

POLICY BRIEF

LES GRANDS PRINCIPES DE L'ASSURANCE MALADIE EN SUISSE



1. PRÉAMBULE

Il y a une trentaine d'années, le système de santé suisse faisait face à une hausse des primes d'assurance maladie sans précédent, menaçant la viabilité d'un système d'assurance peu réglementé et dans lequel l'assurance maladie n'était pas obligatoire. La proposition d'une nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) visant une réforme majeure du système a ainsi pu faire son chemin et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Cette nouvelle loi visait un triple objectif : assurer un accès aux soins pour tous, garantir une solidarité entre les assurés et maîtriser les coûts de la santé.

Trente ans plus tard, les mêmes questions se posent face à une croissance continue des primes d'assurance-maladie, donnant l'impression d'un manque de maîtrise du système et menaçant de remettre en question les principes fondamentaux d'accès aux soins pour toutes et tous et de solidarité, défendus par la loi de 1996.

Cette contribution vise à clarifier de manière structurée et factuelle les impacts de l'organisation de l'assurance-maladie sur ces trois principes fondamentaux de la LAMal : l'accès aux soins, la solidarité et la maîtrise des coûts. Elle cherche ainsi à contribuer à l'éclairage des débats actuels portant sur des propositions de réformes de l'organisation de l'assurance obligatoire des soins.

Précision : Par organisation de l'assurance-maladie, nous entendons la manière dont l'offre d'assurance est organisée et les principes fondamentaux qui la régulent. A noter que ce Policy Brief se concentre sur l'offre d'assurance-maladie et ne porte pas sur l'offre d'assurance perte de gain en cas de maladie et d'incapacité de travail.

2. DESCRIPTION DE L'ASSURANCE-MALADIE EN DEUX MOTS

2.1. L'assurance maladie obligatoire des soins (AOS)

La LAMal a introduit l'obligation d'assurance contre la maladie, offrant ainsi une protection financière contre le risque de maladie pour l'ensemble de la population suisse. L'étendue des prestations de soins assurées par cette couverture d'assurance maladie est déterminée au niveau national et est uniforme pour toute la population. La gestion de cette assurance est déléguée à travers la LAMal à des assureurs privés qui n'ont pas le droit de faire de profit sur cette activité. Ils peuvent toutefois offrir en parallèle de l'assurance obligatoire des soins (AOS) d'autres produits d'assurance (assurances complémentaires), réglementés par la loi sur le contrat d'assurance (LCA), sur lesquels des profits peuvent être réalisés. La grande majorité des assureurs maladie actifs en Suisse offrent différents produits d'assurance sur l'entier du territoire suisse, aussi bien dans le domaine de l'AOS que des assurances complémentaires ou d'autres types d'assurance. En 2025, un assuré pouvait choisir de contracter sa couverture d'assurance maladie obligatoire auprès de 37 assureurs¹ différents.

Si la couverture d'assurance-maladie est uniforme pour toutes et tous, les conditions d'assurance peuvent varier en fonction de critères stricts déterminés au niveau de la loi. Le modèle d'assurance dit « de base » comprend une franchise minimum et un libre accès à tous les prestataires autorisés par l'État et ayant le droit de facturer à charge de l'assurance. Si souhaité, les assurés ont la possibilité de choisir un niveau de franchise plus élevé, dit « franchise à option », et peuvent également restreindre leur choix de libre accès par un modèle d'assurance dit « alternatif ». Un modèle alternatif offre la même couverture d'assurance mais impose certaines contraintes, par exemple le recours systématique à son médecin de famille ou à un centre de télémédecine en première intention ou encore le recours de manière privilégiée à un ensemble de prestataires faisant partie d'un réseau de soins.

Au niveau de la prime d'assurance, la loi impose à l'assureur de ne pas la faire varier en fonction du risque individuel de l'assuré ou de son niveau de revenu. La prime peut toutefois varier en fonction de certains éléments objectifs déterminés au niveau de la loi : l'âge à travers trois classes (0-18 ans, 19-25 ans et plus de 25 ans), la région de domicile, le niveau de franchise et le type de modèle d'assurance. L'âge et le lieu de domicile étant déterminé pour un assuré, ce dernier peut donc influencer le montant de sa prime d'assurance de trois manières différentes : par le choix de son assureur, par le choix d'une franchise à option et par le choix d'un modèle alternatif d'assurance. Les prestations de soins couvertes par son assurance-maladie obligatoire restent toujours les mêmes.

2.2. Le financement des prestations de soins à charge de l'AOS

Les prestations de soins à charge de l'AOS sont financées conjointement par l'assureur-maladie, l'État et l'assuré. La manière de financer les prestations dépend du type de prestation (ambulatoire, stationnaire, soins de longue durée).

Dans les faits, l'État contribue à hauteur d'environ 24%² au financement des prestations de soins à charge de l'AOS, principalement par le financement d'une partie des prestations stationnaires (hôpitaux et établissements médico-social) et des prestations de soins à domicile. Les assureurs maladie contribuent quant à eux pour environ 66%, finançant l'entier des soins médicaux ambulatoires ainsi qu'une partie des prestations stationnaires (hôpitaux et établissements médico-social) et des prestations de soins à domicile. Les assurés paient eux-mêmes directement le solde, soit environ 10%³, à travers de leur participation directe aux coûts, qui est formée de la franchise et d'une quote-part de 10% plafonnée annuellement par la loi. A noter qu'en plus de financer de manière directe des prestations de soins, l'État finance environ 18%⁴ du montant total des primes via un mécanisme de subside de prime visant à soutenir les ménages à capacité économique réduite.

EN BREF

En Suisse, l'assurance obligatoire des soins (AOS) offre une couverture uniforme à tous les citoyens contre le risque financier des conséquences de la maladie. En contrepartie, l'adhésion à une assurance maladie est obligatoire et implique le paiement d'une prime d'assurance qui peut varier en fonction de certains choix de l'assuré, mais qui ne peut pas être liée à son état de santé ou à son revenu. Les prestations de soins couvertes par l'AOS sont financées en partie par l'assureur-maladie à travers les primes d'assurance, par l'État à travers les impôts et par l'assuré directement à travers sa participation aux coûts.

3. LES TROIS OBJECTIFS FONDAMENTAUX DE LA LAMAL

3.1. L'accès aux soins pour toutes et tous

L'accès aux soins pour toutes et tous a été garanti à travers l'obligation d'assurance, introduite avec la LAMal. Chaque citoyen étant couvert par une assurance-maladie, le coût des soins est mutualisé sur l'ensemble de la population, permettant ainsi à chacun d'accéder aux soins indépendamment de sa situation financière au moment où le risque se réalise. Il est toutefois important de relever que si le montant de participation aux coûts à charge de l'assuré est trop élevé par rapport à sa capacité économique, cela peut représenter un obstacle à l'accès aux soins pour la personne malgré l'obligation d'assurance (voir section 3.2 « La solidarité » ci-après).

La volonté de garantir un accès aux soins pour tous implique toutefois en contrepartie que l'offre de soins soit suffisante et permette de répondre aux besoins de la population. L'offre de soins est avant tout le résultat d'un équilibre entre la présence de professionnels de santé formés, d'institutions de soins, d'approvisionnement en biens médicaux et des incitants financiers introduit par les modes de remboursement des prestations de soins. La présence d'une assurance obligatoire offre aux prestataires de soins une sécurité financière puisque l'assureur agit comme garant du remboursement des prestations de soins et limite ainsi les défauts de paiement des patientes et patients.

L'obligation d'assurance est le fondement de l'accès aux soins pour toutes et tous. La manière dont l'assurance est organisée importe donc peu tant que celle-ci reste obligatoire pour toutes et tous et couvre les prestations de soins essentielles permettant de répondre aux besoins de la population.

3.2. La solidarité

Deux types de solidarité doivent être distingués : la solidarité entre malades et bien portants et la solidarité entre différents niveaux de revenu. La LAMal vise à garantir ces deux types de solidarité par des mécanismes de régulation différents et complémentaires, qui sont discutés ci-dessous.

L'état de santé et le revenu ne sont toutefois pas mutuellement exclusifs, l'un pouvant influencer l'autre. Un état de santé dégradé peut impacter négativement la capacité à travailler et donc le revenu et un faible revenu peut impacter négativement la santé à travers une qualité de vie limitée. Il est donc important de garantir ces deux types de solidarités de manière simultanée.

3.2.1. Solidarité entre malades et bien portants

La solidarité entre malades et bien portants est avant tout assurée par l'exigence légale d'une prime ne dépendant pas du risque individuel de maladie et l'obligation d'assurer imposée aux assureurs. La LAMal ne permet en effet pas aux assureurs-maladie d'adapter la prime d'assurance au risque individuel de l'assuré. Le principe est le suivant : un assuré en excellente santé n'ayant aucun recours aux soins paie la même prime qu'un assuré atteint dans sa santé

et qui consomme de nombreuses prestations de soins. Tous deux peuvent librement choisir leur assureur-maladie et bénéficier de la couverture universelle offerte par la LAMal. L'assureur ne peut pas refuser d'assurer une personne qui en fait la demande ou limiter la couverture d'assurance.

Dans la réalité on observe toutefois que la prime entre deux assurés peut varier, mais uniquement selon des critères prédéterminés et régulés par la loi (pour plus de détails rendez-vous à la section [« Critères de variation des primes AOS »](#)). Parmi ces critères, la possibilité de choisir une franchise à option, supérieure à la franchise de base, limite la solidarité entre malades et bien portants puisque seules les personnes n'anticipant que peu de dépenses de soins pour l'année suivante ont financièrement intérêt à choisir une franchise élevée. Un tel choix leur permet de diminuer leur prime d'assurance, ce qui réduit leur contribution de solidarité au système d'assurance maladie obligatoire.

Le principe de ne pas faire varier la prime en fonction du risque pourrait mener à de graves disparités entre assureurs si les collectifs de risque n'étaient pas équilibrés entre eux. En effet, un assureur ayant des assurés étant en moyenne en moins bonne santé se verrait obligé de fixer des primes d'assurance plus élevées que son concurrent assurant un collectif étant en moyenne en meilleure santé, afin de pouvoir faire face aux dépenses de soins plus élevées de ses assurés et rester solvable. Afin d'éviter un tel biais dans le niveau des primes d'assurance dû à des différences de risque entre collectifs, un mécanisme dit de « compensation des risques » a été introduit par la LAMal en 1996.

