au 31 décembre de l'année en cours.

### 3) Les prévisions portant sur l'année suivante.

Dans le même temps, il s'agit également de prévoir le volume des dépenses auquel l'assureur sera confronté lors de l'exercice suivant. Chaque assureur a sa propre approche où de très nombreux facteurs entrent en ligne de compte : répartition géographique, répartition des âges, stock de factures. Comme on peut le constater, mis à part les éléments comptables de l'exercice précédent, les assureurs-maladie n'ont d'autre choix que de se baser sur des estimations et des prévisions pour le calcul annuel des primes.

- En général, au cours de ces dix à vingt dernières années, la hausse des coûts de la santé à charge de l'assurance maladie a été très importante et se situe en moyenne à 5,4 %.
- Comme aucun changement fondamental n'est encore intervenu dans le cadre législatif concernant la maîtrise des coûts de la santé à plus long terme, les assureurs-maladie n'ont pas d'autre alternative que d'estimer les dépenses de l'assurance de base dans une zone correspondant à l'évolution des coûts.

Prestations brutes par assuré dans l'assurance de base 2004 - 2005



## 16) La fixation des primes se fait-elle au détriment des assurés ?

- Le Conseil fédéral l'a confirmé : à terme, les primes augmentent en corrélation directe avec les coûts (Rapport en réponse au postulat Robbiani, Ch. 5.2.3b). Si l'on observe les primes encaissées (avant déduction des frais administratifs) en comparaison des prestations fournies entre 2001 et 2005, on remarque que, en 2001, les caisses maladie ont enregistré des pertes dans tous les cantons romands, sauf Fribourg. En 2002, le canton du Valais était encore déficitaire. En 2003 et 2004, les excédents de recettes ont augmenté. Ils ont servi en grande partie à renflouer les réserves. En 2005, les réserves sont à flot et les excédents de recettes ont largement diminué, surtout dans les cantons

de Vaud et de Genève. Ainsi, les recettes et les coûts se rejoignent, surtout si l'on tient compte du fait que le taux de réserves va baisser graduellement jusqu'en 2010.

### **Coûts bruts sous déduction de la participation des assurés aux frais en moyenne suisse**

Années	Augmentation des coûts nets vs l'année antérieure	Augmentation des primes facturées	Etat des réserves en francs par assuré
1998	5.92 %	5.40 %	412.-
1999	3.24 %	2.22 %	414.-
2000	6.37 %	3.21 %	390.-
2001	4.65 %	3.62 %	288.-
2002	3.58 %	9.05 %	268.-
2003	6.24 %	9.13 %	325.-
2004	5.39 %	6.50 %	400.-

- De 1998 à 2001, les primes ont augmenté moins fortement que les coûts => malgré une hausse de 9.05 % des primes en 2002, les assureurs ont encore enregistré une perte d'exploitation en 2002.
- La réserve par assuré a baissé de 412 francs en 1998 à 268 francs à fin 2002. En 2003 et 2004, les hausses de tarifs ont été plus fortes que la hausse des coûts, ce qui a permis aux assureurs de remonter la réserve par assuré à 400 francs.

