

Statistique de l'assurance-maladie après une année sous le régime LAMal

La statistique de l'assurance-maladie publiée par l'OFAS donne une vue d'ensemble chiffrées des assureurs-maladie suisses reconnus par la Confédération. Elle se base principalement sur les données que les caisses-maladie doivent fournir annuellement à l'OFAS en sa qualité d'autorité de surveillance de l'assurance-maladie sociale. L'année de référence 1996 coïncide avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal). La nouvelle loi laisse aussi des traces sensibles dans cette statistique.

Paul CAMENZIND et Herbert KÄNZIG, section Statistique de l'OFAS

Par rapport aux statistiques antérieures, le contenu de la publication a dû être complètement retouché pour le rendre conforme aux conditions-cadres de la nouvelle LAMal; on a notamment procédé à une séparation stricte en trois domaines: «assurance obligatoire des soins LAMal», «assurance facultative d'indemnités journalières LAMal» et «assurances complémentaires». Les parties des statistiques relatives aux domaines couverts par la LAMal – en particulier l'assurance obligatoire des soins qui focalise l'intérêt – ont été étendues, alors que dans le domaine couvert par l'assurance complémentaire on a dû se contenter de présenter quelques données-cadres (la surveillance de ces secteurs est depuis 1996 du ressort de l'Office fédéral des assurances privées). Les séries temporelles commencent en général en 1994, car depuis cette année-là les données sont relevées selon un nouveau plan comptable obligatoire pour tous les

assureurs. La statistique de 1996 contient donc des informations globales sur les caisses-maladie reconnues par la Confédération et leurs activités commerciales durant la première année de régime de la LAMal.

Caisses et budget (assurances de base et complémentaires)

Depuis des années, le nombre d'assureurs-maladie tend à diminuer; cette tendance se maintient en 1996: 159 caisses-maladie reconnues étaient actives dans l'assurance-maladie suisse, soit 25 de moins que l'année précédente. 13 489 personnes travaillaient auprès de ces caisses, ce qui correspond à une augmentation de l'effectif du personnel de 6,9% par rapport à l'exercice 1995.

En 1996, les caisses ont enregistré des dépenses (charges d'assurance et charges d'exploitation) de 17,2 milliards de francs; l'augmentation atteint donc 5,9% par rapport à l'exercice précédent. Avec respectivement 7,3% et 8,2%, les deux branches assurance obligatoire des soins LAMal et assurances complémentaires dépassent légèrement la moyenne, alors que l'assurance d'indemnités journalières connaît une très nette baisse: 17,4%. A ces dépenses s'opposent des recettes (total général) de 16,9 milliards de francs, ce qui correspond à une augmentation de 3,2% par rapport à l'année précédente.

La croissance des dépenses était donc deux fois supérieure à celle des recettes, ce qui s'est à nouveau répercuté sur le compte d'exploitation général qui, pour l'année 1996, présente un résultat négatif (-313 millions de francs) pour l'ensemble de la branche. Ce résultat négatif se répercute aussi sur l'état des réserves des caisses, réserves qui, de 1995 à 1996, ont diminué de 72 millions pour atteindre 4 milliards de francs, ce qui correspond à une réduction de 1,8%.

En 1996, les frais administratifs des caisses-maladie atteignent 1,6 milliard de francs. Par rapport à 1995 – où ces frais se montaient encore à 1,3 milliard –, cela équivaut à une augmentation de 19,3%. La part des frais administratifs (pourcentage des frais administratifs par rapport au total des charges d'assurance et des charges d'exploitation) est ainsi passée de 8 à 9%.

Assurance obligatoire des soins LAMal

A fin 1996, l'assurance obligatoire des soins LAMal recensait 7 194 754 assurés, soit 0,4% de plus que l'année précédente. Ces assurés se répartissaient comme suit entre les diverses formes d'assurance:

- franchise annuelle ordinaire: 4,7 millions de personnes,
- franchises annuelles à option: 2,3 millions,
- assurance avec bonus: 0,028 million,
- choix limité du fournisseur de prestations (HMO par ex.): 0,122 million d'assurés.

