

Position du Groupe Mutuel

Fixation annuelle des primes d'assurance-maladie obligatoire



Assuré. Là. Maintenant.

Août 2018

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

En bref

L'évolution des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) suit celle des coûts. Si davantage de prestations de santé sont consommées et qu'elles sont plus chères, les primes augmentent l'année suivante. Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs-maladie ne peuvent pas, dans l'AOS, réaliser des bénéfices et les recettes doivent chaque année couvrir les coûts. Le calcul des primes représente par conséquent un défi annuel majeur. Différents facteurs sont pris en compte dans ce calcul : frais médicaux, compensation des risques, niveau des réserves, nombre de nouveaux assurés attendus, structure du portefeuille, différences régionales ou cantonales, etc. Toutes les primes sont contrôlées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et doivent être approuvées par ce dernier.

Situation initiale

Chaque année, les assureurs-maladie définissent à la fin du mois de juillet leurs primes pour l'année suivante. Ces calculs se basent sur des estimations des coûts prévisibles, mais ils doivent également prendre en compte différents facteurs. C'est le cas, par exemple, des prestations brutes par groupe de coûts, de la participation aux coûts des assurés, de la compensation des risques, des frais administratifs, mais également des spécificités régionales ou de la structure de la population et du portefeuille.

Important à savoir

Au moment de la remise du montant des primes à l'OFSP fin juillet, les assureurs-maladie ne connaissent que partiellement les coûts de l'année en cours (janvier à avril environ). Par conséquent, les primes de l'année suivante sont calculées sur la base d'extrapolations qui tiennent compte des facteurs susmentionnés.

Calcul des primes

Le calcul des primes est par conséquent un processus complexe. En effet, les assureurs sont tenus de prévoir le montant de l'ensemble du volume des primes pour l'année suivante sans connaître précisément les coûts de l'année en cours. Les primes sont calculées dans le détail par canton, par région, par modèle d'assurance et par franchise, sur la base des coûts attendus. 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 et le calcul des primes de mai à fin juillet, les assureurs-maladie ne disposent que des indications relatives aux factures des prestations médicales fournies pendant la période de janvier à avril/mai environ. En outre, une grande partie des factures payées jusque fin avril correspond encore à des prestations de l'année précédente, voire d'années antérieures, tandis qu'une partie des factures de l'année en cours n'a pas encore été envoyée. Ces données n'indiquent ainsi qu'une tendance. Dans le but d'améliorer ces données de base, les assureurs-maladie établissent des extrapolations pour déterminer le total des coûts et des recettes – en se fondant notamment sur les valeurs d'expérience des années précédentes.

➤ Prévisions pour l'année suivante

Dans la troisième étape de l'estimation des coûts, les assureurs-maladie sont tenus de prévoir le montant de la totalité des dépenses de l'année suivante et doivent l'inclure dans leurs calculs. Ce faisant, ils tiennent compte de différents critères et données qui, en fonction de l'assureur-maladie concerné, peuvent également être différents, comme par exemple la répartition géographique et la structure d'âge de l'effectif des assurés, etc.

Approbation des primes par l'OFSP

Fixé dans la LSAMaI, le processus d'approbation des primes par l'OFSP poursuit notamment les objectifs suivants :

- Seules des primes couvrant les coûts sont autorisées.
- La sécurité financière des assureurs (notamment en raison de l'obligation légale de constituer des réserves) doit être garantie.
- Les dispositions légales (rabais pour les franchises à option ou les formes d'assurance particulière, règles sur les primes régionales, etc.) doivent être respectées.

A la fin du mois de juillet, les assurances remettent pour approbation à l'OFSP les primes prévues 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 par l'OFSP

L'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 il vérifie 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 :

- L'exclusion de la couverture accidents
- Les franchises à option
- Les modèles avec choix limité du fournisseur de prestations

Communication des primes

Tant pour les assureurs que pour les assurés, la date de la communication annuelle du montant des primes est importante : l'OFSP communique en effet simultanément à tous les assureurs la décision d'approbation des primes. Cette méthode permet de garantir qu'aucun assureur ne puisse obtenir un avantage sur le marché par rapport à ses concurrents, en recevant avant les autres des informations concernant les 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 une comparaison des primes, un calculateur de primes ainsi que des informations complémentaires sur le site internet www.priminfo.ch.

