



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

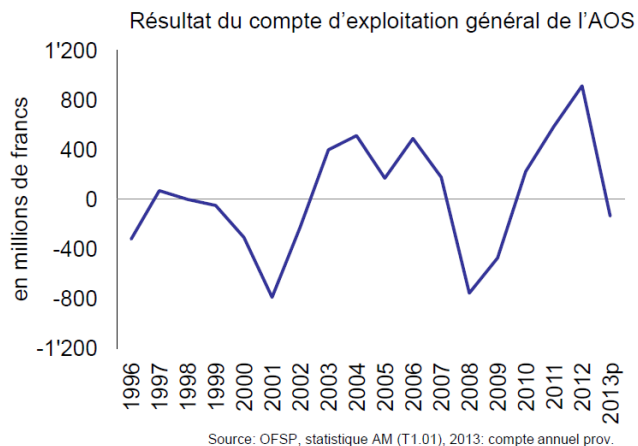
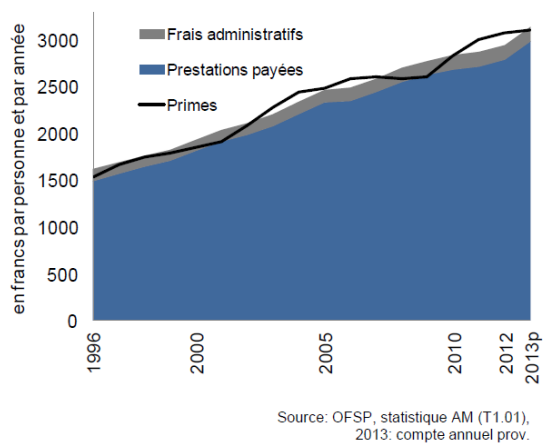
Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents

Office fédéral de la santé publique, division Surveillance de l'assurance, 1 avril 2014

Assurance obligatoire des soins (AOS) : primes, provisions et frais administratifs

1 Evolution des primes et des prestations

Le graphique de gauche ci-dessous montre l'évolution des primes, des prestations remboursées et des frais administratifs par assuré. Un excédent se forme lorsque le montant des primes est supérieur à la somme des prestations et des frais administratifs, comme ce fut le cas de 2004 à 2006, en 2011 et en 2012 ; un déficit se produit dans le cas contraire, comme lors des exercices 1996, 2000, 2001, 2002, 2008 et 2009. Le graphique de droite retrace précisément l'évolution du résultat du compte d'exploitation général de l'AOS. Ce résultat global se traduit par une augmentation ou une diminution correspondante des réserves¹.

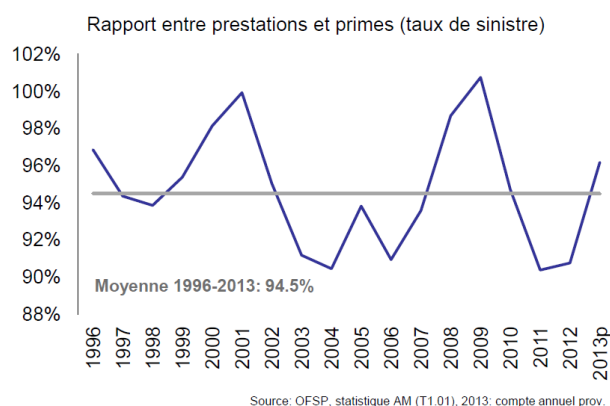


Le résultat du compte d'exploitation général est par nature soumis à de fortes fluctuations. Entre 1996 et 2013, il a été neuf fois positif et neuf fois négatif, avec un solde moyen positif de 28 millions de francs.

Selon la période considérée, la comparaison des taux de croissance fait apparaître parfois une croissance plus élevée des prestations et parfois une croissance plus élevée des primes. Si l'on examine la période allant de 1996 à 2013, on obtient une croissance moyenne de 4,2 % par année et par assuré tant pour les prestations que pour les primes (les deux valeurs ont presque doublé durant cette période : les prestations sont passées de 1491 à 2987 francs et les primes, de 1539 à 3105 francs).

Puisque la comparaison des taux de croissance est fortement influencée par la période de référence considérée (début et fin), il s'avère souvent plus utile d'analyser le rapport entre prestations remboursées et primes encaissées (ce que l'on appelle le taux de sinistre). Une hausse du taux de sinistre sur la durée signifierait que les prestations progressent plus rapidement que les primes, et inversement. Le graphique ci-dessous illustre l'évolution de ce taux entre 1996 et 2013. Il indique également le taux de sinistre moyen : celui-ci correspond à la somme des prestations remboursées entre 1996 et 2013 (301,4 milliards de francs) divisée par la somme des primes encaissées sur la même période (319 milliards de francs), soit 94,5 %.

¹ Les réserves peuvent progresser plus rapidement dans certaines situations, notamment à la suite d'un apport financier dans l'AOS. En 2012, les réserves constituées ont également augmenté après une dissolution de réserves latentes et de provisions qui n'apparaît pas dans le compte de résultats.



Les 5,5 % restants des primes encaissées ont servi à couvrir les frais administratifs, d'autres frais (pour les prestations des médecins-conseil, p. ex.) et la constitution de provisions et de réserves². Si les sommes consacrées au remboursement des prestations représentaient en moyenne plus de 94,5 % des primes encaissées, les ressources permettant de financer les frais administratifs et la constitution de réserves feraient défaut. La limite de 94,5 % ne doit donc pas être dépassée si l'on veut que les primes puissent continuer à couvrir les frais.

