



Assurance-maladie

Anna Sax

Version originale en allemand

DOI: <https://doi.org/10.33058/seismo.20729.0122>

Première édition: December 2020

Dictionnaire de politique sociale suisse

Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder, Ueli Tecklenburg (dir.)

Publié par : Éditions Seismo, Zurich et Genève

ISBN ePDF 978-2-88351-729-5

ISBN Print 978-2-88351-088-3

Citation conseillée: Sax, Anna. 2020. Assurance-maladie. dans Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder, Ueli Tecklenburg (dir.), *Dictionnaire de politique sociale suisse*. Zurich : Éditions Seismo, DOI <https://doi.org/10.33058/seismo.20729>.

L'assurance-maladie comprend l'assurance de base et des assurances complémentaires privées. Toutes les personnes domiciliées en Suisse sont obligatoirement assurées à l'assurance de base (assurance-maladie sociale). Cette dernière prévoit des prestations en cas de maladie, d'accident et de maternité. Les primes d'assurance sont facturées per capita et varient en fonction de la compagnie d'assurance, de la franchise choisie, du modèle d'assurance et de la région de résidence. Dans l'assurance-maladie sociale, le risque de maladie et les prestations sollicitées n'exercent aucune influence sur le montant des primes, pas plus que le revenu du ménage ou la fortune. Les assuré-e-s se trouvant dans une situation économique modeste ont droit à des réductions de primes. Pour les prestations non couvertes par l'assurance-maladie sociale, des assurances complémentaires peuvent être souscrites. Pour ces dernières, il n'existe pas d'obligation d'admission du côté des compagnies d'assurance.

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal), en vigueur depuis 1996, constitue la base légale de l'assurance-maladie sociale. La LAMal est le fruit d'un compromis entre les partisan-e-s d'une assurance publique financée solidairement et les partisan-e-s des principes de la concurrence et de la responsabilité individuelle. L'assurance-maladie sociale est ainsi fondée sur une « concurrence régulée » réunissant plusieurs principes : obligation de s'assurer, obligation pour les assureur-e-s d'admettre toute personne, règle de non-profit et catalogue uniforme des prestations. Des compagnies d'assurance privées gèrent l'assurance-maladie sociale ; elles sont en situation de concurrence et déterminent leurs primes en fonction des coûts.

Avec la LAMal, la Confédération s'est vue attribuer une série de nouvelles compétences allant de la mise en œuvre de l'obligation d'assurance jusqu'au contrôle de l'efficacité et de la qualité des prestations. Bien que l'assurance-maladie sociale ne couvre qu'un peu plus d'un tiers des dépenses totales de santé, elle constitue le noyau dur des soins de santé en Suisse. De son organisation dépendent non seulement la sécurité sanitaire de la population mais aussi les revenus d'un grand nombre de prestataires et de fournisseur-euse-s de soins de santé. Les révisions de la LAMal s'accompagnent toujours de luttes politiques acharnées, ceci en raison des vastes compétences de la Confédération et de l'incidence économique du système de santé. Différents groupes d'intérêts plus ou moins puissants interviennent dans ces débats.

Les prestations couvertes par l'assurance-maladie sociale sont énumérées dans la LAMal et précisées dans l'ordonnance sur les prestations. Le catalogue de prestations comprend, en plus des prestations médicales et de soins, les listes exhaustives des médicaments (liste des spécialités), des analyses (liste des analyses) et des moyens médicaux (liste des moyens et



appareils) ainsi que les montants maximaux remboursés. La LAMal régit également la reconnaissance des prestataires de services. Quant aux coûts des soins dentaires, ils sont presque complètement exclus de la liste des prestations.

La LAMal attribue à la Confédération des compétences en matière de fixation des primes et des tarifs, d'assurance qualité et de maîtrise des coûts. Une condition préalable aux prestations de l'assurance de base est le « principe EAE » : les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Les assureur-e-s maladie peuvent refuser d'indemniser des prestations qui ne respectent pas ces principes.