Ce mécanisme de redistribution entre assureurs vise à répartir la charge des risques entre les différents collectifs des assureurs. Le principe est simple : si un assureur assure un collectif dont le risque est supérieur au risque moyen de la population, il reçoit un montant correspondant à cette différence de risque de la part des assureurs ayant un collectif ayant un risque inférieur à la moyenne. Un calcul annuel est ainsi réalisé par l'Institution commune LAMal, une entité mise en place par les assureurs dans le cadre de la LAMal et étant sous la surveillance de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Des montants sont ainsi redistribués annuellement entre assureurs pour équilibrer les risques financiers de leurs collectifs. Un tel mécanisme permet de limiter l'incitation à la sélection des risques, par lequel un assureur chercherait à assurer des bons risques pour pouvoir offrir des primes avantageuses à ses clients et être plus concurrentiel sur le marché. Pour qu'un tel mécanisme puisse éviter la sélection des risques, il est important que le risque prédit par le modèle soit suffisamment proche du risque réel, sous peine de laisser la place à des stratégies de sélection des risques de la part d'assureurs. La formule de compensation des risques s'est améliorée au fil des années mais ce processus d'amélioration est très lent en Suisse. Pour plus de détails sur le mécanisme de compensation des risques, rendez-vous à la section [« La compensation des risques »](#).

En sus de la prime qui ne peut dépendre du risque individuel, d'autres éléments de régulation viennent garantir cette solidarité entre malades et bien portants :

Obligation d'assurance : Les assureurs AOS ne peuvent pas refuser d'offrir une couverture d'assurance de base à un individu qui la demande pour autant que l'assureur offre ses services dans le canton de domicile de l'individu. A ce titre, les assureurs ne peuvent pas collecter des informations sur la santé de la personne demandant une offre d'assurance. Les assureurs ne sont donc formellement pas autorisés à sélectionner leurs assurés et donc à pratiquer de la sélection des risques.

Interdiction de réserve : Les assureurs AOS ne peuvent pas réduire la couverture d'assurance de base en lien avec les antécédents de l'assuré ou des maladies particulières, contrairement aux assurances complémentaires. Ainsi quel que soit les antécédents et l'état de santé de l'assuré au moment de sa prise d'assurance, sa couverture d'assurance obligatoire des soins sera intégrale.

On mentionne souvent une troisième solidarité au sein de la LAMal, entre jeune et âgé. En effet, un adulte de 30 ans paie la même prime qu'un adulte de 85 ans alors que ce dernier a recours en moyenne à plus de soins. Toutefois, cette solidarité entre jeune et âgé est une conséquence de la différence de l'état de santé, qui est très corrélé à l'âge. La solidarité entre jeune et âgé se concrétise donc à travers la contrainte d'une prime ne dépendant pas du risque au sein des trois classes d'âge autorisées par la loi. Elle n'est donc pas dissociable de la solidarité entre bien portants et malades.

3.2.2. Solidarité entre niveaux de revenu

La solidarité entre niveaux de revenu implique que les personnes ou les ménages ayant un revenu plus élevé contribuent relativement plus que les personnes ou les ménages ayant un revenu plus faible. Cette solidarité est garantie dans l'assurance-maladie obligatoire de deux manières différentes. Premièrement, et comme mentionné au [chapitre 2.1](#), l'État contribue à hauteur d'environ 24%² au financement des prestations de soins à charge de l'AOS. Ce financement étant alimenté par les impôts, il intègre un certain niveau de solidarité entre revenus du fait de l'application d'un taux d'imposition progressif en Suisse. Deuxièmement, cette solidarité est garantie à travers un mécanisme de redistribution, appelé « réduction individuelle de prime », visant à subsidier tout ou partie de la prime d'assurance pour les assurés ayant un revenu jugé insuffisant pour en assumer la charge. Ce mécanisme, introduit

dans le cadre de la LAMal en 1996, est géré au niveau cantonal tout en étant financé conjointement par la Confédération et les cantons. En 2024, il couvrait environ 18%⁵ du montant total des primes de l'AOS. Puisqu'il est financé par les impôts, ce mécanisme introduit une solidarité ciblant directement les individus ayant les revenus les plus bas et ne dépend pas du niveau de consommation de soins, comme c'est le cas pour la contribution étatique au remboursement de prestations.

La solidarité entre niveaux de revenu reste toutefois partielle en Suisse puisque la majorité des charges de l'AOS sont financées par une prime individuelle indépendante du revenu (sous réserve du mécanisme de subside de prime) et des participations aux coûts payés directement par l'assuré indépendamment de son revenu (sous réserve des personnes bénéficiaires de l'aide sociale). A cela s'ajoute la possibilité de déduire fiscalement le montant des primes d'assurance maladie de son revenu, qui bénéficie relativement plus aux ménages plus aisés du fait de l'impôt progressif, et réduit donc indirectement la solidarité entre niveau de revenu souhaitée par la LAMal.

Cette situation est particulière à la Suisse puisque c'est le pays de l'OCDE qui présente la part la plus élevée de financement privé dans son système de santé⁵. Couplée à l'augmentation des coûts à charge de l'AOS et donc des primes d'assurance, elle génère une pression de plus en plus forte sur les individus ayant un revenu suffisamment élevé pour ne pas ou peu bénéficier du mécanisme de subside de prime mais pas assez haut pour supporter facilement une telle charge financière obligatoire qui ne cesse d'augmenter. Cette pression se ressent de plus en plus intensément au sein de la population. En effet, l'augmentation des coûts de la santé, et plus particulièrement des primes d'assurance maladie, est l'une des préoccupations majeures de la population suisse selon différents sondages, souvent même citée comme première préoccupation par plus de 40% des sondés ces dernières années^{6,7}.

Il est également intéressant de souligner que l'organisation cantonale du mécanisme de subside de prime implique des différences entre cantons, qu'elles soient relatives à l'éligibilité des individus ou aux montants de réduction de primes. Ainsi, le degré de solidarité envers les revenus les plus faibles dépend du canton, certains cantons ayant par exemple introduit la règle de 10% du revenu déterminant comme limite de la charge des primes d'assurance-maladie obligatoire pour un ménage (par exemple le subside spécifique dans le canton de Vaud⁸ ou l'initiative sur l'explosion des primes maladies approuvée en septembre 2025 au Tessin⁹).

3.3. La maîtrise des coûts

La maîtrise des coûts est un objectif central dans la LAMal. Depuis son entrée en vigueur, de nombreuses mesures agissant autant sur l'offre que sur la demande de soins ont été introduites. D'une manière générale, les régulations introduites visent à encourager l'efficacité des acteurs à tous les niveaux du système par des mécanismes de mise en concurrence, par la responsabilisation des acteurs (notamment des patients) et la planification.

Comme en Suisse les assureurs-maladie doivent équilibrer le niveau des primes AOS aux coûts réels qu'ils supportent, une augmentation des dépenses de soins implique de manière quasi directe une augmentation des primes. La maîtrise de l'augmentation des coûts de la santé est donc avant tout vue à travers le prisme des primes de l'assurance obligatoire des soins et moins à travers les montants financés par l'État. Ainsi, une augmentation des prestations ambulatoires, financées exclusivement par les assureurs en Suisse actuellement, aura potentiellement un impact plus fort sur les primes qu'une augmentation de prestations de soins dont une partie est prise en charge par l'État (plus d'informations sur le sujet dans le [Policy Brief sur la réforme du financement uniforme des soins](#)¹⁰).

L'objectif de cette contribution n'est pas d'analyser les raisons de l'augmentation des coûts des soins, qui sont multifactorielles, mais bien d'évaluer dans quelle mesure l'organisation de l'assurance maladie obligatoire impacte l'objectif de maîtrise des coûts des soins. A ce titre, la manière dont l'AOS est organisée impacte de manière directe les coûts notamment à travers les coûts administratifs des assureurs, qui se retrouvent dans le calcul des primes d'assurance, et à travers la possibilité laissée aux assureurs d'offrir des modèles d'assurance alternatifs visant à influencer le recours aux soins.

3.3.1. La maîtrise des coûts administratifs

En Suisse, les caisses d'assurance maladie sont mises en concurrence avec comme objectif de minimiser les coûts de gestion, d'augmenter la qualité des services offerts aux assurés et de stimuler l'innovation sur le marché de l'assurance.

En 2024, les coûts administratifs annuels des assureurs AOS se montaient à CHF 1.7 milliard, soit CHF 193 par an et par assuré, représentant 4.6% des coûts à charge de l'AOS¹¹. Selon une réponse du Conseil Fédéral à une interpellation politique du Groupe libéral-radical en 2024¹², les coûts administratifs des assureurs maladie ont certes augmenté de 25% entre 2012 et 2022 mais représentent une part assez stable des primes AOS d'environ 5%. Selon cette même réponse, ce pourcentage est relativement faible en comparaison à d'autres secteurs d'assurance, que ce soit des assurances sociales ou privées.

Des mesures visant à améliorer encore l'efficacité de la gestion administrative sont évidemment souhaitables mais il est important de garder à l'esprit que l'impact final sur le niveau des primes sera extrêmement faible sachant que ces coûts ne représentent qu'une part marginale des primes (pour plus de détail rendez-vous à la section « [Impact de la concurrence entre assureurs AOS](#) »).

3.3.2. La maîtrise des coûts des soins

En Suisse, la santé et l'organisation du système de soins sont de compétence partagée entre la Confédération et les cantons. La LAMal cadre au niveau fédéral les mécanismes de régulation du système de soins laissé aux cantons et aux partenaires tarifaires et régule les principes de l'offre d'assurance maladie. Ces principes prévoient que les assureurs maladie puissent influencer l'offre de soins à travers une offre de modèles d'assurance dits « alternatifs ». En dehors de cette possibilité, l'influence directe des assureurs sur l'organisation du système de soins reste très limitée.

Ces modèles alternatifs visent à agir avant tout sur le recours aux soins, par exemple par la mise en place de modèles de réseaux de soins, qui sont réputés plus efficaces que les modèles de prise en charge traditionnels, laissant le complet libre choix à l'assuré.

Plusieurs études ont montré que les dépenses de soins générées par les assurés ayant opté pour un modèle alternatif sont inférieures au modèle d'assurance « de base » qui implique le libre choix du prestataire de soins et la franchise minimale^{13,14}. Il faut toutefois distinguer deux effets intervenant dans cette corrélation. Premièrement, l'effet de sélection qui correspond au fait qu'un assuré en bonne santé va plus facilement accepter des contraintes imposées par un modèle d'assurance alternatif puisque qu'il n'aura pas ou peu recours au système de soins. Ces modèles attirant plutôt les bons risques, il est normal d'observer que la dépense en soins moyenne des assurés ayant choisi ces modèles alternatifs est inférieure à la dépense moyenne occasionnée dans le modèle d'assurance de base. Deuxièmement, l'effet d'aléa moral qui implique que la présence d'une couverture d'assurance, et donc de la prise en charge des coûts financiers par un tiers (l'assureur), peut influencer les choix de consommation de l'assuré. Ce dernier, ne devant pas payer l'entier de la facture aura tendance à consommer plus qu'en l'absence d'une assurance. Les modèles alternatifs qui imposent des restrictions sur les points d'accès (par exemple en imposant une consultation chez le médecin de famille) peuvent donc limiter le comportement d'aléa moral, tout comme la présence d'une franchise. Si un modèle d'organisation des soins permet d'éviter cet effet de « surconsommation » dû à la présence d'une assurance, sans que cela ne préterite les intérêts de l'assuré, il y a un gain d'efficacité souhaitable au niveau du système de soins.

