

Les réserves dans l'assurance de base obligatoire

Les assureurs doivent être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps. Ils constituent des réserves pour les cas de maladie en cours et pour garantir la solvabilité à long terme. Visana fait partie des trois assureurs-maladie les plus solides sur le plan financier. Grâce à sa stabilité financière, Visana offre une grande sécurité à ses assuré/es. Le test de solvabilité LAMal réalisé à la fin 2014 par l'Office fédéral de la santé publique l'a confirmé.

Pourquoi des réserves sont-elles nécessaires?

Les réserves des assureurs-maladie font régulièrement l'objet de discussions dans le monde politique, dans les médias et parmi les assuré/es. La critique principale concerne avant tout la nécessité de telles réserves, leur étendue et leur pourcentage ainsi que la question des réserves cantonales.

Les assureurs-maladie constituent des réserves en premier lieu pour les assuré/es et les fournisseurs de prestations. Elles assurent vis-à-vis des assuré/es la couverture des coûts résultants de la maladie et des soins. Les fournisseurs de prestations (p. ex. hôpitaux, médecins, pharmacies, physiothérapeutes) ont la garantie que les prestations qu'ils fournissent sont financièrement assurées. C'est important, notamment lorsque la branche doit faire face à des risques inattendus tels qu'un nombre inhabituel de cas graves et coûteux, à des épidémies ou pandémies.

Les réserves font également office de réservoir de compensation pour atténuer les incertitudes lors de la fixation des primes. En effet, le calcul des primes pour l'année 2016 se fonde sur les chiffres consolidés de 2014, les prévisions pour l'année en cours (2015) et les coûts inscrits au budget pour l'année suivante (2016). Seuls les coûts de l'année précédente sont effectivement connus. Les autres chiffres demeurent incertains.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), le taux de réserve a continuellement baissé de 25,7% (1996) des primes dues à 15,7% en 2011. Cela s'explique entre autres par le fait qu'à plusieurs reprises, le Conseil fédéral a baissé les réserves pour des motifs politiques afin d'atténuer l'augmentation des primes. Cette réduction des réserves par des primes ne couvrant pas les coûts a eu pour conséquence que les réserves de nombreux assureurs-maladie sont tombées au niveau ou en dessous de la limite légale. Ensuite, les primes ont augmenté de façon disproportionnée pour ramener les réserves au minimum légal. A plus long terme, la constitution des réserves n'influence que marginalement l'évolution des primes.

Périodiquement, on entend des revendications demandant que les réserves soient échelonnées par canton en fonction des primes. Ces revendications (formulées par des défenseurs de la caisse unique et en Suisse romande) n'ont aucune base légale et sont contraires au système. Les taux de réserves échelonnés par cantons devraient se situer à un niveau bien plus élevé que les taux valables au niveau fédéral, étant donné que les sinistres imprévus dans un canton ne pourraient alors plus bénéficier de subventions croisées grâce aux réserves d'autres cantons. Les réserves, qui constituent la sécurité financière d'un assureur, ne peuvent pas être considérées sous un angle partiel ou régional mais représentent un tout.

Il faut par contre distinguer des réserves les provisions techniques. Celles-ci servent à couvrir des prestations déjà fournies, mais pas encore payées. Fin 2013, elles représentaient 23% des primes dues ou 5,5 milliards de francs (690 francs par assuré/es). Ce taux a également nettement baissé

depuis 1996 (32%) vu que les fournisseurs de prestations décomptent leurs prestations plus rapidement.

Que veut la loi?

D'après l'art. 13 LAMal, les assureurs doivent «être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps.»

Selon l'art. 60 LAMal, «les assureurs constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme». «Les assureurs présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins.» Les principes régissant l'établissement des comptes révisés au 1^{er} janvier 2012 renforcent la transparence sur la situation financière des assureurs-maladie.

L'art. 78a OAMal définit le niveau minimal des réserves légales comme montant absolu. Les réserves au début de l'année doivent atteindre un niveau tel que même en cas de fort recul des réserves en l'espace d'une année, qui n'arrive qu'une fois en 100 ans, le niveau des réserves soit toujours encore positif à la fin de l'année. Il n'existe pas de dispositions relatives aux réserves maximales. De toute manière, la concurrence n'incite pas les assureurs à garder des réserves trop importantes.

Depuis le 1^{er} janvier 2012 s'applique le modèle de réserves basé sur le risque. Il calcule les réserves minimales de manière individuelle sur la base d'une analyse complètes des risques encourus par l'assureur-maladie (risques d'assurance, du marché et du crédit). Cette approche se focalise sur l'avenir au lieu du passé. La réglementation en vigueur auparavant, qui liait les réserves aux primes, ne reflétait pas correctement les risques financiers d'un assureur, car elle ne tenait compte que de la taille de ce dernier. L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) connaît déjà depuis des années le modèle de réserves basé sur le risque par le biais du marché des assurances complémentaires (LCA).

En comparaison selon le test de solvabilité LAMal 2014, la moyenne se situe à 161% avec quelques valeurs aberrantes négatives inférieures à la limite de 100%. Avec 228%, respectivement 775 millions de francs (1'840 francs par assuré/e), Visana fait partie des trois leaders en la matière.

Visana demande que...

- les réserves soient calculées selon une approche actuarielle et non pas selon des considérations politiques.
- les réserves ne soient pas utilisées de façon abusive pour influencer les primes.
- l'OFSP n'ait le droit d'approuver que des primes couvrant les coûts.
- les revendications en faveur de réserves cantonales soient rejetées.
- l'on renonce à des prescriptions concernant les réserves maximales définies par la politique.

Comment se présente la suite?

Les assureurs-maladie dont les réserves n'atteignent pas 100% à ce jour doivent atteindre cette valeur jusqu'au 1^{er} janvier 2017. La poursuite du test de solvabilité LAMal est à l'avantage des assureurs et des assuré/es. Le modèle de réserves basé sur le risque doit être périodiquement évalué. Les initiatives fédérales et cantonales en suspens relatives aux réserves cantonales peuvent être rejetées et classées, car elles sont obsolètes et contraires au système.

Etat actuel: 3 juin 2015