
Notre objectif: être un assureur de classe, engagé et efficace.

Le rapport de gestion 2010 en abrégé

sanitas

assurance de classe

Chiffres-clés

Données en milliers de CHF	2010	2009
Effectif des assurés	882 023	830 115
Effectif du personnel (postes à plein temps)	701	717
Produits des primes des sociétés opérationnelles	2 472 399	2 272 724
Sanitas Assurances de base SA	974 626	917 627
Sanitas Assurances privées SA	471 922	466 582
Wincare Assurances SA	714 551	664 562
Wincare Assurances complémentaires SA	219 412	221 687
Compact Assurances de base SA	91 888	2 266
Prestations d'assurance des sociétés opérationnelles	2 253 004	2 227 676
Sanitas Assurances de base SA*	792 644	780 899
Sanitas Assurances privées SA	411 438	412 932
Wincare Assurances SA	837 786	850 072
Wincare Assurances complémentaires SA	174 392	182 971
Compact Assurances de base SA*	36 744	802
Frais d'administration des sociétés opérationnelles**	168 205	162 774
Résultat plac. de capitaux sociétés opérationnelles	66 271	82 249
Résultat des sociétés opérationnelles (après impôts)	16 286	-70 545
Réserves de sécurité LAMal sociétés opérationnelles	147 656	138 675
Taux de réserves Sanitas Assurances de base SA	7,6 %	8,0 %
Taux de réserves Wincare Assurances SA	8,4 %	8,9 %
Taux de réserves Compact Assurances de base SA***	15,3 %	-
Placements de capitaux des sociétés opérationnelles	1 985 164	2 129 607
Provisions techniques des sociétés opérationnelles	1 077 077	1 066 335
Fonds propres consolidés (y c. participations)	682 950	663 945

* Sans réassurance interne au groupe

** Amortissements exclus

*** Y c. garantie de Sanitas Participations SA



En route vers plus d'efficacité

En 2010, Sanitas s'est engagée pour plus d'efficacité à plusieurs niveaux. Notre palette de produits, notre service clients, l'achat de prestations, le management des coûts et les processus internes ont été développés et les possibilités d'économie ont été exploitées. Le rapport de gestion en présente divers exemples.

Pour la première fois, il est disponible en ligne. Seul ce rapport abrégé a été imprimé. Il reflète quelques thèmes qui nous ont occupés au cours de l'exercice de l'année dernière. C'est aussi une contribution à plus d'efficacité.

Vous trouverez l'entier de la version en ligne sur le site [www.sanitas.com/Portrait/Rapport de gestion](http://www.sanitas.com/Portrait/Rapport%20de%20gestion). Les liens au bas des pages de ce rapport abrégé renvoient directement aux chapitres correspondants dans la version en ligne.

Jens Alder, président du CA: «2010, une année placée sous le signe de l'efficacité»

Chers clients, chers partenaires commerciaux, chers collaborateurs,

2010 a été une année mouvementée pour Sanitas. Pour moi, elle a été intensive; en effet, elle a marqué mes débuts de président du Conseil d'administration. Elle a amené de nouvelles idées et des changements, des succès dont on ne peut que se réjouir, mais aussi, malheureusement, quelques mauvaises nouvelles. Elle a surtout été placée sous le signe d'une meilleure efficacité.

Avec un résultat de 16,3 millions de francs, Sanitas a retrouvé les chiffres noirs après deux ans de pertes. Nous avons atteint un résultat équilibré dans l'assurance obligatoire des soins. Le gain 2010 est dû aux affaires LCA; en effet, dans le domaine des assurances complémentaires, Sanitas a atteint une rentabilité appropriée grâce, notamment, aux gains sur les marchés financiers.

Pour ce qui est des aspects négatifs, Sanitas a dû augmenter fortement ses primes au 1^{er} janvier 2011. Cette adaptation s'est élevée, en moyenne, à 12% pour tout le groupe. Selon la formule d'assurance, la franchise et la région, nos clients ont été plus ou moins touchés. Nous savons que cette hausse pèse sur le budget; cependant, nous n'avions pas le choix. Du fait que Sanitas n'a pas pu exiger de hausse des primes au cours des dernières années et qu'elle a dû diminuer ses réserves, ces adaptations se sont avérées nécessaires. En effet, ce n'est que de cette manière que nous pouvons atteindre à nouveau le taux de réserves de 10% prescrit par l'Office fédéral de la santé publique et garantir la solidité exigée de toutes nos branches d'assurance.

