



de l'assurance-maladie obligatoire des soins AOS

Faits et chiffres

relatifs à l'organisation, aux prestations,
au financement et aux coûts



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri



La brochure *Tout-A-Savoir de l'assurance obligatoire des soins avec la famille Santi*

Chère lectrice, cher lecteur,

La brochure Tout-A-Savoir présente des faits et chiffres concernant l'assurance-maladie à tous ceux qui veulent approfondir leurs connaissances dans le domaine, à des fins privées ou professionnelles, et qui souhaitent des informations complémentaires sur son organisation, les prestations proposées, son financement et ses coûts.

Avec ses données détaillées, la brochure Tout-A-Savoir s'adresse en priorité aux journalistes et aux personnes engagées en politique, mais aussi aux néophytes qui s'intéressent à la politique de la santé et aux spécialistes de tous horizons. Elle est le complément optimal du très populaire B.A.-BA de l'assurance-maladie, qui propose au grand public une introduction à l'assurance de base obligatoire.

Les assurés sont au cœur des préoccupations de l'assurance obligatoire des soins et par conséquent aussi de notre brochure Tout-A-Savoir. A titre représentatif de l'ensemble des assurés, la famille Santi pose des questions et accompagne les lectrices et les lecteurs tout au long de la brochure. La présence de la famille Santi nous rappelle aussi que toute réforme du système, toute intervention aussi minime soit-elle de la politique a tôt ou tard des conséquences positives ou négatives sur les assurés, les patients, bref sur nous tous.

Nous vous souhaitons une agréable lecture de notre brochure Tout-A-Savoir en espérant qu'elle contribuera à une meilleure compréhension de notre système de santé complexe.

Principes et organisation

Prestations et fournisseurs de prestations

Financement

Coûts

Formes d'assurances

Editorial



*Conseiller aux Etats
Christoffel Brändli*

Préambule

L'assurance obligatoire des soins existe en Suisse depuis plus de dix ans et a fait ses preuves dans de nombreux domaines. Toute personne a aujourd'hui accès à une couverture sanitaire complète en cas de maladie sans devoir supporter personnellement un risque financier. L'assurance-maladie garantit ainsi la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades. La réduction individuelle des primes veille par ailleurs à la solidarité entre les membres les plus aisés et les plus démunis de notre société.

En dépit de ces acquis, les hausses de primes annuelles nous rappellent sans cesse que notre système de santé est certes performant, mais aussi très cher. Les progrès techniques et médicaux, le vieillissement de la population, l'évolution des maladies et les exigences croissantes à l'égard du système de santé génèrent

une hausse ininterrompue des coûts à la charge de l'assurance-maladie. Et le budget des citoyennes et des citoyens qui paient tous les mois leurs primes d'assurance-maladie s'en ressent.

La politique a déjà engagé diverses réformes destinées à renforcer la concurrence tout en maintenant la sécurité sociale. Elles visent à freiner la hausse des coûts et à augmenter parallèlement l'économie, la transparence et la qualité des prestations médicales. Ces réformes ne constituent pas une menace pour la sécurité de l'approvisionnement. Le nouveau financement des hôpitaux basé sur les prestations et le financement des soins en sont des exemples. Cependant, des mesures supplémentaires favorisant plus de transparence et de qualité sont indispensables. Tous ceux qui œuvrent en faveur de changements

pérennes du complexe système de la santé doivent en connaître tous les tenants et les aboutissants. Nous leur recommandons donc de lire la présente brochure qui leur permettra d'acquérir des connaissances de base essentielles sur l'assurance-maladie obligatoire, présentées sous une forme concise et néanmoins approfondie.



Christoffel Brändli

Conseiller aux Etats

Principes et organisation

Prestations et fournisseurs de prestations

Financement

Coûts

Formes d'assurances



« Qui décide de ce qu'il advient de l'assurance-maladie ? »

1. Fondements légaux de l'assurance obligatoire des soins

L'assurance obligatoire des soins (AOS) tire sa légitimité de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999, qui octroie à la Confédération le pouvoir de légiférer sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accident.

Parallèlement, la Confédération a la compétence de déclarer l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Sur la base de ce mandat inscrit dans la Constitution, l'Assemblée fédérale a promulgué le 18 mars 1994 la loi actuelle sur l'assurance-maladie (LAMal). Cette loi réglemente depuis 1996 l'assurance-maladie sociale, qui englobe l'AOS et l'assurance facultative d'indemnités journalières, et fait partie des dix assurances sociales fédérales. La loi fédérale sur la partie générale du

droit des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur début 2003, contient également différentes dispositions déterminantes relatives à l'assurance-maladie.

Diverses ordonnances du Conseil fédéral réglementent l'application de la LAMal:

- l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)
- l'Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCO_R)

- l'Ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie (ORPM)

- l'Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP)

Les assurances complémentaires dans l'assurance-maladie ne relèvent pas, contrairement à l'AOS, du droit de l'assurance sociale, mais du droit

privé ou plus précisément de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et sont de nature facultative.

Rétrospective:

L'assurance-maladie avant 1996 ?

En 1996, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a supplanté la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) qui a régi le secteur de l'assurance-maladie pendant 85 ans. Ce texte était entré en vigueur en 1911 après le rejet de la «Lex Forrer» par le peuple en votation référendaire le 20 mai 1900. La Lex Forrer prévoyait l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie et à l'assurance-accident dans toute la Suisse sur le modèle institué par Bismarck en Allemagne. Contrairement à la Lex Forrer, la LAMA créait une assurance-maladie non obligatoire que des caisses-maladie privées ou publiques étaient chargées de mettre en œuvre. Cette loi a fait l'objet d'une révision complète en 1964. La LAMA autorisait des primes différenciées en fonction de l'âge d'adhésion. Le libre passage d'une caisse à l'autre n'était pas garanti par la LAMA, si bien que les caisses-maladie pouvaient émettre des réserves en raison de maladies existantes et refuser l'adhésion d'assurés à partir d'un certain âge. En lieu et place de l'actuelle réduction des primes, la Confédération versait des subsides directement aux caisses-maladie.

2. Principes de l'assurance obligatoire des soins

L'assurance obligatoire des soins repose sur quatre principes élémentaires: l'obligation d'assurance, la solidarité, le libre choix et l'accès garanti aux prestations.

Contrairement à d'autres assurances sociales, l'assurance-maladie sociale est mise en œuvre par un grand nombre de sociétés privées (assureurs-maladie), tenues de proposer les deux éléments de l'assurance-maladie sociale, à savoir l'assurance obligatoire des soins (AOS) et l'assurance facultative d'indemnités journalières. La plupart des assureurs ne versent toutefois que des indemnités journalières minimales et pratiquent par ailleurs l'assurance d'indemnités journalières selon les règles du droit de l'assurance privée.

L'organisation de l'assurance obligatoire des soins repose sur quatre fondements essentiels:

■ *l'obligation d'assurance:*

l'assurance des soins est obligatoire pour l'ensemble de la population. Parallèlement, toutes les caisses-maladie doivent accepter dans l'assurance de base toute personne qui fait une demande d'adhésion, quel que soit son état de santé et son âge, en d'autres termes indépendamment du risque;

■ *la solidarité:*

l'aménagement de l'AOS garantit la solidarité entre personnes en bonne santé et malades, entre jeunes et vieux, entre hommes et femmes ainsi que, jusqu'à un certain degré, entre personnes de conditions économiques différentes;

■ *l'accès garanti aux prestations:*

l'AOS garantit l'accès de tous les assurés au catalogue des prestations de base en cas de maladie;

■ *le libre choix:*

au sein de l'AOS, les assurés ont le libre choix de la caisse-maladie.

3. Obligation d'assurance

L'assurance des soins est obligatoire. Mais à la différence de presque toutes les autres assurances sociales, l'adhésion n'est pas automatique. En cas de déménagement et de naissance, l'adhésion à l'assurance-maladie s'effectue sur l'initiative de l'assuré.

Dans les trois mois qui suivent la prise de résidence ou la naissance en Suisse, toutes les personnes doivent adhérer à une caisse-maladie de leur propre initiative. Les mineurs doivent être assurés par leurs représentants légaux. Les assureurs sont tenus d'accepter toute personne soumise à l'obligation d'assurance, dans la mesure où elle a élu domicile dans leur zone d'activité locale. Si l'adhésion à l'assurance intervient dans les temps, la couverture est accordée rétroactivement à partir