D'une manière générale, les études montrent que si l'effet de sélection explique de manière prépondérante la différence de dépenses de soins entre le modèle d'assurance de base et le modèle alternatif, l'effet d'aléa moral se réalise dans les modèles imposant de réelles contraintes en termes de recours aux soins et notamment dans le cadre de modèle d'assurance reposant sur des réseaux de soins organisés par des prestataires de soins¹⁵. Si la LAMal autorise les assureurs à réduire la prime d'assurance des modèles alternatifs, cette réduction doit se limiter en principe à cet effet sur l'aléa moral et donc au gain d'efficacité réelle amenée par le modèle d'assurance. Dans les faits toutefois, ces estimations chiffrées sont difficiles à réaliser et peuvent souffrir de différents biais, laissant la place à des rabais de prime basé sur le principe de sélection.

L'influence directe de l'organisation de l'offre d'assurance-maladie sur la maîtrise des coûts des soins est toutefois très réduite puisqu'elle s'exprime principalement par la capacité des assureurs à se différencier à travers une offre de modèles d'assurance alternatifs, visant à maîtriser le coût des soins par des règles particulières de recours aux soins ou par l'organisation de réseaux de soins. La gouvernance complexe que connaît le système de santé suisse, le nombre élevé d'assureurs ainsi que la petite taille du marché réduit en plus drastiquement cette possibilité. La maîtrise des coûts des soins dépend donc avant tout d'autres dimensions réglementaires que la seule organisation de l'assurance maladie.

EN BREF

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie, entrée en vigueur en 1996, formalise la volonté de pouvoir garantir un accès aux soins à toutes et tous, quel que soit son état de santé, son âge et son revenu. Une couverture d'assurance étendue, l'obligation d'assurance pour les assurés, l'obligation d'assurer pour les assureurs, l'interdiction d'établir des primes en fonction du risque et un mécanisme de subside de prime sont les éléments déterminants de cette architecture, impliquant une solidarité entre personne bien portante et malade, riche ou pauvre. Toutefois, le fait que le niveau de la prime d'assurance individuelle et la participation aux coûts ne dépendent pas du revenu, ainsi que la possibilité de choisir une franchise à option et de déduire fiscalement le montant des primes de son revenu, réduit la solidarité entre personne riche et pauvre. Le montant de la participation aux coûts pouvant même réduire l'accès aux soins pour certaines personnes ayant de faibles revenus.

Contrairement aux autres objectifs, celui de la maîtrise des coûts, souhaité à travers l'introduction de la LAMal, ne peut être considéré comme atteint. Si la concurrence entre assureurs semble permettre une certaine stabilité relative des coûts administratifs du système d'assurance, il n'en est pas de même concernant la maîtrise des coûts des soins, qui ne cessent d'augmenter. L'influence directe de l'organisation de l'offre d'assurance-maladie sur cette dimension est toutefois très réduite et la maîtrise des coûts des soins dépend avant tout d'autres dimensions réglementaires que la seule organisation de l'assurance maladie.

4. ANALYSE DE L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE

Le principe de base d'une assurance est de mutualiser les risques au sein d'un collectif et ainsi solidariser les conséquences de la réalisation du risque. Plus le collectif est grand, plus le risque peut être partagé entre les assurés, devenant alors supportable pour tous, sachant qu'il ne se réalise que pour une petite partie des assurés. La notion d'assurance doit être comprise ici au sens large, allant de l'assurance sociale gérée directement par l'État à travers des prélèvements fiscaux à l'assurance privée répondant aux lois du marché.

Nous allons analyser l'organisation du système d'assurance à travers trois dimensions :

- Qui gère le risque et les liens avec la gestion budgétaire, le nombre d'acteurs et la prévention
- Quelle est la source des contributions financières
- Qui régule l'offre d'assurance et l'offre de soins

Le présent chapitre décrit brièvement ces trois dimensions, compare les règles actuellement en vigueur en Suisse dans différentes assurances sociales, dont l'assurance-maladie obligatoire, et analyse les impacts de cette organisation sur les trois objectifs fondamentaux de la LAMal que sont l'accès aux soins, la solidarité et la maîtrise des coûts.

4.1. Qui gère le risque ?

En l'absence d'assurance, le risque financier des conséquences de la maladie est porté par l'individu, notamment en ce qui concerne le paiement des soins. Si aujourd'hui les possibilités thérapeutiques sont très larges, les coûts associés sont souvent bien trop élevés pour être supportés par un seul individu. Si la collectivité publique veut protéger les individus des conséquences financières de la maladie, elle peut décider de mutualiser les risques et mettre en place un système d'assurance. Comme nous l'avons vu précédemment, rendre l'assurance obligatoire permet de mutualiser le risque sur l'ensemble de la population, d'assurer un accès aux soins pour toutes et tous et d'instaurer une solidarité entre les personnes bien portantes et malades.

La collectivité publique, représentée par l'État, peut décider de gérer elle-même le risque en offrant une protection financière à sa population via un mécanisme d'assurance publique, elle peut également déléguer la gestion du risque à une ou plusieurs assurances, de droit public ou privé, en imposant plus ou moins de régulation et en cherchant ou non à introduire de la concurrence entre les assureurs. Si l'État choisit de gérer lui-même le risque, l'assurance peut prendre la forme d'un instrument de service public directement intégré à l'État ou d'une assurance sociale gérée directement par l'État.

En Suisse, le choix s'est porté en 1996 sur la confirmation du système déjà existant à l'époque, composé de nombreux assureurs de droit privé ou public en concurrence. Si historiquement, beaucoup de ces assureurs étaient rattachés à une région, une profession ou un type d'activité, les règles introduites par la LAMal et l'évolution du contexte a mené à une concentration du nombre d'assureurs qui se sont petit à petit écartés de leur périmètre d'action historique. Aujourd'hui, la grande majorité d'entre eux offrent leurs services à l'ensemble de la population suisse et connaissent donc une gouvernance centralisée au niveau national. La LAMal impose d'autre part que l'activité d'assurance obligatoire des soins soit réalisée sans but lucratif.

D'autres manières de gérer le risque existent en Suisse à travers les différentes assurances sociales et certains domaines particuliers des soins. Le tableau ci-dessous en présente les grandes lignes :

Assurance obligatoire des soins (AOS)	La gestion du risque est déléguée à des assureurs, de droit public ou privé, à but non lucratif. Ces assureurs sont autorisés et surveillés par la Confédération à travers une loi spéciale. Ces assureurs sont en concurrence dans les limites imposées par la LAMal. Bases légales principales : Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et Loi fédérale de la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal)
Assurance accident obligatoire (AA)	La gestion du risque est déléguée par la Confédération à des assureurs privés et un assureur de droit public sous surveillance directe de la Confédération (Caisse nationale d'accident - SUVA). Le choix de l'assureur public est imposé par la loi pour certains secteurs d'activité économique ainsi que pour les personnes au chômage et laissé libre aux autres. La concurrence entre assureurs est donc dépendante du type d'activité professionnelle. Base légale principale : Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)
Assurance-invalidité (AI)	La gestion du risque est portée de façon centralisée (un seul collectif de risque) par la Confédération qui s'appuie sur des offices AI cantonaux publics pour la gestion de l'assurance notamment. Base légale principale : Loi sur l'assurance-invalidité (LAI)
Assurance-chômage (AC)	La gestion du risque est déléguée par la Confédération à des caisses-chômage cantonales publiques et des caisses-chômage privées agréées mises en place par des organisations syndicales ou d'employeurs. Base légale principale : Loi sur l'assurance-chômage et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI)
Soins dentaires (hors accident)	La gestion du risque est portée par les individus, en dehors de certaines situations particulières couvertes par l'AOS. Il n'existe en effet pas d'assurance dentaire régulée au niveau national ou même cantonal. Des assureurs privés offrent des couvertures d'assurance dentaire, ces derniers sont soumis à la même législation que toutes les autres assurances privées. Base légale principale : Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA)

Figure 1 : La gestion du risque – exemples d'organisation en Suisse

4.1.1. Lien entre gestion du risque et gestion budgétaire

En général, lorsque l'État gère lui-même le risque, les moyens financiers nécessaires à couvrir les conséquences du risque sont intégrés à son budget, que cela soit au niveau national ou régional. Une telle situation entraîne nécessairement une forte implication de l'État dans l'organisation et la gouvernance du système d'assurance mais également indirectement du système de soins. Si la gestion de l'assurance directement par l'État a l'avantage d'améliorer la transparence des flux financiers par le contrôle démocratique, elle peut être sujette de manière directe aux enjeux politiques. Les moyens financiers alloués via le budget du gouvernement en charge de gérer le risque peuvent ainsi se retrouver en concurrence avec d'autres postes de dépenses gouvernementales. Des expériences vécues dans différents pays ont ainsi montré un risque de rationnement des soins, pouvant desservir suffisamment la population pour provoquer une réorganisation profonde du système d'assurance^{16,17}.

L'État peut également déléguer la gestion du risque à une ou plusieurs entités de droit public, œuvrant sous sa gouvernance directe. Ce choix permet de maintenir une surveillance étroite de l'État tout en séparant la gestion des contributions du budget de l'État.

Enfin, l'État peut déléguer la gestion du risque à un ou plusieurs assureurs de droit public ou privé ayant leur propre gouvernance. Ce modèle d'organisation ne permet qu'une surveillance indirecte des assureurs mais dissocie la gestion des contributions de la gouvernance de l'État. Ce modèle d'organisation permet également d'introduire de la concurrence entre les assureurs dans le but d'offrir un choix aux assurés et inciter les assureurs à l'efficacité. Le choix d'imposer un statut à but non lucratif à ces entités permet d'éviter que les assureurs ne cherchent à réaliser du profit au bénéfice de tiers et au détriment des assurés.

Des risques peuvent être identifiés pour les différents choix d'organisation, que ce soit l'État en situation de récession qui aura tendance à resserrer le cordon de la bourse ou des assureurs qui utilisent leur statut de délégataire de cette

tâche publique à des fins commerciales sur d'autres périmètres d'activité par exemple.