Cette augmentation des primes a entraîné le départ de quelque 40 000 assurés. Il s'agit d'une perte douloureuse, surtout du fait qu'au 1^{er} janvier 2010, Sanitas pouvait encore enregistrer une croissance réjouissante. Néanmoins, compte tenu de l'évolution des primes, nous n'avons pas été

surpris par ces départs. Chaque automne, les médias et le monde politique poussent les assurés à choisir l'offre la moins chère. Par conséquent, l'année dernière, environ un million de personnes ont, à nouveau, changé d'assurance de base. La pression politique pour interdire les commissions et la publicité téléphonique dans l'assurance de base, et donc pour faire baisser les coûts dus aux changements d'assureur, s'en est vue intensifiée.

Le Comité de direction et le Conseil d'administration de Sanitas sont convaincus qu'une concurrence entrepreneuriale représente le meilleur moyen pour freiner l'augmentation des coûts de la santé en Suisse. Ainsi, Sanitas s'engage pour que les assureurs maladie et les autres sociétés d'assurance soient soumis à une régulation étatique au niveau de leur solidité financière et de leurs pratiques commerciales. Par contre, elle s'oppose à ce que les activités entrepreneuriales soient limitées, voire rendues impossibles, par l'interdiction du libre choix des partenaires de collaboration ou par des dispositions arbitraires, par exemple dans le domaine de la distribution. Nous considérons également comme une erreur les dispositions visant à fixer des réserves financières au niveau cantonal. Pour Sanitas, une entreprise active dans toute la Suisse, assurer signifie que le plus grand effectif possible supporte les coups du destin des individus et que les clients peuvent avoir accès à une médecine de qualité à des prix raisonnables.

Sanitas a lancé une série d'initiatives externes comme internes pour garantir la plus grande efficacité possible dans le carcan actuel des dispositions légales. Citons, par exemple, la coopération avec Helsana et CPT dans le domaine de l'achat de prestations, l'examen et le traitement encore plus automatisés des prestations ou le traitement électronique du courrier dans tout le groupe. Il ne s'agit que de premiers pas, mais qui livreront rapidement des résultats concrets. Sanitas désire poursuivre sur cette voie et, au cours des prochaines années, mettra en place d'autres mesures pour



plus d'efficacité. Cela nous permettra de lutter contre la hausse des primes.

En avril 2010, le groupe Sanitas a créé une structure de holding moderne: désormais, toutes les sociétés du groupe actives au niveau opérationnel seront gérées par Sanitas Participations SA en tant que holding. Le Conseil d'administration de Sanitas Participations SA est responsable de la stratégie du groupe et du contrôle du Comité de direction, alors que ce dernier est chargé de la gestion opérationnelle des sociétés. Grâce à cette structure, Sanitas garantit une grande transparence, une gestion professionnelle et une meilleure efficacité. Comme par le passé, le groupe possède la Fondation Sanitas Assurance Maladie, dont le Conseil de fondation est l'organe suprême. Vous trouverez de plus amples informations dans la partie du rapport de gestion dédiée à la corporate governance.

En 2010, la réunion prévue avec CPT, qui n'a finalement pas eu lieu, nous a également occupés. Je suis toujours convaincu de la logique stratégique de cette réunion; cependant, entre l'annonce et la réalisation prévue, des questions ne pouvant être résolues dans un délai acceptable sont apparues. Afin de garantir les intérêts de Sanitas et de mettre un terme à cette période d'incertitude, nous avons décidé de ne pas poursuivre les négociations. Sanitas est assez forte pour poursuivre seule son évolution stratégique.

Nous sommes cependant ouverts aux coopérations, par exemple dans des domaines commerciaux bien définis, ce afin d'exploiter au maximum les synergies. Notre coopération avec Helsana et CPT pour l'achat de prestations en constitue un parfait exemple. Le développement d'offres et de prestations de service supplémentaires pensées pour des groupes cibles représente, à nos yeux, une priorité stratégique. Avec Compact, nous couvrons déjà très bien le segment des clients attentifs aux prix. A l'avenir, Sanitas proposera encore



Jens Alder, président du Conseil d'administration

plus de prestations et de services aux clients ayant des exigences élevées envers leur assurance. Notre promesse, «assurance de classe», l'exige.

Une année mouvementée implique un engagement particulier. L'année dernière, nos collaborateurs n'ont pas ménagé leurs efforts et se sont engagés pour leur entreprise à un niveau qui mérite d'être reconnu. Qu'ils en soient remerciés au nom du Conseil d'administration et du Comité de direction. Nos remerciements vont aussi à nos partenaires commerciaux pour la collaboration fructueuse et à nos clients pour leur confiance.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jens Alder'.

Jens Alder
Président du Conseil d'administration

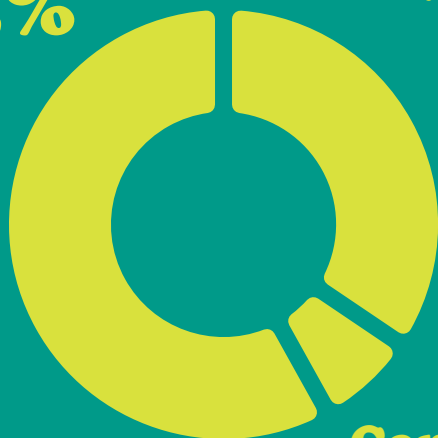
**353 millions
de francs
économisés**



En faveur des assurés: en faisant preuve de cohérence dans son management des coûts et des prestations, Sanitas a économisé 353 millions de francs en 2010. Cela représente 16 millions de plus qu'en 2009.

**Assurance
de base
58,2%**

**Modèles
d'assurance
alternatifs
34,4%**



**Compact One
7,4%**

**A vous de décider: Sanitas
vous propose de nombreux
choix dans l'assurance de base.
Cette offre est très appréciée.**

Otto Bitterli, CEO: «Plus d'efficacité ne veut pas forcément dire moins de qualité»

Le rapport de gestion 2010 de Sanitas est dédié à l'efficacité. Pourquoi ce sujet? En raison de la continue augmentation des primes, il est toujours plus important d'introduire des critères d'efficacité dans le domaine de la santé. Ceci est tout particulièrement le cas pour les assurances sociales, contrairement à d'autres domaines. Bien que cela fasse l'objet de longues discussions depuis un certain temps déjà, nous n'en sommes encore qu'au début.

L'efficacité dans le domaine de la santé est un sujet délicat. En général, le patient s'attend à bénéficier des meilleures prestations possible, sans tenir compte des prix. Et l'efficacité dans tout ça? Plus d'efficacité ne veut pas forcément dire moins de qualité. Un manque d'efficacité dans le domaine de la santé est la conséquence d'une mauvaise incitation. Un exemple: si des patients privés sont traités en milieu stationnaire à l'hôpital, il est possible de facturer davantage que pour le même traitement en ambulatoire. Par conséquent, nous constatons que bien plus de patients privés que de patients assurés en division générale bénéficient de traitements stationnaires. Notre devoir, en tant qu'assureur, est de privilégier la transparence lorsque nous nous trouvons dans un tel contexte.

La transparence est un facteur important, mais ce n'est pas encore une solution définitive... Oui, c'est juste. Il faut également qu'il y ait un échange entre les patients et les fournisseurs de prestations. L'objectif est de trouver la thérapie la mieux adaptée au patient, tout en tenant compte des coûts.

L'assurance maladie se base sur la solidarité: les assurés en bonne santé soutiennent ceux qui sont malades; les jeunes soutiennent les personnes âgées. Peut-on concilier solidarité et efficacité? Le principe de la solidarité constitue le point fort de l'assurance maladie. L'objectif étant de proposer d'excellents soins à chaque patient assuré en Suisse. Il existe toutefois deux faits qui amènent

une certaine tension entre solidarité et efficacité. Tout d'abord, si les prestations médicales sont consommées de manière exagérée, par exemple lorsqu'un assuré consulte plusieurs médecins pour la même question. La mentalité du libre service est une des causes principales de l'augmentation des primes et va à l'encontre du principe de la solidarité.

