

Fixation et approbation des primes dans l'assurance obligatoire des soins

Rapport en réponse au postulat Robbiani (05.3625)

Septembre 2006

| | |
|--|------------------|
| RESUME..... | 4 |
| <u>1 INTRODUCTION.....</u> | <u>7</u> |
| <u>2 SURVEILLANCE ET APPROBATION DES PRIMES DANS L'ASSURANCE-MALADIE SOCIALE</u> | <u>7</u> |
| 2.1 DÉLIMITATION DE L'ACTIVITÉ DE SURVEILLANCE DANS LE DOMAINE DE L'ASSURANCE-MALADIE | 7 |
| 2.2 ORGANISATION ET BUTS DE LA SURVEILLANCE DE L'ASSURANCE-MALADIE SOCIALE | 8 |
| 2.3 BUTS DE L'APPROBATION DES PRIMES | 9 |
| <u>3 DÉROULEMENT DE L'APPROBATION DES PRIMES</u> | <u>9</u> |
| 3.1 CONTRÔLE PERMANENT DE TOUTES LES DONNÉES REMISES PAR LES ASSUREURS..... | 9 |
| 3.2 PRÉSENTATION DES COMPTES DES ASSUREURS | 10 |
| 3.3 DÉPÔT DES PRIMES ET DES BUDGETS PAR LES ASSUREURS | 11 |
| 3.4 PRISE DE POSITION DES CANTONS | 11 |
| 3.5 APPROBATION DES PRIMES PAR L'OFSP | 12 |
| 3.6 APPROBATION DES PRIMES EN COURS D'ANNÉE | 15 |
| 3.7 CONTRÔLE ET APPLICATION LOCALE DE LA PRIME APPROUVÉE | 15 |
| 3.8 VOLUME ET QUALITÉ DU MATÉRIEL DE DONNÉES À DISPOSITION | 15 |
| 3.9 ÉVALUATIONS ET PERFECTIONNEMENT DE L'APPROBATION DES PRIMES..... | 16 |
| <u>4 MÉTHODE ET CRITÈRES D'ÉVALUATION UTILISÉS LORS DE L'APPROBATION DES PRIMES</u> | <u>17</u> |
| 4.1 PRIORITÉS ENTRE LES ACTIVITÉS D'EXAMEN ET CRITÈRES DE DÉCISION POUR L'APPROBATION..... | 17 |
| 4.2 CONTRÔLE DU RESPECT DES DISPOSITIONS LÉGALES SUR LE FINANCEMENT..... | 18 |
| 4.2.1 CONTRÔLES DE L'ÉTABLISSEMENT DES COMPTES PAR LES ORGANES DE RÉVISION INDÉPENDANTS ET PAR L'AUTORITÉ DE SURVEILLANCE..... | 18 |
| 4.2.2 CONTRÔLE DES FRAIS ADMINISTRATIFS | 19 |
| 4.3 EXAMEN DE LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE DE L'ASSUREUR..... | 21 |
| 4.3.1 EXAMENS DES BUDGETS ET VÉRIFICATION DE LEUR PLAUSIBILITÉ | 21 |
| 4.3.2 EXAMEN DES RÉSERVES ET DES PROVISIONS | 24 |
| 4.3.3 FIXATION DES PRIMES PAR CANTON ET PAR RÉGION..... | 27 |
| 4.4 CONTRÔLE DE LA LÉGALITÉ DES RÉDUCTIONS DE PRIMES | 29 |
| 4.4.1 RÉDUCTIONS LIÉES AUX RÉGIONS DE PRIMES..... | 29 |
| 4.4.2 RÉDUCTIONS LIÉES À L'ÂGE | 29 |
| 4.4.3 RÉDUCTIONS LIÉES AUX FRANCHISES À OPTION..... | 30 |
| 4.4.4 RÉDUCTIONS LIÉES AU CHOIX LIMITÉ DES FOURNISSEURS DE PRESTATIONS..... | 30 |
| 4.4.5 RÉDUCTIONS LIÉES À LA SUSPENSION DE LA COUVERTURE DES ACCIDENTS | 31 |
| 4.4.6 PRIME MINIMALE..... | 32 |
| 4.4.7 ORDRE DE CALCUL DES RÉDUCTIONS DE PRIMES..... | 32 |
| 4.5 PRISE EN COMPTE DE LA POSITION DES CANTONS..... | 32 |
| 4.6 TRANSPARENCE DES DÉCISIONS PRISES PAR L'AUTORITÉ DE SURVEILLANCE..... | 33 |
| <u>5 TRANSPARENCE DU FINANCEMENT ET DE LA FIXATION DES PRIMES VIS-À-VIS DES ASSURÉS</u> | <u>33</u> |

| | |
|---|-----------|
| 5.1 PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS RELATIVES AU FINANCEMENT ET AUX PRIMES DE L'AOS | 33 |
| 5.1.1 OBLIGATION D'INFORMER ET PUBLICATIONS DES ASSUREURS | 33 |
| 5.1.2 PUBLICATIONS DE L'OFSP | 35 |
| 5.1.3 SERVICES PRIVÉS DE COMPARAISON DE PRIMES | 37 |
| 5.1.4 ETENDUE ET QUALITÉ DES DONNÉES À DISPOSITION | 37 |
| 5.2 TRANSPARENCE ET COMPRÉHENSIBILITÉ POUR LES ASSURÉS | 37 |
| 5.2.1 FINANCEMENT DE L'AOS | 37 |
| 5.2.2 DONNÉES FINANCIÈRES DES ASSUREURS-MALADIE | 38 |
| 5.2.3 PRIMES ET AUGMENTATIONS DE PRIMES | 38 |

6 BESOIN D'INTERVENTION CONCERNANT L'APPROBATION DES PRIMES ET L'INFORMATION DES ASSURÉS

| | |
|---|-----------|
| 6.1 APPROBATION DES PRIMES PAR L'AUTORITÉ DE SURVEILLANCE | 42 |
| 6.2 INFORMATION DES ASSURÉS – TRANSPARENCE DE L'ÉVOLUTION DES PRIMES | 43 |

Résumé

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

L'objectif du contrôle et de l'approbation des primes est de vérifier si les primes versées sont justifiées par rapport aux coûts que les assureurs doivent supporter dans le canton correspondant. Les primes doivent donc être adaptées à la situation en matière de coûts dans les différents cantons. Par ailleurs, l'approbation des primes sert à vérifier et à garantir le respect des principes de financement prévus par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et la solvabilité des caisses-maladie. Selon la loi, les caisses sont tenues d'honorer leurs obligations financières à n'importe quel moment. Enfin, le contrôle et l'approbation des primes permettent d'appliquer les dispositions légales sur la fixation des primes et sur les réductions de primes, et de garantir ainsi l'égalité de traitement entre tous les assurés.

L'OFSP dispose de toutes les données nécessaires à la surveillance financière et à l'approbation des primes. Ces données présentent une qualité irréprochable. Dans le cadre de l'approbation des primes, l'autorité de surveillance est tenue d'atteindre les objectifs fixés et d'amener les assureurs à appliquer le droit fédéral de manière uniforme. Etant donné le peu de temps à disposition, une approche pragmatique s'impose. Les critères de décision pour l'approbation des primes sont fixés de manière claire et uniforme, et la pondération de même que l'établissement de priorités entre les activités de contrôle s'effectuent sur la base de critères compréhensibles. La souveraineté en matière de primes appartient à l'assureur et, compte tenu de la réglementation déjà très détaillée en la matière figurant dans la loi et l'ordonnance, l'autorité de surveillance n'a pas à limiter davantage sa marge de manœuvre et d'appréciation. Autrement dit, la décision concernant la fixation des primes – et donc les résultats financiers qui en résultent – relève de la responsabilité de l'assureur.

Les assureurs remettent au 31 juillet, pour contrôle et approbation, tous les tarifs de primes prévus pour l'année suivante, les chiffres dûment contrôlés de la clôture des comptes de l'année précédente, les extrapolations de l'année en cours et les budgets de l'année suivante. Etant donné les activités de contrôle réalisées par les organes de révision prévus par la loi, l'autorité de surveillance peut concentrer ses efforts et se limiter à analyser et comparer les données comptables, le rapport de gestion et le rapport de révision avec les attestations de l'organe de révision. L'OFSP intervient fermement auprès des assureurs si cet examen montre que les dispositions légales relatives au financement n'ont pas été respectées.

Les budgets et les extrapolations reposent sur des hypothèses et des prévisions, dont l'autorité de surveillance doit vérifier la plausibilité. L'examen des extrapolations et des budgets des caisses-maladie s'effectue individuellement pour chaque assureur, en fonction des risques potentiels révélés par la qualité du budget. Divers éléments sont pertinents aux yeux de l'OFSP pour évaluer la plausibilité de l'évolution des coûts, à savoir les prévisions cumulées des assureurs, les comparaisons transversales entre assureurs axées sur la structure des risques et son évolution, les prises de position cantonales, le modèle de prévision des coûts de l'Institut d'économie de la santé de Winterthur (*Winterthurer Institut für Gesundheitsoekonomie WIG*), les mesures connues ayant un impact sur les coûts et, le cas échéant, d'autres informations se rapportant à l'évolution des coûts dans les cantons. Si les budgets sont plausibles, les résultats d'exploitation pronostiqués par les assureurs doivent tendre vers une compensation à moyen terme des primes et des coûts dans chaque canton.

Selon la pratique d'approbation de l'OFSP, les réserves minimales prescrites par la loi sont à respecter. En cas de réserves manquantes, une accumulation est à prévoir impérativement. Tant pour l'ensemble de la Suisse que pour chaque canton, des provisions pour les cas d'assurance non liquidés doivent être constituées à hauteur des factures impayées des

années précédentes. L'autorité de surveillance astreint les assureurs à fixer à moyen terme leurs primes en fonction des coûts engendrés sur le plan cantonal. Elle leur laisse toutefois une certaine marge de manœuvre pour leur permettre de procéder dans chaque canton aux adaptations nécessaires à la moyenne suisse, compte tenu de leur situation financière globale et d'une évolution des primes économiquement judicieuse dans chaque canton. L'autorité de surveillance contrôle pour tous les assureurs-maladie la quote-part des frais d'administration ainsi que leur clé de répartition, et intervient en cas de dysfonctionnement manifeste.

L'OFSP fait respecter les réductions maximales de primes et les principes de calcul définis. Il garantit ainsi la solidarité entre assurés voulue par la LAMal et l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Les assureurs jouissent d'une grande marge de manœuvre pour fixer les réductions de primes dans le respect des maxima légaux. Le montant des réductions de primes est censé reposer sur des différences de coûts, mais dans l'intérêt de la concurrence, l'autorité de surveillance ne doit pas limiter sans nécessité la marge de manœuvre des assureurs lors de l'approbation des primes.

Quant aux cantons, ils ont un droit de regard étendu et le droit de participer à une procédure de consultation. Par contre, ils n'ont aucune compétence d'approbation. Ils ont la possibilité de prendre position avant l'approbation des primes sur les tarifs prévus pour leur population. Dans ses évaluations, l'autorité de surveillance prend toujours en compte l'avis des cantons sur l'examen global de la situation cantonale et sur l'évolution des coûts. La collaboration entre les cantons et l'autorité de surveillance ne devrait d'ailleurs pas se limiter à cette prise de position annuelle, mais déboucher idéalement sur un dialogue constant concernant l'évolution des primes et les facteurs de coûts correspondants dans les cantons.

Le Conseil fédéral juge l'approbation des primes effectuée par l'autorité de surveillance à la fois transparente et appropriée, du point de vue des données récoltées et de leur examen. La procédure actuelle, de même que les examens décrits plus haut et les critères de décision de l'autorité de surveillance, permettent d'atteindre les buts définis – soit la fixation de primes correspondant aux coûts engendrés, la solvabilité des assureurs-maladie et l'application uniforme des dispositions légales afférentes à la fixation des primes et aux réductions de primes–, sans pour autant restreindre inutilement la marge de manœuvre nécessaire à la concurrence entre assureurs lors de la fixation des primes. Dès l'introduction de la LAMal en 1996, l'autorité de surveillance a chargé à plusieurs reprises des experts externes d'examiner sa pratique en matière de contrôle et d'approbation des primes. Les recommandations figurant dans les études réalisées ont été mises en œuvre, au titre du développement constant de la procédure d'examen, ce qui fait qu'il existe aujourd'hui une procédure efficace et pragmatique d'approbation des primes. Pour les raisons qui précèdent, le Conseil fédéral ne voit aucune nécessité d'agir au niveau des dispositions légales.

Information des assurés concernant le financement et la fixation des primes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Les publications annuelles de l'OFSP présentent le financement de l'AOS de façon transparente et compréhensible pour les personnes intéressées. En particulier, il est possible d'y suivre l'évolution des coûts dans l'AOS par rapport aux années précédentes, et cela pour chaque groupe de coûts. Indépendamment de leur obligation générale d'informer, les assureurs publient chaque année un rapport de gestion contenant les données-clés et les chiffres relatifs à la pratique de l'assurance. Les personnes intéressées disposent de données financières aisément comparables par le biais des données-clés publiées dans les rapports de gestion des assureurs et les données sur la surveillance publiées par l'OFSP, ce qui garantit la transparence concernant la situation financière de tous les assureurs. Beaucoup d'assureurs disposent enfin, comme moyens d'information supplémentaires, de journaux destinés aux assurés et de sites Internet.

Les primes de l'AOS servent à couvrir les coûts de l'AOS. Entre 1996 et 2004, les primes ont augmenté conformément à l'évolution des coûts et près de 95 % des recettes de primes ont été affectées au paiement de prestations. L'évolution des coûts ne peut être comparée à l'évolution annuelle des primes, mais doit être examinée à moyen terme et mise en relation avec les primes, vu que les primes de l'année à venir sont fixées non sur la base des données consolidées en matière de coûts des années précédentes, mais seulement sur la base de prévisions. Le rapport entre coûts et primes s'équilibre ainsi de moyen à long terme.

Les différences de primes et leur évolution dissemblable résultent de la différence des coûts supportés par les assureurs. En outre, les différences constatées entre assureurs et au sein d'un même assureur proviennent d'un traitement différencié en matière de réduction des primes et de l'exactitude apportée à l'établissement du budget. Les causes d'une évolution individuelle des primes supérieure ou inférieure à la moyenne sont multiples et résident essentiellement dans les différences de coûts entre assureurs, les écarts budgétaires ainsi que les décisions d'entreprise portant sur l'offre de formes particulières d'assurance et sur des réductions de primes. La fixation individuelle des primes des assureurs se base sur des critères objectifs et légaux, qui laissent à l'assureur une certaine marge de manœuvre de différenciation des primes. Comme l'activité de surveillance revêt un caractère systématique, les assurés peuvent partir du principe que l'assureur a fixé la prime approuvée par l'OFSP selon des critères objectifs et dans le respect de la législation, et qu'elle sert à couvrir les prestations. Ils peuvent d'ailleurs comparer les nouvelles primes communiquées par leur assureur aux primes publiées par l'OFSP et aux offres de l'ensemble des assureurs, et décider chaque année d'opter pour l'une ou l'autre forme d'assurance voire changer d'assureur, contribuant ainsi à faire fonctionner la concurrence.

Avec le libre passage intégral, la population dispose d'une totale liberté dans le choix de l'assureur. Les assurés peuvent décider soit de garder leur assurance obligatoire des soins (AOS) auprès de leur caisse-maladie, soit de changer d'assureur. Ce système est ainsi caractérisé par les principes de la concurrence, qui favorisent également les mesures freinant les coûts, et comporte aux yeux du Conseil fédéral de clairs avantages sur les systèmes alternatifs. Concrètement, les assurés peuvent comparer les nouvelles primes communiquées par leur assureur aux primes publiées par l'OFSP et aux offres de l'ensemble des assureurs, et décider chaque année d'opter pour l'une ou l'autre forme d'assurance voire changer d'assureur, contribuant ainsi à faire fonctionner la concurrence. Les possibilités de comparer toutes les primes du marché et le libre passage intégral permettent aux assurés de choisir un assureur correspondant à leurs exigences en matière de niveau de primes, de modèles d'assurance proposés, de réduction de primes et de politique d'entreprise.

Les publications de l'OFSP et celles des assureurs procurent aujourd'hui une transparence suffisante en matière de financement, de fixation des primes et d'évolution des primes, tant d'un point de vue global que pour chaque assureur. La concurrence entre assureurs est garantie tant par le libre passage des assurés que par la communication de la nouvelle prime faite par les assureurs, sans oublier les possibilités de comparer les primes. Enfin, comme les assureurs communiquent la nouvelle prime et que les primes de toutes les formes d'assurance mises sur le marché par tous les assureurs sont accessibles, les assurés bénéficient de la transparence nécessaire. Pour les raisons qui précèdent, le Conseil fédéral ne voit aucune nécessité d'agir pour améliorer l'information des assurés et ne propose par conséquent ni mesures organisationnelles, ni mesures législatives.

1 Introduction

Le 16 décembre 2005, le Conseil national a accepté le postulat Robbiani (05.3625), « Pour une meilleure information des assurés-maladie », déposé en octobre précédent. Le présent rapport développe l'avis émis par le Conseil fédéral en réponse au postulat Robbiani. Indépendamment des révisions en cours de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), il expose la procédure d'approbation des primes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) ainsi que les critères d'évaluation utilisés à cet effet. Il vérifie également si l'approbation des primes, dont l'Office de la santé publique (OFSP) est chargé en tant qu'autorité de surveillance, est réalisée de manière transparente et adéquate. En outre, une analyse porte sur la transparence du financement et de la fixation des primes face aux assurés, et les mesures d'amélioration à prendre sont passées en revue. Entre-temps, la Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E) a soulevé, en début d'année 2006, diverses questions concernant la surveillance de l'assurance-maladie sociale et l'approbation des primes, et décidé de n'effectuer provisoirement aucune recherche mais de fixer les prochaines étapes sur la base du présent rapport. D'où l'intégration dans ce rapport de divers points ayant trait à la surveillance de l'assurance-maladie sociale et à l'approbation des primes, en réponse aux questions de la CdG-E.

Le Conseil fédéral, qui exerce la surveillance de l'assurance-maladie et l'OFSP, qu'il a chargé de cette surveillance ainsi que de l'approbation des primes, approuvent non seulement le souhait de familiariser la population avec la procédure d'approbation des primes, mais estiment encore qu'en répondant au postulat ils ont une chance de se prononcer sur des questions souvent soulevées, et que la présentation de cette procédure et de leur marge de manœuvre ramènera sur le terrain de l'objectivité, dans la discussion sur les hausses de primes, les réflexions concernant le rôle de l'approbation des primes.

Le présent rapport laisse de côté le domaine de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal pour se concentrer sur les questions soulevées par le postulat à propos des primes de l'AOS. Mais, en principe, les remarques relatives au système financier, aux délimitations entre branches d'assurance et aux principes régissant la fixation et l'approbation des primes s'appliquent également à l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal, compte tenu des spécificités de ce domaine.

2 Surveillance et approbation des primes dans l'assurance-maladie sociale

2.1 Délimitation de l'activité de surveillance dans le domaine de l'assurance-maladie

L'art. 11 LAMal stipule que l'assurance-maladie sociale peut être gérée par des caisses-maladie ou par des institutions d'assurance privées. Elle est toutefois pratiquée exclusivement à ce jour par des caisses-maladie, aucune institution d'assurance privée n'ayant encore sollicité l'autorisation de pratiquer correspondante. En matière de droit de la surveillance, le législateur a tracé une limite claire entre l'AOS et les assurances complémentaires. Ainsi, les assureurs pratiquant l'assurance-maladie sociale sont soumis à la surveillance du Conseil fédéral en vertu de l'art. 21, al. 1, LAMal. Quant aux assurances complémentaires, elles sont soumises au droit privé des assurances en vertu de l'art. 12, al. 3, LAMal, mais peuvent être pratiquées par des caisses-maladie reconnues (art. 12, al. 2). En ce qui concerne la surveillance de la pratique de l'assurance, l'art. 21, al. 1, LAMal et l'art. 24 OAMal stipulent que l'OFSP surveille la pratique de l'assurance-maladie sociale, tandis que l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) surveille celle des assurances complémentaires.

Selon le droit des assurances privées, les entreprises d'assurance qui sont soumises à une surveillance particulière en vertu du droit fédéral sont exceptées de la surveillance selon la loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (LSA ; RS 961.00), dans la mesure de la surveillance exercée pour cette activité (art. 2, al. 2, let. b

LSA). Les assureurs-maladie sont aussi concerné par cette disposition. Le droit des assurances privées ne contient pas de description des articles applicables aux assureurs-maladie ; ce sont en particulier les dispositions relatives à la protection des assurés et à la solvabilité qui sont significatives dans le domaine des assurances complémentaire.

Dans le cas des caisses-maladie reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), l'OFSP exerce la surveillance institutionnelle sur les entreprises. Ainsi ce sont en général les dispositions légales de la LAMal qui sont déterminantes pour les caisse-maladie et pour la surveillance.

L'OFSP a un devoir d'information envers l'OFAP en ce qui concerne les modifications majeures du catalogue de prestations de la LAMal L'exemple de l'exclusion au 1^{er} juillet 2005 des prestations de médecine complémentaire du catalogue de prestations de la LAMal, où il s'est agi pour les caisses-maladie ou les assureurs privés d'élaborer les produits d'assurance complémentaire correspondants, a montré que l'information par l'OFSP doit être planifiée de telle sorte que l'OFAP soit informé de bonne heure des décisions correspondantes et puisse ainsi procéder dans les délais prévus à une approbation en règle des tarifs.

La surveillance de l'assurance-maladie sociale incombe à l'OFSP, tandis que l'OFAP exerce la surveillance de l'assurance-maladie privée. L'OFSP est tenu d'informer au préalable l'OFAP, en tant que partenaire prioritaire, de la préparation de décisions relevant de sa sphère de compétence qui risquent d'avoir un fort impact tant sur le catalogue des prestations de la LAMal que sur les produits d'assurance complémentaire selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; SR 221.229.1) qui existent déjà ou seraient envisageables. Cet office peut ainsi en évaluer au plus tôt la portée éventuelle sur les assurances-maladie complémentaires et adopter une procédure d'approbation des tarifs régulière. Les procédures internes de l'OFSP ont été modifiées dans ce sens après le 1^{er} juillet 2005, et depuis lors l'OFAP a la garantie d'être informé à temps.

2.2 Organisation et buts de la surveillance de l'assurance-maladie sociale

La surveillance de la pratique de l'assurance-maladie sociale et des caisses-maladie est construite autour de trois piliers. Cette organisation découlant de la loi est la plus appropriée pour réagir, le cas échéant, dans les meilleurs délais et en ayant toutes les données et informations nécessaires, à des insuffisances touchant à la pratique de l'assurance-maladie sociale. Les trois piliers de la surveillance sont :

- la *surveillance rétrospective* sur la base des comptes d'exploitation, bilans et rapports de gestion des assureurs pour l'année écoulée qui lui sont remis ;
- la *surveillance immédiate ou actuelle* par le biais des audits et expertises au siège des assureurs-maladie et la surveillance de l'application uniforme du droit fédéral ;
- La *surveillance prospective* lors de l'examen et de l'approbation des tarifs de primes selon les art. 61, al. 5, LAMal et 92 OAMal, et du contrôle de la légalité des produits d'assurances.

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. L'autorité de surveillance a en particulier le droit, en vertu de l'art. 21, al. 3, LAMal, d'adresser aux assureurs des instructions visant à l'application uniforme du droit fédéral. Selon la gravité des manquements, elle prend les mesures prévues à l'art. 21, al. 5, LAMal, ou ouvre une procédure pénale. Le législateur a toutefois strictement limité les possibilités de sanction accordées à l'autorité de surveillance, à l'exception de l'ultime mesure consistant dans le retrait de l'autorisation de pratiquer délivrée par le DFI. L'autorité de surveillance ne pratique pas elle-même l'assurance-maladie et ne peut non plus intervenir, en dehors de ses

compétences légales, dans les décisions en matière de gestion prises par les assureurs-maladie organisés sur la base du droit privé. La surveillance n'intervient en principe pas dans les litiges particuliers entre assurés et assureurs pour lesquels des voies de droit ordinaires sont prévues, mais uniquement si le droit fédéral fait l'objet d'une mauvaise application systématique et répétée.

Au contraire de la LAMA (Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie), il faut relever que la LAMal a restreint sensiblement l'autonomie des assureurs-maladie en instaurant une surveillance directe, par le fait qu'elle régleme exhaustivement les domaines de l'obligation de s'assurer, des prestations et des primes. Le principe suivant est dès lors applicable dans le domaine 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. En leur qualité d'organe d'exécution de tâches de droit public, les assureurs-maladie, bien que ressortissant du droit privé, adoptent, comme l'a précisé le TFA¹, la même position à l'égard de la surveillance que celle en vigueur dans d'autres branches des assurances sociales exécutées de manière décentralisée.

2.3 Buts de l'approbation des primes

L'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, et avec elle l'introduction du régime obligatoire de l'assurance, de la prime unique, d'un catalogue de prestations uniforme et du libre passage intégral pour tous les assurés dans un marché caractérisé par un nombre considérable d'assureurs-maladie, correspondait à la volonté politique de faire jouer la concurrence fondée sur l'économie de marché dans ce secteur. Un tel système comporte naturellement pour les assureurs-maladie des incitations à contourner la solidarité souhaitée – p. ex. en pratiquant la sélection des risques. Par conséquent, le législateur a édicté dans la LAMal, et le Conseil fédéral dans l'OAMal, des règles claires concernant le financement et en particulier la fixation des primes et les possibilités limitées de différenciation admises sous forme de réductions de primes. L'art. 61, al. 5, LAMal stipule que les tarifs des primes de l'AOS doivent être approuvés par le Conseil fédéral, et l'art. 92 OAMal désigne l'OFSP comme office compétent pour l'approbation des primes. En vertu de l'art. 92, al. 1, 2^e phrase, OAMal, l'approbation des primes a un effet constitutif.

L'objectif du contrôle et de l'approbation des primes est de vérifier si les primes versées sont justifiées par rapport aux coûts que les assureurs doivent assumer dans le canton correspondant. Les primes doivent donc être adaptées à la situation en matière de coûts dans les différents cantons. Par ailleurs, l'approbation des primes sert à vérifier et à garantir le respect des principes de financement prévus par la LAMal et la solvabilité des caisses-maladie. Selon la loi, les caisses devraient être à n'importe quel moment en mesure d'honorer leurs obligations financières. Enfin, le contrôle et l'approbation des primes permettent de faire dûment appliquer les dispositions légales sur la fixation des primes et sur les réductions de primes, et de garantir ainsi l'égalité de traitement entre tous les assurés.

3 Déroulement de l'approbation des primes

3.1 Contrôle permanent de toutes les données remises par les assureurs

La procédure proprement dite d'approbation des primes débute avec la remise des nouvelles primes par les assureurs à la fin de juillet, et se poursuit jusqu'à l'approbation formelle de toutes les primes au début d'octobre. Mais, en principe, l'approbation des primes occupe l'autorité de surveillance tout au long de l'année, avec un pic d'activité en fin d'été. Il convient également de signaler le rôle décisif des activités de contrôle effectuées en amont de

¹ Confirmation du TFA dans : RAMA 1997 AM7 218.

l'approbation des primes, laquelle comprend la vérification des comptes des assureurs, des contrôles spéciaux relatifs à certains aspects financiers et l'étude des écarts par rapports aux budgets remis l'année précédente. Or le calendrier de la phase d'approbation des primes est si serré que ce n'est que grâce aux analyses, réparties sur toute l'année, de la situation financière des assureurs que les budgets et les primes peuvent être évalués dans les quelques mois prévus à cet effet.

Les points qui suivent reprennent dans l'ordre chronologique le déroulement ordinaire de l'approbation des primes. Au cas où les assureurs présenteraient une situation financière particulière, la procédure est complétée par des relevés et des examens supplémentaires effectués par l'autorité de surveillance au sens de l'art. 21 LAMal. A titre d'exemple un assainissement ou une croissance exceptionnelle des effectifs d'assurés peuvent donner lieu à des rapports financiers réguliers en cours d'année à l'autorité de surveillance.

3.2 Présentation des comptes des assureurs

Selon l'art. 85, al. 1, OAMal, les assureurs sont tenus de remettre à l'OFSP, jusqu'au 30 avril de l'année suivante, le bilan, le compte d'exploitation et un rapport portant sur l'exercice écoulé. Les rapports des organes de révision externes des assureurs-maladie au sens de l'art. 88 OAMal, de même que le catalogue – dûment complété – de questions spécifiques à la LAMal destiné à l'organe de révision (questionnaire électronique 4; EF4 de l'autorité de surveillance), et les rapports de gestion au sens de l'art. 60, al. 5, LAMal doivent parvenir à l'OFSP au plus tard le 30 juin. Le rapport portant sur l'exercice écoulé ne revêtira une forme particulière que si certains événements financiers significatifs ne sont pas mis en évidence par les données recueillies de manière standardisée. Un grand nombre d'assureurs remettent toutefois à ce moment déjà le rapport de gestion visé à l'art. 60, al. 4, LAMal.

La récolte des données comptables s'effectue à l'aide de formulaires standardisés de l'OFSP (questionnaires EF). Il s'agit concrètement de trois formulaires ayant pour objet le bilan, le compte d'exploitation détaillé et les données statistiques (EF1, 2, 3), d'un questionnaire destiné à l'organe de révision (EF4) et d'un formulaire avec d'autres données statistiques de l'assureur-maladie (EFS). De cette manière, les données au sens de l'art. 85a, al. 3, OAMal sont recueillies sur les formulaires établis par l'OFSP, selon le plan comptable uniforme pour la présentation légale des comptes prévu à l'art. 82 OAMal.

Ces données transmises sous forme électronique sont saisies dans la banque de données de l'assurance-maladie (*Krankenkassendatenbank*, KKDB) et permettent dès lors l'analyse et le contrôle des comptes d'exploitation et des bilans. Lorsque les contrôles ainsi que les corrections nécessaires sont terminés, les données relatives à la surveillance de l'AOS et les publications statistiques sur le financement de l'assurance-maladie (statistique AMal) sont élaborées et publiées sur cette base.

Le formulaire consacré aux données statistiques (EFS) où figurent notamment, outre les effectifs au 1^{er} janvier de l'année en cours, des informations sur le portefeuille d'assurés (structure d'âge, répartition par niveaux de franchise, etc.), doit parvenir à l'OFSP pour le 20 mars. Ces données permettent déjà de tirer d'importantes conclusions sur l'évolution de l'effectifs d'assurés de chaque assureur – donc de vérifier les hypothèses formulées par l'assureur pour établir son budget l'année précédente – et de procéder à une estimation des risques afférents à la sécurité financière. Cette étape conduit à demander à l'assureur, en cas d'écarts budgétaires marqués, de remettre un budget actualisé pour l'année en cours. Il est vrai qu'en principe l'assureur doit de lui-même mettre à jour le budget remis dans le cadre de l'exercice d'examen des primes, si des écarts importants apparaissent.

Une fois remis, tous les documents sont examinés afin de vérifier que chaque assureur respecte bien les dispositions légales sur le financement. Le cumul des données livrées au même moment, lié au grand nombre d'assureurs actifs, exige d'établir des priorités en fonction des risques financiers (p. ex. réserves insuffisantes, assainissement, etc.).

Avant de procéder à l'approbation des primes, l'autorité de surveillance examine les relevés sur l'exercice terminé établis sur la base de formulaires uniformes, en particulier les données comptables vérifiées par l'organe légal de révision, ce qui lui permet de contrôler la budgétisation de l'année précédente ainsi que d'analyser et d'estimer sous l'angle des risques la sécurité financière de chaque assureur.

3.3 Dépôt des primes et des budgets par les assureurs

De mai à juillet, l'autorité de surveillance fait part aux assureurs des corrections nécessaires dans la présentation des comptes. Elle charge les assureurs concernés de corriger, pour l'exercice terminé, les points critiqués par les organes de révision et les inscriptions ne correspondant pas aux principes de financement de la LAMal. Si les cas sont sans importance pour les statistiques, les rectifications pourront être effectuées pour l'exercice suivant. L'OFSP mène par ailleurs dès cette période, sur la base des résultats désormais connus de l'année précédente et des premières conclusions des assureurs sur les développements de l'exercice en cours, des entretiens préalables sur la fixation et l'approbation des primes.

Les assureurs remettent pour le 31 juillet au plus tard leurs nouvelles primes applicables au 1^{er} janvier de l'année suivante, à l'aide des formulaires uniformes prévus qui seront déposés sous forme tant électronique qu'imprimée. Le délai correspondant découle de l'obligation faite aux assureurs de remettre à l'OFSP, jusqu'au 31 juillet de l'exercice en cours, un budget portant sur l'exercice suivant (art. 85, al. 2, OAMal), de leur obligation de soumettre à l'approbation de l'OFSP les modifications des tarifs des primes au plus tard cinq mois avant leur application (art. 92, al. 1, OAMal), et du fait que l'OFSP approuve chaque fois les tarifs des primes remis pour une année civile.

Les assureurs remettent au 31 juillet, pour contrôle et approbation, tous les tarifs de primes prévus pour l'année suivante, les chiffres dûment contrôlés de la clôture de comptes de l'année précédente, les extrapolations de l'année en cours et les budgets de l'année suivante.

3.4 Prise de position des cantons

Comme dans l'ancien droit, le système de la LAMal confère à la Confédération la compétence d'approuver les primes. L'art. 21 LAMal subordonne les assureurs à la surveillance du Conseil fédéral et selon l'art. 61, al. 5, les tarifs des primes de l'AOS doivent être approuvés par le Conseil fédéral. Selon la même disposition, les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents.

Afin d'être en mesure de définir leur politique de la santé et leurs contrôles d'efficacité, les cantons peuvent avoir intérêt à connaître les estimations des assureurs quant à une éventuelle hausse des coûts, une augmentation du volume des prestations, etc. sur leur territoire, et de la hausse des primes qui en découlerait. L'art. 21a, al. 1, LAMal tient compte de ce besoin d'information en permettant aux cantons d'obtenir auprès des assureurs les documents officiels sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs de primes. Il s'agit des annonces officielles de primes des assureurs pour le canton concerné (compte d'exploitation, budgets, tarifs de primes, etc.), à l'exclusion des documents ou des échanges de correspondance, qui restent couverts par le secret de fonction de l'administration fédérale. Les cantons ont ainsi un droit de regard étendu et le droit de participer à une procédure de consultation, mais n'ont pas de compétence d'approbation.

Au cours des dernières années, l'autorité de surveillance a simplifié et étendu la participation des cantons. Alors qu'initialement les documents n'étaient mis à disposition que pour une consultation sur place, depuis 2004 ils sont transmis aux cantons afin qu'ils puissent

préparer leur prise de position. La disposition de l'art. 61, al. 5, LAMal, selon laquelle la participation des cantons ne doit pas prolonger la procédure d'approbation, tient au fait que l'OFSP n'a que deux mois à disposition (août, septembre). Les cantons ont non seulement la possibilité légale de réclamer aux assureurs les documents officiels fournis à l'OFSP pour le 31 juillet, mais l'autorité de surveillance met encore à leur disposition ses propres analyses effectuées par canton sur cette base. Au début de juillet, les cantons sont informés du moment exact où ils recevront lesdites analyses, et du délai à respecter pour que leur avis concernant l'approbation des primes soit encore pris en compte. Les cantons peuvent ainsi planifier leur contrôle de ces analyses, en plus de leurs propres relevés et traitements de données. L'OFSP remet généralement ses données vers la mi-août, aussitôt après avoir vérifié la plausibilité de ses analyses, et les cantons disposent d'environ cinq jours ouvrables pour les examiner.

La collaboration entre les cantons et l'autorité de surveillance ne devrait d'ailleurs pas se limiter à cette prise de position annuelle, mais déboucher idéalement sur un dialogue constant sur l'évolution des primes et des facteurs de coûts correspondants dans les cantons, étant donné qu'un avis portant sur les primes d'une seule année ne peut prendre en compte ni le système de financement – qui implique une observation de l'évolution à moyen ou long terme –, ni l'apparition souvent tardive des conséquences financières des événements à l'origine d'une hausse ou d'une diminution de coûts.

Les cantons ont un droit de regard étendu et le droit de participer à une procédure de consultation préalable à l'approbation des primes, mais n'ont pas de compétence d'approbation. Ils peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents. A cet effet, l'OFSP leur fournit les analyses des budgets et des tarifs de primes traitées par ses soins. Les cantons ont, en outre, la possibilité légale de se procurer auprès des assureurs les documents officiels dont l'autorité de surveillance se sert pour l'approbation des primes. Loin de se limiter à une prise de position annuelle, la collaboration des cantons et de l'autorité de surveillance devrait déboucher sur un dialogue constant sur l'évolution des primes et l'évolution des coûts qui en est la cause dans les cantons.

3.5 Approbation des primes par l'OFSP

L'examen proprement dit des budgets et des tarifs de primes déposés commence dès le début du mois d'août. Les contrôles comportent une phase d'examen technique et une phase d'examen matériel.

L'examen technique, qui est effectué dans un délai d'une semaine, consiste à vérifier que les données fournies aujourd'hui par 87 assureurs-maladie et 5 assureurs d'indemnités journalières, soit au total près de 200'000 tarifs de primes, sont complètes, plausibles, qu'elles respectent les règles formelles prévues pour la remise des données ainsi que les règles essentielles inscrites dans la LAMal et l'OAMal pour la fixation des primes et les réductions de primes, et qu'elles correspondent enfin aux données figurant dans les comptes des assureurs. Une grande partie des contrôles sont automatisés. Un message d'erreur signale d'ailleurs aux assureurs les données fausses, dès le stade de la saisie dans le programme de récolte des données. L'OFSP tient compte, pour fixer des priorités dans ses vérifications matérielles, des premières conclusions tirées à ce stade de l'analyse. Si des indications erronées sont découvertes ou si des clarifications s'imposent à ce stade parce que des données ne sont pas plausibles, l'assureur est contacté et prié, le cas échéant, de fournir au plus vite de nouvelles données corrigées.

A l'issue des contrôles techniques des indications fournies, les données désormais irréprochables sur le plan de la qualité sont saisies dans une banque de données en vue des analyses nécessaires à leur examen matériel. Les analyses approfondies qui sont réalisées à partir des données déjà recueillies de la présentation des comptes des assureurs, de données choisies provenant de la sélection des risques, des données prévisionnelles et de toutes les données ayant servi à l'approbation des primes des années précédentes,

permettent de contrôler matériellement les tarifs de primes et les budgets. Toutes les analyses sont accessibles vers la mi-août aux collaborateurs compétents de l'autorité de surveillance et sont alors communiquées pour avis au canton correspondant.

Les contrôles matériels représentent le volet le plus complexe de l'approbation des primes. En fonction de leur ampleur, ils durent de la mi-août environ à la mi-septembre. Dès la dernière semaine d'août, l'OFSP est en mesure d'en commenter les résultats avec les assureurs-maladie, sur la base des prises de position cantonales. Les discussions nécessaires avec les organes compétents des assureurs, qui ont lieu de vive voix ou par téléphone, se poursuivent jusque vers la mi-septembre, en fonction des besoins et du temps nécessaire. Si ces discussions et ces interventions de l'OFSP impliquent la remise de nouveaux tarifs de primes ou budgets, des contrôles tant techniques que matériels doivent être refaits à très bref délai. Il se peut que l'OFSP ait encore des critiques à formuler après avoir examiné ce deuxième envoi, et qu'une nouvelle discussion ainsi que la remise de données corrigées s'imposent encore une fois pour certains assureurs.

Quand l'examen des primes est terminé, généralement la dernière semaine de septembre, les lettres d'approbation sont envoyées, le cas échéant des instructions sont données aux assureurs concernant la fixation des primes pour les années suivantes (art. 92, al. 2, OAMal) et des décisions sont rendues en cas de contestation. En règle générale, l'OFSP et les assureurs s'entendent sur les tarifs de primes applicables. L'OFSP part de l'idée que les primes acceptées entrent en vigueur si l'assureur ne les conteste pas dans un délai approprié après avoir reçu la lettre d'acceptation. Si l'OFSP et l'assureur ne parviennent pas à un accord, l'OFSP motive sa lettre d'acceptation, en indiquant les voies de droit. Dans sa décision du 22 octobre 1997², le Conseil fédéral a constaté que les mesures prises par l'OFAS (aujourd'hui OFSP) au titre de l'approbation des tarifs des primes de l'AOS doivent être considérées comme des décisions au sens de l'art. 5, al. 1, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021). En vertu de l'art. 35, al. 3, PA, l'autorité peut renoncer à motiver la décision et à indiquer les moyens de droit, si elle fait entièrement droit aux conclusions des parties et si aucune partie ne réclame une motivation.

En parallèle à l'approbation formelle des primes, les listes des tarifs de primes sont établies, de même que toutes les publications correspondantes sur papier ou Internet, dans le but d'informer les assurés sur les primes approuvées. Les cantons reçoivent auparavant les primes moyennes calculées par canton, de façon à être informés de l'évolution des primes avant que les lettres d'approbation ne parviennent aux assureurs, et d'avoir ainsi suffisamment de temps pour examiner ces données et préparer une information destinée à leur population. L'approbation des primes s'achève une fois tous les tarifs de primes communiqués et publiés. L'autorité de surveillance peut néanmoins encore donner par la suite des instructions aux assureurs concernant la fixation des primes pour les années suivantes (art. 92, al. 2, OAMal).

² RAMA 1997, KV 18, p. 399 ss.

Tableau 1 : Chronologie de la procédure d'approbation des primes dans l'AOS

| JANVIER | FÉVRIER | MARS | AVRIL | MAI | JUIN | JUILLET |
|--|--------------------------|--|---|---|---|--|
| TRAITEMENT DURANT L'ANNÉE DES QUESTIONS RELEVANT DE LA SURVEILLANCE ET SURVEILLANCE FINANCIÈRE PLUS ÉTROITE DANS DES CAS SPÉCIAUX | | | | | | |
| | | CONTRÔLES DU BUDGET BASÉ SUR L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS D'ASSURÉS | | | | |
| | | CONTRÔLE DE LA PRÉSENTATION DES COMPTES (BILAN ET COMPTES D'EXPLOITATION), DES RAPPORTS DE RÉVISION ET DES RAPPORTS DE GESTION | | | | |
| | | ENTRETIENS PRÉALABLES AVEC LES ASSUREURS SUR LA FIXATION ET L'APPROBATION DES PRIMES | | | | |
| | | REMISE DES DONNÉES PAR LES ASSUREURS À L'AUTORITÉ DE SURVEILLANCE: | | | | |
| | | ÉVOLUTION DES EFFECTIFS STRUCTURE DES RISQUES STRUCTURE DES PRIMES | PRÉSENTATION DES COMPTES BILAN COMPTE D'EXPLOITATION DONNÉES STATISTIQUES | | RAPPORT DE RÉVISION RAPPORT DE GESTION | REMISE DES PRIMES TARIFS DES PRIMES EXTRAPOLATION BUDGET |
| | | FORMULAIRE EFS | FORMULAIRES EF 1 2 3 | | | LOGICIELS DE SAISIE |
| | | ECHÉANCE 20.3 | ECHÉANCE 30.4 | | ECHÉANCE 30.6 | ECHÉANCE 31.7 |
| AOÛT | | SEPTEMBRE | | OCTOBRE | | NOVEMBRE |
| | | TRAITEMENT DURANT L'ANNÉE DES QUESTIONS RELEVANT DE LA SURVEILLANCE ET SURVEILLANCE FINANCIÈRE PLUS ÉTROITE DANS DES CAS SPÉCIAUX | | | | |
| PRISE DE POSITION DES CANTONS | | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT DES ANALYSES | | ENTRETIENS AVEC LES ASSUREURS | APPROBATION FORMELLE | | | |
| EXAMENS TECHNIQUES | EXAMENS MATÉRIELS | | | | | |
| APPROBATION DES PRIMES | | | | COMMUNICATION ET PUBLICATION DES PRIMES, CHANGEMENTS D'ASSUREUR | | |
| ECHANGE DES DONNÉES ET ENTRETIENS AVEC LES ASSUREURS ET LES CANTONS | | | | COMMUNICATION INDIVIDUELLE DE LA PRIME | CHANGEMENT D'ASSUREUR | |
| INTERVENTIONS DE L'OFSP ET REMISE PAR LES ASSUREURS DES PRIMES CORRIGÉES | | | | AU PLUS TARD LE 31.10 | DÉLAI DE RÉSILIATION 30.11 | |
| | | | | COMPARAISONS DE PRIMES VIA LES PUBLICATIONS DES ASSUREURS, DE L'OFSP OU D'ORGANISMES PRIVÉS | | |

3.6 Approbation des primes en cours d'année

Outre la fixation des primes en procédure ordinaire pour le 1^{er} janvier de l'année suivante, une procédure extraordinaire est envisageable en cours d'année pour les assureurs qui le demandent à l'OFSP cinq mois à l'avance. La pratique de l'OFSP ne prévoit d'approbation extraordinaire des primes que si la situation financière de l'assureur l'exige et si un assainissement ne peut avoir lieu lors de la fixation ordinaire des primes. Il s'agit donc de cas limites, où la situation financière n'exige pas encore un retrait de l'autorisation de pratiquer, mais où une telle mesure serait probablement nécessaire si l'on attendait jusqu'à la prochaine échéance ordinaire. Dans de tels cas, une adaptation de primes ne peut être que ponctuelle, et la mesure d'assainissement doit toucher tout le portefeuille des assurés.

La pratique de l'autorité de surveillance ne prévoit l'approbation d'adaptations de primes en cours d'année que si la situation financière de l'assureur ne permet pas de faire autrement.

3.7 Contrôle et application locale de la prime approuvée

Dans le cadre de son activité de surveillance, l'OFSP procède à des contrôles et examens ciblés auprès des assureurs-maladie. Il s'agit de vérifier que la pratique de l'assurance-maladie sociale est conforme à la loi. Les contrôles orientés processus et résultats effectués lors de ces audits visent à surveiller plus efficacement les assureurs-maladie dans la mise en œuvre de cette assurance sociale, et à accroître ainsi la transparence sur leurs activités de gestion. Outre la structure et la taille de chaque assureur-maladie, les paramètres déterminants pour le choix des assureurs à auditer sont l'évolution des affaires et, le cas échéant, les risques constatés, notamment lors de l'application des primes et de leur communication, dans la présentation des comptes et les rapports de révision correspondants, ou suite à des recours émanant des assurés ainsi qu'à des interventions parlementaires. En fonction des risques évalués, le programme de contrôle portera sur l'organisation, la conduite des affaires, les prestations d'assurance, l'application des primes et les finances.

En ce qui concerne les primes perçues, des contrôles sont effectués pour déterminer si elles correspondent aux primes approuvées par l'OFSP, si les données sont sûres et fiables et si les tarifs des primes sont utilisés de manière systématique. Les autres éléments vérifiés sont l'application correcte des régions de primes et le respect du territoire d'activité choisi par l'assureur-maladie. Si des irrégularités ou une application erronée sont constatées lors du contrôle des primes, l'OFSP exige le rétablissement de la situation légale, prend les mesures appropriés au sens de l'art. 21, al. 5, LAMal et/ou ouvre une procédure pénale administrative contre les infractions relevant de l'art. 93a LAMal.

L'OFSP effectue des contrôles par échantillonnage, en fonction des risques, de la bonne application des primes approuvées, et intervient en cas d'irrégularités ou de mauvaise utilisation des primes.

3.8 Volume et qualité du matériel de données à disposition

La procédure définie pour le relevé, les vérifications de la plausibilité et les contrôles des données vise à garantir le respect de toutes les exigences relatives à la qualité des données. Les assureurs disposent de mécanismes de contrôle interne garantissant en tout temps une vue d'ensemble correcte et transparente de leur situation financière. Au-delà du respect des standards de contrôle reconnus, des règles du droit des obligations et de la LAMal, les organes de révision indépendants des assureurs-maladie sont tenus par la loi de procéder auprès des assureurs-maladie aux autres examens spécifiques prévus par l'OFSP sur la base des principes de financement inscrits dans la loi et l'ordonnance. Dès que l'assureur-maladie a remis ses données comptables, après les contrôles internes, et que les organes de révision les ont contrôlées à leur tour, elles parviennent à l'autorité de surveillance. Celle-

ci procède à des examens supplémentaires et vérifie la plausibilité des données, en tenant compte pour les rapports de révision et les rapports de gestion des critères de continuité, d'exhaustivité et d'exactitude. Seule l'autorité de surveillance vérifie les budgets établis par les assureurs pour l'approbation des primes. Afin de vérifier la continuité et l'exhaustivité des données, l'OFSP s'appuie sur les données effectives des années précédentes contrôlées par les organes de révision.

L'OFSP dispose de toutes les données nécessaires à la surveillance financière et à l'approbation des primes. Ces données doivent présenter une qualité irréprochable. En outre, des données et des informations supplémentaires peuvent être requises en tout temps auprès des assureurs, en vertu de l'art. 21, al. 3, LAMal.

3.9 Evaluations et perfectionnement de l'approbation des primes

A l'issue de la première procédure d'approbation des primes LAMal, l'OFAS (aujourd'hui OFSP) a chargé le professeur Heinz Schmid, actuaire et spécialiste confirmé de l'assurance-maladie, de réaliser une expertise à ce sujet³. L'étude menée avait pour objet la fixation des primes de l'AOS et leur approbation par l'autorité de surveillance. Outre qu'elle recommande diverses améliorations d'ordre technique ou organisationnel, cette expertise jugeait dépassée la méthode de contrôle utilisée jusque-là par l'OFAS. Il fallait désormais que les données fournies par les assureurs-maladie le soient sous forme électronique et fassent l'objet d'analyses plus détaillées, prenant en compte les données de l'organe chargé de gérer la compensation des risques. Il s'agissait de calculer diverses quotes-parts pour les valeurs absolues transmises et pour les valeurs par assuré, ainsi que d'effectuer des contrôles logiques et des comparaisons transversales entre les caisses d'un même canton et, pour chaque caisse, entre tous les cantons. En outre, il ne fallait pas accorder aux cantons de compétence d'approbation des primes mais les faire prendre part, à titre consultatif, aux prévisions de l'autorité de surveillance concernant la variation des coûts de traitement escomptés.

En 2003, l'autorité de surveillance a chargé le bureau bâlois BSS (*BSS Economics Consultants* Université de Bâle) d'examiner notamment si les propositions d'améliorations du professeur Schmid avaient bien été concrétisées et si la procédure d'approbation définie depuis était méthodologiquement correcte.⁴ Selon cette expertise, les propositions du professeur Schmid avaient été dûment mises en œuvre, les procédures utilisées étaient conformes à ce que l'on était en droit d'attendre et avaient évolué depuis 1997, grâce à une informatisation systématique. L'étude recommandait en outre à l'autorité de surveillance de continuer à se concentrer sur les examens de la solvabilité des assureurs, d'améliorer sa propre documentation écrite relative aux processus d'approbation des primes et aux décisions en la matière, de mieux documenter les cantons en vue de leur prise de position et de prévoir des discussions régulières avec les assureurs, dans le but d'améliorer la collaboration. En résumé, l'étude constatait que l'autorité de surveillance avait d'ores et déjà mis en place une procédure efficace et pragmatique d'approbation des primes, compte tenu des ressources à disposition.

La procédure d'approbation des primes en cours au moment de la conclusion de l'étude comportait déjà des améliorations sur le plan de l'information des cantons et de la documentation (critères et processus décisionnels). Les cantons ont reçu par la suite la documentation les concernant à la fois sous forme écrite et électronique, pour faciliter leur

³ Schmid, Heinz, *Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung* (Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie, rapport d'expert, langues mixtes), OFAS Rapport de recherche 03/97.

⁴ Kägi, Wolfram, Koller, Bruno, Staehelin, Elke, Schäfli, Martin, *Veränderungen im Bereich der Prämiengenehmigung aufgrund des KVG* (Modifications dans le domaine de l'approbation des primes fondée sur la LAMal, avant-propos et résumé en français), OFAS, Rapport de recherche 23/03.

prise de position sur les tarifs de primes, et l'autorité de surveillance a consigné dans un journal, de manière claire, toutes ses réflexions ou décisions en matière d'approbation des primes. Quant aux points restants, ils figurent parmi les nouveautés en matière de procédure introduites depuis 2003. A partir de ce moment, des contacts réguliers ont été instaurés avec les assureurs même en dehors de la phase d'approbation des primes, et les contrôles ponctuels, par échantillonnage, du respect des règles de calcul des primes et des réductions de primes ont cessé au profit d'un relevé complet et de contrôles exhaustifs des données. De même, l'automatisation des contrôles a permis à la surveillance d'évoluer, les longs contrôles manuels des règles de calcul et de rabais cédant le pas à un examen plus systématique des budgets des assureurs.

Dès l'introduction de la LAMal en 1996, l'autorité de surveillance a chargé à plusieurs reprises des experts externes d'examiner sa pratique en matière de contrôle et d'approbation des primes. Les recommandations figurant dans les études réalisées ont été mises en œuvre, au titre du développement constant de la procédure d'examen, ce qui fait qu'il existe aujourd'hui une procédure efficace et pragmatique d'approbation des primes.

4 Méthode et critères d'évaluation utilisés lors de l'approbation des primes

4.1 Priorités entre les activités d'examen et critères de décision pour l'approbation

L'autorité de surveillance approuve les primes sur la base de plusieurs critères de décision :

- respect des dispositions légales sur le financement, notamment des prescriptions sur les réserves minimales ;
- plausibilité des budgets, notamment des prévisions de coûts et de la prise en compte des effets particuliers ;
- équilibre cantonal à moyen terme entre les coûts et les primes ;
- respect des dispositions régissant le calcul des primes et des valeurs maximales admises pour les réductions de primes ;
- exclusion des abus dans la fixation des primes ;
- respect de la pratique de l'autorité de surveillance en matière d'approbation des primes, dans le sens d'une utilisation uniforme du droit fédéral⁵.

Etant donné la souveraineté des assureurs en matière de primes et l'importance de la fixation des primes pour la concurrence entre caisses-maladie, l'autorité de surveillance n'intervient à ce stade que de manière très restrictive, pour garantir la solvabilité, faire appliquer les principes de financement prévus par le législateur et prévenir toute sélection des risques résultant d'une fixation illégale ou abusive des primes. Les décisions concernant la fixation des primes doivent en effet relever de la responsabilité individuelle des assureurs. Si l'autorité de surveillance s'occupait de la position sur le marché conférée aux assureurs par leurs primes respectives, une telle intrusion aurait des conséquences positives ou négatives pour d'autres participants au marché, en générant p. ex. un afflux plus ou moins marqué de nouveaux assurés. Il n'appartient donc pas à l'autorité de surveillance d'informer les assureurs de la position sur le marché que leur confère leurs propositions de primes. Elle se réfère globalement aux risques que comportent la fixation des primes et le budget établi, laissant toujours à l'assureur le choix de modifier ou non sa prime, pour autant qu'il respecte les dispositions légales et que la solvabilité de son entreprise ne soit pas en péril. L'insolvabilité d'un assureur n'aurait certes aucune conséquence financière directe pour les assurés dans le domaine de l'AOS, en raison du libre passage intégral et de la prise en charge des coûts afférents aux prestations légales par l'institution commune au sens de l'art. 18, al. 2, LAMal. Toutefois les charges que supporterait ce fonds alimenté par tous les assureurs représenteraient un dommage financier pour les autres assureurs.

⁵ Cf. circulaire OFSP n° 5.1 du 9 juin 2006 concernant les primes de l'assurance obligatoire des soins (Circulaire OFSP n° 5.1).

Le contrôle et l'approbation, dans les délais prescrits, des budgets et des tarifs de primes de près de 90 assureurs supposent une approche pragmatique. L'étendue des examens doit être fixée, compte tenu du temps limité à disposition, de façon à respecter les objectifs en matière de surveillance et d'approbation des primes sans restreindre inutilement l'autonomie des assureurs. En outre, il faut garantir l'égalité de traitement entre tous les assureurs, qu'il s'agisse des contrôles de la sécurité financière ou de l'utilisation correcte des dispositions légales relatives au calcul des primes et aux réductions de primes. Par conséquent, l'autorité de surveillance doit effectuer une pondération et établir des priorités entre les tâches de contrôle.

La documentation relative au calcul des primes et aux réductions de primes est entièrement contrôlée pour tous les assureurs, tandis que les directives de l'OFSP sont mises en application. L'intensité requise des contrôles budgétaires est fixée pour chaque assureur. Dans un premier temps, les indicateurs et valeurs de référence font l'objet de contrôles standardisés et systématiques, tandis que certaines positions budgétaires des comptes de l'exercice précédent, des extrapolations de l'année en cours et des budgets de l'année suivante subissent des tests de plausibilité. Les tarifs de primes déposés seront approuvés si un budget plausible montre que les réserves légales suffisent à garantir la solvabilité de l'assureur, pour autant que les règles de financement et les dispositions portant sur la fixation des primes et les réductions de primes soient respectées. En revanche, si les examens effectués révèlent des irrégularités, le budget soumis sera examiné à la loupe. De plus, les décisions prises pour chaque assureur sont pondérées en fonction du risque financier, de la qualité des budgets et de l'exactitude des prévisions des années précédentes.

Dans le cadre de l'approbation des primes, l'autorité de surveillance est tenue d'atteindre les objectifs fixés⁶ et d'amener les assureurs à appliquer le droit fédéral de manière uniforme, sans limiter la concurrence entre assureurs par une interprétation trop étroite des dispositions légales. La décision concernant la fixation des primes – et donc les résultats financiers à venir – relève toutefois de la responsabilité de l'assureur. Etant donné le peu de temps à disposition, une approche pragmatique s'impose. Les critères de décision sont ainsi fixés de manière claire et uniforme, et la pondération ainsi que l'établissement de priorités entre les activités de contrôle s'effectuent sur la base de critères compréhensibles.

4.2 Contrôle du respect des dispositions légales sur le financement

4.2.1 Contrôles de l'établissement des comptes par les organes de révision indépendants et par l'autorité de surveillance

La LAMal prévoit à son art. 60, al. 1, un financement d'après le système de la répartition des dépenses. Les principes importants pour le financement sont l'interdiction du profit (art. 12, al. 1, LAMal) et le financement autonome de l'AOS (art. 60, al. 2, LAMal). Les primes ne peuvent être utilisées que pour payer les prestations qui de par la loi sont à la charge des caisses (y c. les provisions pour cas d'assurance non liquidés et les contributions à la compensation des risques, qui font partie intégrante des coûts des prestations) et les frais administratifs, les excédents étant attribués aux réserves légales et les résultats négatifs prélevés sur celles-ci. La tenue d'un compte d'exploitation distinct pour l'AOS (art. 60, al. 3, LAMal) et la présentation séparée au bilan des réserves et des provisions (art. 60, al. 2, LAMal) sont inévitables en vue de la fixation correcte des primes. Ces principes garantissent que les recettes de l'AOS (primes et produits des placements) servent uniquement à la couverture des coûts dans l'AOS (prestations et frais administratifs). En outre, l'art. 81, al. 1, OAMal, astreint les assureurs à tenir une comptabilité distincte pour l'assurance ordinaire et pour chaque forme particulière d'assurance au sens de l'art. 62 de la loi, afin de permettre

⁶ Voir paragraphe 2.3.

dans chaque domaine une fixation des primes et leur contrôle fondé sur la couverture des coûts et les résultats.

Chaque assureur-maladie dispose d'un organe de révision externe et indépendant, dont les tâches et les obligations sont expressément fixées aux art. 86 à 88 OAMal. Cet organe effectue chaque année sur place, dans le cadre d'une révision, le contrôle des comptes annuels et de l'activité exercée. Conformément à l'art. 87 OAMal et aux dispositions applicables du droit des obligations, l'organe de révision légal vérifie si la comptabilité, les comptes annuels et les statistiques sont formellement et matériellement conformes aux exigences posées par la loi. En vertu de l'art. 88 OAMal, il établit un rapport pour chaque révision. Les rapports ordinaires contiennent un rapport de révision et le catalogue de questions exigé par l'OFSP (EF4), qui apporte la confirmation du respect des principes de financement spécifiques à la LAMal. L'organe de révision peut procéder sur place et sans préavis à des révisions intermédiaires, notamment en cas de doute sur la tenue des comptes et sur la gestion. En outre, l'OFSP peut renvoyer à l'organe de révision les rapports qui ne répondent pas aux exigences imposées (art. 88 OAMal) et adresser aux assureurs des instructions sur le mandat donné à l'organe de révision (art. 86, al. 7, OAMal).

Etant donné les activités de contrôle réalisées par les organes de révision prévus par la loi, l'autorité de surveillance peut concentrer ses efforts et se limiter à analyser et comparer les données comptables, le rapport de gestion et le rapport de révision avec le rapport de l'organe de révision. L'OFSP intervient fermement auprès des assureurs si cet examen montre que les dispositions légales relatives au financement n'ont pas été respectées.

4.2.2 Contrôle des frais administratifs

Les frais administratifs des assureurs-maladie constituent les coûts d'exploitation proprement dits occasionnés par la pratique de l'assurance-maladie sociale. L'autorité de surveillance intervient en cas d'inadéquation visible du montant total des frais administratifs, et non sur les positions de coûts individuelles (comme les salaires, l'informatique ou le marketing). Les caisses-maladie sont des entreprises privées, et donc les décisions d'entreprise nécessaires à la pratique de l'assurance-maladie sociale sont du ressort de la direction. Le Conseil fédéral ou l'autorité de surveillance n'ont pas à assumer la responsabilité des décisions d'entreprise des assureurs-maladie, ni à fixer la structure des frais administratifs (p. ex. en décidant si l'argent doit être investi dans les salaires des collaborateurs ou dans une structure informatique coûteuse). Finalement, les coûts administratifs grèvent globalement les primes et c'est à ce titre que l'autorité de surveillance est tenue de les contrôler.

Il est essentiel que l'argent provenant des primes de l'assurance-maladie sociale soit utilisé de manière économique. Aussi les assureurs sont-ils tenus de limiter les frais administratifs de l'assurance-maladie sociale aux exigences d'une gestion économique (art. 22, al. 1, LAMal). Cette limitation est contrôlée par les organes de révision indépendants et confirmée à l'OFSP. L'autorité de surveillance ne peut définir dans l'absolu la quote-part des coûts administratifs nécessaire à une pratique économique de l'assurance-maladie sociale, et doit donc tenir compte dans ses contrôles de la taille respective des assureurs et des différences structurelles qui en découlent. Il convient de noter qu'en consentant à des coûts administratifs supplémentaires, un assureur pourra p. ex. renforcer ses activités de révision dans le contrôle des comptes et réaliser ainsi des économies dans le domaine des prestations, mais, à la différence d'une augmentation des frais administratifs, lesdites économies ne figurent pas dans les comptes d'exploitation. En outre, il est de l'intérêt général que la pratique des assureurs-maladie soit de qualité et transparente, ce qui implique des coûts.

L'art. 22, al. 2, LAMal délègue au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions pour limiter les frais administratifs. Il n'a toutefois jamais exercé cette compétence jusqu'ici, estimant que le système de concurrence entre assureurs prévu par la LAMal doit inciter ces

derniers à limiter leurs frais administratifs aux exigences d'une gestion économique. On peut estimer que les assureurs n'ont aucun intérêt à ce que des frais administratifs élevés renchérissent leurs primes. Bien au contraire, ils auraient intérêt à répercuter leurs frais administratifs de façon différenciée entre les groupes de risque, afin d'offrir aux bons risques une prime quasiment exempte de frais administratifs et d'autant plus attrayante. Or ce n'est pas possible dans le cadre de la prime unique, et l'OFSP a dûment précisé dans sa circulaire n° 5.1 du 9 juin 2006 concernant les primes de l'AOS⁷ que la loi et l'ordonnance ne laissent aucune marge de manœuvre pour les réductions de primes administratives réservées à certaines groupes de personnes ou liées à une certaine attitude administrative vis-à-vis de l'assureur.

Si outre l'assurance-maladie sociale, un assureur pratique lui-même l'assurance complémentaire, la répartition des coûts administratifs entre ces deux secteurs est à préciser. En principe, les frais administratifs indiqués selon la répartition prévue à l'art. 84 OAMal doivent correspondre aux charges réelles. Or la ventilation de certaines dépenses n'est pas toujours aisée à opérer. La rémunération du directeur d'une caisse-maladie pratiquant à la fois l'assurance-maladie sociale et les assurances complémentaires est typique à cet égard. Les assureurs-maladie dont l'offre relève aussi bien de la LAMal que de la LCA sont ainsi contraints de définir une clé de répartition des frais administratifs pour l'affectation des diverses dépenses à une branche. La manière de procéder à la répartition est décisive pour l'autorité de surveillance. En vertu de l'art. 22, al. 1, LAMal, l'OFSP veillera à ce que l'assurance-maladie sociale ne supporte pas les frais d'administration des assurances complémentaires, et acceptera donc des clés de répartition plutôt favorables à l'assurance de base. Cela suppose que tous les assureurs-maladie disposent d'une clé de répartition des frais administratifs transparente et compréhensible, afin de justifier la répartition effectuée et de permettre à l'autorité de surveillance d'en contrôler la légalité.

Si l'assurance complémentaire est pratiquée par une autre personne morale, les contrats de service conclus à cet effet, qui ne sont pas soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance et reposent sur des décisions d'entreprise de la caisse-maladie, sont déterminants. Dans ce cas, l'autorité de surveillance vérifie la charge totale due aux coûts administratifs de l'AOS et la clé de répartition correspondante, selon les mêmes critères que pour les caisses-maladie qui proposent elles-mêmes l'assurance complémentaire. Les subventionnements croisés à la charge de l'AOS ne sont pas non plus tolérés ici, alors qu'en principe une définition des contrats de service avec les assurances complémentaires le sera.

Les possibilités de répartition des frais administratifs au sein de l'AOS se limitent à leur imputation différente entre les cantons, en raison d'une part des frais plus ou moins élevés que les collectifs et les infrastructures représentent pour un assureur en fonction du canton, d'autre part de la répartition entre les différents modèles d'assurance. La répartition des coûts administratifs entre les divers cantons doit en principe reposer sur les dépenses affichées, ou sur une clé de répartition acceptable. Afin de limiter les différences de charges entre cantons même pour les collectifs particulièrement coûteux (p. ex. décomptes de prestations très nombreux par rapport à d'autres collectifs cantonaux), l'OFSP a indiqué aux assureurs que le compte de résultat du canton le plus cher au niveau des primes pouvait être grevé au maximum du double de frais administratifs par assuré que le canton le plus avantageux⁸, et fait respecter ce principe dans le cadre de l'approbation des primes. En application de l'art. 81, al. 1, OAMal, les cantons tiennent une comptabilité distincte pour l'assurance ordinaire et pour chaque forme particulière d'assurance au sens de l'art. 62 de la loi, et attribuent en conséquence les charges d'administration à ces divers comptes. Les clés de répartition définies devront tenir compte des différences d'application pratique des divers modèles d'assurance.

⁷ Circulaire OFSP n° 5.1, point 2.8.

⁸ Règle 2:1 ; circulaire OFSP n° 5.1, point 6.

Les assureurs disposent toutefois, pour la répartition des frais administratifs entre les cantons et les diverses formes d'assurance au sein de l'AOS, d'une marge de manœuvre relativement importante, que l'autorité de surveillance ne restreint pas inutilement dans la mesure où elle tient compte de la souveraineté des assureurs en matière de primes et de la nécessité d'une telle marge de manœuvre pour pouvoir se positionner sur le marché. En cas de soupçon de subventionnement croisé aux dépens de l'AOS, l'autorité de surveillance procède à des examens plus approfondis et intervient fermement.

L'autorité de surveillance contrôle pour tous les assureurs-maladie le taux des frais administratifs ainsi que leur clé de répartition, et intervient en cas de dysfonctionnement manifeste. A cet effet, l'OFSP examine l'évolution sur plusieurs années des frais administratifs de tous les assureurs, en groupant les assureurs comparables par leur taille et leur structure, afin d'identifier dans ces groupes les coûts excessifs. Les examens menés dans le cadre de l'approbation des primes consistent à déterminer l'évolution des frais administratifs dans les budgets soumis, à analyser les raisons des fortes fluctuations dans les frais d'administration et à intervenir si les comparaisons entre groupes indiquent des frais excessifs. Le Conseil fédéral estime que les dispositions légales en vigueur et les mécanismes de contrôle actuels garantissent l'affectation correcte des frais d'administration.

4.3 Examen de la sécurité financière de l'assureur

4.3.1 Examens des budgets et vérification de leur plausibilité

Qualité du budget

Selon les principes du financement d'après le système de répartition, les primes fixées et approuvées l'année précédente devraient idéalement correspondre précisément aux coûts de l'année précédente. Or il faut garder à l'esprit que les budgets exacts sont le fruit du hasard, les erreurs de prévision étant inévitables. Aussi le système de financement en place inclut-il une compensation par les réserves qui limite les dommages des écarts budgétaires dus à des prévisions erronées, pour autant que les principes généraux de financement aient été respectés. Les primes se basent par conséquent sur une extrapolation des coûts de l'année en cours et sur une estimation de la suivante. Les extrapolations et les budgets des assureurs-maladie obéissent quant à eux au principe de prudence.

L'autorité de surveillance dispose, pour l'approbation des primes, de données et d'analyses permettant de comparer à long terme, dans chaque canton, les extrapolations et les budgets des assureurs-maladie aux données effectives. Chaque assureur-maladie laisse ainsi à l'autorité de surveillance, avec le temps, une impression de fiabilité plus ou moins grande, susceptible d'influencer le degré d'approfondissement des activités de contrôle. Outre les comparaisons standardisées entre divers indicateurs ou certaines données, le savoir acquis et documenté par l'autorité de surveillance au fil du temps sur chaque assureur, sur sa structure de risques individuelle, sa situation sur le marché ainsi que la qualité des budgets établis joue un rôle décisif dans les examens individuels du potentiel de risque effectués lors de l'approbation des primes.

Les budgets et les extrapolations reposent sur des hypothèses et des prévisions, dont l'autorité de surveillance doit vérifier la plausibilité. L'autorité de surveillance compare les recettes et les dépenses inscrites au budget, son analyse portant essentiellement sur les positions qui sont de loin les plus importantes, à savoir les recettes de primes et les prestations légales (y c. la compensation des risques et les provisions). Des contrôles supplémentaires des positions restantes du compte de résultat n'ont lieu que si certaines valeurs sont visiblement irréalistes, p. ex. dans l'hypothèse où les attentes de rendement des placements en capitaux seraient très supérieures ou inférieures à la moyenne.

Comparaisons transversales entre assureurs

Les prévisions cumulées de tous les assureurs-maladie constituent un instrument important pour la validation, les vérifications de plausibilité et l'examen proprement dit des budgets. L'autorité de surveillance procède à des comparaisons transversales entre les hypothèses et les données d'un assureur spécifique et celles des autres assureurs, ainsi qu'avec les années précédentes. A cet effet, il lui faut tenir compte des différentes structures de risques et de coûts – actuelles ou à prévoir – chez chaque assureur-maladie. Concrètement, elle compare les coûts par assureur, pour chacun des groupes d'âge distingués dans la compensation des risques, avec les coûts moyens générés par un assuré du groupe d'âge correspondant. La structure d'assurés et de coûts prévue est ici déterminante. Lors de la fixation des primes, il faut absolument se rappeler que les recettes de primes et les coûts proviennent non pas de l'effectif d'assurés actuel, mais de celui qui est prévu pour l'année suivante. L'autorité de surveillance exige donc que la prime permette d'assumer tous les engagements financiers liés à l'effectif d'assurés attendu. L'assureur doit ainsi établir des prévisions délicates sur le nombre d'assurés par structure d'âge ou de coûts qu'il lui faudra assurer à l'avenir avec les diverses primes proposées, et sur les répercussions sur son compte d'exploitation.

Evolution des coûts

Pour juger de l'évolution des coûts, l'autorité de surveillance se concentre, dans son examen des budgets cantonaux, sur le montant total, toutes catégories de fournisseurs de prestations confondues. Il n'est pas prévu de contrôle individuel des prévisions de chaque groupe de fournisseurs de prestations, l'élément décisif pour la fixation des primes étant le volume total des coûts attendus. Il existe différentes méthodes de grande qualité pour prévoir les coûts et dresser les budgets, et donc les méthodes de chaque assureur-maladie diffèrent entre elles pour l'estimation des coûts futurs. Aussi les assureurs-maladie remettent-ils à l'autorité de surveillance en partie des budgets qui répartissent linéairement le volume total des coûts entre tous les groupes de fournisseurs de prestations. Aux yeux de l'autorité de surveillance, la méthode de budgétisation d'un assureur se justifie en dernier lieu par la fiabilité des prévisions sur le long terme.

Sur mandat de l'OFSP, de santésuisse et de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'Institut d'économie de la santé de la haute école zurichoise de Winterthour (WIG) a mis au point un modèle servant à déterminer l'évolution probable des coûts dans l'AOS, sur la base de divers paramètres. Les résultats de ce modèle de prévisions ont été intégrés dans les instruments d'évaluation de l'OFSP et permettent une évaluation supplémentaire de la plausibilité des budgets de chaque assureur-maladie. Le modèle WIG de prévisions des coûts a fait l'objet de deux études détaillées, chacune ayant donné lieu à une publication scientifique de l'OFSP⁹. Il a par exemple pronostiqué une hausse moyenne des prestations brutes de 4,4 % pour l'année 2006, tandis que les assureurs-maladie annonçaient une augmentation moyenne de 4,5 %.

Divers éléments sont pertinents aux yeux de l'OFSP pour évaluer la plausibilité de l'évolution des coûts : les prévisions cumulées des assureurs, les comparaisons transversales entre assureurs axées sur la structure des risques, les prises de position cantonales, le modèle de prévision des coûts du WIG, les mesures connues ayant un impact sur les coûts et, le cas échéant, d'autres informations se rapportant à l'évolution des coûts dans les cantons.

⁹ Kostenprognosemodell für die Krankenversicherung, (Modèles de pronostics des coûts pour l'assurance-maladie), OFSP AMal 9.05 ; Kostenprognosemodell für die Krankenversicherung, Etude d'accompagnement de l'introduction de la LAMal, (Pronostics de coûts pour l'assurance-maladie), OFSP AMal 4.06 (résumé en français).

Effectifs d'assurés, structure des risques et position des primes sur le marché

Les vérifications de la plausibilité des budgets conduisent à examiner les variations des effectifs d'assurés, généralement à la lumière d'autres critères comme la position des primes sur le marché cantonal, la fluctuation estimée des effectifs et la future structure des risques ou la variation des réserves. Ainsi les effectifs d'assurés actuels ou futurs constituent directement ou indirectement, pour l'approbation des primes, un critère central d'évaluation. Toutes les primes remises par les assureurs sont comparées entre elles afin de vérifier, sur la base de leur position sur le marché, la plausibilité des attentes de chaque assureur en matière d'évolution des effectifs et des structures de risques. L'autorité de surveillance utilise ses propres analyses détaillées consacrées à la structure des risques de chaque assureur pour évaluer les augmentations de primes, notamment pour juger des écarts par rapport aux hausses moyennes des primes imputables à ces surcroûts ou diminutions structurels de charges financières.

Compensation de déséquilibres financiers par les résultats attendus

Dès lors que les budgets sont plausibles, les résultats d'exploitation permettent à l'autorité de surveillance d'évaluer si la fixation des primes est adéquate dans chaque canton et au niveau de l'assureur pour compenser les résultats positifs ou négatifs cumulés. Le but doit être d'afficher les réserves minimales légales à l'échelle de l'entreprise, en parvenant au niveau de chaque canton à un rapport équilibré à moyen terme entre les primes et les coûts. Il est vrai qu'il faut accorder suffisamment de temps à l'assureur pour mettre en œuvre ces deux objectifs, afin d'éviter un renchérissement brutal et les effets négatifs qui s'ensuivent. Par conséquent, tout en exigeant des assureurs dont la situation financière est déséquilibrée qu'ils s'efforcent d'atteindre, par le biais des primes fixées, des résultats d'entreprise qui les rapprochent de l'équilibre des comptes, l'autorité de surveillance leur laisse le soin de la planification à moyen terme pour y parvenir.

Intervention de l'autorité de surveillance

Dans le cadre de l'examen budgétaire, l'autorité de surveillance intervient uniquement, compte tenu des nombreux facteurs d'incertitude, en cas d'écarts importants et visibles par rapport aux prévisions plausibles. Elle exige alors une adaptation des primes, pour préserver la sécurité financière ou si les primes ont été fixées au-dessus du niveau des coûts sans besoin financier correspondant – soit pour la constitution des réserves minimales légales ou la compensation des pertes de l'année précédente. La vue d'ensemble des primes fixées par tous les assureurs, qu'elle est seule à avoir, peut notamment la convaincre du bien-fondé d'une intervention. Ce faisant, elle doit absolument éviter qu'en intervenant auprès de l'assureur qui aurait p. ex. fixé la prime la plus avantageuse dans un canton, elle place un autre assureur dans la même situation. En intervenant de manière trop appuyée, l'autorité de surveillance porterait atteinte au marché, ce qu'il faut absolument éviter. Si la fixation des primes par un assureur satisfait aux dispositions légales et si l'autorité de surveillance ne trouve à critiquer que des écarts budgétaires possibles qui ne remettent pas en question sa sécurité financière, elle ne les signale pas à l'assureur ou alors ses remarques ne l'obligent à rien. Il ne faut pas oublier que les budgets établis doivent d'abord se vérifier, et que l'autorité de surveillance peut imposer les années suivantes les compensations correspondantes.

Les extrapolations et les budgets des caisses-maladie sont examinés individuellement pour chaque assureur, en fonction des risques potentiels connus en fonction de la qualité du budget. A cet effet, l'OFSP établit des comparaisons transversales sur plusieurs années, à partir des données de chaque assureur, et vérifie la plausibilité des écarts entre les primes fixées par les assureurs en analysant leurs structures de coûts différentes. Les éléments décisifs sont ici les attentes générales en matière d'évolution des coûts, qui découlent tant des prévisions de tous les assureurs que des modèles prévisionnels utilisés, les prises de position des cantons, les mesures connues ayant une incidence sur les coûts ainsi que l'évolution des effectifs et des coûts à prévoir pour chaque assureur. Si les budgets sont

plausibles, les résultats d'exploitation pronostiqués par les assureurs doivent tendre vers une compensation à moyen terme des primes et des coûts dans chaque canton.

4.3.2 Examen des réserves et des provisions

En vertu de l'art. 60, al. 1, LAMal, les assureurs doivent constituer ou maintenir un volume suffisant de provisions pour cas d'assurance non liquidés et disposer d'une réserve de sécurité elle aussi suffisante. Les provisions et les réserves destinées à l'AOS doivent être présentées séparément au bilan (al. 2).

Provisions

Les primes AOS sont perçues durant l'année civile et servent à rembourser les prestations médicales fournies durant la même année. Toutefois, les prestations médicales consommées durant une année civile ne sont pas toujours facturées (et donc remboursées) durant la même année.

Les valeurs indicatives pour les provisions s'élèvent à 25 à 32 % des prestations nettes, en fonction du besoin individuel de chaque assureur et en gardant à l'esprit que, dans des cas exceptionnels, un écart par rapport à ces valeurs indicatives peut se révéler impératif.¹⁰

Les provisions pour cas d'assurance non liquidés (ou provisions actuarielles) couvrent le décalage entre l'encaissement de la prime et le remboursement des prestations médicales. Elles constituent des fonds étrangers et sont absolument nécessaires au fonctionnement des assurances-maladie.

Réserves

Les réserves sont alimentées par le résultat du compte d'exploitation et reflètent la totalité des bénéfices ou des 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. Ce niveau se calcule sur la base des réserves disponibles, rapportées aux primes à recevoir. Le taux des réserves minimales légales vaut pour l'AOS d'une caisse-maladie dans son ensemble et ne peut être fractionné. Si son taux de réserves s'avère inférieur au minimum légal, la caisse-maladie doit reconstituer ses réserves à moyen terme selon un plan convenu avec l'autorité de surveillance.

Les taux de réserves sont abaissés progressivement jusqu'en 2009, afin d'atteindre pour les assureurs les taux de réserves minimaux suivants en fonction du nombre de leur effectif de personnes assurées:

- plus de 150'000 assurés: 10%
- entre 50'000 et 150'000 assurés : 15%
- jusqu'à 50'000 assurés : 20%

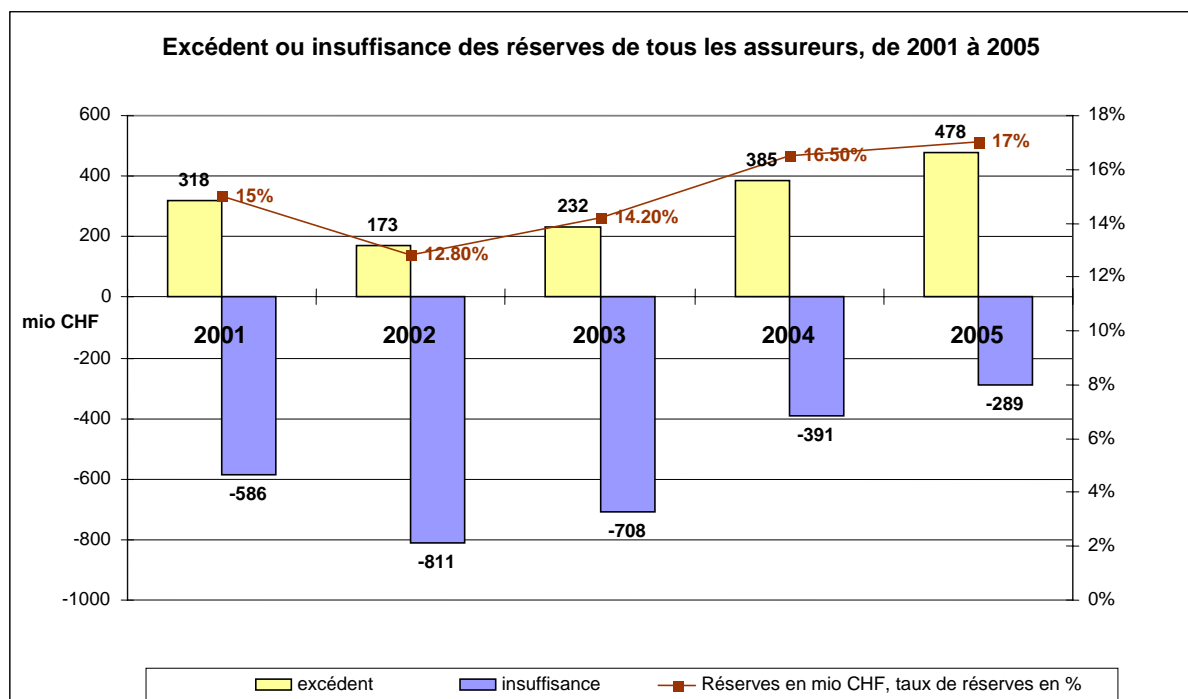
Les réserves représentent les fonds propres des caisses-maladie en tant qu'entités juridiques et économiques indépendantes, et permettent de garantir leur solvabilité à long terme. Le but des réserves est en particulier de couvrir le risque de l'entrepreneur (variation des effectifs, évaluation erronée du budget, effondrement des valeurs boursières, etc.) ainsi que les risques spécifiques à ce secteur (épidémie, pandémie, nombre inhabituel de cas graves, détérioration de la qualité de l'effectif d'assurés, etc.).

¹⁰ Circulaire OFSP N° 5.1, point 6.

Sur la base des comptes d'exploitation cantonaux des assureurs, les bénéfices ou les pertes sont ventilées dans le canton correspondant, ce qui a une incidence sur le taux de réserves calculatoire au niveau du canton. Ce chiffre est utile à l'OFSP dans le cadre de l'examen de la fixation cantonale des primes afin d'évaluer la relation entre les primes et les coûts au niveau du canton¹¹.

Le graphique ci-dessous (tableau 2) montre que la sécurité financière est garantie dans l'AOS en 2005, suite à la reconstitution des réserves légales au cours des années précédentes. Ainsi, 61 assureurs affichent des réserves supérieures au minimum légal, pour un montant total de 478 millions de francs, et 24 assureurs ont des réserves légales insuffisantes, pour un montant total de 289 millions de francs. De même, le taux cumulé des réserves minimales à atteindre en 2005 pour l'ensemble des assureurs, soit la moyenne pondérée des taux de 15 % et 20 % prévus par l'OAMal en fonction du nombre d'assurés, se monte à 16,5 % et a été légèrement dépassé dans l'ensemble.

Tableau 2 : Excédent ou insuffisance des réserves de tous les assureurs de 2001 à 2005¹²



L'OFSP examine si les réserves minimales légales sont actuellement disponibles et le resteront avec la fixation prévue des primes, autrement dit quel est l'état de solvabilité de chaque assureur. Il faut de même, tant au niveau suisse que pour chaque canton, que des provisions pour cas d'assurance non réglés soient disponibles ou constituées à hauteur des factures non payées des années précédentes. L'examen des réserves légales et des provisions de l'année écoulée a lieu au stade de la vérification des comptes par l'organe de révision. Dans le cadre de l'approbation des primes, il ne reste à l'OFSP qu'à contrôler que les réserves minimales et les provisions sont probablement suffisantes pour l'année en cours, de même qu'avec les primes fixées pour l'année suivante sur la base d'un budget plausible. L'analyse des variations que les réserves sont susceptibles de connaître à l'avenir s'appuie notamment sur l'évolution de l'effectif d'assurés, mais fait appel aussi à d'autres indicateurs et chiffres-clés.

¹¹ Cf. 4.3.3, fixation des primes cantonale et régionale.

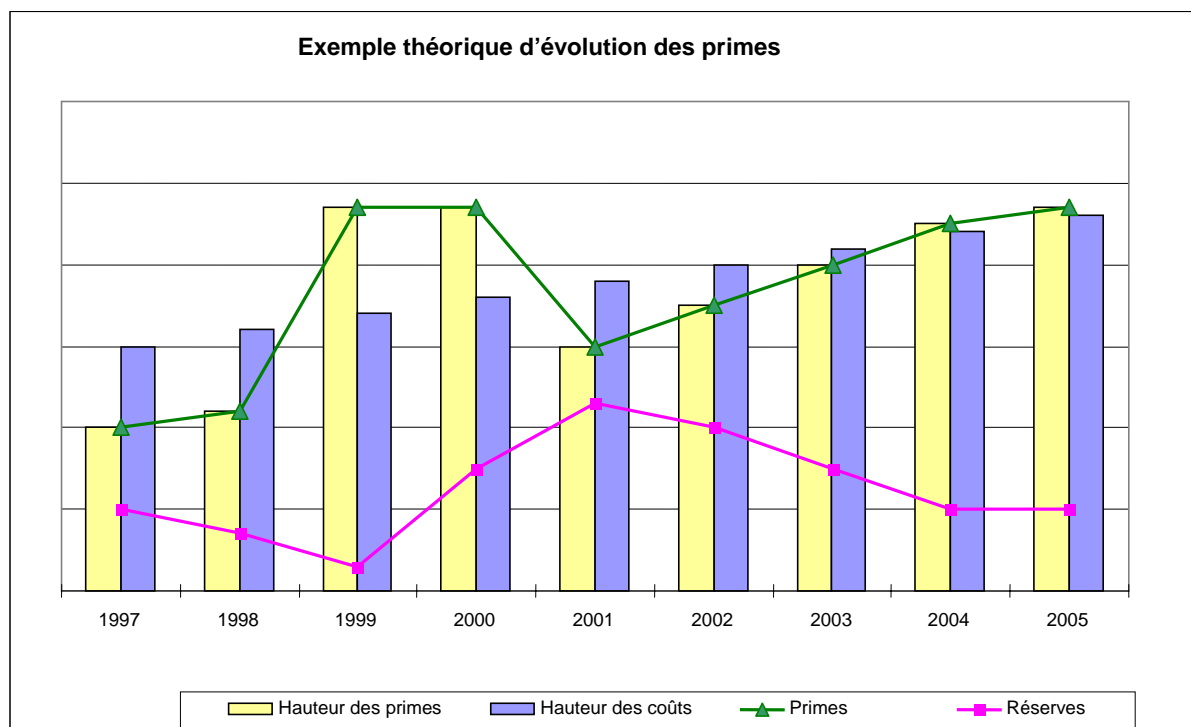
¹² Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2004 ; OFSP Amal 02.06.

Données nécessaires à la surveillance AOS – exercice 2005, publiées par l'OFSP (septembre 2006).

Selon la pratique d'approbation de l'OFSP, les réserves minimales prescrites par la loi sont à respecter.¹³ 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.

Il faut absolument veiller à empêcher toute brusque variation des réserves, sous l'effet p. ex. d'une diminution des réserves minimales légales. Un recours massif aux réserves en lieu et place d'une évolution de 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. Le graphique ci-dessous (tableau 3) illustre ce principe et montre de surcroît qu'une fluctuation trop rapide des réserves d'un assureur risque d'entraîner pour les primes une évolution en dents de scie. En effet, la diminution ou la constitution des réserves d'un assureur-maladie a toujours des répercussions sur d'autres caractéristiques structurelles. Selon la situation antérieure et l'objectif visé pour les réserves, une prime basse ou élevée équivaut à un repositionnement sur le marché des primes qui, à son tour, modifiera en profondeur la structure des risques et/ou l'effectif d'assurés de l'assureur-maladie. Le cas échéant, de telles variations peuvent compenser entièrement, voire surcompenser, des modifications souhaitées pour le taux de réserves, par exemple si l'augmentation du volume de primes oblige à constituer davantage de réserve ou si les coûts de l'assureur-maladie explosent suite à un changement de la structure de risques. Le taux de réserves n'est donc pas un paramètre pertinent pour le pilotage des coûts, et ne représente qu'un indicateur pour juger de la situation financière d'un assureur-maladie. Il importe en outre d'examiner d'un œil critique le montant des réserves. Pour les assureurs-maladie possédant un très petit portefeuille, un faible montant en chiffres absolus suffit pour afficher un taux de réserves supérieur aux exigences légales. Aussi l'art. 78, al. 5, OAMal oblige-t-il les petits assureurs comptant moins de 50 000 assurés à se réassurer.

Tableau 3 : Exemple théorique d'évolution des primes



¹³ Circulaire OFSP n° 5.1, point 6.

4.3.3 Fixation des primes par canton et par région

En vertu de l'art. 61, al. 2, LAMal, les assureurs peuvent échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions, et donc ne pas percevoir des primes uniformes. La compensation des risques, opérée sur le plan cantonal, souligne encore l'autonomie des systèmes cantonaux. Les primes cantonales doivent ainsi refléter les coûts enregistrés dans le canton. La répartition en régions de primes se justifie si des différences générales de coûts permettent de subdiviser un canton en deux ou trois régions. L'art. 61, al. 2, LAMal, stipule que l'OFSP délimite les régions uniformément pour tous les assureurs. L'autorité de surveillance contrôle la fixation régionale des primes en même temps qu'elle procède à l'examen des réductions des primes.¹⁴

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 des revenus. Tous les budgets remis à l'OFSP sont ventilés par canton, sauf pour les effectifs comprenant moins de 300 personnes dans un canton. En effet, d'aussi petits portefeuilles ne se prêtent pas au calcul actuariellement correct d'une prime, puisqu'un seul cas très coûteux renchérirait à tel point la prime cantonale que la solidarité entre tous les assurés ne serait plus garantie. Par conséquent, les assureurs peuvent gérer ces très petits effectifs dans un compte groupé. Pour la même raison, l'OFSP définit chaque année, pour les portefeuilles cantonaux de moins de 300 assurés, une prime minimale et une prime maximale fondées sur la prime moyenne cantonale – ou régionale – de l'année en cours.¹⁵

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. La pratique d'approbation de l'OFSP précise que les primes doivent en principe être fixées de façon à ce que la contribution (positive ou négative) par assuré dans chaque canton soit identique.¹⁶ Les analyses internes effectuées par l'autorité de surveillance pour chaque assureur font apparaître les résultats cantonaux cumulés. Il importe de préciser que cet examen des réserves cantonales calculatoires 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 constituées 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.

Les assureurs-maladie doivent tendre à moyen ou long terme à l'équilibre de leurs comptes cantonaux, et donc veiller à ce que, dans chaque canton, les encaissements liés aux primes correspondent aux dépenses effectuées. Il est à noter que, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les assureurs ont globalement diminué leurs réserves, mais sans les utiliser partout de manière proportionnelle. D'où l'apparition régulière d'inégalités, faisant ensuite l'objet d'une compensation constante entre les cantons. Or l'ajustement correspondant des situations cantonales exige beaucoup de prudence et son calendrier doit être en principe laissé à l'appréciation des assureurs. L'autorité de surveillance veillera quant à elle, lors de l'approbation des primes, à ce que la fixation des primes par les assureurs produise des résultats menant à moyen terme au but visé. Une adaptation précipitée des excédents ou des déficits cumulés au niveau cantonal, moyennant une prime très éloignée des coûts, se traduirait par des « sauts » de primes importants pour arriver à les remettre au niveau des coûts. De tels sauts de primes sont d'ailleurs contraires à l'intérêt des assurés qui, dans le cadre du financement d'après le système de la répartition des dépenses, se fient à une

¹⁴ Voir ci-dessous 4.4.1.

¹⁵ Circulaire OFSP n° 5.1, point 6. Les primes minimales et maximales et des explications concernant leur mode de calcul figurent à l'annexe 1 de la circulaire.

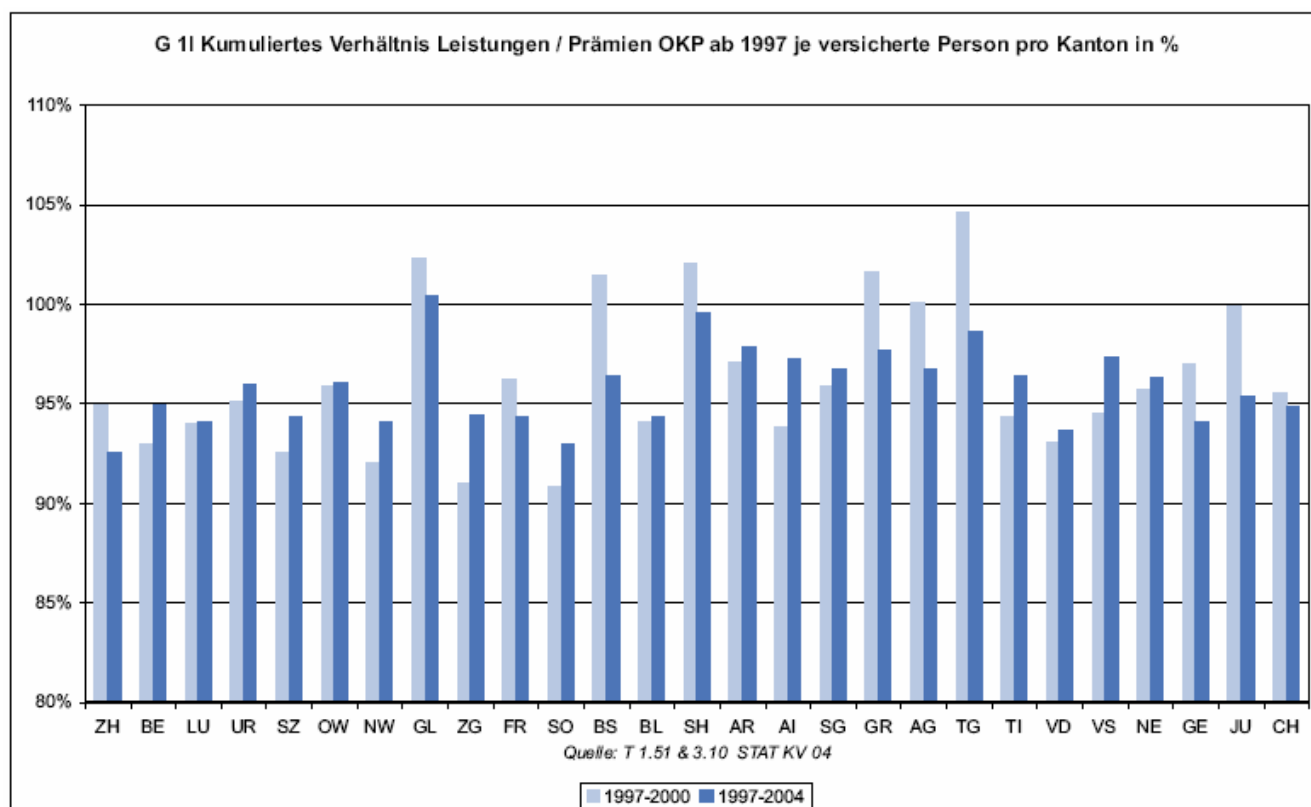
¹⁶ Circulaire OFSP n° 5.1, point 6.

certainne continuité dans l'évolution des primes comme indice qu'un assureur fixe soigneusement ses primes.

L'autorité de surveillance astreint les assureurs à fixer à moyen terme leurs primes en fonction des coûts engendrés sur le plan cantonal. Elle leur laisse toutefois une certaine marge de manœuvre pour leur permettre de procéder dans chaque canton aux adaptations nécessaires à la moyenne suisse, compte tenu de leur situation financière globale et d'une évolution des primes économiquement judicieuse dans chaque canton. Les résultats cumulés de tous les assureurs d'un canton sont déterminants pour évaluer le rapport entre les coûts et les primes. Les écarts affichés par certains assureurs sont sans importance ici, étant donné que les assurés ont en tout temps la possibilité de changer d'assureur.

Si l'on considère le rapport entre les prestations et les primes cumulées par assuré dans l'AOS au niveau cantonal durant la période 1997 à 2004 (tableau 4), les valeurs extrêmes montrent clairement le niveau trop élevé (rapport < ~94 %) ou trop bas (rapport > ~96 %) des primes par rapport aux prestations dans les années 1997 à 2000. La valeur de référence est la moyenne suisse, proche de 95 %. On y voit également les corrections opérées de 2000 à 2004, sous forme d'ajustement des primes par rapport aux années 1997 à 2000. Or certains cantons en sont encore éloignés. Il s'agira donc de rapprocher ces rapports de la moyenne suisse à moyen terme par une fixation et une approbation rigoureuse des primes, compte tenu de la situation respective des assureurs actifs dans les cantons concernés.

Tableau 4 : Rapport prestations / primes cumulé dans l'AOS¹⁷



¹⁷ OFSP, statistique AM 2004, p. 15.

4.4 Contrôle de la légalité des réductions de primes

Les primes de l'AOS sont fixées en partant d'une prime cantonale de base égale pour tous les assurés et en tenant compte des différentes réductions de primes. Les réductions maximales de primes et l'ordre de succession à observer dans les calculs, qui sont régis par la LAMal et l'OAMal, laissent une certaine marge de manœuvre aux assureurs. En outre, dans sa circulaire sur les primes¹⁸, l'OFSP a donné des instructions aux assureurs en vue d'une application uniforme de ces dispositions.

L'autorité de surveillance fait respecter les réductions maximales de primes et les principes de calcul définis, et garantit ainsi la solidarité entre assurés voulue par la LAMal et l'OAMal. Les assureurs jouissent d'une grande marge de manœuvre pour fixer les réductions de primes dans le respect des maxima légaux. Le montant des réductions de primes est censé reposer sur des différences de coûts, mais, dans l'intérêt de la concurrence, l'autorité de surveillance ne doit pas limiter sans nécessité la marge de manœuvre des assureurs lors de l'approbation des primes.

4.4.1 Réductions liées aux régions de primes

L'art. 61, al. 2, LAMal offre aux assureurs la possibilité d'échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions de primes. Selon l'art. 91 OAMal, la différence maximale entre les primes de l'assurance ordinaire avec la couverture du risque accident à l'intérieur des régions d'un canton est limitée en pourcentage, pour des raisons de solidarité. Les assureurs doivent impérativement respecter les valeurs maximales von 15% zwischen der Region 1 und der Region 2 und von 10% zwischen der Region 2 und der Region 3 eines Kantons fixées par le Conseil fédéral, l'autorité de surveillance ne tolérant aucun dépassement lors de la procédure d'approbation des primes. Dans les limites de ces valeurs, l'assureur possède une grande marge de manœuvre, n'étant même pas obligé d'échelonner les primes par régions. L'autorité de surveillance collecte et contrôle ici uniquement les comptes d'exploitation cantonaux et laisse les assureurs libres de définir les réductions de primes par régions à partir des différences de coûts constatées, à condition que leurs comptes d'exploitation cantonaux soient équilibrés.

4.4.2 Réductions liées à l'âge

Selon l'art. 61, al. 3, LAMal, les assureurs *doivent* fixer, pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Les assureurs ne sont pas autorisés à exempter complètement les enfants du paiement des primes¹⁹. Par contre, les primes des enfants ne devant pas nécessairement couvrir les coûts, les assureurs sont libres de tenir compte de la situation des familles nombreuses et d'accorder un rabais supplémentaire, par exemple, dès le 3^e enfant. La pratique d'approbation des primes de l'OFSP autorise des réductions de primes pour les enfants entre 65 % et 90 % de la prime de l'assurance ordinaire des adultes de la même région²⁰.

Selon l'art. 61, al. 3, 2^e phrase, OAMal, les primes des jeunes adultes de 19 à 25 ans *peuvent* être réduites par les assureurs. Les jeunes adultes de 19 à 25 ans ne représentent pas un groupe de risque spécifique mais font partie du groupe de risque des adultes. S'agissant d'une norme à caractère de politique familiale, les assureurs ne doivent pas fournir de motifs économiques à l'octroi de rabais pour les jeunes adultes. En effet, c'est au sein du groupe de risque des adultes dans son ensemble que la solidarité doit être garantie et que les coûts totaux, compensation des risques comprise, doivent être couverts au moyen des primes. La pratique d'approbation des primes de l'OFSP autorise des réductions de

¹⁸ Circulaire OFSP n° 5.1, points 2.1 à 2.7.

¹⁹ Décision du Conseil fédéral du 22 octobre 1997, ch. 11, dans RAMA 6/1997, p. 399 ss.

²⁰ Circulaire OFSP n° 5.1, point 2.2.

primes pour les jeunes adultes jusqu'à 30 % de la prime ordinaire des adultes de la même région.²¹

L'autorité de surveillance laisse les assureurs entièrement libres de fixer leurs primes dans les fourchettes fixées, et n'intervient qu'à titre exceptionnel, si des rabais de primes excessifs sont susceptibles de menacer à moyen ou long terme la sécurité financière de l'assureur.

4.4.3 Réductions liées aux franchises à option

L'assurance avec franchise à option et les réductions maximales de primes pouvant être accordées sur la prime de l'assurance ordinaire sont réglées aux art. 62, al. 2, let. a, LAMal ainsi que 90c et 95 OAMal. L'art. 95, al. 2 bis stipule que la réduction de primes ne doit pas être plus importante que 80% du risque supplémentaire pris par l'assuré. Le Conseil fédéral a en outre fixé, à l'art. 90c, al. 1, OAMal, une prime minimale de 50% de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents qui ne doit pas être dépassée par les réductions de primes. L'autorité de surveillance laisse une grande marge de manœuvre aux assureurs-maladie, pour autant qu'ils respectent les limites maximales des réductions de primes fixées par voie d'ordonnance pour les divers niveaux de franchise à option. Les examens financiers effectués par l'autorité de surveillance portent sur l'assurance avec franchise à option dans son ensemble et non sur chacun des niveaux définis. Dans le cadre de l'approbation des primes, l'OFSP fixe les réductions de primes maximales dans le cadre de la procédure d'approbation et applique le principe voulant que la prime de l'assurance avec franchise à option soit fixée selon des exigences actuarielles²².

4.4.4 Réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations

L'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, autre forme particulière d'assurance, a pour base légale les art. 41, al. 4 et 62, al. 1 et 3, LAMal et ses modalités sont précisées, notamment la réduction de primes, aux art. 90c et 99 ss OAMal. Selon l'art. 101, al. 3, OAMal, les rabais de primes autorisés pour les modèles d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations peuvent se situer au plus à 20 %, après avoir été démontrés par des chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables. Des réductions de primes ne sont admises que pour les différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations ainsi que du mode et du niveau particuliers de la rémunération des fournisseurs de prestations. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes. Le Conseil fédéral a édicté cette disposition en pensant notamment aux cabinets HMO et aux modèles du médecin de famille ayant une responsabilité budgétaire, dans le but d'empêcher l'octroi de réductions de primes trop élevées avant la consolidation des valeurs empiriques liées aux économies de coûts réalisées. L'autorité de surveillance est désormais confrontée à un grand nombre de modèles d'assurance (HMO, modèles du médecin de famille, listes de médecins et listes d'hôpitaux, modèles avec consultation médicale par téléphone) et doit procéder à chaque fois à des contrôles différenciés des rabais. Ce faisant, il lui faut tenir compte du risque financier accru qui apparaîtrait si les assureurs ne trouvent pas un juste équilibre entre la réduction de leurs recettes et celle des coûts. A fortiori parce que les assureurs ont la possibilité d'associer ces modèles d'assurance à l'assurance avec franchise à option.

Les assureurs doivent faire parvenir à l'OFSP, au plus tard au 30 juin de chaque année, les méthodes de calcul et les chiffres empiriques au sens de l'art. 101, al. 3, OAMal, sur lesquels se basent les réductions de primes accordées dans le cadre des modèles impliquant un

²¹ Circulaire OFSP n° 5.1, point 2.2.

²² Voir art. 95, al. 1 bis, OAMal.

choix limité des fournisseurs de prestations, afin de justifier celles-ci pour les modèles d'assurance qui sont sur le marché depuis plus de cinq années²³.

Une réduction appropriée sur la prime de l'assurance ordinaire s'impose pour rendre un tel modèle d'assurance attrayant même pour les assurés malades qui n'optent pas pour une franchise à option faute d'incitation financière. Dans le domaine de l'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, l'autorité de surveillance laisse donc une très grande marge de manœuvre aux assureurs, dans les limites des dispositions légales, et tolère pour les modèles dont il est prouvé qu'ils permettent des économies de coûts des réductions de primes allant au-delà de l'économie de coûts attendue, afin de créer une incitation financière au choix d'un tel modèle.

L'autorité de surveillance accorde aux assureurs, dans le cadre d'une analyse différenciée des divers modèles d'assurance, une grande marge de manœuvre pour déterminer leurs réductions de primes, et empêche seulement que les primes ne soient fixées de manière manifestement abusive. Durant les cinq premiers exercices comptables, l'assureur peut fixer librement les rabais, pour autant que la limite de 20 % prévue à l'art. 101, al. 3, OAMal soit respectée, que des réductions de primes trop élevées ne menacent pas sa situation financière et que les rabais soient différenciés en fonction des économies de coûts attendues. Ainsi les assureurs accordent aujourd'hui des réductions de primes allant jusqu'à 20 % pour les HMO, 15 % pour les modèles du médecin de famille et 10 % pour les autres modèles laissant prévoir de moindres économies de coûts.

4.4.5 Réductions liées à la suspension de la couverture des accidents

Selon l'art. 8, al. 1, LAMal, la couverture du risque accident peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert pour ce risque en vertu de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20). Dans ce cas, l'assuré bénéficie d'une réduction de primes. En vertu de l'art. 91a, al. 2, OAMal, les assureurs peuvent réduire les primes de l'AOS des personnes qui ont conclu une assurance facultative ou par convention selon la LAA, pendant la durée de la couverture du risque accident.

Dans les deux cas, la réduction accordée lors de la suspension de la couverture du risque accident ne pourra pas excéder la part de prime qui correspond à la couverture de ce risque. Les coûts engendrés par les accidents doivent par conséquent être couverts par la part de la prime²⁴ consacrée à la partie « accidents » de l'AOS. Les assureurs doivent ainsi fixer les rabais selon les coûts « accidents » de leur portefeuille d'assurés. La réduction maximale est fixée à 7 % selon l'art. 91a, al. 4, OAMal.

La réduction de primes liée à la suspension de la couverture du risque accident doit être constante en pourcentages pour toutes les primes d'un même canton.²⁵ L'autorité de surveillance recueille au niveau national, en tenant compte de la séparation entre les risques de maladie et d'accident, les comptes d'exploitation des assureurs-maladie, et établit à partir de là des analyses à moyen et long terme de la part des coûts des accidents aux coûts totaux de chaque assureur. La séparation en fonction de la maladie et de l'accident est également faite par les assureurs sur le plan cantonal, mais l'autorité de surveillance ne perçoit pas les données détaillées correspondantes. Compte tenu de la charge liée à la collecte et à l'examen de cette importante quantité de données et des restrictions que l'autorité de surveillance introduirait probablement ainsi dans le marché, l'OFSP accorde aux assureurs dans ce domaine une grande marge de manœuvre, à condition que la limite maximale prévue à l'art. 91a, al. 4, OAMal soit respectée dans tous les cantons et que la réduction de primes opérée ne dépasse pas de beaucoup, sur le plan suisse, la part des coûts des accidents aux coûts totaux. Les réductions de primes correspondantes peuvent

²³ Circulaire OFSP n° 5.1, point 2.4.

²⁴ Voir RAMA 1998, n° K 23, p. 59, consid. 2a.

²⁵ Circulaire OFSP n° 5.1, point 2.7.

varier considérablement d'un assureur et d'un canton à l'autre, selon la structure de risques, le niveau des primes et la marge de manœuvre mentionnée accordée aux assureurs.

4.4.6 Prime minimale

Selon l'art. 90c, al. 1, OAMal, la prime des formes particulières d'assurance (art. 93 à 101 OAMal) doit s'élever à au moins 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture du risque accident du groupe d'âge et de la région de prime de l'assuré. Or, cette prime minimale ne peut être atteinte qu'après la réduction de prime due à une éventuelle suspension de la couverture du risque accident. Par conséquent, les assureurs doivent fixer les réductions de primes liées aux franchises à option et au choix limité des fournisseurs de prestations de telle sorte qu'ils puissent encore accorder la réduction pour la suspension de la couverture du risque accident (pourcentage constant pour toutes les primes d'un canton). Dans la mesure où un rabais aussi substantiel n'est possible que lors de l'octroi d'une réduction de primes dans le cadre de l'assurance avec franchise à option, cette disposition revient à fixer dans ce contexte une prime minimale contraignante pour l'assureur. L'autorité de surveillance impose le respect systématique de cette prime minimale en accordant le rabais pour suspension de la couverture accidents dans le cadre de l'approbation des primes.

4.4.7 Ordre de calcul des réductions de primes

Les réductions de primes doivent être appliquées dans l'ordre défini à l'art. 90b OAMal. En effet, la fixation de réductions maximales au sens de l'art. 62, al. 3, LAMal n'a de sens que si l'ordre correspondant est dûment spécifié.

Les réductions de primes doivent être appliquées dans l'ordre suivant:

- a. réductions liées aux régions de primes (art. 91, al. 1 et 2, OAMal) ;
- b. réductions liées à l'âge (art. 91, al. 3, OAMal) ;
- c. réductions liées aux franchises à option (art. 95) ;
- d. réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations (art. 101) ;
- e. réductions liées à la suspension de la couverture des accidents (art. 91a).

L'OFSP a rédigé des explications techniques détaillées en vue de l'application uniforme du droit fédéral régissant l'ordre des réductions de primes.²⁶ Dans le cadre de l'approbation des primes, l'autorité de surveillance ne tolère aucune dérogation aux dispositions légales concernant l'ordre de calcul des réductions de primes, qu'elle fait appliquer le cas échéant.

4.5 Prise en compte de la position des cantons

Lors de l'évaluation des prises de position des cantons, l'OFSP distingue entre les remarques concernant la situation du canton et l'évolution globale des coûts, et les observations portant sur les primes déposées individuellement par les assureurs. Les prises de position cantonales concernant l'évaluation de la situation en général et l'établissement du budget sont de précieux compléments d'information – en particulier pour l'évolution des coûts dans le canton et la budgétisation –, à prendre dûment en compte lors de l'approbation des primes. Les remarques émises sur les primes déposées par les divers assureurs sont accessibles aux membres compétents de l'autorité de surveillance, qui peuvent les comparer à leurs propres évaluations. Par contre, comme l'autorité de surveillance évalue la fixation respective des primes des divers assureurs selon une approche globale de leur situation financière ainsi que des possibilités économiquement judicieuses d'adapter concrètement leurs primes, l'examen que chaque canton effectue sur son propre territoire n'apporte rien à ses propres vérifications. En effet, un contrôle rigoureux des primes n'est possible qu'à condition d'avoir une vue d'ensemble de la situation financière d'un assureur-maladie sur le

²⁶ Circulaire OFSP n° 5.1, point 2.7.

plan suisse. Il convient également de rappeler qu'un assureur-maladie répond de ses obligations dans son domaine d'activité sur son propre capital.

Les cantons ont un intérêt justifié à ce que sur leur territoire le niveau des primes ne soit pas excessif par rapport aux coûts alors que ce serait l'inverse ailleurs, et ils le font régulièrement valoir dans leurs prises de position. L'autorité de surveillance exige donc à chaque fois que l'utilisation des excédents cumulés ou la couverture des déficits cumulés liés aux coûts et aux primes se fassent dans le canton concerné.²⁷

Dans ses évaluations, l'autorité de surveillance prend toujours en compte l'avis des cantons sur l'examen global de la situation cantonale et l'évolution des coûts. Comme les assurés bénéficient du libre passage intégral pour changer d'assureur, l'élément déterminant au niveau du canton n'est pas la fixation de primes de chaque assureur mais le rapport entre les coûts et les primes pour l'ensemble des assureurs. L'autorité de surveillance est seule habilitée à évaluer la fixation individuelle des primes par chaque assureur, sur la base d'un examen global de la situation financière et des possibilités économiquement judicieuses de mettre en application les adaptations de primes.