4.1.2. Lien entre gestion du risque et nombre d'assureurs

En 2024, 37 assureurs¹ étaient actifs dans l'AOS, dont certains sont regroupés au sein du même groupe. Sachant que l'AOS est obligatoire en Suisse, chacun assure donc un sous-ensemble de la population suisse. En 2024, le nombre d'assurés allait de 2'568 assurés pour le plus petit assureur du pays, actif sur un seul canton, à 1.5 million d'assurés pour le plus grand assureur, actif sur l'ensemble des cantons¹⁸.

La taille du collectif est importante dans le domaine de l'assurance puisque plus la taille est élevée, plus le risque peut être diversifié et plus le risque global du collectif va tendre vers le risque moyen de la population. En Suisse, la taille des collectifs est par principe réduite puisque les primes sont calculées par assureur par canton et par classe d'âge définie par la loi. En effet, si la population du plus gros canton, le Canton de Zürich, dépasse le million et demi d'habitants, la population du plus petit canton se limite à un peu plus de 16'500 habitants en 2023. On pourrait donc penser que plus le nombre d'assureurs est élevé, plus les collectifs de risque seront petits mais c'est oublier le rôle redistributif joué par le mécanisme de compensation des risques (pour plus d'informations, rendez-vous à la section [« La compensation des risques »](#)). Ce dernier est calculé par canton, pour l'ensemble des assureurs actifs sur le canton et vise à équilibrer entre assureurs l'impact des différences de risque au sein de leur collectif respectif sachant que la LAMal ne leur permet pas d'ajuster la prime en fonction du risque. La redistribution induite par ce mécanisme permet donc de mitiger les risques des assureurs par rapport au risque moyen de la population du canton. Le problème de la taille des collectifs réside donc bien plus dans le nombre de groupes de risque créés par le mécanisme de la compensation des risques que dans le nombre d'assureurs AOS. Cet aspect de l'organisation de l'assurance maladie est souvent peu connu et peu discuté alors qu'il s'agit d'une pierre angulaire très importante pour le bon fonctionnement du système mis en place actuellement. Ainsi, réduire ou augmenter le nombre d'assureurs n'aurait pas d'impact majeur sur l'exposition au risque, contrairement à la modification de la formule de compensation des risques, ce qui est d'ailleurs un réel enjeu dans le cadre du fédéralisme qui prévaut dans le domaine de la santé.

Le nombre d'assureurs a par contre un impact direct sur la diversité de choix pour l'assuré et le degré de concurrence sur le marché de l'assurance. Plusieurs assureurs en concurrence sur un même marché couplé à une liberté du choix de l'assureur de la part de la population permettent de stimuler la concurrence entre assureurs sur les éléments qu'ils ont en main, soit la qualité de leurs services et leur offre de produit d'assurance, dans le respect du cadre légal.

La concurrence va également pousser les assureurs à chercher à maîtriser au mieux leurs coûts de gestion puisque ces derniers se retrouvent dans le calcul des primes d'assurance qu'ils offrent sur le marché. On peut donc s'attendre à une diminution des coûts administratifs par rapport à une situation d'assureur unique, à moins que l'activité présente des coûts fixes suffisamment importants pour qu'une mutualisation sur un seul acteur soit profitable ou que les coûts en lien avec les changements d'assureurs ne dépassent les gains d'efficacité. A noter que la multiplicité d'acteurs n'empêche pas la mutualisation des tâches à travers un regroupement, comme c'est le cas en Suisse pour les négociations tarifaires, l'octroi du droit de facturer à charge de l'AOS ou la gestion des bases de données, à travers différentes organisations regroupant des assureurs (tarifsuisse, HSK, SASIS)

Si du côté de l'assuré, la diversité et le choix de son assureur peuvent être perçus comme un avantage, cela peut toutefois devenir un obstacle si la comparaison des choix d'assurance en devient trop complexe, risquant de freiner le changement d'assureur et donc de réduire la pression de la concurrence sur ces derniers.

Du côté des prestataires de soins, la multiplicité d'assureurs a d'autres implications puisqu'ils font face à priori à autant d'exigences différentes qu'il existe d'assureurs, que ce soit au niveau des pratiques administratives, du type de justificatif à fournir lors de demande de remboursement particulières ou des conditions d'assurance spécifiques à chaque modèle alternatif d'assurance. Concernant les tarifs, sachant que ceux-ci sont négociés entre l'assureur et le prestataire de soins, plusieurs assureurs ou groupes d'assureurs impliquent possiblement plusieurs tarifs pour la même prestation auprès du même prestataire, ce qui n'est pas toujours compréhensible du point de vue des usagers du système de santé.

Bien que nous observions une concentration du marché et une diminution significative du nombre d'assureurs depuis trente ans, la forte régulation du marché de l'assurance introduire dans le but de garantir les objectifs fondamentaux de la LAMal ne semble pas permettre au mécanisme de concurrence de jouer son rôle pour établir un nombre optimal d'assureurs à travers un ensemble de décisions décentralisées. Le nombre d'assureurs autorisé pourrait donc être régulé à la lumière des arbitrages rappelés ci-dessus.

4.1.3. Lien entre gestion du risque et prévention

Le coût des soins est avant tout expliqué par l'état de santé de la population. Différents déterminants influencent la santé d'une personne ou d'une population, on distingue traditionnellement les facteurs génétiques, comportementaux,

sociaux et environnementaux. Ainsi, promouvoir et maintenir la santé de la population est la première mesure à prendre pour limiter le risque de maladie et ainsi diminuer le recours aux soins. En Suisse, la promotion de la santé et la prévention est de la responsabilité des cantons, en plus d'être celle des individus eux-mêmes.

L'entité qui gère le risque peut avoir un fort intérêt à mener des actions de promotion de la santé et de prévention visant à éviter la survenue du risque, puisqu'elle doit en assumer les conséquences financières. Ainsi si l'État gère le risque à travers une assurance publique par exemple, ce dernier devrait avoir un fort intérêt à mener des politiques publiques en ce sens. Si la gestion du risque est déléguée à un ou des assureurs, ces derniers peuvent également avoir cet intérêt, à condition qu'ils puissent récupérer d'une manière ou d'une autre le retour sur leur investissement. On observe par exemple des politiques de prévention importantes dans le domaine des accidents, que ce soit à travers la caisse nationale d'assurance (SUVA), le Bureau de prévention des accidents (BPA) et l'assurance invalidité. Dans le Canton de Vaud, l'Etablissement cantonal d'assurance incendie, assureur unique du risque incendie et dégâts naturels, met également en place de nombreuses actions et mesures de prévention, sachant qu'il assume l'entier des risques du canton à travers une assurance obligatoire.

En ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire, les règles limitent cet intérêt des assureurs puisque les assurés sont libres de changer d'assureur chaque année alors que les retombées d'actions sur la promotion de la santé et la prévention n'interviennent que dans le moyen à long terme. Un assureur investissant dans des mesures visant à promouvoir la santé de ses assurés n'est donc pas sûr que cela lui profite à terme si une partie de ses assurés le quitte pour d'autres assureurs. D'autre part, des mesures menées par plusieurs dizaines d'assureurs impliquent un besoin de coordination pour assurer une équité d'accès aux messages et aux mesures de promotion et prévention pour la population. La LAMal prévoit donc qu'un montant fixe annuel par assuré soit prélevé sur les primes payées pour alimenter un fond de prévention, géré par une organisation nationale (Promotion santé suisse). Les cantons sont tenus de mener des actions dans ce domaine, avec ou sans le soutien financier de Promotion santé suisse, sans toutefois obtenir l'entier du retour sur investissement puisque la majorité des coûts des conséquences de la maladie restent à charge des assurés et des assureurs. De plus, les moyens alloués au niveau national à cette fin (CHF 4.80 par assuré par an) restent très marginaux relativement aux montants investis dans les soins. D'autres réglementations viennent également limiter la possibilité des assureurs de mener des politiques de prévention, notamment en lien avec le droit d'utiliser les données de santé de leurs assurés pour cibler des actions ou le cadre strict de l'utilisation des primes pour financer d'autres éléments que les soins reconnus par la législation.

L'organisation actuelle de l'assurance-maladie obligatoire tend donc à diluer la responsabilité de la promotion de la santé et de la prévention sur de nombreux acteurs, à laquelle s'ajoute le principe de la responsabilité individuelle qui prévaut encore très largement en Suisse. Il semble qu'en comparaison à d'autres assurances sociales en Suisse, comme l'assurance-accident, l'assurance-chômage ou l'assurance-invalidité, le domaine de l'assurance-maladie connaît relativement moins d'investissement dans des mesures et des politiques publiques de promotion de la santé et de prévention.

4.1.4. Impact de la gestion du risque sur les objectifs de la LAMal

Accès aux soins pour tous : La gestion du risque par l'État directement ou par des entités tierces, qu'elles soient de droit public, privé, en situation de monopole ou en concurrence impacte peu cet objectif. C'est avant tout l'obligation d'assurance et l'étendue de la couverture d'assurance qui déterminent l'atteinte de cet objectif, ces éléments étant à priori indépendants de savoir qui gère le risque.

Solidarité : L'existence d'une assurance obligatoire dont le financement ne dépend pas du risque de maladie est l'élément premier de la solidarité, que cette dernière soit gérée par l'État directement ou à travers un réseau d'assureurs importe peu par rapport à cet objectif.

Maîtrise des coûts : La délégation de la gestion du risque par l'instauration d'un marché d'assureurs en concurrence permet d'inciter ces derniers à minimiser leurs coûts de gestion et à développer une offre de produits d'assurance intéressants pour les assurés afin de pouvoir se démarquer des concurrents. Si ces produits d'assurance visent et permettent des prises en charge plus efficaces, un impact sur les coûts des soins est possible. Toutefois pour que cela puisse être le cas, il faut que les assureurs puissent se distinguer de leurs concurrents à travers ces modèles d'assurance innovants, ce qui implique une multiplicité de modèles de prise en charge, qui sont difficiles à mettre en œuvre si les prestataires de soins ont une clientèle assurée auprès de plusieurs assureurs différents et si les collectifs d'assurés concernés sont petits. A l'inverse, plusieurs assureurs en concurrence implique des coûts liés au changement d'assureurs (publicité, commission, frais administratifs) et au développement de produits d'assurance ainsi qu'à leur gestion.

non en concurrence. Chaque assurance sociale connaît ses particularités à ce sujet en Suisse : la gestion du risque d'invalidité est assurée directement par l'État à travers des offices publics alors que la gestion du risque maladie est déléguée à différents organismes d'assurance privée mis en concurrence. La gestion du risque accident se situe quelque part entre deux avec une délégation à différents organismes d'assurance, dont un public et dont l'adhésion est obligatoire pour certains secteurs d'activités professionnelles.