Par rapport à fin 1995, on constate une nette augmentation des assurés qui ont choisi une franchise annuelle à option: leur part a passé d'à peine 10% à environ un tiers (32,0%). Face à cette augmentation, on note une diminution des assurés avec une franchise ordinaire: en 1995, 6,399 millions d'assurés accordaient encore leur préférence à cette forme d'assurance. Relevons encore la hausse prononcée de 35 000 à 122 000 personnes ayant opté pour l'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations (HMO par ex.) (cf. tableau 1).

Conséquences de la LAMal

Certaines répercussions de la nouvelle LAMal sont visibles dans les

Statistique sur l'assurance-maladie 1996

Commande:

Office central fédéral des imprimés et du matériel EDMZ, 3000 Berne

• Prix: 13.40 francs

Numéros de commande:

318.916.96d (version allemande)

318.916.96f (version française)

Assurance obligatoire des soins LAMal

1

Effectifs de l'assurance en fonction de la forme d'assurance et du sexe/enfants 1996

Forme d'assurance	Hommes	Femmes	Enfants ¹	Total	Part en % par rapport au total	Changement par rapport à l'année précédente en %
Franchise annuelle ordinaire	1 639 123	1 812 739	1 287 778	4 739 640	65,9	-25,9
Franchise annuelle à option	1 057 106	1 069 767	178 815	2 305 688	32,0	230,0
Assurance avec BONUS	13 681	10 110	4 037	27 828	0,4	-14,9
Choix limité du fournisseur de prestations	50 236	45 992	25 370	121 598	1,7	243,7
Total	2 760 146	2 938 608	1 496 000	7 194 754	100,0	0,4
Membres avec assurance suspendue	18 262	11 630	4 575	34 467	-	-44,0

1 Personnes n'ayant pas encore accompli leur 18e année.

comptes d'exploitation relatifs à l'assurance obligatoire des soins. Les dépenses ont ainsi passé de 11,3 à 12,5 milliards de francs (+10,2%). Il en résulte une augmentation des coûts par assuré de 9,7%, ce qui correspond à l'effet attendu de l'extension du catalogue des prestations dans l'assurance obligatoire des soins de la LAMal.

Le graphique 2 présente cette augmentation des coûts sous forme d'un indice en fonction du temps et compare en outre l'évolution du coût des soins par assuré dans l'assurance de base à l'évolution des prix et des salaires. On y voit clairement que, depuis 1985, le coût des soins augmente nettement plus que les prix et les salaires.

Déplacement des coûts

Environ deux tiers de la hausse globale des coûts qui s'est opérée de 1995 à 1996 ont été couverts par un accroissement des primes des caisses; le financement du tiers restant

incombait aux assurés dont la participation aux coûts a été étendue. Celle-ci a passé de 1,3 milliard en 1995 à 1,7 milliard en 1996, soit une augmentation de 0,4 milliard de francs ou 30,1%. On qualifiera aussi de conséquence attendue de la LAMal cette forte hausse de la participation aux coûts de la part des assurés due à l'extension aux traitements hospitaliers de la franchise et de la quote-part.

Dans les rubriques consacrées aux recettes des caisses, il faut tenir compte des effets du nouveau système de subvention mis en place avec la LAMal: les réductions individuelles de primes. Alors qu'en 1995, les subventions des pouvoirs publics étaient en grande partie versées aux caisses elles-mêmes afin de réduire globalement les primes, depuis 1996 ces fonds vont directement aux assurés via les cantons et servent à réduire les primes de manière individuelle. Ces subventions «manquent» donc depuis 1996 dans les rubriques

«recettes» des caisses et doivent être compensées par des recettes sous forme de primes plus élevées. La hausse de 21,5% (de 9,2 à 11,1 mia frs) du montant des primes à percevoir illustre parfaitement cet état de fait. Ce qui ne veut pas dire que la charge des assurés ait augmenté de 21,5%. Avec la réduction individuelle des primes, on décharge de manière ciblée les assurés qui se trouvent dans une situation économique précaire. L'ampleur et le mode d'action de cet instrument est présenté dans un chapitre séparé de la statistique. Le présent numéro de *Sécurité sociale* comporte en outre une contribution particulière à la page 10.

