

Zeitschrift: Générations : aînés
Herausgeber: Société coopérative générations
Band: 31 (2001)
Heft: 4

Artikel: Caisses maladie, le pourquoi des différences de primes
Autor: Métrailler, Guy
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-828339>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Caisses maladie, le pourquoi des différences de primes



Si les cotisations ne sont pas les mêmes dans toutes les caisses maladie, il y a un certain nombre d'explications à cela. Nous avons vu le mois dernier sur quels principes le montant se base. Ce mois, voyons-en les composantes.

Les éléments qui entrent dans le calcul des primes sont, au chapitre des dépenses: les prestations à payer; le montant des réserves et provisions imposées par la loi; le montant à payer concernant la compensation des risques entre assureurs; les frais administratifs et les amortissements. Mais reprenons séparément chacun de ces éléments.

Les prestations à payer. Au moment d'établir leur budget pour l'année suivante, les assureurs connaissent le montant des prestations des exercices précédents et celui des six premiers mois de l'exercice en cours, de même qu'une partie des modifications tarifaires et des nouvelles prestations qui seront mises à la charge des assureurs l'année suivante. Malheureusement, et cela peut parfois entraîner des différences très sensibles entre les dépenses réelles de l'année suivante et celles qui ont été budgétisées, des augmentations de tarifs ou/et une extension du catalogue des prestations peuvent être décidées après la date de livraison des budgets à l'OFAS (31.07), ce qu'il faudra corriger l'année d'après. Il va donc falloir estimer la progression des prestations pour l'année suivante en fonction des expériences faites au cours des années précédentes et du nombre d'assurés que l'assureur pense avoir.

ÉCRIVEZ-NOUS !

Vous avez des questions à poser concernant les assurances sociales, l'AVS ou les caisses maladie? N'hésitez pas à nous écrire.

**GÉNÉRATIONS, rédaction,
CP 2633, 1002 Lausanne**

Les réserves et provisions. Contrairement à toute logique économique, les réserves légales dans l'assurance maladie doivent représenter un certain pourcentage des primes et non des dépenses en fonction de l'effectif des assurés: le taux va de 15% pour les assureurs comptant plus de 250 000 assurés à 182% pour les assureurs ayant jusqu'à 100 assurés. Chaque assureur doit disposer d'une provision pour cas d'assurance non liquidés (dite provision pour risques en cours) permettant de payer au cours d'un exercice annuel des factures concernant des traitements ayant eu lieu au cours d'exercices précédents. Cette provision doit représenter environ 30% des dépenses et les assureurs doivent l'adapter, chaque année, aux besoins réels résultant du calcul des dépenses faites l'année précédente concernant des exercices antérieurs.

La compensation des risques. La loi prévoit que les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser, à un organisme chargé d'effectuer la compensation, une contribution en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne. Selon la composition de son effectif d'assurés, un assureur devra donc porter en compte soit un montant à recevoir, soit un montant à payer. De plus, comme la compensation d'un exercice déterminé se fait provisoirement sur la base des chiffres de l'exercice précédent (2000 pour la compensation 2001), puis définitivement sur la base des chiffres de l'exercice concerné (2001 pour la compensation 2001), l'assureur devra créer une provision qui lui permettra, lors de la compensation définitive, de payer un supplément au montant payé lors de la compensation provisoire ou de rembourser le trop perçu.

Les frais administratifs et les amortissements. Les frais administratifs ne représentent qu'une modeste part des dépenses: environ 7 à 8%. En ce qui concerne les amortissements, les taux sont fixés par l'OFAS.

Au chapitre des recettes, les assureurs doivent évaluer, en fonction du nombre d'assurés qu'ils espèrent avoir l'année suivante, le montant des participations aux coûts et des primes que ceux-ci leur verseront, le montant qu'ils recevront de la compensation des risques et le rendement du placement des réserves.

Les différences de primes entre assureurs s'expliquent, pour une petite partie,

par la qualité de leur gestion: contrôle efficace des factures à payer, bons résultats des placements, technique budgétaire rigoureuse. Il s'agit, notamment, au moment de l'établissement du budget, de tenir compte des factures déjà reçues mais pas encore traitées, donc non encore portées en compte et des recours déposés concernant des adaptations tarifaires contestées mais pour lesquels il n'y a pas encore de décision. En cas de décisions qui ne leur sont pas favorables, les assureurs peuvent être tenus de payer des différences de tarifs avec, parfois, un important effet rétroactif. Le fait d'avoir provisionné les sommes nécessaires peut influencer négativement le budget, à tort si l'issue du recours est favorable aux assureurs, mais ne pas provisionner peut influencer négativement les comptes futurs en cas d'issue du recours défavorable.

Deux autres facteurs, que nous décrivons ci-dessous, sont les causes essentielles des différences de primes.

La composition de l'effectif des assurés. Une caisse qui a une majorité de bons risques (hommes jeunes ou personnes d'un certain âge mais en bonne santé) ou/et d'assurés ayant souscrit une franchise à option pourra pratiquer des primes plus basses. En effet, la compensation des risques, dont on attendait un effet d'égalisation des primes à court ou moyen terme, ne joue pas son rôle, car ce sont uniquement les bons risques qui usent de leur droit de libre passage entre assureurs. Un assureur qui, dans un canton, a un faible nombre d'assurés, devra exiger une cotisation, en rapport avec les coûts, plus élevée que ses concurrents qui ont des effectifs plus importants, car la répartition des risques est différente.

Le niveau des réserves et des provisions. Si celles-ci sont confortables, elles permettent à l'assureur, cas échéant, de modérer ses augmentations de primes en opérant des prélèvements sur les réserves. Mais cette façon de faire ne peut se répéter indéfiniment. Un assureur qui a des primes favorables et qui réalise une forte progression de son effectif d'assurés devra rapidement adapter ses réserves et provisions à ce nouvel effectif et sera donc, peut-être, contraint d'augmenter sensiblement ses primes l'année suivante.

La formation des primes est fort complexe et un assureur «bon marché» une année peut être un assureur cher l'année suivante. Conclusion: réfléchissez bien avant de changer d'assureur.

Guy Métraiiller