La délégation de la gestion du risque à un ou des organismes autonomes de l'État a l'avantage de dissocier l'activité d'assurance du budget étatique et d'être ainsi moins directement soumis aux pressions politiques ; la contrepartie est une perte d'autorité sur leur fonctionnement, qui peut être plus ou moins grande en fonction du statut et du degré de contrôle introduit à travers la loi.

Déléguer la gestion du risque à plusieurs assureurs en concurrence permet d'offrir un choix aux assurés et incite à l'efficacité de la gestion de l'assurance (coûts administratifs). Toutefois, la multiplicité d'acteurs est souvent source de complexité pour les prestataires de soins qui font face à différentes contraintes administratives ou conditions de remboursement et qui peut également mener à différents tarifs pour une même prestation. Trop de choix peut également amener une complexité dans le choix du modèle d'assurance pour les assurés et limiter le changement d'assureur, ce qui réduit d'autant les avantages amenés par la concurrence.

La multiplicité d'assureurs mis en concurrence peut également représenter un désavantage en matière d'incitation à mener des actions de prévention si les assureurs ne peuvent pas récupérer le retour de leurs investissements dans ce domaine. C'est notamment le cas dans l'assurance maladie en Suisse, risque renforcé par la présence d'autres financeurs (l'État et l'assuré). La prévention a donc été déléguée à un organisme national qui agit en complément des politiques cantonales. La fragmentation des rôles en matière de prévention, à laquelle s'ajoute l'idée persistante de la responsabilité individuelle en matière de santé en Suisse, aboutit à des dépenses consacrées à la prévention très faibles en regard des montants investis dans les soins.

En cas de délégation de la gestion de l'assurance à des assureurs mis en concurrence, des mesures réglementaires complémentaires devraient donc être prises afin d'adresser ces différents risques et limiter les désavantages amenés par un trop grand nombre d'acteurs, que ce soit en matière de complexité du système ou d'incitation à la prévention.

4.2. Quelle est la source des contributions ?

Lorsqu'il n'existe pas d'assurance, il n'y a pas de prélèvement de contribution et c'est l'individu qui assume directement le coût des prestations qu'il consomme. Il n'y a alors bien sûr aucune solidarité entre individus face au risque.

Lorsque le risque est en partie ou entièrement assuré, l'entité gérant le risque doit réunir les moyens financiers permettant de couvrir les conséquences de la réalisation du risque pour la population assurée. Les contributions collectées peuvent être prélevées de différentes manières, ce qui impacte différemment la solidarité. Par exemple :

- Prélèvement au travers du système fiscal : Si le prélèvement est réalisé au travers de l'impôt, cela introduit une solidarité directe entre les niveaux de revenu, basés sur la fortune et le revenu imposable. Si le prélèvement est réalisé au travers de taxes spécifiques, la solidarité dépend alors du type de taxe utilisée, par exemple la TVA introduit une solidarité en fonction du niveau de consommation, et donc indirectement du revenu.
- Prélèvement au travers des charges sociales salariales payées par les employés et/ou les employeurs : Une solidarité directe entre revenu est introduite, basée exclusivement sur le niveau de revenu du travail, ainsi qu'indirectement entre personnes actives et inactives.
- Prélèvement directement auprès des individus au travers d'une prime par tête ou par ménage : Si la prime ne dépend pas de la capacité économique, aucune solidarité entre niveau de revenu n'est introduite. Si la prime est ajustée en fonction de critères (le revenu par exemple), la solidarité dépendra du ou des critères considérés.

Il est important de comprendre que l'entité qui collecte les contributions et celle qui gère le risque peuvent être différentes. En général, si c'est l'État qui gère le risque, le prélèvement se fera directement par l'État au travers du système fiscal (impôts et/ou taxes), cherchant à intégrer un certain degré de solidarité dans un but d'équité et de justice sociale. Il est cependant tout à fait possible d'imaginer un système dans lequel l'État collecte les contributions au travers du système fiscal ou des charges sociales salariales et redistribue les moyens financiers à des assureurs à qui l'État délègue la gestion du risque, en adaptant par exemple les moyens financiers distribués au risque moyen du collectif de l'assureur. On peut aussi imaginer que l'État garde la gestion du risque, collecte lui-même les moyens nécessaires et délègue la gestion du remboursement des factures à des organismes publics ou privés qui sont donc des entités purement administratives. L'État pourrait également déléguer à ces organismes la collecte des moyens nécessaires tant en assumant la gestion du risque en cas de dépassement des coûts par rapport aux moyens collectés.

En Suisse, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, la source des moyens financiers est prélevée à travers trois acteurs différents. Les assureurs financent une partie des soins à travers la collecte de prime d'assurance individuelle, non ajustée au revenu ou au risque (sous réserve du choix de franchise). L'État, de son côté, finance une partie des soins stationnaires, de soins en EMS et de soins à domicile, sur la base de contributions provenant des recettes fiscales. La part restante est financée directement par les individus, à travers la participation aux coûts (franchise et quote-part principalement). Ces trois sources de contributions au financement des soins ont des impacts très différents notamment en termes de solidarité (voir ci-après).

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les parts relatives financées par ces différents acteurs ont évolué notamment pour les raisons suivantes :

- Le virage ambulatoire, qui consiste à privilégier le recours à une intervention en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire, a augmenté la part relative prélevée par les assureurs puisque les soins médicaux ambulatoires sont entièrement financés par les assureurs, contrairement aux soins stationnaires auxquels l'État contribue.
- L'évolution du recours aux différents types de soins peut impacter la répartition des sources de contributions puisque la part à charge des différents financeurs n'est pas uniforme entre les différents types de soins.
- La modification du niveau des franchises et de la quote-part suite à des modifications de la LAMal a également impacté la part relative à charge des assurés (participation aux coûts).

Ces évolutions tendent globalement à diminuer la solidarité entre niveau de revenu au fil du temps puisque la part relative payée directement par les assurés (participation aux coûts) et la part relative payée par les assureurs, qui provient d'une prime par tête non ajustée au revenu, ont tendance à augmenter. Toutefois, si le mécanisme de subside de prime, financé via le système fiscal, évolue en conséquence, cet effet s'en trouve mitigé. Il n'existe malheureusement pas de statistiques fédérales permettant de suivre de manière fine les différentes sources de financement sur le périmètre exclusif de l'assurance obligatoire des soins. Il est donc difficile d'estimer l'évolution réelle, qui peut de plus différer entre chaque canton.

La réforme sur le financement uniforme des prestations (EFAS), acceptée en votation par le peuple en novembre 2024, vise justement à éviter cette diminution de la solidarité en fixant un ratio uniforme du financement des soins à charge de l'État et des assureurs, quel que soit le type de soins (ambulatoire, stationnaire, soins de longue durée). Ainsi le transfert sur l'ambulatoire ne devrait plus entraîner une diminution de la solidarité une fois la réforme entrée en force (pour plus d'informations sur le sujet : [Policy Brief sur la réforme du financement uniforme des soins](#)). Toutefois, cette réforme alourdit potentiellement la charge de la participation directe aux coûts pour les assurés et en parallèle, des discussions ont lieu au Parlement pour augmenter le niveau de franchise. Ces deux effets pourraient impacter négativement la solidarité entre assurés, que ce soit au niveau de l'état de santé ou du revenu.

La manière de prélever les contributions à travers les différentes assurances sociales et certains domaines particuliers des soins en Suisse varie beaucoup, modifiant le degré de solidarité différent selon le type d'assurance-sociale. Le tableau ci-dessous en présente les grandes lignes :

Assurance obligatoire des soins (AOS)

Les contributions sont prélevées par des organismes privés (assureurs) et publics (Confédération et cantons). Les assureurs prélèvent les contributions au travers d'une prime par tête non ajustée au risque ou au revenu. L'État prélève les contributions au travers du système fiscal. Une partie des

	coûts reste à la charge directe de l'assuré (participation aux coûts).
Assurance accidents (AA)	Pour les personnes actives, les contributions pour l'assurance accidents professionnels et non professionnels sont prélevées sur le salaire par les assureurs, public ou privés, au travers des employeurs ou au travers d'une prime ajustée au risque du secteur professionnel pour les travailleurs indépendants. Pour les personnes au chômage, les contributions sont prélevées sur le salaire par l'assureur public (SUVA) au travers des office de chômage. Pour les personnes inactives, les contributions pour l'assurance accidents non professionnels sont prélevées au travers du système AOS, la couverture accident est alors une extension de la couverture maladie.
Assurance invalidité (AI)	Pour les personnes actives ou au chômage, les contributions sont prélevées sur le salaire par les offices AI cantonales au travers des employeurs ou des caisses chômage. Pour les personnes inactives majeures, les contributions sont prélevées par les offices AI cantonales au travers d'une prime individuelle basée sur le revenu.
Assurance-chômage (AC)	Pour les personnes actives, les contributions sont prélevées sur le salaire par les caisses chômage au travers des employeurs ou des individus pour les travailleurs indépendants.
Soins dentaires (hors accident)	Les contributions peuvent être prélevées par les assureurs si l'individu possède une assurance complémentaire privée qui couvre les soins dentaires. Sinon, les prestations de soins sont payées directement par les individus.

Figure 2 : Les sources des contributions – exemples d'organisation en Suisse

4.2.1. Impact de la source des contributions sur les objectifs de la LAMal

Accès aux soins pour tous : Comme déjà souligné précédemment, cet objectif est avant tout réalisé à travers l'obligation d'assurance et l'étendue de la couverture d'assurance. Toutefois, la source des contributions peut avoir un impact sur cet objectif si la part payée directement par l'assuré est trop lourde en regard de sa capacité économique. Dans un tel cas, le financement de sa participation aux coûts peut représenter un obstacle à l'accès aux soins. C'est notamment le cas dans le cadre des soins dentaires en Suisse. En ce qui concerne les soins liés à la maladie, on estime qu'en Suisse, jusqu'à 20%¹⁹ des assurés renoncent à des soins pour cette raison, ce qui est une proportion importante pour un pays riche comme la Suisse.

Solidarité : La manière de prélever les contributions est décisive pour viser l'objectif de solidarité. La solidarité entre bien portant et malade est d'autant plus forte que les contributions prélevées sont indépendantes de l'état de santé de la personne. Le prélèvement d'une prime par tête, d'une contribution via le revenu salarial ou via les impôts instaure donc une telle solidarité. Par contre, l'introduction d'une participation aux coûts à charge de l'assuré réduit cette solidarité puisque ces moyens sont prélevés en cas de réalisation du risque uniquement et donc uniquement auprès des personnes malades. La présence de franchise à option renforçant encore cet effet ([voir chapitre 3.2.1](#)). Concernant la solidarité entre niveaux de revenu, elle dépend du pouvoir redistributif du mécanisme de prélèvement des contributions. Un prélèvement via les impôts permet de garantir cette solidarité alors qu'un prélèvement d'une prime uniforme individuelle ne le permet pas.

