

## Communication

Brussel, 21 décembre 2021

Référence : NBB\_2021\_24

Votre correspondant :

Frank Van Steen et Stany Zabinski

tél. +32 2 221 21 23 / 34 67

[frank.vansteen@nbb.be](mailto:frank.vansteen@nbb.be) / [stany.zabinski@nbb.be](mailto:stany.zabinski@nbb.be)

### Évaluation des provisions techniques des assurances soins de santé individuelles

#### Champ d'application

Les entreprises d'assurance ou de réassurance de droit belge qui sont soumises à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

#### Résumé/Objectif

La présente communication vise à décrire un scénario de référence que la Banque nationale de Belgique utilisera comme limite inférieure pour évaluer la prudence des hypothèses entourant la modélisation de l'inflation médicale et qui servira de base pour recenser et quantifier les déséquilibres structurels dans la tarification des assurances soins de santé.

#### Structure

1. Contexte
2. Vérification et entrée en vigueur
3. Méthodologie du scénario de référence
4. Description du scénario de référence

Madame, Monsieur,

## 1. Contexte

La loi Verwilghen encadre des dispositions spécifiques pour les assurances soins de santé individuelles. Ainsi, un assureur soins de santé est tenu de proposer des contrats à vie, et les possibilités de modifier les fondements techniques des primes et des conditions de couverture sont légalement limitées. En vertu du cadre légal, les polices ne peuvent être adaptées que dans les cas suivants<sup>1</sup>:

- 1) de commun accord et dans l'intérêt de l'assuré;
- 2) en cas de changement de la situation personnelle de l'assuré (profession et statut social);
- 3) sur la base de l'indice des prix à la consommation ou d'un indice spécifique (l'indice médical); ou
- 4) par une intervention de la Banque nationale de Belgique (ci-après «la Banque»).

Avec l'entrée en vigueur de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance (la « loi de contrôle assurance »), l'adaptation de la tarification évoquée au point 4 ci-dessus est devenue une prérogative spécifique dans le chef de la Banque et s'inscrit dans le cadre des mesures de redressement éventuelles dont dispose la Banque.

Les assureurs soins de santé qui proposent des polices de soins de santé individuelles sont confrontés, dans le cadre de Solvabilité II, à des choix complexes et sensibles en matière d'évaluation. Ainsi, l'horizon de projection très lointain rend l'évaluation des provisions techniques correspondantes particulièrement sensible aux paramètres de modèle sous-jacents. Il convient par ailleurs de procéder à des projections adéquates de l'évolution des coûts médicaux sur ces échéances potentiellement (très) éloignées. L'objectivité, la stabilité et la prudence constituent dès lors les maîtres mots pour l'évaluation de la meilleure estimation en matière de polices d'assurance soins de santé individuelles.

Afin d'examiner les sensibilités entourant l'évaluation de la meilleure estimation et le *level playing field* mutuel, la Banque a décidé de mener une large analyse horizontale axée sur la modélisation des hypothèses concernant l'évolution de l'inflation médicale. Les résultats ont confirmé, outre l'hétérogénéité du marché, l'énorme sensibilité de l'évaluation de la meilleure estimation à ces hypothèses et, par conséquent, la nécessité d'un encadrement clair pour la modélisation de ce type de produits. Sur la base des résultats de l'analyse, la Banque a décidé d'élaborer un scénario qui sera utilisé comme limite inférieure pour évaluer la prudence des hypothèses de modélisation de l'inflation médicale utilisées pour le calcul des provisions techniques. Sur la base du principe de proportionnalité, l'entreprise d'assurance peut y déroger pour autant qu'il n'en résulte pas de sous-estimation des provisions techniques. La Banque utilisera également ce scénario comme base pour quantifier les éventuels déséquilibres tarifaires.

## 2. Vérification et entrée en vigueur

Conformément à l'article 272 du règlement délégué (UE) 2015/35, la fonction actuarielle doit garantir que les approximations les plus appropriées aux fins du calcul de la meilleure estimation soient utilisées et, s'agissant de l'assurance soins de santé individuelle, cela revient à vérifier que d'éventuels écarts par rapport au scénario de référence n'entraîne pas de sous-estimation des provisions techniques.

Cette vérification doit être effectuée annuellement.

La communication s'applique pour la première fois aux chiffres à la date de référence de 31/12/2021.

