



## **Assurance-maladie obligatoire**

### **Evaluation de l'approbation des primes et de la surveillance des assureurs-maladie**

#### **L'essentiel en bref**

---

Suite à une proposition de la Commission de gestion du Conseil national, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a examiné la surveillance de la mise en œuvre de l'assurance-maladie exercée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'évaluation porte principalement sur la procédure d'approbation des primes dans l'assurance obligatoire des soins, qui fait partie de la surveillance des assureurs-maladie.

Actuellement, 81 assureurs-maladie suisses opèrent dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, même si la moitié de la population suisse est assurée auprès des trois principaux groupes d'assurances (Groupe Helsana, CSS Holding et Groupe Mutuel). Un peu plus du tiers des coûts de la santé en Suisse, qui s'élèvent à environ 60 milliards de francs, est financé par l'assurance de base. Pour 2009, les recettes de primes se sont établies à 20,1 milliards de francs et les coûts pris en charge par les assurés (quotes-parts et franchises) à 3,4 milliards de francs.

#### **Activités de surveillance et d'approbation des primes variées s'appuyant sur de vastes bases de données**

Dans la surveillance de l'assurance-maladie, on distingue la surveillance générale des assureurs-maladie et la procédure d'approbation des primes. Ces activités recouvrent un large spectre, et l'OFSP emploie à cet effet une vingtaine de personnes à plein temps. La surveillance a pour but de vérifier et de garantir le respect des principes de financement selon la loi sur l'assurance-maladie ainsi que la solvabilité des assureurs-maladie. La procédure d'approbation des primes, quant à elle, vise à assurer un rapport adéquat entre les primes et les coûts.

Les assureurs ne doivent utiliser les fonds de l'assurance-maladie sociale qu'aux fins prévues. Le respect de cette exigence est vérifié par l'OFSP, qui, d'une part, effectue des contrôles réguliers auprès des assurances et, d'autre part, analyse les bilans et les comptes de résultats en vue de détecter d'éventuels transferts de fonds. Cet aspect est également vérifié par les organes de révision des assureurs-maladie. La pratique actuelle a montré que la répartition des coûts d'exploitation entre l'assurance complémentaire et l'assurance de base a plutôt favorisé l'assurance de base.

La surveillance s'appuie sur une vaste base de données de qualité, qui inclut notamment des données concernant l'évolution des primes et des coûts par assuré et par canton ainsi que les données comptables des assurances. Le cadre actuel offre aux assureurs-maladie une certaine souplesse lors de l'évaluation de leurs postes d'actifs et, par conséquent, lors de la constitution de réserves latentes. Cette souplesse concerne notamment l'inscription au bilan de tous les titres, qui peuvent aujourd'hui être saisis et inscrits au bilan à leur valeur d'acquisition.



### **Procédure d'approbation des primes: recherche d'une solution en concertation avec les assureurs**

La procédure d'approbation des primes de l'OFSP dure deux mois. Elle comprend une vérification technique et matérielle des primes soumises par les assureurs-maladie pour l'année suivante. Les décisions sont prises sur la base de divers critères spécifiques au secteur et en tenant compte des valeurs de référence moyennes des autres assureurs-maladie. La procédure d'approbation est claire et compréhensible. Les adaptations de primes sont généralement effectuées en concertation avec les assureurs-maladie. Les décisions unilatérales sont dans la mesure du possible évitées.

Selon la loi sur l'assurance-maladie, les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents avant l'approbation des primes. Les points soulevés par les cantons sont en principe connus de l'OFSP. Si celui-ci les trouve pertinents, ils seront pris en compte dans la décision d'approbation des primes. L'OFSP attache toutefois la plus haute importance à la solvabilité globale de la caisse-maladie plutôt qu'à la perspective des cantons. Ceux-ci ont donc peu d'influence directe sur la décision d'approbation des primes.

### **La plausibilité des données des assureurs-maladie n'est pas toujours vérifiable**

L'évaluation des primes se base sur les données transmises par les assureurs ou sur leurs budgets. L'OFSP vérifie si les prévisions des différents assureurs pour l'année suivante sont vérifiables et plausibles. Malgré la grande quantité de données et d'évaluations disponibles pour tous les assureurs, il n'est pas certain que les variations d'effectifs et les coûts de la santé des différents assureurs évoluent selon les prévisions. Un budget s'appuie toujours sur des hypothèses, qui concernent par exemple le nombre d'assurés, les variations d'effectifs au sein de modèles, les hausses de coûts par type de prestations, les revenus du capital, les contributions destinées à la compensation des risques, etc.

Il existe des assureurs qui, pendant des années, ont fourni pour certains cantons des prévisions trop basses ou trop élevées concernant les coûts et les primes. Cela s'explique notamment par le fait qu'un assureur doit également tenir compte du portefeuille des assurés lors de ses prévisions. En effet, les coûts par assuré peuvent augmenter si un grand nombre de personnes en bonne santé quittent un assureur, sans qu'il y ait pour autant une augmentation des coûts sur l'ensemble du marché. Les erreurs de prévision peuvent aussi s'expliquer par des considérations commerciales ou par d'autres raisons que le CDF n'a pas examinées de plus près.

Il faut également savoir qu'il s'écoule près de deux ans entre la remise du budget fin juillet et la clôture des comptes d'exploitation des assureurs et que l'évolution réelle de la situation est souvent différente des prévisions. Cela ressort de diverses analyses effectuées par le CDF, qui révèlent d'importants écarts entre l'évolution prévue et l'évolution effective des affaires des compagnies d'assurances. Autrement dit, l'OFSP a approuvé provisoirement des primes qui ne couvraient pas les coûts. En conséquence, certains assureurs-maladie ont enregistré des pertes (dus notamment à l'évolution des marchés financiers et à la hausse des coûts de la santé) et réduit leurs réserves, ce qui a entraîné de nouvelles augmentations de primes au cours des années suivantes. Le contrôle et l'évaluation des primes ont donc leurs limites.