Changement d'assureur d'ici fin novembre

Une fois que les assureurs ont reçu de l'OFSP la décision d'acceptation des primes, ils sont tenus de communiquer à leurs assurés, pour fin octobre au plus tard, le montant des primes qui sera appliqué à partir du 1er janvier de l'année suivante. Ensuite, tous les assurés ont jusqu'à fin novembre inclus pour changer d'assureur et/ou adapter leur modèle d'assurance.

Utilisation des primes

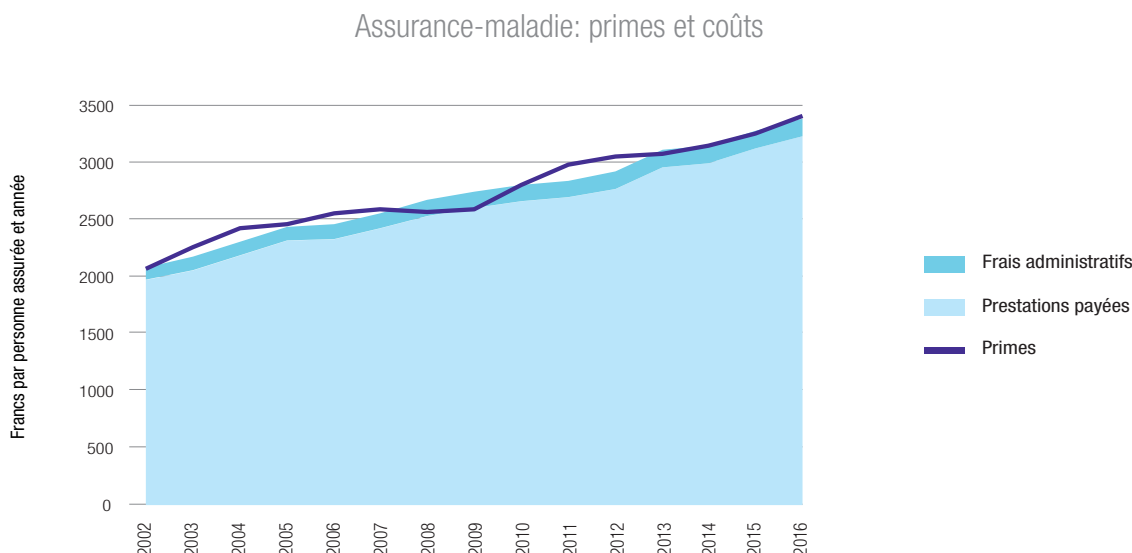
Selon l'art. 13 al. 2 lit. a LAMal, les assureurs-maladie sont tenus d'affecter les primes de l'AOS à des buts précis. Ainsi, les moyens, c'est-à-dire les primes, ne peuvent être utilisés que pour la mise en œuvre de l'assurance-maladie sociale.

Concrètement, cela signifie que les assureurs ne peuvent pas réaliser des bénéfices avec les primes de l'AOS. Tout surplus de primes d'une année donnée sera par conséquent affecté à la couverture des coûts de prestations futurs.

Les primes sont le reflet des coûts

Les primes des caisses-maladie reflètent les coûts de l'AOS. Plus la population consomme de prestations médicales, plus les coûts augmentent et, par conséquent, plus les primes augmentent.

Le graphique ci-dessous montre que les prestations et les primes évoluent au même rythme. Il indique également la petite partie que représentent les coûts administratifs. Dans les coûts de l'AOS, la part des coûts administratifs a diminué en passant de 8,2% en 1996 à 4% en 2016.



CONCLUSIONS

L'évolution des primes suit celle des coûts, qui sont eux-mêmes liés aux prestations consommées. Aussi le calcul des primes représente-t-il chaque année un défi majeur pour les assureurs de l'AOS. Différents facteurs sont pris en compte dans ce calcul : frais médicaux, compensation des risques, niveau des réserves, nombre de nouveaux assurés attendus, évolution de la population, structure du portefeuille, etc. Toutes les primes sont contrôlées par l'OFSP et doivent être approuvées par ce dernier. Si, au cours d'une année, les recettes de primes sont supérieures aux coûts engendrés par les assurés, l'assureur-maladie utilise ce surplus pour modérer l'augmentation des primes de l'année suivante. La totalité des recettes est toujours affectée au financement de l'AOS. L'assureur ne peut en aucun cas réaliser des bénéfices.

Votre personne de contact du Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Responsable Public Affairs

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch