

La charge des primes en Suisse – propositions pour décharger les ménages les plus touchés

Verena Nold Rebetez
Directrice de santésuisse

- Les assureurs-maladie s'engagent pour un **système de santé libéral et social**, offrant à tous les assurés des prestations de haute qualité au meilleur prix
- **Principe de la concurrence régulée** au bénéfice des assurés - la liberté de choix et la solidarité comme outils de modération des primes
- **Liberté de choix pour les assurés:**
 - Libre-passage entre caisses-maladie ($\pm 5\%/an$), modèles d'assurance (53% en 2011, en augmentation OFSP), franchise (19,3% en 2011 OFSP)
- **Solidarité:**
 - Obligation d'assurance, primes par tête, prestations identiques
 - Compensation des risques (sexe, âge, séjour hospitalier)
 - Réduction des primes

Les augmentations de primes reflètent l'augmentation des coûts

- **Les augmentations de primes reflètent l'augmentation des coûts:**
 - démographie, sciences, technologies
 - **incitations négatives** générant des **surcoûts**:
 - aléa moral (tiers financeur)
 - obligation de contracter
- **Les primes sont difficiles à assumer** pour un nombre croissant d'assurés: actuellement 29% de la population bénéficie de réductions de primes
- Et pourtant **> 40% des assurés** déclarent que les primes AOS sont un problème **continuel ou occasionnel** (GFS 2013)

Des primes supportables: le souci quotidien des assureurs-maladie

- Une charge de primes trop importante est un défi posé **au principe de la solidarité** dans l'assurance obligatoire



Objectif de santésuisse: **renforcer la solidarité de façon ciblée**

1. Par des mesures **actuariellement** correctes et non-biaisées
2. Au bénéfice des ménages supportant les **charges de primes les plus lourdes**

I. Affinement complémentaire de la compensation des risques

1. **Renforce la solidarité** entre assurés malades et en bonne santé =
décharge ainsi les assurés malades et âgés
2. **Incite davantage les assureurs à proposer des offres plus innovantes et de meilleure qualité** dans le domaine des soins gérés (Case et Disease Management)
3. Le volume de primes est redistribué différemment entre les payeurs de primes, la **charge fiscale demeure inchangée**

I. Affinement complémentaire de la compensation des risques avec des facteurs de morbidité

1. **Indicateurs de morbidité** clairement définissables et applicables
2. Meilleure prise en compte du secteur **ambulatoire**
3. Utilisation **prospective**
4. Participation active des **assureurs-maladie**

II. Ménages comptant de jeunes adultes

- **Rabais de primes** pour les jeunes adultes de sorte que la prime **ne dépasse pas le 50%** de la prime pour adultes
 - **Prise en compte** du rabais **dans la compensation des risques**
1. Décharge les ménages comptant de jeunes adultes et ceux de la classe moyenne inférieure
 2. L'allègement est supporté par la **communauté solidaire** des assurés
 3. La **solidarité** dans le système de santé est préservée
 4. **Les contribuables** sont aussi déchargés
 5. Les jeunes ne sont plus des mauvais **risques**
 6. Mesure simple **à mettre en œuvre**

III. Familles avec enfants

Renforcement de la réduction individuelle des primes (RIP) pour les enfants:

- **nouveau seuil spécifique** aux primes pour enfants
 - seuil substantiellement **plus élevé** que les seuils actuels
 - financement à **100% des primes des enfants** dans les ménages concernés
1. Allègement **ciblé** des familles et des familles monoparentales
 2. La **solidarité** dans le système de santé est préservée
 3. Elargissement de la RIP **adaptée aux besoins**: pas de solidarité de façade, pas de principe de l'arrosoir
 4. Mesure simple **à mettre en œuvre**



Continuer à combattre les coûts inutiles

Il reste beaucoup à faire sur le plan des coûts

- Art. 32 LAMal

Les prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins doivent remplir les critères **d'efficacité, d'économicité et d'adéquation...**

...et être examinées **périodiquement**

- Les assureurs-maladie procèdent au contrôle de l'économicité:

⇒ **CHF 1 milliard/an**

MAIS...



Continuer à combattre les coûts inutiles

1. Il n'existe **aucune évaluation systématique de la qualité** des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins

- portant sur l'ensemble des actes, prescriptions, analyses et médicaments
- permettant aux patients de bénéficier des traitements et des parcours thérapeutiques **les plus éprouvés** (via guidelines, bonnes pratiques...)
- fournissant aux autorités une aide à la **décision de remboursement** (coût-utilité, coût-efficacité, bénéfice **thérapeutique** relatif)

⇒ Objectif: **éliminer les prestations inutiles pour maîtriser les hausses de primes**



Supprimer les incitations négatives

2. Nécessité de mettre en œuvre des **mesures libérales de correction** des incitations négatives à travers:

- la **structure TARMED**
- les négociations tarifaires:
 - **tarifs différenciés** en fonction des besoins par région et par spécialité
 - valorisation de la **médecine de famille**
 - meilleure intégration de **critères de qualité** dans les contrats