4.6 Transparence des décisions prises par l'autorité de surveillance

Tant les vérifications des comptes que l'approbation des primes en particulier, avec les critères de décision correspondants et la prise de décision, sont documentées au sein de l'administration de manière claire et détaillée. Les journaux des économistes chargés d'approuver les primes contiennent toutes les réflexions, les données et les informations ayant contribué à leur prise de décision. Ils incluent en outre des notes sur la situation commerciale générale des assureurs-maladie. L'existence de ces journaux est directement liée à l'approbation des primes. Ils serviront par la suite à la compréhension, à la documentation et à la transparence des décisions prises. En définitive, les journaux assurent la continuité de la méthode d'examen, préservent au-delà des spécialistes concernés un savoir précis et de qualité sur les assureurs-maladie, et rendent à la fois transparentes et compréhensibles les décisions antérieures prises par l'autorité de surveillance. A l'instar des autres documents concernant l'approbation des primes, les journaux contiennent des données confidentielles sur les assureurs, comme leurs décisions d'entreprise relatives au budget et à la fixation des primes, ou des informations relatives au marché obtenues lors des entretiens avec l'autorité de surveillance. Ces secrets professionnels ne peuvent être divulgués au public, ni à la concurrence, et donc seule l'autorité de surveillance y a accès même après l'approbation des primes.

5 Transparence du financement et de la fixation des primes vis-à-vis des assurés

5.1 Publications et communications relatives au financement et aux primes de l'AOS

5.1.1 Obligation d'informer et publications des assureurs

L'art. 27, al. 1, de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Cette mention par le législateur des droits et obligations des intéressés indique que les devoirs d'information sont très étendus. Quant au niveau de détail des renseignements, il incombe aux assureurs d'informer suffisamment les personnes intéressées pour qu'elles soient en mesure d'effectuer, le cas échéant, les démarches entrant en ligne de compte pour elles dans le cas précis.²⁸ Outre cette obligation générale

²⁷ Voir ci-dessus ; 4.3.3.

²⁸ *Kieser, Ueli*, Kommentar zum ATSG (Commentaires sur la LPGA), Zurich/BâleGenève 2003, Art. 27 ch. 3 ss.

d'informer, la loi et l'ordonnance prévoient différentes obligations spécifiques d'informer ou de renseigner à la charge de l'assureur, qui doivent permettre à l'assuré d'évaluer la situation financière de chaque entreprise.

L'art. 60, al. 4, LAMal oblige les assureurs à établir pour chaque exercice un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels. Le rapport de gestion doit en principe être établi selon les dispositions du code des obligations (CO ; RS 220) relatives aux sociétés anonymes. Les dispositions de la LAMal et de l'OAMal sont également à respecter (art. 60, al. 5, LAMal). Le Conseil fédéral a en outre fait usage de sa compétence au sens de l'art. 60, al. 6, LAMal d'édicter par voie d'ordonnance les dispositions nécessaires concernant le rapport de gestion et sa publication. En vertu de l'art. 85a, OAMal, les assureurs sont tenus de publier le rapport de gestion et de le remettre à l'OFSP jusqu'au 30 juin de l'année suivante. Ils le mettront également à disposition de toutes les personnes intéressées. Le rapport de gestion doit en principe mentionner les données principales par branche d'assurance ainsi que les chiffres visés à l'art. 31, al. 2, OAMal, les données qui sont également publiées par l'autorité de surveillance. Les assureurs-maladie sont par conséquent tenus de publier leurs rapports de gestion (bilan, compte d'exploitation global, comptes d'exploitation des différentes formes d'assurance ainsi que divers chiffres-clés) selon une méthode uniforme.

En ce qui concerne les primes, l'accent est mis sur la communication de la prime approuvée. L'art. 7, al. 2, LAMal, stipule que l'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFSP au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. Cette communication intervient lors de la remise d'une nouvelle police d'assurance indiquant la nouvelle prime. Selon l'art. 89 OAMal, l'assureur doit distinguer clairement entre les primes de l'AOS et celles des autres assurances, la part de la prime pour le risque d'accident inclus devant être mentionnée séparément.

La plupart des assureurs disposent de leur propre journal destiné aux assurés ou d'un site Internet où ils donnent ponctuellement, avec plus ou moins de détails, des informations générales sur l'assurance-maladie et le système de la santé et/ou des informations spécifiques à leur caisse. Il appartient à chaque assureur de signaler à ses assurés d'une façon ou d'une autre, selon la périodicité et avec le degré d'approfondissement qu'il juge bons, des éléments spécifiques à sa caisse ou certains éléments financiers ou actuariels. La concurrence joue ici, permettant à chaque assuré de choisir un assureur ayant mis en place une politique d'information adaptée à ses besoins. En particulier, les services et informations proposés par Internet diffèrent considérablement entre assureurs, et sont autant d'avantages concurrentiels.

Indépendamment de leur obligation générale d'informer, les assureurs publient chaque année un rapport de gestion contenant les données principales et les chiffres relatifs à la pratique de l'assurance. Par ailleurs, ils annoncent aux assurés les nouvelles primes approuvées au moins deux mois à l'avance. A cet effet, l'assureur distingue clairement entre les primes de l'AOS et celles des autres assurances. Beaucoup d'assureurs disposent enfin, comme moyens d'information supplémentaires, de journaux destinés aux assurés et de sites Internet.

5.1.2 Publications de l'OFSP²⁹

Selon l'art. 28 OAMal, les assureurs fournissent à l'autorité de surveillance, conjointement à leurs rapports et comptes annuels³⁰, des données complètes servant à la surveillance de l'assurance-maladie sociale, que l'OFSP analyse et adapte en vue d'une publication. Les données suivantes sont publiées chaque année sur le financement de l'assurance-maladie, la situation financière de chaque assureur et les primes acceptées:

Statistique de l'assurance-maladie obligatoire (Statistique 'AMal)

Dans le cadre de son activité de surveillance, l'OFSP publie chaque année la statistique AMal, qui restitue après dépouillement, dans de nombreux tableaux et graphiques, les données collectées auprès des assureurs, complétées le cas échéant par d'autres sources³¹. Les domaines traités, soit les assurés et les finances, les prestations et la participation aux coûts, les tarifs de primes, la réduction des primes, les données individuelles par assureur, ainsi que des informations complémentaires en rapport avec la santé, sont présentés sous une forme comparable en permanence.

Données relatives à la surveillance de l'AOS

Chaque été, à l'issue de l'examen et de l'analyse des données livrées par les assureurs-maladie, la publication des données servant à la surveillance rend accessibles à tout un chacun tous les chiffres de l'assurance-maladie sociale dont l'art. 31, al. 2, OAMal prévoit la publication. A cette occasion, les chiffres concernant les recettes et les dépenses, le résultat par assuré, les réserves, les provisions pour cas d'assurance non liquidés, les coûts des soins, la compensation des risques, les frais d'administration, l'effectif des assurés et les primes de tous les assureurs sont présentés clairement, offrant une bonne vue d'ensemble des résultats, de la situation financière et de l'évolution de chaque assureur et de l'AOS en général.

Publication du bilan et du compte d'exploitation de chaque assureur

Il est possible de cerner plus précisément encore la situation financière de chaque assureur depuis l'exercice 2005. En vertu de l'art. 31, al. 2, let. j, OAMal, une liste séparée indiquant le bilan et le compte d'exploitation par assureur est mise à disposition du public, dans le cadre de la publication des données servant à la surveillance.

Graphiques commentés de l'AOS

Chaque année, une fois établies les données nécessaires à la surveillance ainsi que les données entrant dans la statistique de l'AMal, un choix d'analyses statistiques représentatives pour expliquer l'évolution des coûts des années précédentes donnent lieu à la publication de graphiques commentés, à titre d'information aux médias.

Monitoring de l'évolution des coûts dans l'AOS

Depuis janvier 2006, l'OFSP représente l'évolution des coûts dans l'AOS sur Internet, dans le cadre d'un monitoring. Le but de l'opération est d'améliorer la transparence sur l'évolution des coûts dans les groupes de prestations pris en charge par l'AOS et d'informer périodiquement, à l'aide de graphiques et de tableaux, sur l'évolution des frais de soins. Ces analyses offrent une vue détaillée de l'évolution des coûts, en permettant de comparer les dépenses des assureurs par canton et par groupe de prestations. Cette présentation vise

²⁹ Publications statistiques de l'OFSP ; assurance-maladie et accidents ; www.bag.admin.ch.

³⁰ Selon l'art. 21, al. 3, LAMal.

³¹ Notamment les données concernant la réduction de primes, la compensation des risques et l'approbation des primes.

non pas à fournir des bases de décision pour la gestion à court terme des coûts, mais à instaurer la transparence parmi les acteurs de la santé et à faire mieux comprendre la structure des coûts et les composantes de l'évolution des coûts, dans l'optique d'une recherche commune d'explications et de mesures susceptibles d'atténuer les coûts.

Publication de l'ensemble des primes approuvées³²

Suite à l'approbation des primes, l'OFSP publie toutes les primes approuvées³³ sur Internet et sur support papier. Chaque assuré a ainsi la possibilité de contrôler la prime communiquée par son assureur et de la comparer avec toutes les autres offres de la même catégorie.

Publication de la prime moyenne

La prime moyenne remplit différentes fonctions dans le système actuel de l'assurance-maladie sociale. D'une part, la communication des cantons concernant l'augmentation moyenne des primes pour l'année suivante se base sur la prime moyenne calculée par l'OFSP. Après l'avoir communiquée aux cantons, il la rend publique à l'issue de l'approbation des primes, pour offrir un chiffre de comparaison par rapport aux années précédentes. D'autre part, divers autres actes relevant du droit fédéral ou cantonal se fondent sur cette prime moyenne par canton et par région. Tel est notamment le cas des bases pour le calcul des prestations complémentaires³⁴, de la législation cantonale relative au droit à la réduction des primes et à ses modalités, et probablement aussi de la future disposition du droit fédéral sur le calcul des contributions fédérales à la réduction des primes dans l'assurance-maladie, dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)³⁵.

Le calcul de la prime moyenne est effectué prospectivement, sur la base des primes approuvées pour l'année suivante dans l'assurance ordinaire avec couverture d'accident (franchise de 300 francs) et des effectifs affichés l'année précédente par chaque assureur, et peut ainsi s'écarter de l'augmentation de la somme des primes annoncée pour l'année suivante. La statistique de l'AMal décrit en détail les modalités techniques concernant la méthode de calcul de la prime moyenne.³⁶

La prime moyenne publiée est calculée prospectivement, sur la base de la prime de l'assurance ordinaire ayant été approuvée. Toute autre forme de calcul exigerait des estimations et des hypothèses supplémentaires, risquant d'affecter la sécurité et la qualité des résultats tout en étant aisément influençables. D'autres raisons encore, à savoir les comparaisons possibles, la continuité et la transparence tant dans la communication qu'à l'usage, parlent en faveur de la méthode employée pour calculer la prime moyenne.

³² www.primes.admin.ch ; www.praemien.admin.ch ; www.premi.admin.ch.

³³ A l'exception des primes de l'assurance avec bonus au sens de l'art. 96 OAMal dont le montant s'obtient, à partir de la prime publiée de l'assurance ordinaire, sur la base d'une formule fixe.

³⁴ Voir l'art. 3b, al. 3, let. d, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC ; RS 831.30) ou les ordonnances d'exécution qui s'y rapportent (RS 831.301 ; RS 831.309.1).

³⁵ Dossier parlementaire 05.070, RPT-législation d'exécution.

³⁶ La méthode exacte est décrite dans les annexes de la statistique de l'AMal, p. ex. Statistique de l'AMal 2004, annexe D.

5.1.3 Services privés de comparaison de primes

Divers acteurs privés ont constaté chez les assurés le besoin de comparer les primes et ont élaboré une offre correspondante. Outre la publication par l'OFSP de toutes les primes approuvées et mises sur le marché, il existe ainsi d'autres aperçus et comparaisons de primes dus à l'initiative privée. A la différence de la publication de l'OFSP, l'assuré n'a aucune garantie quant à l'exhaustivité des primes publiées. En revanche, il peut généralement effectuer des comparaisons de tarification (rating) selon le montant des primes ou d'autres critères, ou calculer les économies de primes qu'il réaliserait en changeant d'assureur ou de modèle d'assurance. Or divers services de comparaison ne recensent que les données des principaux assureurs ou procèdent à d'autres formes de sélection. Outre que les prestataires privés sont libres de limiter le choix des assureurs publiés, ces derniers n'ont aucune obligation de leur fournir les données nécessaires. Les plates-formes de comparaison privées répondent aujourd'hui à un réel besoin, en complément des communications des assureurs et des données provenant des publications officielles. Leur convivialité et les services proposés sont optimisés sous l'effet de la concurrence commerciale, et constamment adaptés à la demande de la population assurée. L'assuré dispose ainsi d'une base de comparaison judicieuse, pour autant qu'il garde à l'esprit que les données émanant de ces services de comparaison privés risquent toujours de ne pas être complètes. L'OFSP est bien conscient que beaucoup d'assurés recourent à de telles prestations et ont tout intérêt à ce que les comparaisons de primes reposent sur des chiffres corrects. Aussi met-il à disposition des services de comparaison privés qui en font la demande, sous forme brute, les données se rapportant aux primes approuvées.

5.1.4 Etendue et qualité des données à disposition

La quantité considérable de données publiées par les assureurs et l'autorité de surveillance, en application des dispositions légales correspondantes, recouvre dans une large mesure les données dont dispose l'OFSP pour son activité de surveillance. Ce n'est que pour les détails d'ordre économique figurant dans le bilan et le compte d'exploitation que l'autorité de surveillance renonce à une publication. Aujourd'hui déjà, les très nombreuses informations ou données d'ordre économique se rapportant au financement de l'assurance-maladie qui sont accessibles aux personnes intéressées exigent certaines connaissances actuarielles et de gestion pour être correctement interprétées. En publiant des données encore plus complètes, les assureurs et l'autorité de surveillance ne contribueraient manifestement pas à améliorer la transparence, mais uniquement à rendre le sujet plus complexe encore. D'où la nécessité pour l'autorité de surveillance, dans le cadre de ses publications, de déterminer la quantité de détails nécessaire pour qu'il reste possible de comparer les informations d'ordre économique des divers assureurs-maladie, et en particulier de se prononcer sur l'exécution conforme à la loi du financement et notamment de la fixation des primes. Enfin, la qualité des données publiées par l'OFSP est très élevée, étant donné qu'elles sont vérifiées autant par les organes de révision indépendants prévus par la loi que par l'autorité de surveillance.

5.2 Transparence et compréhensibilité pour les assurés

5.2.1 Financement de l'AOS

Les dispositions légales sur le financement sont contrôlées et mises en application par les organes de révision externes indépendants et par l'OFSP. Les publications existantes de l'OFSP, en particulier la statistique de l'assurance-maladie et les publications complémentaires thématiques³⁷, se fondent sur les données comptables contrôlées des assureurs et donnent un aperçu complet du financement de l'assurance-maladie sociale, de l'AOS en particulier. Elles présentent notamment les domaines suivants : financement, prestations et participation aux frais, assurance facultative d'indemnités journalières et compensation des risques, sous forme de tableaux et parfois aussi de graphiques, et en

³⁷ www.bag.admin.ch ; thèmes : assurance-maladie, statistiques.

commentent les points importants. Toutes les données collectées auprès des assureurs y sont en principe présentées, sous une forme lisible et se prêtant à des comparaisons. Quant au monitoring de l'évolution des coûts dans l'AOS, il met périodiquement des informations à disposition des personnes intéressées afin qu'elles puissent suivre, sous forme de graphiques ou de tableaux, l'évolution actuelle ou passée des frais de soins. Les analyses réalisées procurent une vision détaillée de l'évolution des coûts. Cette évolution peut être suivie par groupe de coûts au niveau de chaque canton.

Les publications annuelles de l'OFSP présentent le financement de l'AOS de façon transparente et compréhensible pour les personnes intéressées. En particulier, il est possible d'y suivre l'évolution des coûts dans l'AOS par rapport aux années précédentes, et cela pour chaque groupe de coûts.

5.2.2 Données financières des assureurs-maladie

Les publications des caisses-maladie, en particulier leur rapport de gestion, ainsi que la publication par l'OFSP des données nécessaires à la surveillance de l'AOS et des bilans et comptes d'exploitation des assureurs, donnent aujourd'hui une vue très détaillée de la situation financière de chaque assureur et de l'AOS en général. Il faut toutefois garder à l'esprit que l'évaluation de toutes ces données d'ordre économique requiert des connaissances de base en comptabilité et en sciences actuarielles. Les personnes intéressées qui ne disposeraient pas de ces connaissances s'en tiendront aux éléments-clés des données individuelles relatives à la surveillance que publie l'OFSP. Elles disposent ainsi, pour chaque assureur, de données transparentes et aisément comparables, notamment sur les réserves légales et donc la sécurité financière. Les autres données d'ordre économique ou statistique qui sont publiées serviront aux spécialistes du domaine souhaitant se faire par eux-mêmes une opinion plus précise sur des aspects précis du financement. Il convient de préciser que la transparence des comptes d'exploitation des assureurs-maladie dépasse de beaucoup celle des fournisseurs de prestations. Toute personne intéressée trouvera les données financières d'un assureur dans son rapport de gestion ou dans une publication de l'OFSP. En cas de question portant sur la situation financière, elle a la possibilité de s'adresser aux assureurs, en leur qualité d'organes d'exécution de l'assurance-maladie sociale, puis de comparer le cas échéant leurs données avec les publications de l'OFSP, ou alors d'étudier de près et de comparer les données de tous les assureurs directement dans les publications de l'OFSP.

Grâce aux éléments-clés publiés dans les rapports de gestion des assureurs et dans les données individuelles servant à la surveillance de l'AOS, les personnes intéressées disposent de données financières aisées à comparer, garantissant la transparence sur la situation financière de chaque assureur.

5.2.3 Primes et augmentations de primes

a. Possibilités de comparaison entre les primes proposées

Les assureurs doivent se tenir aux critères objectifs prévus par le législateur pour la fixation des primes. Chaque assuré peut donc supposer, étant donné les contrôles sévères effectués par l'autorité de surveillance dans le cadre de l'approbation des primes, que sa prime a été fixée selon les dispositions légales et sert à couvrir les coûts de l'AOS. La fixation des primes par les assureurs peut donc être qualifiée de transparente, alors même qu'il s'agit d'une entreprise complexe d'un point de vue tant économique qu'actuariel.

Dans certains secteurs de la fixation des primes, les décisions d'entreprise de l'assureur ont une incidence sur le montant individuel de la prime, comme l'implique tout système soumis à

la concurrence. A titre d'exemple, un assureur menant une politique d'entreprise favorable aux familles pourra prévoir un rabais élevé pour les enfants et les jeunes adultes, un autre proposer des modèles impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, et un troisième accorder un rabais en cas de paiement par avance de la prime annuelle. Si, dans les limites des possibilités légales, un assureur modifie des rabais ou grève plus ou moins fortement certains groupes d'assurés (p. ex enfants ou jeunes adultes), il appartient aux personnes concernées d'exploiter les avantages du système d'assurance actuel, en particulier le libre passage intégral, et de choisir un assureur qui leur convient davantage du point de vue du montant des primes, des services fournis et de la politique d'entreprise.