Les cantons sont responsables de l'octroi et du financement des réductions de primes aux assuré-e-s de conditions économiques modestes. La Confédération contribue aux réductions des primes.

Le système de primes per capita pour financer l'assurance-maladie sociale est unique en Europe. Dans la plupart des pays, les soins de base sont financés en grande partie par des cotisations salariales et/ou des impôts directs. En Suisse, les primes par tête, indépendantes du revenu, conduisent à un financement de la santé fortement régressif, impliquant une contribution disproportionnée des personnes à faible et moyen revenu. Dans certains cantons, les charges peuvent s'élever à plus de 20 % du revenu disponible des ménages à revenus modestes. Les initiatives politiques visant à introduire un financement de la santé en fonction du revenu sont restées jusqu'à présent sans suite.

Le système de franchises à option permet aux assuré-e-s de réduire leurs primes d'assurance en assumant eux- et elles-mêmes un montant annuel pouvant s'élever jusqu'à 2 500 francs. Ce système réduit la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades, car le choix d'une franchise élevée est payant pour les assuré-e-s avec un faible besoin en prestations, tandis que les personnes atteintes de maladies chroniques, par exemple, paient des primes plus élevées. Depuis quelques années, les personnes à faible revenu ont tendance à opter pour des franchises élevées afin d'économiser sur les primes d'assurance-maladie. Cela les conduit à renoncer à des visites médicales ou à les reporter pour des raisons financières. La non-prise en charge des frais dentaires par l'assurance-maladie sociale entraîne d'autres situations sociales difficiles. Entre 2010 et 2016, la proportion d'adultes en Suisse qui ont renoncé à des prestations médicales pour des raisons financières a augmenté, passant de 10,3 à 22,5 %. Ce taux est très élevé comparé à d'autres pays industrialisés.

La LAMal autorise des formes d'assurance particulières, par exemple une restriction du libre choix du médecin en échange d'une réduction des primes. Les modèles du médecin de famille et les cabinets de groupe HMO avec une coresponsabilité budgétaire coordonnent le déroulement du traitement et exercent en même temps une fonction de contrôle d'accès aux médecins spécialistes.

Les primes par tête élevées et en augmentation constante ainsi que les participations élevées des patient-e-s aux prestations de santé représentent un défi majeur pour la sécurité sociale en Suisse. Le système de réductions des primes n'est que ponctuellement en mesure de soulager efficacement les ménages à faibles et moyens revenus. Le montant des réductions, les seuils de revenus y donnant accès et les modalités administratives varient d'un canton à l'autre. Au cours des dernières années, de nombreux cantons ont réduit leurs contributions aux réductions de primes dans le cadre de programmes d'austérité.

L'absence de protection complète contre la perte de gain due à la maladie est l'une des dernières lacunes majeures de la protection sociale suisse. Cette protection dépend du type d'emploi, de l'employeur-euse, du lieu de résidence ou encore de l'état de santé préalable. La plupart des employeur-euse-s – mais pas la totalité – souscrivent à titre privé une assurance d'indemnités journalières pour leurs employé-e-s. Les personnes sans emploi qui tombent malades peuvent perdre leurs indemnités de l'assurance-chômage. Souvent, ce n'est qu'après la survenue d'une maladie que les personnes se rendent compte qu'elles sont insuffisamment assurées contre la perte de gain. Certes, la LAMal inclut la possibilité de souscrire, sur une base volontaire, une assurance collective ou individuelle d'indemnités journalières. Cependant, comme la loi ne prescrit pas de montant minimal, la plupart des compagnies d'assurance ne couvrent que des indemnités entre 6 et 40 francs. L'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal n'offre donc pas de véritable compensation du salaire ; elle est dès lors devenue pour ainsi dire insignifiante.



Références

Indra, P., Januth, R. & Cueni, S. (2016). Krankenversicherung. In W. Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017 : eine aktuelle Übersicht (5. ,vollst. überarb. Aufl., S. 217-241). Bern : H. Huber.

Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé, situation en Suisse et comparaison internationale. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.