Maîtrise des coûts : La source des contributions n'impacte pas directement les objectifs de maîtrise des coûts, que ce soient les coûts de gestion de l'assurance ou les coûts des soins. Il faut toutefois noter qu'un mécanisme de redistribution comme les subsides de primes, venant corriger un défaut de solidarité dans le système, provoque lui-même des coûts de gestion. Si l'évolution du système implique que ce mécanisme se généralise et touche une part importante des assurés, il s'agirait d'évaluer les réformes possibles pour restaurer une partie de la solidarité manquante afin qu'il redevienne un mécanisme de correction ciblé, et ce dans le but d'en minimiser les coûts de gestion. Il faut également relever l'effet ambigu de la participation directe aux coûts des assurés. Si la présence d'une

franchise permet d'intégrer la dimension du coût des soins à la décision de consommation (effet d'aléa moral) et peut ainsi influencer le recours aux soins, celle-ci est sans effet pour un assuré ayant une consommation de soins élevée du fait d'un état de santé altéré. Or la grande majorité des coûts des soins à charge de l'AOS sont générés par une petite proportion des assurés, la franchise n'ayant aucun effet positif en termes de maîtrise des coûts sur cette population d'assurés, tout en provoquant une diminution de la solidarité entre assurés bien portants et malades.

EN BREF

La source des contributions peut être variée et influence principalement le degré de solidarité introduit dans le système d'assurance. Les contributions peuvent par exemple être prélevées au travers du système fiscal, étendant d'autant les principes de solidarité introduit par ce dernier, au travers des salaires, entraînant une solidarité entre personnes actives et inactives et fonction du revenu du travail ou par une prime par tête pouvant ou non être ajustée en fonction de certains critères.

Dans l'assurance maladie, les contributions proviennent de différentes sources puisque plusieurs financeurs interviennent : au travers du système fiscal pour la partie financée par l'État, au travers d'une prime par personne uniforme et non ajustée au risque ou au revenu pour la partie financée par les assureurs maladie et directement de la poche des patients en ce qui concerne la participation aux coûts (franchise et quote-part).

En Suisse, la part des contributions non ajustées au revenu représente une part importante des moyens mis à disposition de l'assurance-maladie (environ 76% selon les calculs réalisés dans le cadre de la réforme EFAS), réduisant la solidarité entre personnes de niveaux économiques différents. Cette part a même augmenté dans le temps pour différentes raisons ; la réforme du financement uniforme des soins, acceptée en votation par le peuple en novembre 2024, vise à corriger cette tendance problématique en Suisse. Toutefois, dans le même temps, des réformes visant l'augmentation de la participation aux coûts à charge directe des patients sont discutées.

4.3. Qui régule l'offre d'assurance et l'offre de soins

Si la régulation du système d'assurance a une influence directe sur l'offre d'assurance, elle a aussi une influence indirecte sur l'offre de soins. Nous discutons ci-après de manière non détaillée ces deux types de régulation en fonction de l'entité qui gère le risque.

En préambule, il est important de rappeler qu'en Suisse, ce sont les cantons qui sont souverains ; la Confédération n'ayant comme tâches que celles déléguées par les cantons au travers de la Constitution suisse. C'est donc bien la détermination de la tâche publique, au niveau constitutionnel, qui définit l'implication de l'État (Confédération ou cantons) dans sa réalisation. La légifération impliquée par la responsabilité d'une tâche publique introduit les principes, valeurs et objectifs de l'État ainsi que les éléments de régulation, que ce soit dans l'offre d'assurance ou l'offre de soins.

A noter que lorsqu'une tâche n'est pas assumée par le domaine public, c'est à dire l'État, ce sont les lois générales qui s'appliquent, comme la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et le code des obligations par exemple.

4.3.1. Régulation de l'offre d'assurance maladie

Offrir une couverture contre le risque financier des conséquences de la maladie à la population (assurance maladie) fait partie des tâches déléguées à la Confédération par les cantons à travers l'[article 117](#) de la Constitution suisse. C'est donc à travers la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) que la Confédération régule l'offre d'assurance.

Il est intéressant de relever le cas particulier du domaine dentaire, puisqu'en l'excluant du périmètre de l'assurance maladie, le législateur fédéral a laissé la compétence aux cantons de décider de son statut. Actuellement, bien que certains cantons aient proposés la mise en place d'une assurance dentaire au niveau cantonal, aucun n'a réussi à faire aboutir le projet. Partant, le domaine dentaire est resté géré au sein du marché de l'assurance privée, limitant l'accès aux soins dentaires à certaines personnes en fonction de leur capacité économique et laissant la gestion du risque à l'individu.

4.3.2. Régulation de l'offre de soins

Si la compétence de réguler l'offre d'assurance maladie est clairement fédérale, la tâche publique visant à garantir à

toute personne les soins nécessaires à sa santé ([article 41 al.1 lettre b](#) de la Constitution suisse) est une compétence partagée entre la Confédération et les cantons. Ainsi, la régulation de l'offre de soins est la résultante d'une gouvernance complexe venant d'un ensemble de lois fédérales et cantonales qui s'entremêlent avec la loi fédérale d'assurance maladie. Une partie de la régulation de l'offre de soins est en effet directement liée à l'assurance elle-même, principalement à travers le droit au remboursement des prestations (autorisation, planification et autres conditions liées au remboursement) et la manière de rembourser les soins (tarifs), alors que d'autres éléments de la régulation de l'offre dépendent d'enjeux de formation ou sont liés au marché du travail.

En Suisse, différentes lois fédérales cadrent la régulation de l'offre de soins (dont notamment LAMal, la LAA, la LAI, la loi sur les produits thérapeutiques et les lois sur les professions médicales, les professions de santé et les professions relevant du domaine de la psychologie). Ces lois délèguent certaines tâches à différents acteurs, principalement les cantons (ex : planification de l'offre stationnaire et ambulatoire, autorisation des professionnels de santé) mais aussi aux assureurs s'agissant de l'offre de modèles alternatifs d'assurance et leur statut de partenaire tarifaire ainsi qu'aux représentants des professionnels de santé, également à travers leur statut de partenaire tarifaire.

4.3.3. Évolution récente de la régulation

Le choix de déléguer des tâches revient à l'entité étatique responsable de la tâche publique, que ce soit dans le domaine de l'assurance maladie ou de l'organisation de l'offre de soins. Si en Suisse dans le cadre de l'assurance maladie, les cantons restent l'acteur majeur à qui la Confédération délègue des tâches en lien avec l'organisation du système de soins, ce n'est par exemple pas le cas dans l'assurance-accident puisque la Caisse nationale d'assurance (SUVA) peut organiser elle-même son offre de soins dans le but de répondre aux besoins de ses assurés. Ce modèle d'intégration du rôle d'assureur au rôle d'organisateur de l'offre de soins est d'ailleurs discuté dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins depuis l'entrée en vigueur de la LAMal.

Actuellement, ce sont les cantons qui, sur délégation de la Confédération, autorisent les professionnels de santé et les prestataires de soins à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins. Une fois reconnus, ces derniers peuvent offrir des prestations de soins dans le cadre du catalogue couvert par la LAMal et sont assurés du remboursement de leurs factures par tous les assureurs-maladie reconnus par la Confédération, sous réserve bien sûr des conditions légales entourant la pratique et la facturation médicale. Cette « obligation de contracter » implique donc qu'un assureur maladie ne peut pas s'opposer au remboursement d'une prestation de soins si celle-ci a été réalisée par un professionnel de la santé autorisé, respecte les principes de la LAMal (prestation efficace, appropriée et économique) et est facturée selon les règles en vigueur.

Concernant la planification de l'offre, c'est également une prérogative laissée aux cantons, que ce soit pour l'offre hospitalière ou ambulatoire. Les assureurs maladie ne peuvent donc concrètement intervenir dans l'organisation des soins qu'à travers leur offre de modèles d'assurance alternatifs, tout en ayant une marge de manœuvre très limitée, notamment du fait de l'obligation de contracter et du rôle dominant des cantons dans la planification de l'offre.

La LAMal délègue par contre le pouvoir de négociation des prix et des tarifs aux partenaires tarifaires que sont les prestataires de soins et les assureurs maladie. L'État n'intervenant qu'en cas d'absence d'accord ou de vide tarifaire. En complément, la LAMal prévoit que l'État ratifie les accords tarifaires passés par les partenaires, par le canton pour les tarifs cantonaux et par la Confédération pour les tarifs nationaux. L'État a donc le dernier mot, bien qu'en pratique, une opposition à un tarif négocié est peu probable, en particulier dans le domaine des soins ambulatoires puisque l'État ne contribue pas directement au financement de ces soins.

Nous observons toutefois un glissement de ces différentes prérogatives puisque depuis le 1^{er} janvier 2024, la LAMal prévoit un droit de recours des assureurs maladie contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant la planification hospitalière. Ce nouveau droit vise à garantir que les cantons tiennent compte de manière équilibrée des demandes émanant non seulement des fournisseurs de prestations, mais aussi des assureurs – qui représentent les intérêts des assurés – dans le cadre de la planification. Par ailleurs, le Parlement a voté en mars 2025 un assouplissement de l'obligation de contracter, qui prévoit d'autoriser les assureurs à choisir les prestataires de soins dont ils acceptent de rembourser les prestations, mais seulement si l'offre de soins est jugée excédentaire dans une zone géographique définie. Ainsi, sous ces conditions, un prestataire de soins pourrait se voir refuser le remboursement de ses prestations par un assureur maladie si ce dernier juge qu'il ne remplit pas certains critères, notamment le critère d'économicité. Finalement, la réforme du financement uniforme des soins, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2028 pour les soins stationnaires et ambulatoires et au 1^{er} janvier 2032 pour les soins à domicile et les soins en EMS, prévoit que les cantons ne remboursent plus directement les prestations mais versent leurs contributions directement aux assureurs qui rembourseront seuls les prestations de soins.

Ces nouvelles régulations, introduites au niveau fédéral à travers des réformes de la LAMal, offrent un rôle plus actif aux assureurs maladie dans l'organisation des soins, et viennent se juxtaposer à la régulation de l'offre exercée par les cantons. En parallèle, la même réforme du financement uniforme des soins introduit la participation financière des

cantons au remboursement des soins ambulatoires, donnant un rôle aux cantons dans l'élaboration de la structure tarifaire ambulatoire, qui est un élément important influençant de manière indirecte l'offre de soins.