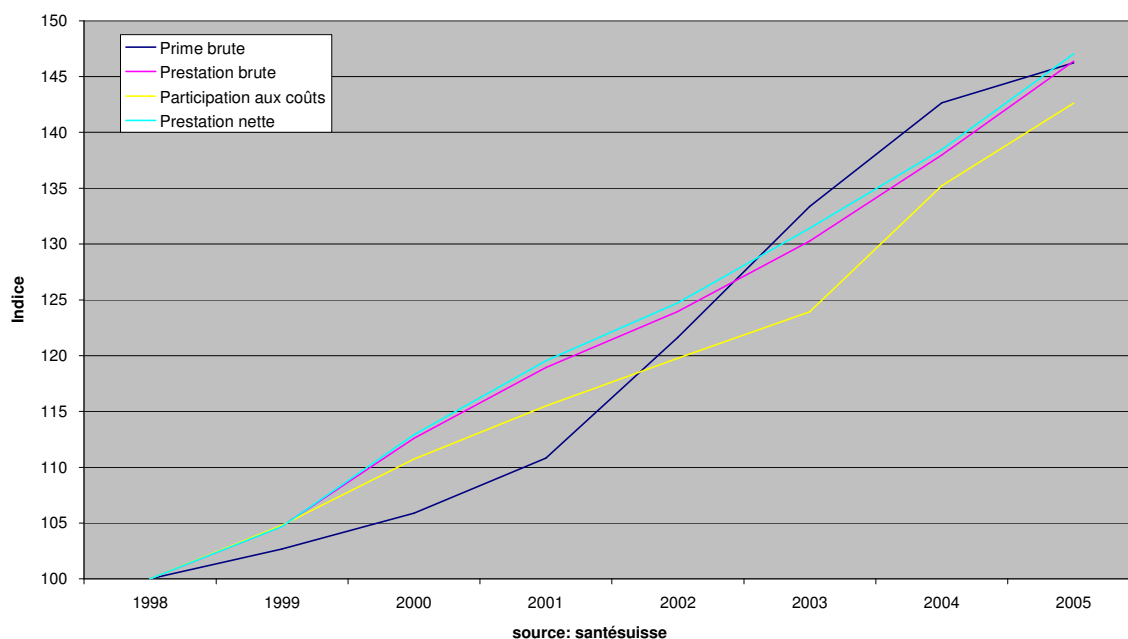
### **17) Quelle est la position du Conseil fédéral par rapport aux assureurs maladie ?**

- Depuis 2006, l'administration fédérale met à disposition les comptes des assureurs sur le site Internet de l'OFSP. La mise en ligne du Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Robbiani (40 pages) a également toute son importance, car l'OFSP explique tout le mécanisme de fixation et approbation des primes
- En décembre 2005, suite à plusieurs interpellations (Interpellation Rossini/05.3654 ; Interpellation Fetz/05.3695 ; Postulat Robbiani/05.3625 ; Anfrage Rechsteiner/05.1138), le Conseil fédéral s'est exprimé sur les réserves et les provisions des assureurs-maladie et sur leur politique de placement. Il a ainsi clairement pris position quant aux critiques sur le prétendu manque de transparence des assureurs :

#### Primes et frais administratifs

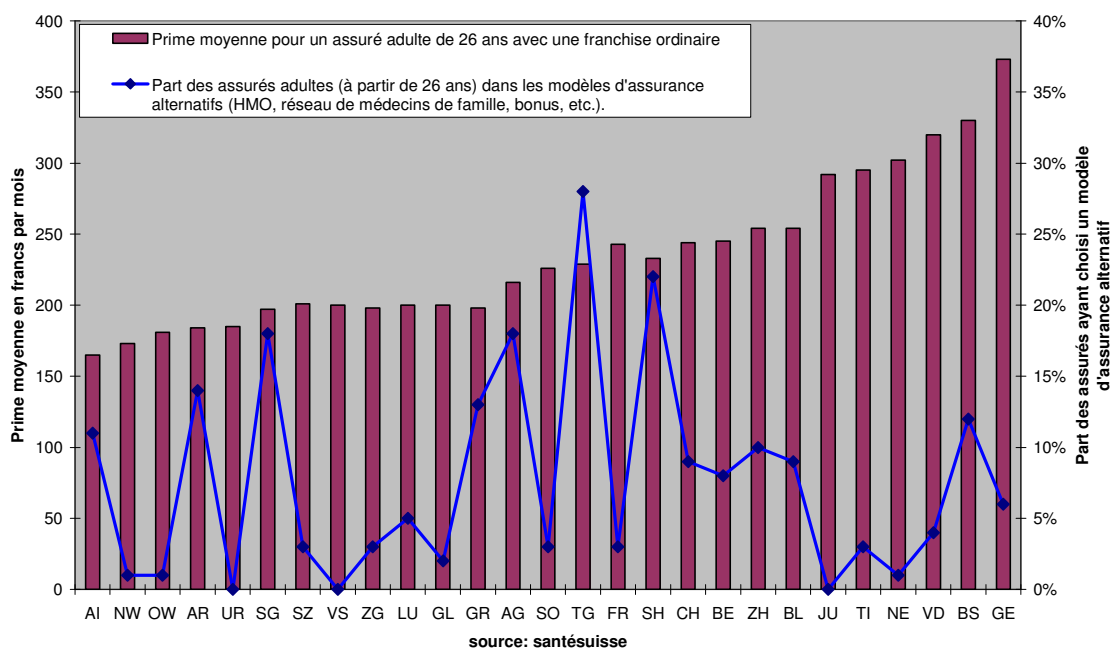
- Le Conseil fédéral constate que les assureurs respectent les dispositions législatives et des critères objectifs lors de la fixation des primes. Dans ce processus, le principal critère tient aux coûts de la santé (prestations nettes, compensation des risques, frais administratifs) et à leur probable évolution.
- Le Conseil fédéral confirme très clairement que les assureurs-maladie ont consacré 95 % des primes encaissées entre 1996 et 2004, soit 127 milliards de francs, aux paiements des prestations médicales et seulement 5,6 % à leurs frais administratifs et à la constitutions des réserves et provisions.