2 Provisions

L'AOS finance toutes les prestations assurées dont une personne bénéficie pendant l'année civile durant laquelle elle est assurée auprès d'un assureur et paie des primes (« système de la couverture des besoins »). Aucune provision ne doit, par conséquent, être constituée pour couvrir les conséquences à long terme des sinistres, comme c'est le cas, par exemple, pour un assureur-accidents. Contrairement à d'autres assurances sociales ou privées, l'AOS ne fournit en effet pas de prestations à long terme (rentes).

Les provisions dans le domaine de l'AOS servent exclusivement à payer les prestations qui ont été fournies durant l'année de couverture de l'assurance, mais qui ne seront comptabilisées que l'année suivante. Théoriquement, ces factures peuvent avoir dix ans de retard, car les fournisseurs de prestations et les assurés disposent chacun d'un délai de cinq ans pour faire valoir leurs prétentions. Dans la grande majorité des cas, toutefois, les factures sont traitées beaucoup plus rapidement : elles sont payées l'année même durant laquelle les prestations ont été fournies dans environ 80 % des cas, et l'année suivante dans 19 % des cas. Ces valeurs peuvent toutefois varier considérablement. L'opération est ainsi beaucoup plus rapide dans le système du tiers payant, dans lequel les factures des fournisseurs de prestations sont adressées directement à l'assureur, que dans le système du tiers garant, dans lequel les factures sont d'abord envoyées à l'assuré. Des retards de facturation se produisent aussi souvent à la suite d'un changement de système tarifaire (introduction de Tarmed ou de SwissDRG, p. ex.) ou en l'absence d'accords entre les partenaires sociaux. Les besoins de provisionnement supplémentaires peuvent alors être revus temporairement à la hausse.

Une croissance de l'effectif des assurés requiert une augmentation correspondante des provisions, car les nouveaux assurés adressent peu de factures dans les premiers mois. A l'inverse, les assureurs qui ont enregistré des départs réduiront leurs provisions au cours de l'année suivante (ils utiliseront ces provisions pour payer les factures encore associées aux assurés qui ont opté pour un autre assureur). A long terme et sur l'ensemble de la branche, néanmoins, la constitution et la dissolution des provisions s'équilibrent dans une large mesure. La constitution de provisions à long

² Malgré la dissolution des réserves latentes en 2012, la somme des provisions et réserves a augmenté moins vite que les prestations entre 1996 et 2012.

terme s'opère pour l'essentiel dans le cadre de la croissance des prestations (liée à la croissance démographique et à l'inflation).

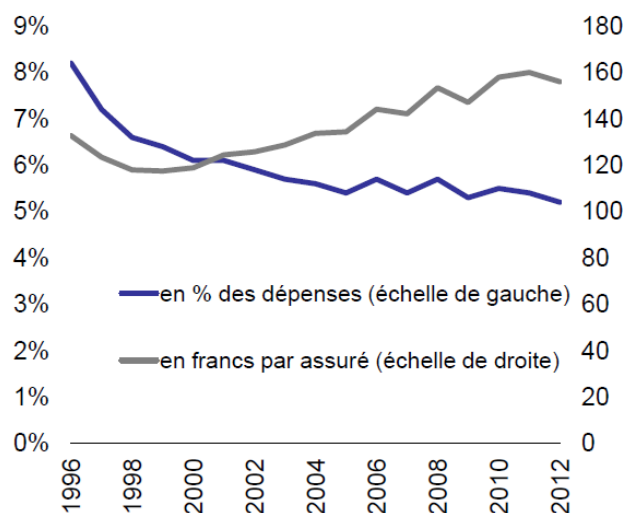
Depuis l'introduction des nouvelles normes comptables Swiss GAAP RPC 41 en 2012 et le passage à un calcul des réserves en fonction des risques, l'OFSP accorde une plus grande attention à ce que les estimations concernant les provisions soient « les plus précises possible ». Les provisions à la fin d'un exercice doivent correspondre aux paiements futurs attendus pour les prestations déjà fournies. Leur montant peut être déterminé de façon relativement précise en utilisant des méthodes actuarielles (comme la méthode Chain-Ladder).

3 Frais administratifs

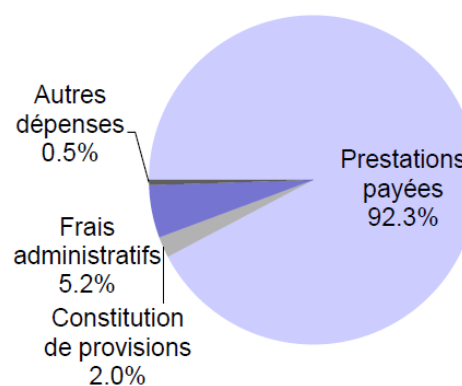
En 2012, les frais administratifs des assureurs-maladie se sont élevés à 1242 millions de francs dans l'AOS, soit 156 francs par assuré ou 5,2 % des dépenses. La grande majorité de ces frais, 84 %, correspond à des charges de personnel. Les frais de marketing (commissions, publicité) se montaient à 87 millions de francs au total (soit 7 % des frais administratifs).

La part des frais administratifs dans l'ensemble des dépenses a diminué au cours du temps. La baisse a été particulièrement prononcée dans les premières années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la LAMal. Les frais administratifs exprimés en francs par assuré ont, eux aussi, baissé les premières années. Ils sont toutefois repartis à la hausse depuis 1999, même si le rythme d'augmentation est moins marqué que celui du remboursement des prestations (+2,2 % d'augmentation moyenne par assuré et par année entre 1999 et 2012, alors que les prestations ont augmenté de 3,8 % par année durant la même période).

Frais administratifs (y c. amortissements)



Parts des dépenses 2012
(Charges d'assurance et d'exploitation)



Source: OFSP, statistique AM T1.01/1.02; 2012.