<sup>1</sup> Voir l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

### 3. Méthodologie du scénario de référence

Le scénario de référence repose sur une inflation des prix à la consommation majorée d'un écart (*wedge*). En effet, les frais médicaux devraient croître plus vigoureusement que l'IPC puisqu'ils suivent la prospérité et sont donc au moins en phase avec la croissance réelle. Toutefois, ils devraient poursuivre leur croissance à court terme en raison de l'innovation technologique, qui continue à les pousser à la hausse. L'écart représente donc la somme de la croissance réelle majorée de cette innovation technologique.

Comme l'évaluation de la meilleure estimation (*best estimate*) s'appuie sur des principes conformes au marché, il convient dans ce cas-ci d'utiliser le plus possible d'informations sur les marchés liquides. Pour la hausse de l'IPC, il existe des *swaps* liquides indexés sur l'inflation (*inflation swaps*) qui donnent une estimation au niveau de la zone euro. À l'échelle nationale, il existe parfois également des obligations indexées sur l'inflation (*inflation-linked bonds*), lesquelles présentent toutefois généralement des anticipations plus élevées en matière d'IPC en raison des primes d'illiquidité contenues dans l'évaluation. Ces instruments semblent donc moins appropriés. Pour le calibrage de l'écart, il n'existe pas d'instruments financiers : il convient de recourir à un calibrage historique. Des obligations indexées sur le PIB (*GDP-linked bonds*) sont toutefois déjà disponibles, mais elles n'en sont encore qu'au stade de la conception.

S'agissant du long terme, la courbe d'inflation s'inspire de la courbe des taux d'intérêt sans risque telle que produite par l'EIOPA. Dans ce cas-ci également, l'on recourra à une extrapolation de Smith-Wilson à partir d'une maturité de 20 à 60 ans jusqu'à un *Ultimate Forward Medical Inflation Rate* (ci-après l'« UFMIR »). La cohérence de l'extrapolation est importante pour garantir qu'aucune volatilité additionnelle ne résulte de l'incohérence entre la courbe des taux d'intérêt sans risque et les courbes d'inflation médicale. En outre, l'UFMIR est basé sur les anticipations à long terme utilisées par le Comité d'étude sur le vieillissement<sup>2</sup> et la Commission européenne<sup>3</sup> pour la projection des dépenses publiques en matière de santé. En effet, l'on a constaté, dans les années 1960 à 1980, une élasticité-revenu de 1,2 à 1,5 au cours des différentes années et dans les différents pays. Ce constat s'explique toutefois par la mise en place de la sécurité sociale après la Deuxième Guerre mondiale et n'a pas constitué d'effet à long terme. L'élasticité-revenu a récemment convergé vers 1. Cette convergence indique qu'à long terme, la hausse réelle des dépenses publiques en matière de santé est conforme à la croissance réelle du PIB par tête, laquelle correspond à 1,5 %. En outre, l'on suppose que la croissance des frais médicaux pour le secteur de l'assurance est en phase avec la croissance des dépenses publiques. En effet, l'on table sur une fixité de la politique dans la projection de la meilleure estimation. De plus, l'on suppose que la hausse de l'IPC est en phase avec l'objectif, de 2 %, de la politique monétaire de la Banque centrale européenne. La croissance nominale à long terme des frais médicaux privés s'élève donc à 3,5 % (= 1,5 % x 1 + 2 %).

### 4. Description du scénario de référence

#### 4.1. Modalités générales

Le scénario de référence porte exclusivement sur des hypothèses concernant l'évolution attendue de l'inflation des sinistres des entreprises et l'évolution attendue de l'inflation médicale générale au niveau du marché pour les assurances soins de santé individuelles comme les hospitalisations, les soins ambulatoires et les soins dentaires. Il combine l'utilisation des évolutions observées dans les primes et les charges de sinistres à court terme avec des éléments macroéconomiques à long terme. Concrètement, le scénario comporte les caractéristiques suivantes pour ce qui concerne la modélisation de l'évolution des inflations médicales :

<sup>2</sup> Comité d'étude sur le vieillissement, *Rapport annuel* (2014).

<sup>3</sup> Commission européenne, *The 2018 Ageing Report – Underlying Assumptions & Projection Methodologies*.