### Evolution des coûts et des primes dans l'aos 1998-2006



- Sur la base d'une comparaison réalisée entre l'évolution des coûts et des primes entre 1996 et 2004, le Conseil fédéral juge que les primes et le coût des prestations dans l'assurance de base ont connu, au niveau national, une évolution similaire sur le long terme. Il confirme que c'est également le cas dans les cantons.
- Selon le Conseil fédéral, les différences de primes entre les assurés sont, en grande partie, à mettre au compte des différences importantes existant entre les prestations nettes (système de franchise, etc.), qui ne peuvent pas être complètement gommées par la compensation des risques.
- Le Rapport en réponse au postulat Robbiani (Ch. 5.2.3b) précise également que chaque assureur fixe ses primes selon sa situation individuelle. Or, l'évolution des primes d'un assureur-maladie particulier dans une région précise ne dépend pas uniquement de la progression moyenne des coûts locaux. En effet, la structure de risque d'un assureur (la qualité de son portefeuille), de même que le taux de ses réserves, ont également une influence sur la fixation des primes.
- Pour les dix plus grands assureurs du pays, les prestations nettes avant compensation des risques oscillaient en 2004 entre 1'057 francs et 3'553 francs et les réserves entre 245 francs (taux de réserves de 9,1%) et 589 francs (taux de réserves de 20,8%) par assuré.
- La différenciation possible sous forme de réduction des primes tire sa justification des différenciations de coûts inhérentes au portefeuille de chaque assureur, lesquelles se prêtent là encore à des aménagements variés, notamment en termes administratifs (qualité des services, politique de contrôle des coûts, etc.). Dans le système de concurrence entre assureurs-maladie voulu par la LAMal, la fixation de certaines primes, notamment pour les franchises à option ou pour les enfants, répond en partie à des objectifs de politique commerciale. Des limites précises ont été fixées dans ce domaine pour garantir la solidarité.

### Primes moyennes et modèles d'assurance alternatifs dans l'assurance de base 2005



### Investissements des caisses

- Le Conseil fédéral réfute également l'affirmation selon laquelle les résultats négatifs des assureurs-maladie et le fort recul de leurs réserves légales intervenus entre 2000 et 2002 seraient dus à leurs investissements en capitaux. En effet, durant cette période, les placements en capitaux ne se sont pas soldés par des pertes, mais par des gains cumulés de 560 millions de francs. En réalité, la cause des pertes enregistrées vient essentiellement de la forte progression des prestations remboursées aux assurés.

### Transparence

- Les reproches de manque de transparence ne sont pas recevables, selon le Conseil fédéral, qui se dit toutefois prêt à étudier comment il serait possible d'améliorer l'information auprès des assurés en ce qui concerne le mode de fixation des primes.

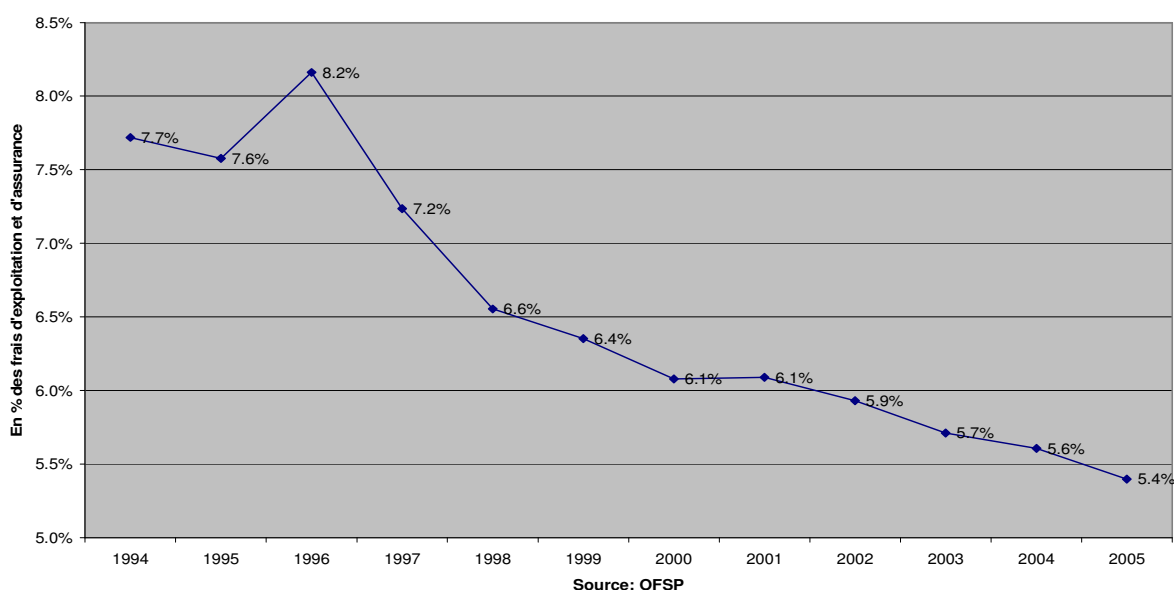
### Surveillance

- Il y a peu de secteurs économiques en Suisse qui sont aussi surveillés et contrôlés que le système d'assurance de base. La surveillance de l'assurance-maladie est réelle et efficace. Chaque année, l'OFSP opère des audits selon des critères très stricts, émet des recommandations détaillées et vérifie leur application.
- De même, la rumeur qui voudrait que l'OFSP accepte toutes les demandes de primes n'est pas fondée. Les demandes sont contrôlées et corrigées, à la hausse ou à la baisse, si elles ne sont pas appropriées à la situation des caisses et à l'évolution des coûts.

## 18) Les salaires et frais administratifs des assureurs-maladie gonflent-ils les primes ?

- Les assurances-maladie sont des entreprises privées, mais ont conservé leur caractère de mutuelles. Aucune d'entre elles n'est cotée en Bourse et, surtout, elles doivent revêtir la forme juridique d'une association, d'une fondation, d'une société coopérative ou d'une société anonyme poursuivant un but qui n'est pas de nature économique (art. 12, 1a OAMal). En d'autres termes, toutes les caisses-maladie sont essentiellement des fondations ou des coopératives à caractère mutualiste.
- De plus, la LAMal leur interdit formellement de réaliser le moindre bénéfice sur l'assurance de base.
- Par ailleurs, les salaires des directeurs de caisses se situent bien en dessous de ceux en usage dans l'industrie pharmaceutique ou dans les banques, par exemple. Ils sont comparables aux salaires en vigueur dans les PME.
- Comme toute entreprise dans chaque secteur économiques, les assureurs-maladie doivent gérer leurs frais administratifs qui, en l'occurrence, recouvrent essentiellement des coûts de personnel.
- Dans ce contexte, les fameuses dépenses de publicité, si critiquées, ne représentent qu'une part infime de ces frais. Selon l'article 84 de la LAMal, les coûts administratifs doivent être clairement indiqués comme tels dans les rapports d'activité des assureurs-maladie dans la mesure où ils font partie du domaine de surveillance de l'OFSP, qui exerce pleinement son contrôle.
- La part des frais administratifs sur le total des primes encaissées par les assureurs-maladie a pu être abaissée de 30 % depuis l'introduction de la LAMal en 1996. De 1997 à 2004, les prestations médicales couvertes par les assureurs ont augmentés de 859 francs par assuré, alors que les frais administratif, eux, n'ont enregistré qu'une hausse de 19 francs par assuré, explicable par l'augmentation de la consommation médicale.
- La totalité des frais administratifs des assureurs par rapport aux primes encaissées ont baissé de 8,2% en 1996 à 5,4% en 2005

Frais administratifs et amortissements dans l'assurance obligatoire des soins (aos) 1994-2004



## **19) Les primes de base ne couvrent-elles pas les frais des complémentaires ?**

- La séparation entre l'assurance de base et l'assurance privée est strictement définie par la loi. Dans cet ordre d'idée, c'est l'OFSP qui surveille la pratique de l'assurance-sociale, tandis que l'Office fédéral des assurances privées surveille celle des assurances complémentaires.
- L'OFSP a établi une clé de répartition clairement définie entre l'assurance de base et les complémentaires. Le traitement des factures et des dossiers, ainsi que les frais de personnel sont comptabilisés séparément dans les deux types d'assurances. Les frais administratifs se montent à 5,4 % pour l'assurance de base et à plus de 10 % dans l'assurance complémentaire, ce dernier secteur générant des bénéfices, alors qu'aucun bénéfice ne peut être réalisé dans l'assurance de base. S'il devait y avoir séparation de ces deux activités au sein d'entités différentes, il faudrait alors s'attendre à une hausse des coûts administratifs.
- Il est vrai que ce sont les mêmes personnes qui, dans les caisses, gèrent les dossiers au niveau de l'assurance de base et de la couverture complémentaire. Cela n'empêche toutefois pas l'assureur d'avoir une clé de répartition stricte des activités. Cette façon de faire permet de favoriser les synergies (informatique, etc.), donc de réaliser des économies dont bénéficient directement les assurés.

## **20) La publicité des caisses surenchérit-elle les primes ?**

- Les caisses-maladie, conformément à la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances (LPGA, art. 27), « sont tenues de renseigner les personnes intéressées sur leur droits et leurs obligations ». Pour un assuré, il est important de pouvoir réaliser qu'il peut réduire sa prime en changeant de franchise, en adoptant un système HMO ou, aussi, en changeant de caisse. La publicité stimule donc la concurrence, au profit des assurés.
- De même, s'agissant de la campagne contre la caisse unique, il paraît important que les assurés réalisent que la caisse unique ne leur permettrait plus de changer d'assureur. Il est non moins essentiel que les assurés des cantons où les primes sont les plus basses soient informés, qu'en cas d'acceptation de la caisse unique, ils auront à payer pour les assurés des cantons les plus coûteux dans l'assurance de base. Et, surtout, que les primes seront calculées en pourcentage des revenus...
- De fait, l'affectation d'une part minimale de la prime pour des tâches d'information des assurés et des politiques est non seulement conforme à la loi, mais dans l'intérêt même des assurés.

## **21) Le reproche d'opérer une sélection des risques est-il fondé ?**

- On reproche souvent aux assureurs-maladie d'opérer une sélection des risques, en empêchant - par des manœuvres administratives - l'entrée dans la caisse aux personnes âgées, malades ou dépendantes de l'aide sociale.
- Il faut savoir que la loi oblige l'assureur-maladie à accepter tous les assurés qui en font la demande (LAMal 4, al. 2) et que l'OFSP doit sanctionner tout manquement à cette règle. De plus, l'assureur soucieux de la qualité de son service a tout intérêt à répondre à ses assurés dans des délais acceptables. En d'autres termes, il n'y a aucune personne en Suisse qui n'est pas affiliée à une caisse-maladie.

- Il se peut toutefois qu'un transfert massif d'assurés vers une caisse aux effectifs modestes entraîne une surcharge de travail qui ne peut être aisément maîtrisée, faute de ressources suffisantes. Dans ce cas, l'assureur est obligé de renforcer son personnel et ses structures, ce qui n'est pas toujours possible dans des délais très rapides.
- Par ailleurs, afin de renforcer la solidarité, la loi prévoit que les assureurs qui ont un nombre important d'assurés en bonne santé doivent verser une contribution importante à la compensation des risques. Cet organe répartit les montants entre les assureurs qui ont des cas lourds.
- Les modalités de cet outil de rééquilibrage sont actuellement en discussion devant le Parlement et pourraient être modifiées.