

Zeitschrift: Générations : aînés
Herausgeber: Société coopérative générations
Band: 32 (2002)
Heft: 9

Artikel: Caisses maladie : ont-dit ou réalité? Partie 1
Autor: Métrailler, Guy
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-828174>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

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

Caisses maladie: on-dit ou réalité?

Beaucoup de choses se disent et s'écrivent sur l'assurance maladie et sur les assureurs concernés. Ces derniers sont accusés de tous les maux: non transparents, arrogants, assoiffés de pouvoir et de profits, mauvais gestionnaires. Vérité ou mensonge?

De nombreux articles de journaux, des débats radiodiffusés ou télévisés relatifs à l'assurance maladie tendent à démontrer que, comme on dit, les caisses maladie «ont toujours tout faux». Un exemple à ce propos: lorsque les caisses maladie augmentent les primes, les médias les accusent de recourir à la solution de facilité: adapter les recettes aux dépenses, au lieu d'agir sur ces dernières. Et, lorsqu'elles s'opposent à une augmentation tarifaire ou à des pratiques dispendieuses, on les accuse «d'étrangler» le prestataire de soins concerné.

Le mois prochain, les caisses maladie vont communiquer à leurs assurés les nouvelles primes valables dès le 01.01.2003. On doit, malheureusement, s'attendre à de nouvelles augmentations. Nous n'allons pas ici nous livrer au jeu des pronostics, mais plutôt essayer objectivement, au moyen d'informations non contestables tirées soit de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), soit de la statistique annuelle de l'assurance maladie publiée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et que chacun peut se procurer, de tordre le cou à cer-

taines allégations ou croyances et de vous démontrer que les réalités sont très différentes des «on-dit». Tout ce qui suit ne concerne que ce que l'on appelle généralement l'assurance de base, c'est-à-dire l'assurance obligatoire des soins (aos).

Séparation des comptes

Les comptes sont établis selon un plan comptable uniforme approuvé par l'OFAS et obligatoire pour tous les assureurs. Les dépenses et les recettes doivent être comptabilisées séparément pour:

- l'assurance obligatoire ordinaire des soins (avec franchise de Fr. 230.-);
- chaque forme particulière d'assurance (franchises à option, assurance avec bonus, assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations);
- l'assurance d'indemnités journalières.

Chaque caisse maladie doit désigner un organe de révision externe et indépendant disposant de connaissances suffisantes en matière d'assurance maladie (une grande fiduciaire).

Les caisses maladie doivent remettre à l'OFAS, chaque année, à une date fixée par ordonnance, le bilan, les comptes d'exploitation, un rapport de gestion portant sur l'exercice écoulé, la décision par laquelle le Conseil de la caisse maladie a approuvé les comptes, de même que le budget concernant l'exercice suivant. A ce budget doivent être joints les tarifs de primes si l'assureur prévoit de les modifier. Les cantons peuvent obtenir auprès des caisses maladie copie des documents officiels sur lesquels l'OFAS se base pour approuver les primes et ils peuvent donner leur avis à l'Office fédéral sur les tarifs prévus pour leurs résidents. L'OFAS reçoit aussi le rapport établi par l'organe de révision externe.

Les comptes des assurances complémentaires relevant, sur le plan de la surveillance, d'un autre office, l'Office fédéral des assurances privées (OFAP), doivent être établis séparément pour chacune des branches de ces assurances (hospitalisation en privé, dentaire, etc.).

Première réalité: il ne peut pas y avoir de vase communicant entre les comptes de l'aos et ceux des assurances complémentaires. Cela a pour conséquence, notamment, que les excédents de recettes éventuels des assurances complémentaires ne peuvent, en aucun cas, servir à couvrir les excédents de dépenses de l'aos, en évitant ainsi les augmentations de primes ou en les atténuant.



Les résultats financiers

De 1996 (date de l'entrée en vigueur de la LAMal) à 2000 (dernière statistique connue), les résultats de l'aos pour l'ensemble des caisses maladie ont été les suivants:

1996	excédent dépenses: Fr. 319 932 346.-
1997	excédent recettes: Fr. 70 171 888.-
1998	excédent dépenses: Fr. 33 297.-
1999	excédent dépenses: Fr. 49 386 770.-
2000	excédent dépenses: Fr. 305 954 113.-
Total pour les 5 ans	
	excédent dépenses: Fr. 605 134 638.-

Pendant la même période, la prestation nette payée par assuré (prestation brute moins la participation des assurés aux frais) a passé, en moyenne suisse, de Fr. 1498.- à Fr. 1815.-, soit une augmentation de Fr. 317.- ou 21,16%. La prime moyenne par assuré a, elle, passé de Fr. 1547.- à Fr. 1849.-, soit une augmentation de Fr. 302.- ou 19,52%. En 2001, la situation ne s'est pas améliorée, puisque l'augmentation des coûts est provisoirement estimée à 5,1%.

Deuxième réalité: les caisses maladie n'augmentent pas les primes en dépit de résultats largement bénéficiaires, puisque le manque à gagner s'élève à plus de 600 millions de francs pour les années 1996 à 2000.

Le niveau des réserves

L'ordonnance d'application de la LAMal fixe que les caisses maladie doivent assurer l'équilibre des dépenses et des recettes pour une période de financement de 2 ans et qu'elles doivent disposer en tout temps d'une réserve. De 1996 à 2000, les réserves de l'ensemble des caisses maladie ont diminué de 2,856 milliards à 2,832 milliards de francs. La diminution a été la plus forte entre 1999 et 2000 puisqu'elle a été de 8%.