- **évolution à court terme des inflations médicales** : basée sur une courbe d'inflation européenne majorée d'un *inflation wedge*.
  - Courbe d'inflation européenne: construite à l'aide de *zero-coupon inflation indexed swaps* (ZCIIS) basés sur l'indice harmonisé des prix à la consommation hors tabac de la zone euro (*Harmonised Index of Consumer Prices excluding Tobacco* - HICPxT)
  - Inflation wedge : différentiel entre l'inflation européenne et l'inflation de sinistres belge
    - inflation médicale propre (importante pour l'évolution des paiements des sinistres) : calibrage basé sur un ensemble suffisamment large d'observations historiques spécifiques aux entreprises. Le *wedge* est défini comme le différentiel moyen entre l'inflation des sinistres propre et l'inflation HICPxT de la zone euro.

La courbe d'inflation médicale pour les sinistres ne s'applique pas aux assurances de nature forfaitaire, mais uniquement aux assurances couvrant des frais. La projection pour les assurances forfaitaires n'est pas liée à l'inflation médicale.

- l'inflation médicale générale (au niveau du marché, donc importante pour l'évolution des revenus de primes via l'indice médical): basée sur les observations historiques des indices de base de l'article 7 de l'arrêté royal du 18 mars 2016 déterminant les indices spécifiques, éventuellement complétée par un *expert judgement* si les données disponibles ne sont pas jugées suffisamment significatives. Le *wedge* est défini comme le différentiel moyen entre l'inflation de sinistres générale et l'inflation HICPxT de la zone euro. Compte tenu de la volatilité des observations récentes, il est demandé de se limiter à l'indice médical global sans tenir compte des catégories d'âge.

Par analogie avec la partie «liquide» de la courbe des taux d'intérêt sans risque de l'EIOPA, le court terme atteindrait un *Last Liquid Point* de 20 ans.

- **évolution à long terme de l'inflation médicale** : les prévisions de l'inflation médicale à moyen et long terme peuvent être très diverses et sont entourées d'un degré d'incertitude très élevé. Cela dit, cette incertitude ne porte pas préjudice à l'obligation de formuler, pour le long terme également, des hypothèses bien étayées et objectives. Pour la partie à long terme, l'on tient dès lors compte de principes macroéconomiques, ce qui donne lieu à une inflation médicale à long terme qui est égale, selon la formule qui suit, à un *ultimate forward medical inflation rate* de 3,5 %:

UFMIR = croissance des revenus (1,5 %) x élasticité (1) + inflation de base (2 %) = 3,5 %.

où l'estimation à long terme de la croissance du PIB par le Bureau fédéral du plan (1,5 %) et l'objectif d'inflation de la Banque centrale européenne (2 %) sont pris en compte. En fixant l'élasticité des revenus à 1, l'on suppose que l'évolution des frais médicaux, sur une base réelle par habitant, suit la croissance générale des revenus.

- La méthode d'extrapolation Smith-Wilson est prescrite pour la convergence des résultats à court terme vers l'*ultimate forward medical inflation rate* prescrit ci-dessus. Comme évoqué plus haut, cette méthode est déjà bien connue dans le contexte de la construction de la courbe des taux d'intérêt sans risque de l'EIOPA. Elle serait donc utilisée pour permettre à la courbe de converger, à partir du *Last Liquid Point* de 20 ans, vers 3,5 % à une échéance de 60 ans. Les spécifications techniques de cette méthode peuvent être consultées sur le site internet de l'EIOPA<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> [https://www.eiopa.europa.eu/tools-and-data/risk-free-interest-rate-term-structures\\_en](https://www.eiopa.europa.eu/tools-and-data/risk-free-interest-rate-term-structures_en) - Risk-free rates previous releases and preparatory phase.

## 4.2. Points d'attention particuliers

- **Point d'attention 1: Calibrage des wedges – Données historiques**

Wedge inflation médicale propre: C'est ici la précision qui prévaut. Si l'on dispose d'un large historique de données détaillées et fiables, il convient d'utiliser un historique aussi long que possible.

Wedge inflation médicale générale : C'est ici la stabilité qui prévaut. Le nombre d'indices médicaux calculés et publiés par le SPF Économie conformément à l'arrêté royal du 18 mars 2016 est assez limité. Dans la mesure du possible, ces données devraient être complétées par des statistiques pertinentes plus anciennes qui soient également disponibles, par exemple les statistiques publiées par Assuralia. Il importe ici d'aborder ces données avec prudence (cf. le point 3).