Comme le catalogue des prestations, fixé par la LAMal, est le même pour tous les assureurs, rien ne s'oppose à la comparaison du montant des primes, contrairement au secteur des assurances complémentaires où les offres de prestations varient considérablement. La pratique actuelle, à savoir la communication par l'assureur de la nouvelle prime approuvée par l'OFSP, est certainement la solution la plus transparente pour permettre aux assurés de comparer leur prime actuelle avec la future prime. Le fait qu'elle soit sujette à une évolution inégale – pour toutes sortes de raisons – n'est pas essentiel pour les assurés individuels. En effet, ils peuvent comparer la prime communiquée par leur assureur aux offres équivalentes proposées sur le marché, et choisir un autre assureur ou un autre modèle d'assurance. La publication par l'OFSP de toutes les primes approuvées permet aux assurés d'effectuer une comparaison indépendante et neutre de toutes les primes offertes sur le marché à l'endroit où ils résident.

La fixation des primes s'effectue en principe selon des critères objectifs (prestations nettes et évolution) figurant dans la loi, que l'autorité de surveillance contrôle et applique dans le cadre de l'approbation des primes. Ainsi tous les assureurs fixent leurs primes de manière techniquement uniforme et comparable. Les possibilités de comparer toutes les primes du marché et le libre passage intégral permettent aux assurés de choisir un assureur correspondant à leurs exigences en matière de niveau de primes, de modèles d'assurance proposés, de réduction de primes et de politique entrepreneuriale.

b. Comparabilité des primes et de l'augmentation des primes avec les coûts et l'évolution des coûts

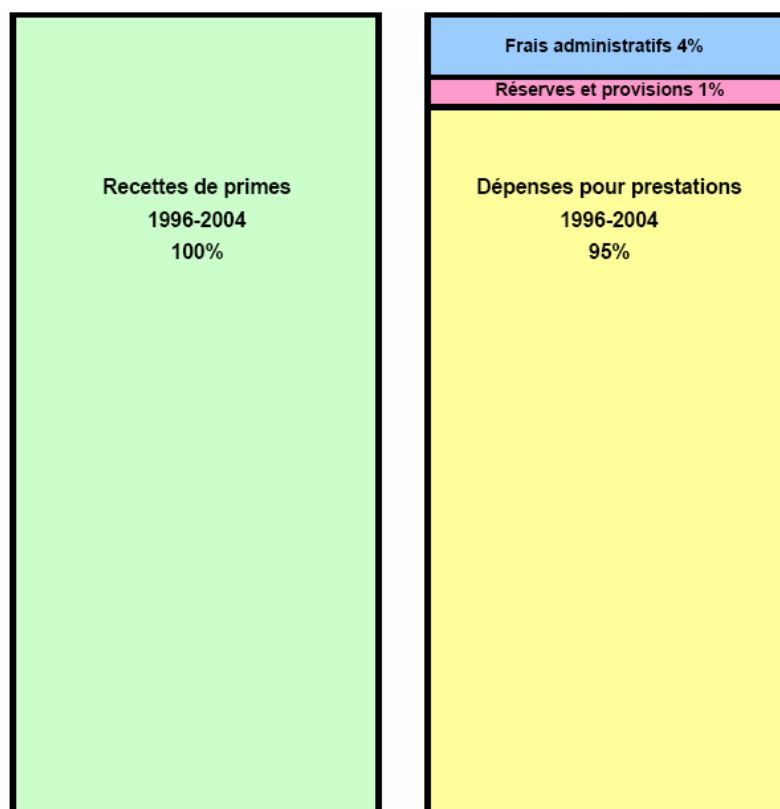
Evolution des coûts et des primes dans l'AOS

Entre 1996 et 2004, les assureurs-maladie ont encaissé dans le cadre de l'AOS des primes d'une valeur totale de 126 557 millions de francs, alors qu'ils dépensaient 119 911 millions de francs sous forme de prestations. La différence de 6646 millions de francs a alimenté les réserves (112 millions) et les provisions (1033 millions). Le solde (5500 millions, soit 4,3 % du volume des primes) s'explique essentiellement par les frais d'administration des assureurs. Ces chiffres montrent que les primes et les prestations dans l'AOS ont connu une évolution similaire de 1996 à 2004 et que le 95% des primes a été utilisé afin de payer des prestations. Il se peut toutefois, pour différentes raisons, que l'évolution annuelle des primes ne corresponde pas à celle des coûts. Les causes en sont principalement les écarts budgétaires, la constitution ou la diminution de réserves, les déséquilibres temporaires du rapport entre les coûts et les primes dans certains cantons³⁸ et le décalage temporel entre la fixation des primes et l'évolution affichée des coûts. De même, l'augmentation moyenne des primes³⁹, calculée prospectivement pour l'année suivante sur la base des primes approuvées, ne peut être comparée à l'évolution des coûts, qui n'est connue que pour les années précédentes.

³⁸ Voir table 4 sous 4.3.3 ; rapport cantonal entre les coûts et les primes.

³⁹ Voir 5.1.2 ; publication de la prime moyenne.

Tableau 5: Relation entre prestations et primes cumulées de l'AOS⁴⁰



Entre 1996 et 2004, les primes ont renchéri conformément à l'évolution des coûts et près de 95 % des recettes de primes ont été affectées au paiement de prestations. L'évolution des coûts ne peut être comparée à l'évolution annuelle des primes, mais doit être examinée à moyen terme et mise en relation avec les primes. A moyen terme, les primes affichent une évolution parallèle à celle des prestations.

Différences en matière de primes et d'évolution des primes des assurés

Différentes raisons font que l'on ne peut comparer la prime individuelle d'un assuré donné et son augmentation à l'évolution des coûts dans l'AOS. Chaque assureur-maladie fixe ses primes selon sa situation individuelle. Or l'évolution de la prime 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 1057 francs et 3553 francs et les réserves entre 245 francs (taux de réserves de 9,1 %) et 589 francs (taux de réserves de 20,8 %) par assuré.⁴¹ La différenciation possible sous forme de réduction des primes tire sa justification des différences de coûts inhérentes au portefeuille de chaque assureur, qui se prêtent là encore à des aménagements variés. Dans le système de concurrence entre les 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. Les critères principaux pour la fixation des primes demeurent les coûts (prestations nettes, compensation des risques, frais d'administration) et leur évolution prévue. Ici aussi, la précision plus ou moins grande des budgets établis se répercute sur l'évolution des primes des assureurs.

⁴⁰ OFSP, Statistique AMal.

⁴¹ Données nécessaires à la surveillance AOS pour l'exercice 2004 ; OFSP.

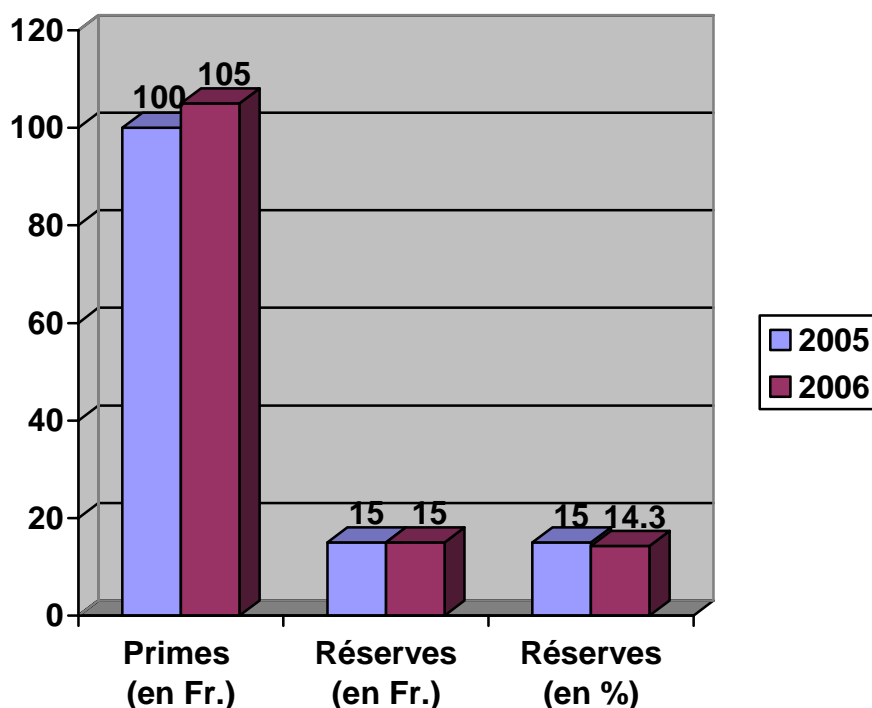
Les différences de primes et leur évolution dissemblable résultent de la différence des coûts supportés par les assureurs. En outre, les différences constatées entre assureurs et au sein d'un même assureur proviennent d'un traitement différencié en matière de réduction des primes et de l'exactitude plus ou moins grande apportée à l'établissement du budget.

Constitution de réserves suite à l'augmentation des primes

En cas d'augmentation des coûts, le lien existant entre les réserves et les primes dues implique une hausse de primes légèrement supérieure au renchérissement. Si les coûts augmentent d'un franc et si la hausse de primes est d'un franc aussi, comme la somme des réserves reste constante le taux de réserve diminuera suite au volume de primes plus élevé (voir graphique ci-dessous, tableau 6). Pour cette raison, l'assureur doit veiller à réaliser un léger bénéfice sur chaque augmentation de prime, de manière à accroître ses réserves légales en francs et à les préserver en pourcentage.

La hausse du volume total de prestations est le facteur déterminant pour calculer les primes. En effet, l'évolution pronostiquée pour le volume de prestations prend déjà en compte les provisions rendues nécessaires par le décalage temporel entre l'encaissement des primes et la prise en charge des coûts. Autrement dit, contrairement aux réserves dont la constitution s'impose, il n'est pas nécessaire dans l'AOS d'affecter spécifiquement à l'alimentation de provisions une part du volume des primes (ou des augmentations de primes).

Tableau 5 : Exemple théorique. Si les primes augmentent alors que les réserves restent constantes en francs, le taux de réserve exprimé en pourcentage diminuera.



c. Contrôle judiciaire de la prime approuvée

Tout assuré peut faire examiner par un tribunal la prime approuvée pour lui. Le Tribunal fédéral des assurances s'est prononcé sur l'étendue de l'examen mené par le juge, habilité à contrôler l'application correcte de la prime et le respect des principes de financement inscrits

dans la LAMal.⁴² Il a précisé ainsi que le tribunal ne peut substituer sa propre appréciation à l'autonomie dont jouissent les assureurs pour fixer la prime ou à l'appréciation de l'autorité de surveillance lors de l'approbation des primes. Il doit toutefois contrôler si la prime approuvée a été appliquée correctement dans le cas qui lui est soumis, et si p. ex. la région de prime, la catégorie d'âge, le niveau de franchise et le rabais ont été correctement pris en compte. En outre, le tribunal doit contrôler la légalité du financement. Il vérifie ainsi l'application du système de répartition des dépenses (art. 60, al. 1, LAMal), le financement autonome de l'AOS (art. 60, al. 2 et 3, LAMal) et la comptabilité distincte tenue pour l'AOS et chacune des formes particulières d'assurance (art. 81, al. 1, OAMal), contrôlant également la répartition correcte des frais administratifs prévue à l'art. 84 OAMal. La teneur de ce contrôle portant sur la légalité du financement correspond aux vérifications et attestations émanant de l'organe de révision prévu par la loi, dans le cadre des rapports de révision et de l'examen du catalogue de questions spécifiques à la LAMal. Le tribunal peut par conséquent s'appuyer dans son contrôle sur les déclarations de l'organe de révision indépendant visé à l'art. 86 OAMal.

Les primes individuelles acceptées peuvent être contrôlées par un tribunal. Son rôle dans un cas concret se limite toutefois à contrôler l'application correcte de la prime et à vérifier si le financement en place est conforme à la loi.

6 Besoin d'intervention concernant l'approbation des primes et l'information des assurés

6.1 Approbation des primes par l'autorité de surveillance

Les critères de décision en matière d'approbation des primes et l'ampleur des contrôles effectués par l'autorité de surveillance ont été expliqués en détail plus haut. Il est apparu ainsi que le financement prévu par la LAMal selon le principe de répartition des dépenses, de même que les dispositions relatives à la fixation des dépenses et aux réductions de primes sont adéquats pour instaurer à moyen terme un rapport équilibré entre les coûts et les primes, ainsi que pour garantir la solidarité entre assurés. L'approbation des primes sert à respecter les dispositions légales et répond aux objectifs fixés. Les primes correspondent à moyen ou long terme aux coûts subis, les réserves légales sont en principe respectées et les dispositions légales concernant la fixation des primes et les réductions de primes sont utilisées de manière uniforme. En outre, les principes de financement existants, de même que le contrôle rigoureux de leur respect par les organes de révision prévus par la loi et par l'autorité de surveillance, garantissent que les primes servent à couvrir les coûts de l'AOS. Une estimation trop élevée ou insuffisante des prestations à venir aura pour seul effet d'avancer ou de retarder l'utilisation des primes encaissées. Dans le cadre de l'approbation des primes, l'autorité de surveillance amène les assureurs à utiliser le droit fédéral de manière uniforme, sans restreindre la concurrence entre eux par une interprétation trop étroite des dispositions légales. Elle leur laisse en particulier un certain laps de temps à disposition lors de la fixation des primes, afin qu'ils puissent procéder aux adaptations de primes nécessaires dans chaque canton, compte tenu de leur situation financière et d'une évolution économiquement judicieuse des primes. Ainsi, la fixation de la future prime et donc les futurs résultats financiers relèvent toujours de la responsabilité de chaque assureur, sous réserve du respect des dispositions légales.

Le Conseil fédéral juge l'approbation des primes faite par l'autorité de surveillance à la fois transparente et appropriée, du point de vue des données récoltées et de leur examen. La procédure actuelle, de même que les examens décrits plus haut et les critères de décision de l'autorité de surveillance, permettent d'atteindre les buts de l'approbation des primes – soit la fixation de primes correspondant aux coûts engendrés, la solvabilité des assureurs-maladie et l'application uniforme des dispositions légales afférentes à la fixation des primes

⁴² ATF 131 V 66 consid. 5.2 et 5.3.

et aux réductions de primes—, sans pour autant restreindre inutilement la marge de manœuvre nécessaire à la concurrence entre assureurs lors de la fixation des primes. Pour les raisons qui précèdent, le Conseil fédéral ne voit aucune nécessité de modifier les dispositions légales sous-jacentes.

6.2 Information des assurés – Transparence de l'évolution des primes

Les questions relevant du droit des assurances sociales en général, et le calcul des tarifs de primes en particulier, sont complexes et difficiles à comprendre pour le citoyen. Cette complexité existe indépendamment du modèle de financement ou d'organisation choisi. En effet, les primes sont inévitablement perçues pour des prestations futures, qui ne sont pas encore quantifiables de manière sûre et donc qui sont sujettes à varier. Il est donc important que la population accorde sa confiance au régime d'approbation des primes de l'autorité de surveillance, pour que chaque assuré soit certain que sa prime sera toujours fixée conformément à la loi.

Les publications annuelles des assureurs et de l'OFSP indiquent clairement le financement de l'AOS et la couverture à moyen et long terme des prestations par les primes, confirmant que les primes perçues servent à couvrir les prestations au sens de la LAMal. De même, les indicateurs simples qui figurent dans les rapports de gestion des assureurs et globalement dans les données nécessaires à la surveillance publiées par l'OFSP indiquent la situation financière de chaque assureur.

La fixation des primes par les assureurs se base sur les coûts et sur l'évolution correspondante. L'évolution dissemblable des primes individuelles des assurés se fonde en premier lieu sur les différences de coûts entre assureurs. Les différences de taux de réserve, les mauvaises estimations en matière de budget et les décisions d'entreprise de chaque assureur, ou les modifications des dispositions légales, peuvent affecter différemment les primes. L'évolution individuelle des primes de chaque assuré est ainsi tributaire de nombreux facteurs qu'il n'est pas nécessairement possible de répercuter sur les primes individuelles, et donc de communiquer à chaque assuré.

Pour chaque assuré, l'élément déterminant est toutefois l'évolution de sa prime individuelle. D'où la nécessité de pouvoir toujours s'orienter à partir de la prime communiquée par l'assureur. L'examen des primes et leur acceptation par l'OFSP garantissent que chaque prime est fixée conformément aux principes en matière de financement de la LAMal et à toutes les dispositions légales déterminantes. Les assurés ne doivent donc pas remettre en question la prime en tant que telle, mais décider si la leur, les modèles particuliers d'assurance offerts par leur assureur, ses services, ses décisions d'entreprise et d'autres particularités pertinentes pour eux satisfont à leurs exigences. Ils peuvent ensuite procéder à des comparaisons sur la base des primes publiées par l'OFSP pour toutes les formes d'assurance et pour tous les assureurs, et décider si une autre forme d'assurance seraient plus avantageuses pour eux ou s'ils souhaitent opter pour l'offre meilleur marché d'un autre assureur. L'obligation pour les assureurs de signaler aux assurés pour chaque catégorie de prime les nombreuses raisons faisant que la prime fixée s'écarte de la moyenne n'aurait guère de sens et n'améliorerait pas la transparence au profit des assurés ou de la concurrence. Enfin, tant le libre passage intégral pour les assurés que la communication de la nouvelle prime par les assureurs et les possibilités de comparaisons entre primes garantissent à l'heure actuelle la concurrence entre assureurs.

Les primes de l'AOS servent à couvrir les coûts occasionnés dans l'AOS. Il n'est toutefois possible de comparer qu'à moyen ou long terme l'évolution des primes et celle des coûts, vu que les primes de l'année à venir sont fixées non sur la base des données consolidées en matière de coûts des années précédentes, mais seulement sur la base de prévisions. Le rapport entre coûts et primes s'avère ainsi équilibré à moyen ou long terme.

Les causes d'une évolution individuelle des primes supérieure ou inférieure à la moyenne sont multiples et résident essentiellement dans les différences de coûts entre assureurs, les écarts budgétaires ainsi que les décisions entrepreneuriales portant sur l'offre de formes particulières d'assurance ou sur des réductions de primes. Comme l'activité de surveillance revêt un caractère systématique, les assurés peuvent partir du principe que l'assureur a fixé la prime approuvée par l'OFSP selon des critères objectifs et dans le respect de la législation, et qu'elle sert à couvrir les prestations. Ils peuvent d'ailleurs comparer les nouvelles primes communiquées par leur assureur aux primes publiées par l'OFSP et aux offres de l'ensemble des assureurs, et décider chaque année d'opter pour l'une ou l'autre forme d'assurance voire changer d'assureur, contribuant ainsi à faire fonctionner la concurrence.

Les publications de l'OFSP et celles des assureurs procurent aujourd'hui une transparence suffisante en matière de financement, de fixation des primes et d'évolution des primes, tant d'un point de vue global que pour chaque assureur. D'abord, la fixation des primes par assureur obéit à des critères objectifs définis par le législateur, critères laissant une certaine marge de manœuvre pour un traitement différencié des primes. Ensuite, la concurrence entre assureurs est garantie tant par le libre passage des assurés que par la communication de la nouvelle prime faite par les assureurs, sans oublier les possibilités de comparer les primes. Enfin, comme les assureurs communiquent la nouvelle prime et que les primes de toutes les formes d'assurance mises sur le marché par tous les assureurs sont accessibles, les assurés bénéficient de la transparence nécessaire. Pour les raisons qui précèdent, le Conseil fédéral ne voit aucune nécessité d'agir pour améliorer l'information des assurés et ne propose par conséquent ni mesures organisationnelles, ni mesures législatives.