

Position du Groupe Mutuel

Fixation des primes d'assurance-maladie



Swiss Power Group.

Septembre 2015

Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, Case postale CH-1919 Martigny

Situation initiale

Chaque année, les assureurs-maladie définissent à la fin du mois de juillet leurs primes pour l'année suivante et les soumettent pour approbation à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ces calculs se font sur la base d'estimations des coûts prévisibles. Ce faisant, il faut prendre en considération différents facteurs. Ainsi, par exemple, il faut prendre en compte les prestations brutes par groupe de coûts, la participation des assurés aux frais, la compensation des risques, les coûts administratifs, mais aussi les spécificités régionales, la structure de la population en tant que telle, etc.

Quels sont les coûts attendus pour l'année suivante? Est-ce que les primes de l'année passée ont réellement couverts les coûts? Il convient en outre de relever: au moment de la remise du montant des primes à l'Office fédéral de la santé publique, les assureurs-maladie ne connaissent, pour l'année en cours, que les coûts des mois de janvier à avril. C'est pourquoi le calcul des primes se fait en principe sur la base d'extrapolations qui tiennent compte des facteurs susmentionnés.

Calcul des primes

Dès lors, le processus de calcul des primes est complexe. En effet, les assureurs sont tenus de prévoir le montant de l'ensemble du volume des primes pour l'année subséquente alors qu'ils ne connaissent pas les coûts de l'année en cours. Les primes sont calculées dans le détail par canton, par modèle d'assurance et par franchise. Les facteurs suivants sont déterminants pour le calcul des primes:

Les valeurs-clés de l'année précédente

Les assureurs-maladie prennent en considération les comptes et le bilan de l'année précédente. Ces derniers contiennent les indications essentielles sur les recettes et les dépenses ainsi que sur le montant des réserves.

Calculs par extrapolation portant sur l'année en cours

Pour l'année en cours, les assureurs-maladie ne disposent que des indications relatives aux factures payées pour les prestations médicales fournies pendant la période du 1er janvier au 30 juin. En outre, une partie de ces factures reflète encore des prestations de l'année précédente. Ces données n'indiquent qu'une tendance. Pour cette raison, afin d'améliorer ces données de base, les assureurs-maladie établissent également des calculs par extrapolation pour les recettes et pour le total des coûts prévisibles – en se fondant notamment sur les valeurs d'expérience des années précédentes.

Prévisions pour l'année suivante

Les assureurs-maladie sont tenus de prévoir le montant de la totalité des dépenses de l'année suivante et doivent les inclure dans leurs calculs. Ce faisant, ils tiennent aussi compte de différents critères et données qui peuvent même être des données individuelles et propres à une caisse, comme p. ex. la répartition géographique, la structure d'âge de l'effectif des assurés, les montants de factures encore ouvertes, etc.

Approbation des primes par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Fondé sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le processus d'approbation des primes par l'Office fédérale de la santé publique (OFSP) poursuit notamment les objectifs suivants:

- ▶ Seules des primes couvrant les coûts sont autorisées.
- ▶ La sécurité financière des assureurs (notamment grâce à l'obligation légale de constitution de réserves) doit être garantie.
- ▶ Il y a lieu de garantir le respect des dispositions légales (réduction dues aux formes d'assurance particulière, règles sur les primes régionales, etc.)

A la fin du mois de juillet, les assurances remettent pour approbation à l'OFSP les primes calculées d'avance par leurs soins, avec des indications sur les effectifs d'assurés, les valeurs extrapolées pour l'année en cours ainsi que le budget de l'année suivante.

Contrôle des primes remises

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) contrôle les primes remises sous l'angle de la sécurité financière des assureurs. Si l'OFSP donne suite à la requête, il effectue un contrôle au niveau cantonal pour déterminer si les primes couvrent les coûts et procède notamment à des calculs ultérieurs pour savoir si les primes sont échelonnées conformément aux différences de coûts régionales / cantonales existantes.

L'OFSP contrôle en outre si les bases légales concernant les rabais sont respectées, en particulier pour les modèles d'assurance suivants:

- ▶ Exclusion de la couverture accidents
- ▶ Franchises à option
- ▶ Modèle avec choix limité du fournisseur de prestations

Communication des primes

Tant pour les assureurs que pour les assurés, le moment de la communication annuelle du montant des primes est important: l'OFSP communique en effet simultanément à tous les assureurs la décision d'approbation des primes. Ce mode de faire permet de garantir qu'aucun assureur ne puisse se procurer un avantage sur le marché par rapport à ses concurrents en raison d'une communication prématurée des primes.