...et quel est le deuxième fait? Ensuite, il faut savoir à quel moment il est judicieux d'avoir recours à des prestations de pointe, donc très coûteuses. En d'autres termes, il faut se poser la question suivante: quand tel ou tel traitement est-il judicieux? Faut-il cofinancer une intervention complexe ou une mesure permettant de prolonger la vie d'un patient? Il s'agit là de questions éthiques auxquelles il n'est pas possible de répondre simplement par oui ou par non. Il est donc nécessaire d'en discuter précisément avec toutes les personnes concernées.

La mentalité du libre service est une des causes principales de l'augmentation des primes.

Ces discussions ont-elles lieu? Oui, et je peux dire que, de nos jours, tout cela se fait de manière plus ouverte qu'il y a dix ans. Nous savons aujourd'hui que la faculté de prolonger la vie d'une personne n'est, en soi, pas suffisante. En effet, il faut que cette dernière puisse jouir d'une certaine qualité de vie, condition importante également pour ses proches.

Revenons-en à Sanitas. Comment l'entreprise s'y est-elle prise l'année dernière pour améliorer son efficacité? Sanitas a dû entreprendre des démarches à plusieurs niveaux. Prenons l'exemple de l'introduction du courrier électronique: désormais, tout le courrier du groupe Sanitas est scanné dès son arrivée et distribué électroniquement. L'industrialisation de l'acheminement du courrier



améliore l'efficacité de manière considérable. Comme nous en avons parlé avant, le contrôle systématique des prestations médicales et de leur nécessité contribue également à une meilleure efficacité.

Sanitas a dû entreprendre des démarches à plusieurs niveaux.

Comment réagissent les fournisseurs de prestations, c'est-à-dire les médecins et les hôpitaux, à ces contrôles? Il est évident que cette façon de faire n'est pas la bienvenue chez tout le monde. Les fournisseurs de prestations n'ont pas encore l'habitude qu'un assureur puisse avoir une influence sur le déroulement d'une thérapie. Lorsque nous demandons des rapports aux médecins, certains trouvent cette méthode bureaucratique. D'autres, toutefois, sont compréhensifs. A l'avenir, pour une meilleure compréhension, nous allons intensifier la communication avec les fournisseurs de prestations.

Et qu'en est-il des réactions de la part des clients?

Là aussi, elles sont très différentes. Lorsque nous ne pouvons pas allouer de garantie de paiement à un assuré, cela a pour conséquence logique une certaine incertitude. Surtout s'il s'agit d'une prestation que nous avions auparavant allouée sans discussion. Si nous parvenons toutefois à expliquer la situation à nos assurés, ceux-ci se montrent, la plupart du temps, compréhensifs. Avec Compact One, le client sait exactement ce dont il bénéficie, à savoir d'une protection d'assurance complète sans extras à un prix particulièrement attrayant. En contrepartie, il sait qu'il doit accepter un controlling plus strict.

Compact One connaît vraiment le succès... Avec Compact One, l'objectif n'était pas d'introduire une caisse à prix cassés; nous avons, pour la première fois en Suisse, mis sur pied une formule dont les prestations sont vraiment différentes. Voilà la clé du succès. Vu que Compact One a été lancé ra-

pidement, il nous a fallu procéder à certaines adaptations durant l'année 2010. D'une manière générale, nous avons atteint notre objectif: acquérir de nouveaux clients grâce à une formule d'assurance axée sur du long terme et proposant des primes basses.

Les primes, thème principal de l'année 2010 dans le domaine de la santé. Comment Sanitas juge-t-elle la nouvelle augmentation des primes?

Si les primes augmentent de 7% à 10% comme l'année dernière, cela représente une énorme charge pour le budget familial. Il est clair que cela ne peut pas continuer ainsi et qu'il est nécessaire, par exemple,



Otto Bitterli, CEO

d'améliorer l'efficacité. Et pourtant, cette tendance continue: les mauvaises incitations subsistent, les conditions-cadre ne changent pas et les efforts politiques en vue d'une meilleure efficacité et d'une responsabilité individuelle n'aboutissent guère.