- **Point d'attention 2: Calibrage des wedges – Granularité des données**

Wedge inflation médicale propre: Sans préjudice du principe de proportionnalité, les profils de sinistres doivent être établis par produit et sexe, la granularité des produits devant être conforme à celle utilisée pour l'indice médical.

Wedge inflation médicale générale: l'estimation au niveau des produits est suffisante dans ce cas-ci, la granularité des produits devant être conforme à celle utilisée pour l'indice médical.

- **Point d'attention 3: Calibrage des wedges – Représentativité des données**

Si, en raison des changements de réglementation et de législation ou des évolutions de la politique de souscription et de l'assortiment de produits, l'évolution des frais médicaux dans le passé n'est pas représentative de l'avenir, il convient d'y remédier. Si, de surcroît, les données utilisées relatives à l'inflation médicale ne représentent qu'une partie des entreprises soumises à l'indice médical, ces données doivent être adaptées afin qu'elles soient représentatives de l'ensemble du marché. Enfin, les jugements d'experts peuvent également être appliqués aux données relatives aux crises sanitaires qui ont une forte incidence à court terme, mais dont l'incidence à long terme est considérée comme moins significative.

- **Point d'attention 4: Calcul du wedge**

Le calcul du *wedge* doit s'effectuer selon l'une des méthodes suivantes:

- 1) Le *wedge* peut être calculé d'une part comme un différentiel moyen entre l'inflation des sinistres propre et l'inflation HICPxT de la zone euro.
- 2) Cela étant, l'entreprise peut également utiliser un modèle spécifique pour établir une courbe des taux pour le *wedge*.

- **Point d'attention 5: Construction de la courbe d'inflation**

Comme la convergence dépend de la courbe à court terme, cela signifie que la convergence de la méthodologie Smith-Wilson doit être calibrée pour garantir que la UFMIR soit atteinte à 60 ans. En cas de calibrage inadéquat, elle serait en effet atteinte plus tôt ou plus tard.

- **Point d'attention 6: Cohérence par rapport à la loi Verwilghen**

La courbe d'inflation basée sur l'inflation générale est une estimation des indices de base futurs. Elle peut donc, conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 18 mars 2016, être utilisée pour construire des indices spécifiques futurs pour le calcul de l'évolution des revenus de primes futurs.

- **Point 7: Possibilité de valorisation stochastique**

La communication prescrit les modalités pour un calcul déterministe. Si l'entreprise a une future activité de gestion qui dépend de la valeur spécifique de l'IPC par rapport à l'indice médical, l'entreprise peut pour le calcul du Best Estimate s'écarter de ce calcul déterministe et utiliser un modèle stochastique pour l'IPC, le *wedge* et l'indice médical. L'entreprise applique l'activité de gestion pour chaque simulation individuelle sur base de la valeur concrète de l'IPC, du *wedge* et de l'indice médical du moment dans la simulation.

La vérification par la fonction actuarielle que d'éventuels écarts par rapport au scénario de référence ne conduisent pas à une sous-estimation des provisions techniques, dans le cas d'un modèle de valorisation stochastique, doit se faire sur la base du Best Estimate central, en ligne avec un seul scénario central.

Le Best Estimate final, après vérification que les provisions techniques ne sont pas sous-estimées par rapport au scénario de référence, est ainsi égal à :

$$BE \geq \max(BE_{ref}, BE_{centr}) + TVOG$$

Avec:

- $BE_{ref}$  le Best Estimate déterministe en fonction de l'inflation médicale issue du scénario de référence;
- $BE_{centr}$  le Best Estimate central selon la propre hypothèse d'inflation médicale basée sur un seul scénario central;
- $TVOG$  la valeur temporelle des options et des garanties financières calculée comme la différence entre le Best Estimate stochastiques et le Best estimate central  $BE_{stoch} - BE_{centr}$
- $BE_{stoch}$  le Best Estimate stochastique selon la propre hypothèse d'inflation médicale basée sur un ensemble complet de scénarios stochastiques.

Une copie de la présente communication est transmise au(x) commissaire(s) agréé(s) de votre entreprise.

Sincères salutations.



Pierre Wunsch  
Gouverneur