## **Les effets de la procédure d'approbation sur le montant des primes et sur les réserves sont globalement minimales**

Les interventions de l'OFSP dans le cadre de la procédure d'approbation des primes ont des effets globalement minimaux sur le montant des primes et sur les réserves, mais ces effets diffèrent selon les caisses-maladie. Les analyses montrent qu'entre 2006 et 2008, l'OFSP et les assureurs, dans le cadre des procédures d'approbation des primes, ont eu tendance à abaisser les primes entre la première soumission par les assureurs-maladie et l'autorisation des primes. Les adaptations effectives des primes sont cependant faibles. Au cours des deux dernières années, l'OFSP s'est particulièrement engagé en faveur d'une harmonisation des réserves entre les cantons. Toutefois, les effets concrets sur les réserves ont été faibles ou n'ont pas évolué selon les prévisions.

Dans l'ensemble, les coûts des prestations et les primes ont évolué de manière plus ou moins parallèle depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, avec certaines différences d'un canton à l'autre. En cas de différences de coûts attestées, l'assureur peut adapter les primes sur les plans cantonal et régional et accorder des réductions de primes en fonction de divers critères (âge, franchise ou choix des prestataires, etc.). Le calcul des primes se base sur plusieurs éléments et diffère selon la caisse-maladie et le canton. Les primes approuvées par l'OFSP et comportant des différences cantonales et régionales peuvent être vérifiées à l'aide des informations disponibles (budgets, comptes annuels, prévisions de coûts). La question se pose néanmoins de savoir si l'OFSP n'aurait pas pu (ou dû) intervenir plus tôt ou plus résolument auprès des assureurs lorsqu'il a constaté des écarts systématiques par rapport aux prévisions (notamment de trop fortes hausses des coûts de la santé).

## **Les taux de réserve imposés aux assureurs-maladie sont des données statiques**

L'assurance de base est financée selon le système de la répartition des dépenses. Le financement doit être autonome. Pour garantir leur solvabilité à long terme, les assureurs doivent disposer en permanence d'une réserve de sécurité. Les dispositions légales prévoient pour l'assurance une réserve de sécurité minimale fixée selon l'effectif des assurés et exprimée en pourcentage des primes à recevoir. Par contre, il n'existe pas de base légale concernant les réserves calculatoires des assureurs-maladie par canton. Lors du calcul des primes, les assureurs-maladie tiennent compte, d'une part, de l'évolution des coûts dans chaque canton et, d'autre part, du taux de réserve sur le plan national. Une «cantonalisation» des réserves aurait pour conséquence que les assureurs fixeraient des taux de réserve différents en fonction du nombre d'assurés du canton. Dans un canton comptant peu d'assurés, le taux de réserve serait alors plus élevé que dans un canton où les assurés sont nombreux. Les taux de réserve minimaux fixés aujourd'hui dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie par rapport au volume de primes des assureurs-maladie sont des données purement statiques et non des données actuarielles fondées sur les risques.

## **La surveillance des assureurs-maladie doit être axée davantage sur les risques**

Actuellement, la surveillance est trop peu axée sur les risques. Pour que l'OFSP puisse intervenir à temps, par exemple quand un assureur ne remplit plus les obligations du droit fédéral, il faut que les risques soient identifiés assez tôt. A cet égard, l'introduction d'un système de gestion des risques pourrait se révéler utile. L'OFSP a déjà fait un pas dans cette direction début 2010 en mettant en place un plan d'intervention, qui vise à identifier en temps utile les assureurs-maladie en difficulté financière et à intervenir si nécessaire. Pour les assureurs-maladie à haut risque, une



obligation de présenter périodiquement un rapport sur la marche des affaires pourrait être envisagée. Cela permettrait de mettre en œuvre des mesures correctrices à un stade précoce.

### **Il faut définir une stratégie claire pour la surveillance des assureurs et l'approbation des primes**

Le CDF recommande à l'OFSP:

- de définir clairement les objectifs relatifs à la surveillance de l'exécution et à l'approbation des primes de l'assurance obligatoire des soins et de formuler une stratégie claire et publiable en la matière;
- de simplifier la procédure actuelle d'approbation des primes et de définir des indicateurs sur lesquels cette procédure pourrait s'appuyer à l'avenir;
- d'axer davantage le concept de surveillance de l'assurance-maladie sociale sur les risques et de définir à cet effet des exigences minimales en matière de surveillance;
- de continuer à publier des données relatives à la surveillance et de les compléter par des commentaires portant par exemple sur des événements exceptionnels;

En outre, le CDF soutient les efforts de l'OFSP visant à:

- actualiser les obligations, les tâches et les responsabilités des organes de révision externes des assureurs-maladie et à les délimiter clairement de celles de la section Audit;
- actualiser les exigences en ce qui concerne les normes de comptabilisation et de présentation des comptes (y compris plan comptable) pour les assureurs-maladie (viser une plus grande transparence, éviter les réserves latentes et améliorer la comparabilité des comptes annuels);
- réexaminer l'évaluation des réserves minimales et adopter une approche basée sur les risques, en tenant compte de divers aspects (taux de provisions, liquidités, etc.).

L'OFSP salue les recommandations du CDF et signale que de premières mesures ont déjà été engagées. Il prévoit de remanier et de renforcer la surveillance de l'assurance-maladie sociale en fixant notamment des exigences en matière de solvabilité. Il a également l'intention de définir des indicateurs sur lesquels l'approbation des primes devra se baser à l'avenir.

**Texte original en allemand**