Assurance facultative d'indemnités journalières LAMal

En matière d'assurance d'indemnités journalières, on a enregistré de 1995 à 1996 un très net recul aussi bien de l'effectif des assurés que, comme le montrent les comptes d'exploitation, des recettes et des dépenses. C'est ainsi que le nombre des assurés a passé de 3,272 à 2,217 millions de personnes, soit une diminution de 32,2%. Les recettes ont reculé de 1,1 à 0,8 milliard (soit -22,4%) et les dépenses de 1,1 à 0,9 milliard (soit -17,4%). Manifestement l'introduction de la LAMal a provoqué le passage de l'assurance de base vers l'assurance complémentaire (qui n'est pas soumise à la LAMal) de nombreuses polices d'assurance indemnités journalières, ce qui explique le fort recul interne à la LAMal du nombre d'assurés et du volume des affaires de l'assurance indemnités journalières.

Assurances complémentaires

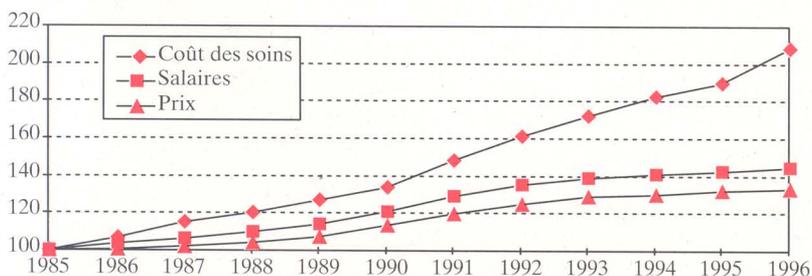
De 1995 à 1996, le secteur des assurances complémentaires a subi une nouvelle hausse des recettes comme des dépenses. Cependant, l'augmentation des dépenses, soit 8,2% (de 4,2 à 4,5 milliards de francs) atteint près du double de celles des recettes, soit 4,7% (de 4,4 à 4,6 milliards de francs).

Primes de l'assurance obligatoire des soins LAMal 1996-1998

La structure cantonale des primes ainsi que les primes maximales et minimales sont présentées sur la base des indications données par les

Indices (1985 = 100): Coût des soins (assurance de base), salaires, prix¹

2



1 Indice nominal des salaires et indice national des prix à la consommation. Source: OFS 1997.

caisses dans le cadre de la procédure d'approbation des primes.

Perspectives d'avenir

L'OFAS s'efforce d'améliorer et de développer en permanence ses statistiques sur les différents aspects de l'assurance-maladie. Nous pensons développer dans les futures éditions de la statistique de l'assurance-maladie certaines parties des tableaux déjà présents en 1996. On s'attachera, par exemple, à améliorer la mise en forme et la présentation de la statistique des primes, donc de tableaux qui s'appuient sur les données recueillies lors de la procédure d'approbation des primes par l'OFAS. Et des progrès seront sans doute faits dans la statistique de la réduction individuelle des primes; à cet effet, on peut certainement compter pour 1997 sur une nette amélioration des données existantes dans les cantons.