Le taux des réserves a chuté de 25,7% des primes en 1996 à 21,1% en 2000. Ce taux est certainement encore plus bas à fin 2001, car beaucoup de caisses maladie ont enregistré des excédents de dépenses au

ECRIVEZ-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**

cours du dernier exercice. Selon les données publiées par l'OFAS, à fin 2000, 26 caisses maladie ne disposaient pas du taux de réserve minimal prévu par la législation selon tableau reproduit ci-dessous. Enfin, les 2,832 milliards de francs de réserve de l'ensemble des caisses maladie à fin 2000 ne représentent que 2,5 mois de prestations nettes payées cette année-là.

Troisième réalité: les caisses maladie n'augmentent pas leurs primes en dépit de réserves «phénoménales» et qui ne cessent de s'accroître mais, au contraire, soit parce qu'elles ont mal estimé les dépenses, certaines années, soit parce qu'elles ont délibérément décidé de puiser dans leurs réserves pour renoncer à des augmentations de primes ou les limiter dans leur ampleur, les réserves ne cessent de diminuer et elles devront être reconstituées.

Réserves en caisse

La réserve de chaque caisse maladie doit, selon le nombre d'assurés dans l'aos, atteindre, pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir:

jusqu'à 100 assurés:

aucune caisse concernée, 182%

(de réserve minimale)

de 101 à 500 assurés:

8 caisses, 96% (de réserve minimale)

de 501 à 1000 assurés:

6 caisses, 73% (de réserve minimale)

de 1001 à 2500 assurés:

16 caisses, 52% (de réserve minimale)

de 2501 à 5000 assurés:

8 caisses, 42% (de réserve minimale)

de 5001 à 10 000 assurés:

8 caisses, 34% (de réserve minimale)

de 10 001 à 50 000 assurés:

18 caisses, 24% (de réserve minimale)

de 50 001 à 250 000 assurés:

12 caisses, 20% (de réserve minimale)

plus de 250 000 assurés:

10 caisses, 15% (de réserve minimale)

Provisions pour risques

Chaque caisse maladie 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 caisses maladie doivent l'adapter, chaque année, aux besoins réels résultant du calcul des dépenses faites l'année précédente concernant des exercices antérieurs.

De 1996 à 2000, pour l'ensemble des caisses maladie, le montant de ces provisions a passé de 3,455 milliards à 3,956 milliards de francs, mais, en % des prestations payées, elles ont baissé de 32% à 30% de ces prestations.

Quatrième réalité: les provisions ne sont pas surfaites.

Le placement des avoirs

Les montants représentant les réserves et provisions, de même que les liquidités résultant d'un éventuel excédent momentané entre les recettes et les dépenses doivent être placés de façon à rapporter des intérêts, qui viennent en déduction des primes à exiger.

En ce qui concerne l'aos, l'ordonnance sur l'assurance maladie prévoit que les caisses maladie élaborent un règlement sur les placements qui doit être porté à la connaissance de l'OFAS. Seuls les placements suivants sont admis en francs suisses, en euros, en livres sterling, en dollars américains ainsi qu'en yens:

- placements auprès de collectivités de droit public et auprès de banques et caisses d'épargne;
- papiers-valeurs et autres placements cotés en Bourse, dont au plus un quart en placements à l'étranger et jusqu'à concurrence de 5% des placements de la caisse par société;
- placements en Suisse sous la forme d'immeubles et de prêts garantis par gage

immobilier, y compris les immeubles et les locaux administratifs nécessaires à l'activité de la caisse, jusqu'à concurrence de 40% des placements de la caisse, ainsi que participations dans des sociétés immobilières jusqu'à concurrence de 5% des placements de la caisse;

– placements et avoirs de caisses maladie d'entreprises dans la propre entreprise jusqu'à concurrence de 10% des placements de la caisse; l'entreprise doit remettre chaque année à la caisse une attestation de solvabilité;

– placements auprès d'institutions qui servent à la pratique de l'assurance maladie sociale, jusqu'à concurrence de 20% des placements de la caisse; les placements doivent être effectués aux conditions du marché; la caisse doit veiller à ce que les moyens de l'assurance maladie sociale ne soient utilisés qu'aux fins de celle-ci et que les comptes annuels (compte d'exploitation et bilan) de l'institution considérée soient soumis à l'OFAS.

Cinquième réalité: les caisses maladie ne peuvent pas faire ce qu'elles veulent en matière de placements. Elles essaient de trouver, dans le cadre des dispositions légales, un moyen terme entre un maximum de sécurité (placements de «pères de famille») et le meilleur rendement. Les critiques virulentes adressées par la presse à la direction d'une caisse maladie dont les mauvais résultats 2001 étaient, notamment, dus à un rendement négatif de ses placements laissent supposer que cette direction a ignoré le cadre légal et fait des placements hasardeux. La réalité est probablement tout autre: l'institution visée, comme d'autres, a été victime de la chute de la Bourse. Si cette direction avait laissé l'argent sur un compte courant, elle aurait été accusée de ne pas avoir tenté d'obtenir un meilleur rendement des recettes fournies par ses assurés. On en revient à ce que j'écris au début de cet article: les caisses maladie «font toujours tout faux».

Guy Métrailler

Suite et fin de cet article en octobre. Nous vous ferons des suggestions pour ménager votre budget assurance maladie.

Robi & Fanny

PAR PÉCUB