La régulation de l'offre d'assurance maladie et de l'offre de soins est donc étroitement imbriquée, impliquant différents rôles pour la Confédération, les cantons, les assureurs maladie et les représentants des prestataires de soins, le tout résultant en une gouvernance complexe, pas toujours facile à appréhender pour les acteurs du système de santé. Si la manière d'organiser l'assurance maladie a peu d'impact direct sur la régulation de l'offre de soins, il ne faut pas en sous-estimer les impacts indirects, à travers des rôles et des prérogatives donnés à travers la LAMal.

En Suisse, chaque assurance sociale possède ses propres règles. Il est toutefois intéressant de noter qu'en matière de soins, l'assurance accident et l'assurance invalidité reposent en partie sur la régulation introduite à travers l'assurance maladie, en plus de la régulation introduite par ces lois fédérales spéciales. Le tableau ci-dessous présente brièvement la situation de la régulation dans les différentes assurances-sociales et certains domaines particuliers des soins en Suisse :

Assurance obligatoire des soins (AOS)	<u>Régulation de l'offre d'assurance</u> : L'offre d'assurance est régulée par la Confédération, à travers la LAMal et la LSAMal. <u>Régulation de l'offre de soins</u> : Une partie est régulée par la Confédération (produits thérapeutiques, autorisation des professionnels de santé), une partie est déléguée aux cantons (planification de l'offre de soins, autorisation des prestataires de soins) tout en donnant un rôle important aux partenaires tarifaires (assureurs et représentants des prestataires de soins). On observe toutefois un glissement de ces différents rôles au gré des réformes mises en œuvre ces dernières années avec comme objectif de maîtriser l'augmentation des coûts des soins.
Assurance accident (AA)	<u>Régulation de l'offre d'assurance</u> : L'offre d'assurance est régulée par la Confédération, à travers la LAA. <u>Régulation de l'offre de soins</u> : Repose principalement sur le système de soins régulé à travers l'assurance maladie obligatoire avec toutefois la possibilité laissée à la Caisse nationale d'assurance (SUVA) de réguler elle-même son offre de soins.
Assurance invalidité (AI)	<u>Régulation de l'offre d'assurance</u> : L'assurance est gérée directement par l'État à travers la LAI <u>Régulation de l'offre de soins</u> : Repose principalement sur le système de soins régulé à travers l'assurance maladie obligatoire pour ce qui concerne le remboursement des soins.
Soins dentaires (hors accident)	<u>Régulation de l'offre d'assurance</u> : Il n'y a pas d'obligation d'assurance. Il existe toutefois une offre d'assurances privées, régulée de manière générale par la LCA. <u>Régulation de l'offre de soins</u> : Régulation fédérale pour l'autorisation de pratiquer des professionnels de santé et les conditions de pratique (hygiène, sécurité, qualité), mises en œuvre par les cantons. Pas ou peu de régulation de l'offre de soins.

Figure 3 : La régulation de l'assurance maladie – exemples d'organisation en Suisse

4.3.4. Impact de la régulation sur les objectifs de la LAMal

Accès aux soins pour tous : La régulation de l'offre d'assurance n'impacte pas l'objectif d'accès aux soins pour tous, sous l'hypothèse d'un catalogue de prestations de soins et de conditions financières (participation aux coûts) établies. La régulation de l'offre de soins peut par contre impacter cet objectif si elle entraîne une offre de soins insuffisante ou une mauvaise allocation des ressources, par exemple dans certaines régions ou concernant certains types de soins. Une telle pénurie peut limiter l'accès aux soins pour la population quand bien même il n'existe aucun obstacle financier.

Solidarité : La régulation de l'offre d'assurance et de l'offre de soins impacte peu l'objectif de solidarité, celui-ci étant principalement déterminé par les valeurs et les objectifs qui accompagnent la gestion du risque et la manière de collecter les contributions.

Maîtrise des coûts : La régulation de l'offre d'assurance impacte modérément la maîtrise des coûts, principalement à travers les coûts de gestion de l'assurance maladie. Par contre la régulation de l'offre de soins impacte directement l'objectif de maîtrise des coûts des soins. Toutefois, l'imbrication étroite existant entre la régulation de l'offre d'assurance maladie et de l'offre de soins dans un contexte fédéraliste, notamment au travers des différents rôles et prérogatives distribués par la LAMal, rendent l'estimation des impacts difficile à estimer, laissant la place à beaucoup de spéculation sur les effets réels d'un changement d'organisation de l'assurance maladie sur cet objectif. Le domaine tarifaire illustre bien cette ambiguïté, ne dépendant pas directement de l'organisation de l'assurance maladie tout en étant étroitement lié à ses acteurs. Pourtant, l'évolution des structures tarifaires et des règles de négociation des tarifs pourraient être réformées sans modifier l'organisation de l'assurance maladie en Suisse.

EN BREF

Le fédéralisme suisse permet de réguler les domaines considérés comme tâches publiques à différents échelons du pouvoir démocratique, fédéral, cantonal et communal, introduisant de ce fait une certaine « finesse » de mise en œuvre mais compliquant parfois la lisibilité des rôles et responsabilités et pouvant entraîner une certaine complexité en termes de gouvernance.

C'est notamment le cas dans le domaine du système de santé, dans lequel la régulation de l'offre d'assurance maladie, de compétence fédérale, s'imbrique étroitement à la régulation de l'offre de soins, de compétence partagée entre la Confédération et les cantons. La délégation de rôles et prérogatives particulières, notamment au travers de la loi fédérale sur l'assurance maladie, à des acteurs non étatiques, comme les assureurs maladie ou les représentants des prestataires de soins vient fragmenter les responsabilités et rend les enjeux de gouvernance au sein du système de soins particulièrement complexes. L'évolution de la régulation de l'offre de soins est de plus en plus réglée à travers la loi d'assurance maladie, remettant en question la souveraineté des cantons à ce sujet. Certaines réformes visant à renforcer le rôle des cantons, d'autres renforçant le rôle des assureurs maladie comme agents influençant l'organisation de l'offre de soins.

Au final, la question de savoir qui régule l'offre d'assurance maladie est peu décisive en regard des objectifs d'accès aux soins pour tous, de solidarité et de maîtrise des coûts, les coûts de gestion de l'assurance maladie étant extrêmement marginaux par rapport aux coûts des soins. Il n'en va toutefois pas de même concernant la régulation de l'offre de soins, bien plus décisive par rapport à l'objectif de maîtrise des coûts.

5. CONCLUSION

L'organisation du système d'assurance maladie en Suisse est régulièrement sujet à débats et il n'est pas rare que des liens directs soient établis entre la manière dont l'assurance maladie est organisée et l'objectif de maîtrise des coûts des soins. Si certains liens directs peuvent être établis, ils ne sont toutefois que peu déterminants par rapport à l'objectif de maîtrise de coût des soins. L'imbrication que connaît la Suisse entre l'organisation de l'assurance maladie et la régulation de l'offre de soins complexifie largement la lecture du système et laisse beaucoup de place aux discours de tout bord, défendant une idéologie d'organisation de l'assurance maladie sans toujours être clairs sur les impacts réels et concrets que cette organisation pourrait avoir sur les objectifs fondamentaux de la LAMal que sont l'accès aux soins pour tous, la solidarité et la maîtrise des coûts.

L'augmentation continue des coûts des soins en Suisse met le système d'assurance maladie de plus en plus sous pression et la plupart des réformes sont discutées uniquement sous l'angle des coûts à charge des assurés et non des facteurs induisant les coûts, au risque de remettre en question les deux autres objectifs de la LAMal que sont l'accès à tous et la solidarité. Il est toutefois important de réaliser que la santé n'est pas déterminée de manière prépondérante par le système de soins, que le financement du système de soins ne se résume pas aux primes d'assurance maladie et que les primes d'assurance maladie ne dépendent que très peu de l'organisation de l'assurance maladie. Cette dernière devrait ainsi à tout le moins intégrer des mesures fortes visant à encourager et soutenir la promotion, le maintien et la prévention de la santé si l'objectif est la maîtrise des coûts des soins.

Cette contribution vise à clarifier ces relations de causalité en analysant les impacts directs de modifications portant

sur la gestion du risque, la manière de collecter les contributions ou le rôle de régulateur, que ce soit au niveau de l'organisation de l'assurance-maladie ou de l'offre de soins.



Soucieuse de renforcer le dialogue et la participation citoyenne en matière de santé, la Fondation Leenaards soutient la réalisation de « policy briefs » par Unisanté.

6. PARTIES SUPPLÉMENTAIRES

6.1. Critères de variation des prime AOS

Si sur le principe, la prime est uniforme au risque individuel dans l'esprit de la loi, il existe différents collectifs de risque autorisés par la loi ainsi que des distinctions de primes au sein d'un collectif en fonction de certains critères.

Critères déterminant les collectifs de risque pour un assureur :

- Cantons : La prime d'un assureur est calculée par canton afin de refléter les différences de politiques sanitaires entre les cantons. En effet, si l'assurance-maladie est de compétence fédérale, l'organisation du système de soins est de compétences conjointes entre la Confédération et les cantons alors que la santé est une compétence principalement des cantons. Une prime calculée au niveau cantonal permet donc de refléter l'impact des politiques cantonales sur le système de santé et sur le coût des soins à charge de l'AOS. Elle supprime en revanche la solidarité entre cantons, dont, par exemple, l'exposition au vieillissement ou à certaines pathologies qui n'est pas uniforme au sein du territoire suisse.
- Classes d'âge : La loi prévoit uniquement trois classes d'âge pour le calcul de la prime, permettant d'alléger la charge des primes pour les familles. Les enfants de zéro à 18 ans paient ainsi une prime bien plus faible que les jeunes adultes entre 19 et 25 ans qui eux-mêmes paient une prime légèrement inférieure aux adultes de plus de 25 ans. Ces trois classes d'âge s'appliquent à tous les produits d'assurance offert dans le cadre de l'AOS.

Distinction de prime au sein de ces collectifs de risque :

- Régions au sein d'un canton : L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) détermine, pour les grands cantons, deux voire trois régions de prime différentes afin de tenir compte, dans une certaine mesure, des différences de recours aux soins entre les différentes zones du canton. Le recours aux soins étant en général dépendant de la densité de l'offre de soins, le recours aux soins est par exemple en moyenne plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales.
- Franchises à option : Les différents niveaux de franchises à option sont déterminés dans la loi et diffèrent entre les enfants (0-18 ans) et les adultes (dès 18 ans révolu).
- Modèles alternatifs d'assurance : Les rabais de prime sont calculés en fonction de l'efficience attendue du modèle alternatif d'assurance, ces modèles impliquant des contraintes supplémentaires pour les assurés et les prestataires de soins.

Concrètement, la prime d'assurance est calculée par assureur et par collectif de risque (canton et classe d'âge) pour le modèle d'assurance de base. Puis des rabais de prime sont calculés en fonction de la région de prime d'un canton, du choix de la franchise et du type de modèle d'assurance alternatif. Ces rabais de prime étant régulés par des bases légales et réglementaires de compétence fédérale afin de garantir le maintien du principe de solidarité.

