

Statistique 2000 de l'assurance-maladie

Nous avons publié dans le numéro 4/2001 de «Sécurité sociale» les résultats provisoires de la statistique 2000 de l'assurance-maladie. La publication contenant les résultats définitifs de l'exercice 2000 est désormais disponible; aucun écart notable n'est à signaler par rapport aux chiffres, en partie extrapolés, publiés en été 2001. Outre les données administratives des assureurs, ce document comprend des informations provenant d'autres sources ayant trait à la réduction de primes et à la compensation des risques, ainsi que des chiffres clé significatifs pour le domaine de la santé. Élément nouveau, les «données de surveillance» publiées chaque année début octobre ont été intégrées.



Herbert Käzig

Secteur Statistique 2, OFAS
herbert.kaenzig@bsv.admin.ch



Paul Camenzind

Secteur Statistique 2, OFAS
paul.camenzind@bsv.admin.ch

Une grande partie de la statistique de l'assurance-maladie publiée annuellement par l'OFAS se fonde sur les indications que les assureurs-maladie reconnus par la Confédération livrent à l'OFAS, autorité de surveillance pour l'assurance-maladie obligatoire en Suisse. Un dépouillement provisoire de ces données a été publié dans ces colonnes l'été dernier (CHSS 4/2001, p. 211). La statistique maintenant disponible contient les résultats définitifs. Un

nouveau chapitre a été intégré, qui indique pour chaque assureur certaines valeurs significatives (nombre d'assurés, dépenses, recettes, réserves, etc.). Quelques volets de la statistique reposent sur d'autres sources, telles que les tarifs des primes et les documents que les assureurs fournissent à l'OFAS dans le cadre de la procédure d'approbation des primes, les décomptes concernant les réductions de primes remis par les cantons, ainsi que les rapports

de l'institution commune des assureurs-maladie pour la compensation des risques.

Par rapport aux éditions précédentes, la statistique 2000 présente un aspect graphique légèrement modifié et des tableaux restructurés. Par ces changements, les auteurs ont cherché à en faciliter la lecture.

Assurance obligatoire des soins : activités des assureurs reconnus

Sur les 110 assureurs-maladie reconnus, 101 étaient actifs en 2000 dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), soit 8 de moins qu'en 1999. Quant à l'effectif des assurés, il s'élevait fin 2000 à 7,268 millions de personnes.

Sur ce nombre, 5,947 millions de personnes ont sollicité au moins une fois de leur assureur le remboursement de prestations ambulatoires ou hospitalières au cours de l'exercice et figurent de ce fait comme «malades» dans la statistique; on comptait donc 82 malades pour 100 assurés, soit légèrement plus que l'année précédente (80 malades pour 100 assurés).

En considérant l'effectif des assurés **selon le type d'assurance**, on constate que 54 % avaient encore fin 2000 une assurance avec franchise ordinaire, 38 % une assurance avec franchise à option, et tout de même 8 % une assurance limitant le choix des prestataires de soins; avec une part de seulement 0,1 %, l'assurance avec bonus ne pèse pas lourd. Le **tableau 1** montre l'évolution des divers types d'assurance depuis 1994.

Le **volume des primes** a atteint 13,4 milliards de francs en 2000 (+3,1 % par rapport à 1999), les **prestations** 15,5 milliards de francs

(+5,9%). Sur cette dernière somme, 2,3 milliards de francs (+4,5%) ont été financés par les assurés sous forme de participation aux frais.

Pour les besoins de la statistique, les assureurs sont également tenus de répartir le total des prestations d'un exercice (donc les coûts bruts) par **groupe de coûts**. Il en ressort qu'en 2000, 24,9% des prestations, soit 3,8 milliards de francs, représentent des honoraires de médecins (soins ambulatoires), 34,6% ou 5,4 milliards de francs des frais d'hôpital (soins ambulatoires ou séjours hospitaliers), 20,9% ou 3,2 milliards de francs les coûts des médicaments (délivrés par les pharmacies ou par les médecins), 9,5% ou 1,5 milliards de francs des frais de soins (EMS et soins à domicile), le solde de 10,1% ou 1,6 milliards de francs allant aux autres prestations telles que physiothérapeutes, chiropraticiens, laboratoires, moyens et appareils (voir **fig. 2**).

Si l'on subdivise ces groupes de coûts en «prestations ambulatoires» et «prestations hospitalières» au sens strict, il apparaît qu'un peu plus des deux tiers (68,1% ou 10,5 milliards de francs) de l'ensemble des prestations de l'AOS ont été consacrés aux soins ambulatoires et un peu moins d'un tiers (31,9% ou 4,936 milliards de francs) à des soins prodigués lors de séjours hospita-

liers. Analysée sur une plus longue période, la statistique nous révèle que depuis 1994 les coûts des séjours en milieu hospitalier ont tendance à être reportés sur les coûts ambulatoires.