Comparaison des primes officielles

Pour que les assurés puissent comparer les primes de tous les assureurs sous la forme d'une vue d'ensemble officielle, l'OFSP met à leur disposition un outil de comparaison des primes, une calculatrice de primes ainsi que des informations complémentaires à ce propos (www.priminfo.ch).

Changement d'assureur d'ici fin novembre

Une fois que les assureurs ont reçu fin septembre la décision d'acceptation des primes de la part de l'OFSP, ils sont tenus d'informer leurs assurés, d'ici fin octobre au plus tard, du montant des primes en vigueur à partir du 1er janvier de l'année suivante. Ensuite, tous les assurés ont le temps de changer d'assureur et/ou d'adapter leur modèle d'assurance d'ici fin novembre.

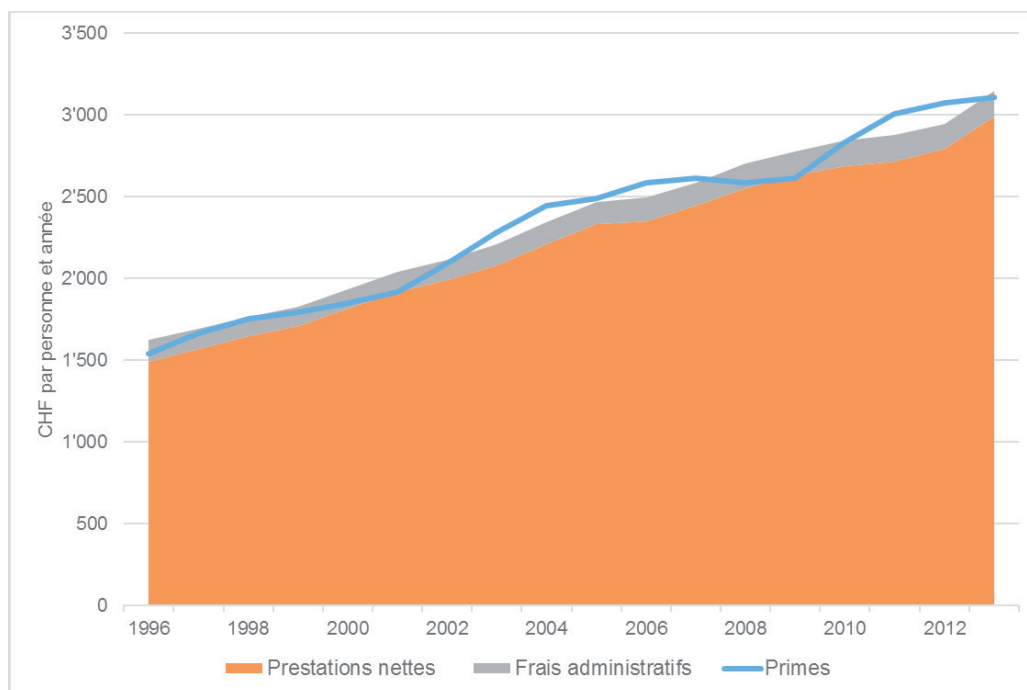
Utilisation des primes

La loi sur l'assurance maladie (LAMal) prescrit aux assureurs maladie à l'art. 13 al. 2 lit. a de n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociales les ressources provenant de celle-ci. Les moyens, c'est-à-dire les primes, ne peuvent être utilisés uniquement pour la mise en œuvre de l'assurance maladie sociale. Cela signifie que les assureurs ne peuvent pas réaliser des bénéfices avec les recettes des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Un surplus des primes sera affecté à la couverture des coûts des prestations de l'année suivante.

Les primes sont le reflet des coûts

Les primes des caisses maladies reflètent les coûts de l'AOS. Plus la population consomme de prestations médicales, plus les coûts vont augmenter et par conséquent les primes.

Si l'on considère la période de 1996 à 2013 l'on obtient une croissance d'une moyenne de +4,2% par assuré tant pour les prestations que pour les primes. Le graphique démontre que le coût des prestations a doublé de 1491.- à 2987.- francs de 1998 à 2013 et que les primes ont également doublé de 1539.- à 3105.- francs. Il ressort aussi du graphique la petite partie que constituent les coûts administratifs des assureurs. La part des coûts administratifs a diminué de 8,2% en 1996 à 5% en 2013.



Votre contact au Groupe Mutuel

Alexandra Perina-Werz

Tél. 058 758 81 58

aperinawerz@groupemutuel.ch

<http://www.groupemutuel.ch/position>