En 2012, plusieurs mesures vont être appliquées, entre autres le nouveau financement des hôpitaux et la planification hospitalière au niveau cantonal. Ces adaptations vont-elles contribuer à la maîtrise des coûts? Je reste plutôt sceptique à ce propos. L'idée du financement des hôpitaux par un système de forfaits par cas est, en soi, une bonne solution. En effet, ce nouveau modèle devrait favoriser la transparence, permettre un réajustement de la structure hospitalière et donc une concentration de l'offre. En d'autres termes, il s'agit d'une adaptation pouvant contribuer à la baisse des coûts et à une meilleure qualité. Il est vrai qu'une personne qui effectue la même opération cent fois par année a automatiquement plus d'expérience que celle qui ne l'effectue que cinq fois. Toutefois, si la planification hospitalière cantonale devait avoir lieu parallèlement, tout ce développement pourrait être retardé. Ce n'est pas le marché qui adapte les structures; celles-ci sont le résultat de la planification hospitalière.

Il faut renforcer la concurrence entre les assureurs et les fournisseurs de prestations.

Pour Sanitas, quelle serait alors la recette pour réformer le domaine de la santé? Premièrement, les réformes doivent avoir lieu au niveau des coûts les plus importants. Et là, il ne s'agit pas du 5% des frais administratifs, mais des 95% qui touchent les dépenses liées aux prestations. Il est donc évident qu'une caisse unique n'apportera rien. Deuxièmement, il faut davantage d'efficacité dans le système des dépenses liées aux prestations. Cela n'est possible qu'en présence d'une certaine concurrence. Il faut parvenir à instaurer une diver-

sité de l'offre, approuver la liberté de contracter et intensifier la concurrence entre les fournisseurs de prestations et les assureurs.

La collaboration entre Sanitas, Helsana et CPT pour l'achat des prestations est un exemple d'une telle concurrence. Quelles sont vos attentes à propos de cette collaboration? Avoir de meilleures conditions, bien entendu. Aujourd'hui, dans l'assurance de base, toutes les prestations coûtent la même chose partout. La valeur tarifaire négociée par santé suisse est valable pour tous les assureurs. Nous avons décidé de collaborer car nous voulons plus de concurrence. Grâce à notre force de négociation (nous représentons près d'un tiers du marché), nous sommes en mesure de négocier de meilleures conditions pour nos assurés et pouvons mettre au point des formules adaptées aux différents groupes cibles.

Venons-en aux chiffres. Que pouvez-vous nous dire sur le résultat financier 2010? Il est ambivalent. D'un côté, une correction s'est révélée nécessaire en 2010, après que Sanitas a été contrainte de diminuer ses réserves afin de maintenir les primes basses. Nous avons donc dû augmenter les primes de manière importante. Conséquence: le départ d'environ 40 000 assurés au 1^{er} janvier 2011, ce qui ne nous laisse, bien entendu, pas de marbre. D'un autre côté, Sanitas enregistre un produit de primes plus élevé. Voilà donc à nouveau un bilan positif après deux années négatives. C'est réjouissant.

Le fait que la réunion avec CPT n'ait pas pu être réalisée est certainement une ombre au tableau. Qu'est-ce que cela signifie pour Sanitas? D'un point de vue stratégique, la réunion aurait été une bonne chose, j'en suis persuadé. Cependant, il faut que les deux parties soient à cent pour cent d'accord en ce qui concerne les éléments clés. Cela n'a pas été possible dans le laps de temps disponible. Sanitas poursuit donc sa stratégie en tant qu'entreprise indépendante. Une chose est sûre: le processus de consolidation sur le marché de l'assurance maladie ne peut pas être endigué.



Solidité financière



**Les bons résultats renforcent
les fonds propres et améliorent
ainsi la situation financière
du groupe Sanitas.**

Sanitas Assurance Maladie
Jäbergasse 3
8021 Zurich

www.sanitas.com