Il ressort du compte d'exploitation de l'assurance obligatoire des soins que les recettes totales des assureurs (produits d'assurance plus charges et produits neutres) ont progressé de 3,7% (de 13,4 à 13,9 milliards de francs) soit sensiblement moins que les dépenses totales (charges d'assurance plus charges d'exploitation), qui accusent, elles, une hausse de +5,6% (de 13,4 à 14,2 milliards de francs). Il en résulte donc un **résultat d'exploitation** négatif s'élevant à 306 millions de francs.

Le résultat d'exploitation négatif se reflète sur l'**état des réserves** de l'AOS fin 2000. Ce dernier a baissé de 0,245 milliard de francs ou 8% (de 3,077 à 2,832 milliards de francs). Si l'on met l'état des réserves fin 2000 en relation avec les primes à recevoir de la même année, on constate que le «taux de réserve» a régressé de 23,6% à 21,1%. En revanche, les **provisions** pour les cas d'assurance non liquidés ont progressé de 3,8% pour atteindre fin 2000 un niveau de quelque 4 milliards de francs. Si l'on met ces provisions en relation avec les prestations payées par les assureurs en 2000, cela représente 30%.

Où trouver la statistique ?

La version papier de la «Statistique de l'assurance-maladie» est disponible auprès de OFCL, diffusion des publications (anciennement EDMZ), 3003 Berne, Fax 031 325 50 58, e-mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch.
Numéro de commande :
318.916.00f (version française)
318.916.00d (version allemande)

La version électronique se trouve sur la page d'accueil de l'OFAS : www.bsv.admin.ch

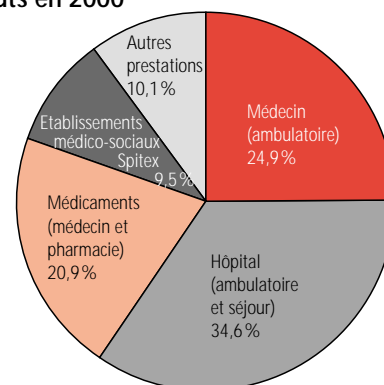
Compensation des risques

La compensation des risques a pour but de créer des conditions favorables à la concurrence entre les assureurs présents dans l'assurance obligatoire des soins LAMal. A cette fin, des paiements compensatoires entre les assureurs sont prévus pour limiter les risques financiers liés à l'âge et au sexe des assurés dans un canton donné. Les calculs que cette opération suppose se basent sur les coûts effectifs, lesquels correspondent aux prestations brutes des assureurs, moins les participations des assurés.

Effectif des assurés de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon le type d'assurance 1994 – 2000

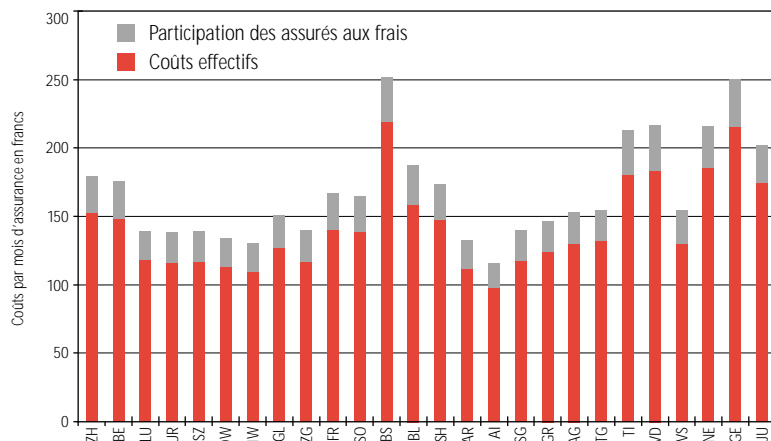
Année	Franchise annuelle ordinaire	Franchise annuelle à option	Bonus	Choix limité (p. ex. HMO)	Total	Variation par rapp. à l'année préc. en %
1994	6 447 562	643 991	15 298	24 802	7 131 653	1,1
1995	6 399 482	698 747	32 705	35 383	7 166 317	0,5
1996	4 739 640	2 305 688	27 828	121 598	7 194 754	0,4
1997	4 083 854	2 736 364	11 494	383 093	7 214 805	0,3
1998	4 016 267	2 726 468	11 828	494 040	7 248 603	0,5
1999	3 998 744	2 715 642	10 258	541 890	7 266 534	0,2
2000	3 921 920	2 758 539	9 811	577 841	7 268 111	0,0

1 Prestations AOS par groupe de coûts en 2000 2



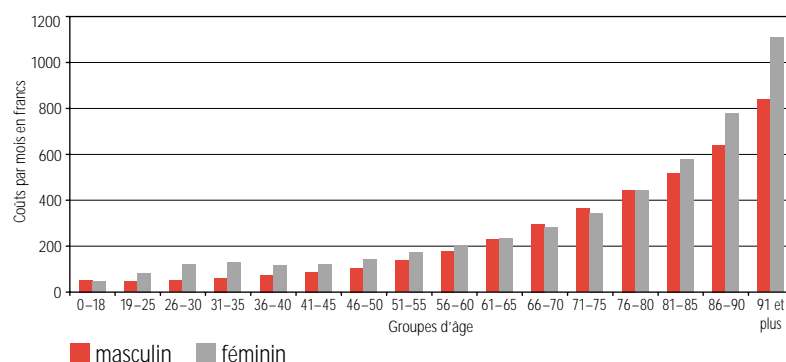
Coûts effectifs, participations aux frais et coûts bruts par mois d'assurance et par canton

3



Ensemble des prestations par assuré et par mois d'assurance selon les groupes d'âge

4



La compensation des risques fournit aussi une source fiable pour les travaux statistiques portant sur les valeurs citées. La **figure 3** illustre nettement les différences entre les cantons en ce qui concerne les coûts effectifs, la participation des assurés aux frais et les coûts bruts. En 2000, les coûts moyens pour l'ensemble des prestations se situaient entre 116 francs (AI) et 252 francs (BS) par assuré et par mois.