Enfin, il s'agira aussi – et c'est un objectif supplémentaire – d'intégrer au titre de nouveaux domaines des résultats de statistiques qui n'ont pas du tout été prises en considération dans la présente publication, ou l'ont été tout au plus de manière accessoire. Ce sont, notamment, l'exposé des principaux résultats de la statistique des données administratives de l'assurance-maladie – actuellement en cours de conception à l'OFAS –, une statistique de la compensation des risques dans l'assurance obligatoire des soins LAMal, davantage de données statistiques concernant les assurances complémentaires, voire des résultats de la statistique des hôpitaux.

Tous ces éléments devront peu à peu être intégrés dans les futures éditions de la statistique de l'assurance-maladie. Cette réunion de sources différentes, d'informations à utiliser ou de sujets s'entrecoupant les uns les autres améliorera la vue d'ensemble sur le domaine de l'assurance-maladie. ■

(V. o. allemande)

Quel accueil le public at-il réservé à la brochure sur la LAMal ?

Début octobre 1997, une brochure de 16 pages éditée par l'OFAS, «L'assurance-maladie obligatoire en bref», a été distribuée à chacun des 3,5 millions de ménages de Suisse. Cet énorme investissement a-t-il porté ses fruits? C'est à cette question que tente de répondre une enquête représentative menée, sur mandat de l'OFAS, par l'Institut de marketing et de recherche sociale LINK à Lucerne.

Martin WICKI, lic. phil. I, service de l'Economie, des questions fondamentales et de la recherche, de l'OFAS

L'édition, et la large diffusion, de la brochure de l'OFAS visait notamment à rendre l'assurance-maladie plus accessible à la population par le biais d'informations et de conseils.

L'attention portée à la brochure

L'enquête menée fin novembre 1997 auprès d'un échantillonnage représentatif de 2114 personnes dans toutes les régions du pays a révélé tout d'abord que 43 % des personnes interrogées étaient en mesure de se souvenir de la brochure. A peine la moitié, d'entre elles (46 %) ont regardé la brochure: 36 % l'ont lue attentivement, 35 % en ont lu certaines parties et 29 % se sont contentées de la feuilleter. 19 % de l'ensemble des personnes interrogées ont conservé la publication (dans l'idée de la lire éventuellement plus tard) et 4 % l'ont jetée.

Il est frappant de constater que plus le niveau d'instruction des sondés est élevé, plus la brochure a été lue. On a prêté moins d'attention à cette publication en Suisse romande (36 %) qu'en Suisse alémanique (45 %) et qu'au Tessin (45 %).

Appréciation du contenu

La grande majorité des personnes (20 % de l'ensemble) qui ont regardé la brochure en qualifie le contenu de bon, voire très bon. Les trois quarts des personnes questionnées estiment la publication compréhensible et claire. Pour la moitié d'entre

elles, la brochure est complète. Un quart n'a pas d'opinion et un quart signale la présence de lacunes. Celles-ci sont toutefois tellement variées qu'il est impossible d'en déduire des omissions systématiques. Les quatre cinquièmes enfin des lecteurs attentifs de la brochure reconnaissent son utilité. Cette utilité est d'ailleurs d'autant plus reconnue que la lecture a été attentive. Il convient de relever que 22 % des personnes qui jugent cette publication utile ont modifié leur assurance après en avoir pris connaissance.

Utilité pratique

78 % des lecteurs attentifs de la brochure trouvent que les informations qu'elle contient sont utiles. Rappelons toutefois que cette proportion ne représente que 12 % des personnes interrogées. Comme nous l'avons déjà mentionné, 22 % des personnes relevant l'utilité de cette publication ont quelque peu modifié leur assurance: ils ont changé de caisse (environ un sixième parmi ces personnes interrogées), modifié quelque peu leur assurance complémentaire (un tiers environ) ou opté pour un autre modèle, par exemple HMO ou modèle du médecin de famille (un huitième), réduit la couverture d'assurance (commune, semi-privée ou privée) d'un ou deux échelons (un sixième) ou choisi une autre franchise à option (un tiers, dont la moitié a toutefois choisi une franchise moins élevée).