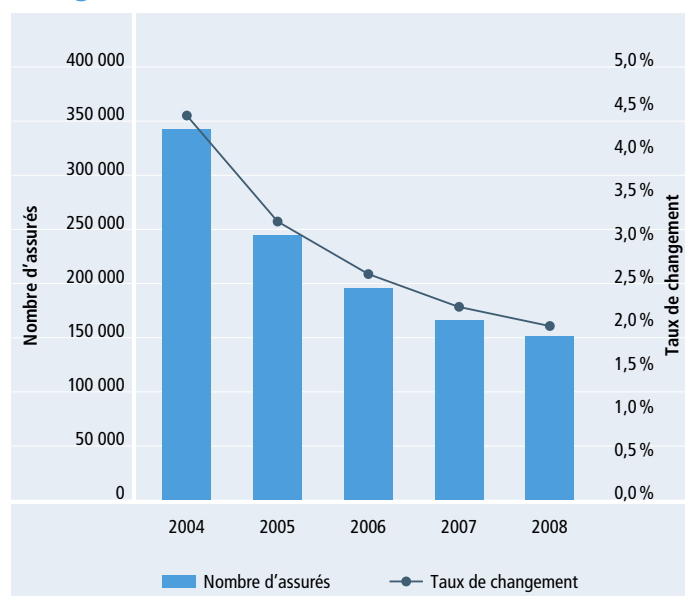
de la naissance ou du déménagement. En cas d'adhésion tardive, la couverture rétroactive n'est pas accordée et l'assuré doit s'acquitter d'un supplément de prime pendant une durée limitée en guise de sanction.

3.1 Compétences des cantons

Les cantons veillent au respect de l'obligation d'assurance. Ils informent la population de l'obligation d'assurance et

assignent une caisse aux personnes qui n'ont pas rempli à temps leur obligation d'assurance. Les cantons décident également des demandes de libération de l'obligation d'assurance. Le Conseil fédéral peut en effet prévoir des exceptions, notamment pour les personnes qui résident en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement professionnel. La liste exhaustive des exceptions figure dans l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

Changement de caisse de 2004–2008



3.2 Changement d'assurance

L'assuré est libre de changer d'assurance de base à la fin d'un semestre civil moyennant un préavis de trois mois. Si toutefois l'assuré dispose d'une franchise à option ou a conclu un modèle d'assurance alternatif, un changement n'est possible qu'en fin d'année. Lorsqu'il est informé d'un changement de prime, l'assuré peut également changer de caisse, la date limite étant fixée à la fin du mois précédant la modification de la prime. Dans ce cas, le délai de résiliation est limité à un mois. Le changement au sein de l'assurance

de base est possible si et seulement si la personne concernée n'accuse aucun retard de paiement vis-à-vis de sa caisse actuelle et dispose d'une couverture d'assurance sans interruption, c'est-à-dire

qu'elle est déjà affiliée à une nouvelle caisse-maladie au moment du changement. La couverture AOS n'expire qu'en cas de déménagement à l'étranger ou de décès de l'assuré.

Quelle a été la propension des assurés à changer de caisse-maladie ?

Des enquêtes réalisées par des instituts d'études de marché et d'opinion révèlent que le taux de changement est passé depuis 2004 de 4,6% (350 000 assurés) à 2,0% (150 000 assurés).¹

Plusieurs raisons expliquent ce taux bas : la tradition, la satisfaction à l'égard des prestations de l'assureur, le bon rapport qualité-prix et la commodité.

¹ Source: www.comparis.ch

4. Organisation de l'assurance obligatoire des soins

Si l'on analyse l'organisation de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans son ensemble, il convient de s'intéresser au rôle des assureurs, mais aussi aux tâches de l'institution commune LAMal, à l'aménagement de la promotion de la santé ainsi qu'à la mise en œuvre de la surveillance et des statistiques.

4.1 Assureurs

L'AOS peut être pratiquée soit par des caisses-maladie, soit par des entreprises d'assurance privées. Ces dernières y ont cependant renoncé jusqu'à présent.

La loi définit les assureurs-maladie ou caisses-maladie comme des personnes juridiques de droit privé ou public ne poursuivant pas de but

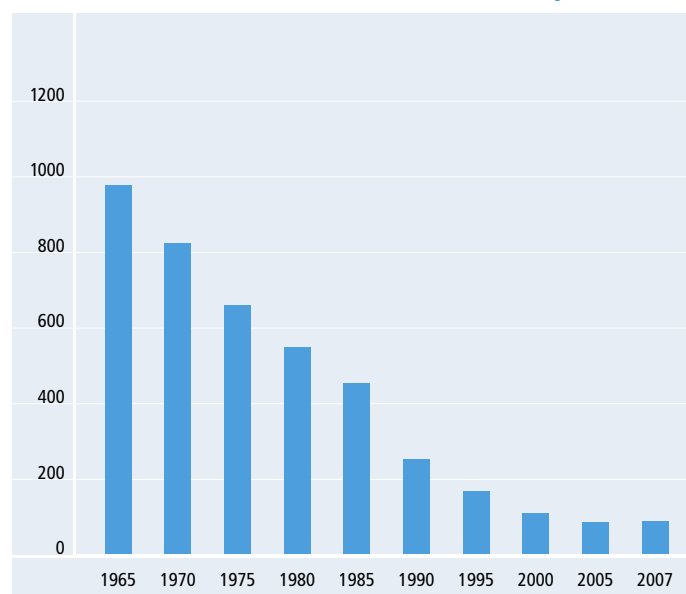
lucratif, qui proposent principalement l'assurance-maladie sociale et sont reconnues comme telles par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Par conséquent, les assureurs-maladie peuvent s'organiser sous forme d'associations, de fondations, de coopératives ou de sociétés anonymes. Une caisse-maladie a le droit d'offrir des assurances complémentaires en plus de l'assurance-maladie sociale.