6.2. La compensation des risques

En Suisse, les individus ont le libre choix de leur assureur et il est permis de changer d'assureur une fois par année. Pour les assureurs, ces règles peuvent mener à des changements importants dans leur collectif d'assurés d'une année à l'autre, ce qui rend les prédictions du risque difficiles. Certains assureurs peuvent donc être amenés à couvrir un collectif d'assurés en relative bonne santé alors que d'autres doivent couvrir un collectif présentant en moyenne plus d'assurés malades. L'ajustement des primes pour le risque n'étant pas autorisé par la loi, le premier type d'assureur pourrait fixer des primes plus basses et ainsi attirer de nouveaux assurés alors que le second type devrait fixer des primes élevées et risquerait de voir partir certains de ses assurés. Sachant que les assurés en bonne santé changent en général plus facilement d'assureur, la dynamique de changement d'assureur péjorerait d'autant plus le deuxième type d'assureur. Une telle situation encourage les assureurs à pratiquer la sélection des risques, c'est-à-dire d'essayer d'attirer les assurés bien portants ou ayant un risque faible et décourager les assurés malades ou ayant un risque élevé de maladie. Une telle pratique contrevient à l'objectif de solidarité et bien qu'elle soit sur le principe interdite par la loi, elle reste très difficile à contrôler. Il vaut donc mieux éviter de donner de telles incitations aux assureurs.

Un mécanisme de compensation des risques a donc été introduit dans le cadre de l'entrée en vigueur de la LAMal

pour éviter ces incitations allant à l'encontre des objectifs de la LAMal. Chaque année, l'Institution commune LAMal, fondation mise en place par les assureurs, récolte les données, calcule les montants de transferts entre assureurs maladie et publie une statistique sur la compensation des risques. La formule de compensation des risques cherche à prédire de manière prospective le risque des assurés en termes de dépenses de soins à charge de l'AOS à l'aide de variables observables et collectées par les assureurs. Concrètement, les assurés sont répartis dans différents groupes de risques afin de calculer l'écart à la moyenne en termes de dépenses de soins prédites par le modèle, en tenant compte des variables suivantes : âge, sexe, séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social (EMS) au cours de l'année précédente. En outre, en fonction des médicaments qui leur ont été remis au cours de l'année précédente, les assurés sont répartis entre différents PCG (pharmaceutical cost groups) dans le but de déterminer, pour chaque PCG, un montant correspondant au risque uniformisé au niveau suisse, qui s'ajoute au premier montant calculé. Ces montants sont associés au profil de risque du collectif de chaque assureur, déterminant ainsi la contribution due/reçue par ce dernier de la part de la compensation des risques. Par construction, la compensation des risques est un calcul à somme nulle, la somme des montants payés par les assureurs ayant un collectif de risque relativement plus favorable que la moyenne égale à la somme des montants reçus par ceux ayant un collectif de risque plus risqué.

Sachant qu'il s'agit d'un calcul prospectif en termes de dépenses prédites et non une compensation des coûts en fonction des dépenses réalisées, l'enjeu est de garantir que les variables prises en compte par la formule de compensation des risques prédisent suffisamment bien le risque des assurés pour rendre la pratique de la sélection des risques inintéressante pour les assureurs. Jusqu'en 2012, seules les variables âge et sexe étaient utilisées, laissant une large place à la possibilité de sélection des risques. En 2012, un premier indicateur de morbidité a été introduit pour tenir compte du risque, en termes de dépenses de soins, représenté par un séjour hospitalier ou en EMS durant l'année précédente. En 2017, un deuxième indicateur de morbidité a été ajouté pour tenir compte du risque en fonction de la consommation de certains médicaments durant l'année précédente, indicateur qui a été affiné en 2020. Une évaluation externe réalisée en 2024 et commanditée par l'OFSP, a estimé que la nouvelle formule de la compensation des risques permettait de mieux refléter la structure des risques et diminuer les incitations à la sélection des risques. Toutefois, l'étude identifie certaines situations particulières offrant de nouvelles possibilités de sélection des risques et des recommandations ont été formulées à l'attention de l'OFSP à ce propos. Il aura toutefois fallu en Suisse presque 25 ans pour développer une formule de compensation des risques acceptable alors que d'autres pays appliquent depuis de nombreuses années des formules bien plus évoluées et efficaces que la nôtre.

Selon les dernières statistiques mises à disposition par l'Institution commune LAMal, 59% des assureurs ont « payé » des contributions au fond de la compensation des risques en 2023, alors que 41% « recevaient » une contribution de ce fond, représentant un montant total de redistribution de 1.45 milliards de francs.

6.3. Impact de la concurrence entre assureurs AOS

La concurrence introduite entre les assureurs AOS est stimulée par la possibilité de chaque assuré de changer d'assureur chaque année. De nombreux efforts ont été faits depuis une vingtaine d'années pour faciliter le changement d'assureur-maladie et ainsi stimuler la concurrence en lien avec les services d'assurance offerts. Comme la couverture d'assurance est universelle, qu'un assureur est obligé d'accepter de couvrir un individu, quel que soit son risque, et qu'il ne peut pas appliquer de réserve à la couverture d'assurance, il n'y a pas de risque pour un individu de changer d'assureur en termes de couverture d'assurance. Par ailleurs, la Confédération veille à faciliter les démarches de changement d'assureurs en mettant à disposition de la population un outil de comparaison de primes, des courriers types et différents conseils ([Outil de calcul des primes 2026 – Priminfo](#)).

Il reste toutefois certains obstacles au changement d'assureurs :

- Assurance complémentaire auprès du même assureur : Pour une personne faisant face à des dépenses de soins, il peut être plus facile d'envoyer ses factures à un seul assureur qui gère lui-même la distinction entre couverture d'assurance obligatoire et couverture d'assurance complémentaire. Si les assurances sont gérées par deux assureurs différents, l'assuré peut être amené à devoir réaliser lui-même des démarches administratives pour obtenir les remboursements adéquats des deux côtés.
- Capacité à mener de manière autonome des démarches administratives : En fonction de la langue, du niveau d'éducation, de la connaissance des règles s'appliquant à l'AOS, les démarches à mener pour résilier et souscrire une assurance auprès d'un nouvel assureur peuvent représenter un obstacle.
- Choix de la couverture d'assurance : Bien que la couverture d'assurance soit uniforme en Suisse, les assureurs peuvent offrir différents modèles d'assurance, impliquant une même couverture mais des conditions d'assurance différentes (voir chapitre « [La maîtrise du coût des](#)

[soins »](#)). Cette diversité d'offre, multipliée par le nombre d'assureurs peut représenter un défi dans le choix de la couverture adéquate pour un individu et décourager le changement d'assurance ou de modèle d'assurance.



7. RÉFÉRENCES

- ¹ OFSP « Chiffres-clés des assureurs-maladie », <https://www.priminfo.admin.ch/fr/zahlen-und-fakten/kennzahlen>
- ² Rapport Infrac, Intégration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung – Grundlagen zur Schätzung der Anteile der Finanzierungsträger der Pflegeleistungen nach KVG, octobre 2021, <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/1QQIMapBGXLO/schlussbericht-integration-pflege-in-einheitliche-finanzierung.pdf>
- ³ Calculs réalisés sur la base des statistiques de l'assurance maladie obligatoire, <https://www.bag.admin.ch/fr/statistique-de-lassurance-maladie-obligatoire>
- ⁴ Calculs réalisés sur la base des statistiques de l'assurance maladie obligatoire, <https://www.bag.admin.ch/fr/statistique-de-lassurance-maladie-obligatoire>
- ⁵ OCDE, Health at a Glance 2025, Health expenditure from public sources as a share of total health expenditure, Figure 7.11, page 163, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/public-funding-of-health-spending_ff3ad2d2.html
- ⁶ Baromètre électoral : les primes maladie, sujet de préoccupations numéro un des Suisses, octobre 2025, <https://www.rts.ch/info/suisse/2025/article/primes-maladie-et-immigration-les-defis-cles-selon-les-electeurs-suisse-29016952.html>
- ⁷ Baromètre des préoccupations 2024, UBS, <https://www.ubs.com/ch/fr/microsites/worry-barometer.html>
- ⁸ Art. 17a Subside spécifique, LVLAMal
- ⁹ Esplosione premi cassa malati, 28 septembre 2025, https://www.ti.ch/can/votazioni/dettagli?tx_tichvotazioni_votazioni%5Baction%5D=show&tx_tichvotazioni_votazioni%5Bcontroller%5D=Votazione&tx_tichvotazioni_votazioni%5Buid%5D=358&cHash=8ecfd94ef4abaeafcc72750866dca92c
- ¹⁰ Grandchamp C, Spycher J, La réforme du financement uniforme des soins sous la loupe, Unisanté, 2024, <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/policy-brief/policy-brief-01>
- ¹¹ OFSP, Assureurs-maladie : comptes annuels 2024 disponibles, <https://www.bag.admin.ch/fr/assureurs-maladie-comptes-annuels-2024-disponibles>
- ¹² Parlement suisse, Réponse à l'objet 24.3623 « Frais administratifs de l'assurance obligatoire des soins », <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20243623>
- ¹³ Beck, K., Käser, U., Trottmann, M., & Von Rotz, S. (2009). Efficiency thanks to Managed Care? - evidence from Switzerland (B. Rosen, A. Israeli, & S. Shortell, Eds.; pp. 539–557).
- ¹⁴ Stucki, M., Schärer, X., Trottmann, M. *et al.* What drives health care spending in Switzerland? Findings from a decomposition by disease, health service, sex, and age. *BMC Health Serv Res* **23**, 1149 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10124-3>
- ¹⁵ Trottmann, M., Zweifel, P., & Beck, K. (2012). Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*, 31(1), 231–242. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.10.004>
- ¹⁶ Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones, Alistair McGuire, Does Hospital Competition Save Lives? Evidence from the English NHS Patient Choice Reforms, *The Economic Journal*, Volume 121, Issue 554, August 2011, Pages F228–F260, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2011.02449.x>
- ¹⁷ Schut FT, Varkevisser M. Tackling hospital waiting times: the impact of past and current policies in the Netherlands. *Health Policy*. 2013 Nov;113(1-2):127-33. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.003. Epub 2013 Jun 6. PMID: 23746931.
- ¹⁸ Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, <https://www.bag.admin.ch/fr/statistique-de-lassurance-maladie-obligatoire>
- ¹⁹ de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I., & Stringhini, S. (2022). Forgoing healthcare in Switzerland. Prevalence, determinants, and consequences. Report commissioned by the Federal Office of Public Health. Bern: FOPH