Les données recueillies dans le cadre de la compensation des risques permettent aussi de représenter les prestations en fonction de l'âge des assurés (**fig. 4**).

Le volume de la compensation des risques – dont l'objectif est d'égaliser, à l'intérieur d'un canton, les risques liés à l'âge et au sexe des assurés au moyen de versements compensatoires entre les assureurs – atteint 3,6 milliards de francs si l'on considère les coûts effectifs redistribués entre jeunes assurés et assurés âgés, ou 1,1 milliard de francs si l'on considère la redistribution entre hommes et femmes.

Etant donné qu'une part importante de cette redistribution par sexe et par âge se fait au sein même des assureurs individuels, elle s'opère sans intervention du centre de com-

pensation des risques de l'institution commune LAMal. Celui-ci ne transfère que les montants restants, une fois soldés au sein des assureurs individuels les paiements compensatoires en fonction de l'âge, du sexe et du canton. Conformément à cette procédure d'exécution de la compensation des risques, 59 assureurs réputés débiteurs nets ont versé à 42 assureurs réputés bénéficiaires nets, au titre de la compensation annuelle 2000, un total de 0,732 milliard de francs.

Primes

Les données fournies à l'OFAS par les assureurs-maladie dans le cadre de la procédure d'approbation des primes de l'année suivante permettent d'élaborer une statistique des primes moyennes, pour les adultes (à partir de 26 ans), pour les jeunes adultes (19 à 25 ans) et pour les enfants (jusqu'à 18 ans), par canton et pour les années 1997 à 2002.

La **prime pour adulte** accuse une hausse de 9,7% pour l'année 2001/2002, taux largement supérieur à ceux des années 1997 à 2002. En effet, si l'on calcule le taux moyen d'augmentation de cette prime au cours de cette période, on obtient une moyenne de 5,4%.

Les primes moyennes calculées pour l'ensemble de la Suisse sont des valeurs à manier avec précaution, du fait que les primes varient sensiblement **d'un canton à l'autre**. Géographiquement parlant, on relève pour les années écoulées une nette différence des primes entre cantons latins et cantons alémaniques, doublée d'une autre différence de type ville-campagne.

Réduction de primes

La LAMal destine à la réduction individuelle des primes des assurés de condition modeste les subsides de

la Confédération et des cantons en faveur de l'assurance-maladie. Le système est ainsi conçu que les montants voués par la Confédération à la réduction de primes sont répartis entre les cantons selon leur nombre d'habitants, leur capacité financière et, depuis 1997, également selon le niveau des primes. S'ils veulent épuiser les subsides de la Confédération, les cantons ont pour leur part l'obligation de verser un montant complémentaire de 50% de la subvention fédérale. Si tel avait le cas en 2000, l'objectif de subventionnement aurait atteint 3,320 milliards de francs.

Les cantons ont la possibilité de réduire de 50% au maximum leur participation à la réduction des primes; en ce cas, la subvention fé-

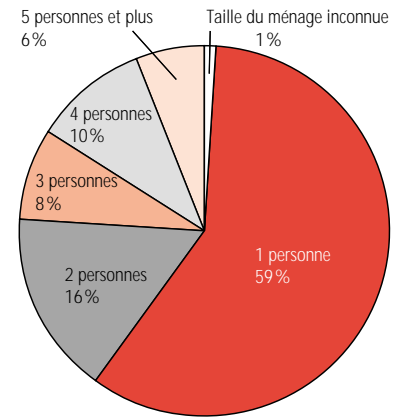
dérale allouée aux cantons est elle aussi réduite de moitié. En 2000, le montant total des subsides versés s'est élevé à 2,545 milliards de francs.

Le nombre de *bénéficiaires* d'une réduction de primes a été de 2,338 millions en 2000, soit 0,1% de plus qu'en 1999 (2,334 millions). Ce chiffre correspond à 32,4% de la population résidente moyenne du pays en 2000.

Les bénéficiaires ont reçu une contribution moyenne de 1089 francs, soit 91 francs par mois.

Les 2,338 millions de bénéficiaires représentent en tout 1,243 millions de ménages; comme le montre la **figure 5**, plus de la moitié de ces ménages (59% ou 729 000 ménages) sont formés d'une seule personne.

Nombre de ménages subventionnés en 2000 selon leur taille (total: 1,243 millions de ménages) 5



(Traduit de l'allemand)