

LES GRANDS PRINCIPES DE L'ASSURANCE MALADIE EN SUISSE – EN BREF

Chantal Grandchamp, Dre ès Sc. et Jacques Spycher, Dr ès Sc.

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 du système d'assurance alors en vigueur. 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.

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. Elle cherche ainsi à contribuer à l'éclairage des débats publics portant sur des propositions de réformes de l'organisation de l'assurance obligatoire des soins.

L'organisation de l'assurance maladie obligatoire des soins

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 couvert par l'AOS sont financées en partie par l'assureur-maladie à travers les primes d'assurance (environ 66%), par l'État à travers les impôts (environ 24%) et par l'assuré directement à travers sa participation aux coûts (environ 10%).

Les trois objectifs de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal)

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 citoyens, l'obligation d'assurer tout citoyen 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 donc avant tout d'autres dimensions réglementaires que la seule organisation du système d'assurance maladie.

Analyse de l'organisation de l'assurance obligatoire des soins (AOS)

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. L'organisation de l'assurance est analysée sous l'angle de la gestion du risque, de la source des contributions et du rôle de régulateur et évalue l'apport de ces différentes dimensions aux trois objectifs fondamentaux de la LAMal.

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. La gestion du risque de maladie peut être assurée directement par la collectivité

publique à travers l'État ou être déléguée à un ou plusieurs organismes d'assurance, public ou privé, mis ou 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 a l'avantage d'offrir un choix aux assurés et incite à l'efficacité de la gestion de l'assurance (coûts administratifs). Toutefois, la multiplicité d'acteurs peut être 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 la notion importante 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 doivent 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.

Impact de l'entité en charge de gérer le 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. En concurrence, chaque assureur va développer ses modèles d'assurance innovants pour se démarquer, impliquant une multitude de modèles de prise en charge. Leur mise en oeuvre peut être difficile pour les prestataires de soins qui ont une patientèle assurée auprès de plusieurs assureurs différents et si les collectifs d'assurés concernés sont petits. A noter également que 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.

Quelle est la source des contributions ?

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.

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

Accès aux soins pour tous	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% des assurés renoncent à des soins pour cette raison.
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 recourant au système de soins. La présence de franchise à option renforce encore cet effet. 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.

Qui régle l'offre d'assurance et l'offre de soins ?

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 régulation de 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.

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 attribués par la LAMal, rendent l'estimation des impacts difficile, 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.

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 tous bords, 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 aux soins 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.

- Voir le texte complet du policy brief "[Les grands principes de l'assurance maladie en Suisse](#)"