Si un assureur-maladie satisfait toutes ces conditions, le DFI lui accorde l'autorisation de pratiquer l'AOS.

En 2007, 87 caisses-maladie étaient recensées en Suisse. Parmi elles, de nombreuses caisses se sont réunies en groupes d'assurance placés sous une direction commune. En 1996, la Suisse comptait encore 146 caisses-maladie et il y a 40 ans leur nombre avoisinait même le millier. Après ce processus de concentration, le nombre d'assureurs s'est quelque peu stabilisé depuis 2002. Sur les 87 caisses répertoriées en 2007, moins de 30 étaient actives dans toute la Suisse. Les cinq plus grands assureurs couvraient plus de 55% de tous les assurés en Suisse.

Le processus de concentration s'est accéléré en raison de la densité croissante des directives et obligations légales voire contractuelles, mais surtout à cause des exigences grandissantes dans les domaines de l'informatique, de la statistique, du conseil et des prestations. A ceci s'ajoute la concurrence entre les

Nombre d'assureurs-maladie – Evolution depuis 1965



Source: santésuisse

caisses, exacerbée avec l'entrée en vigueur du libre passage total.

4.2 Association de la branche santésuisse

Quasiment tous les assureurs-maladie sont rattachés à l'association, santésuisse, qui représente les intérêts de la branche vis-à-vis des milieux politiques et de l'administration. Elle contribue aussi fortement à la collecte et à l'évaluation de données et de chiffres ainsi qu'à l'analyse statistique, et fournit diverses prestations pour le compte de ses membres.

4.3 Institution commune LAMal

Les caisses-maladie ou leurs fédérations ne sont pas à même de résoudre seules certaines tâches qui ne peuvent être réalisées qu'en commun. A cet effet, le législateur a

prévu avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) le 1^{er} janvier 1996 la création d'une «institution commune» sous la forme d'une fondation (art. 18 LAMal). Le Concordat des caisses-maladie suisses (aujourd'hui association de la branche santésuisse) ainsi que l'Association suisse des assureurs privés maladie et accidents (aujourd'hui Association Suisse d'Assurances ASA) ont été chargés de la création de l'«Institution commune LAMal». La fondation se divise en un conseil de la fondation (4 membres de santésuisse et 1 membre de l'ASA), un secrétariat implanté à Soleure et un organe de révision. L'Assemblée fédérale, le Conseil fédéral, les assureurs ou encore les cantons, moyennant indemnisation, peuvent confier des tâches à l'Institution commune LAMal.

Les frais administratifs générés par la fondation sont financés par les assureurs qui prélèvent une cotisation par assuré. Les frais liés aux tâches dans le

domaine de la coordination internationale de l'assurance-maladie sont pris en charge par la Confédération. En outre, les cantons assument les coûts des tâches qu'ils délèguent à l'institution commune LAMal.

4.4 Promotion de la santé

La loi confie aux caisses-maladie le mandat (art. 19 LAMal) de promouvoir la santé et de gérer en commun, avec les cantons, une «institution dont le but est de promouvoir la santé». La fondation «Promotion Santé Suisse» a ainsi vu le jour. Elle est financée au moyen d'un supplément de prime annuel de 2,40 francs par assuré dans l'AOS (chiffres 2008). La surveillance est assurée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Pour remplir efficacement son mandat avec les moyens dont elle dispose, la Fondation se concentre sur trois thèmes clés de la santé publique :

Tâches de l'institution commune LAMal

Tâches (au 1 ^{er} janvier 2008)	attribuées par
Coordination internationale en matière d'assurance-maladie	Chambres fédérales/ Conseil fédéral/Cantons
Compensation des risques	Chambres fédérales
Redistribution des réserves	Chambres fédérales/Conseil fédéral
Remboursement de l'excédent de recettes de l'industrie pharmaceutique	Conseil fédéral
Prise en charge des coûts en lieu et place des assureurs insolubles	Chambres fédérales
Avantages collectifs	OFSP

Source: www.kug.org (site Internet de l'Institution commune LAMal)

- *promotion de la santé et prévention*
- *poids corporel sain*
- *santé psychique – stress (diminution des maladies induites par le stress)*

4.5 Surveillance et statistiques

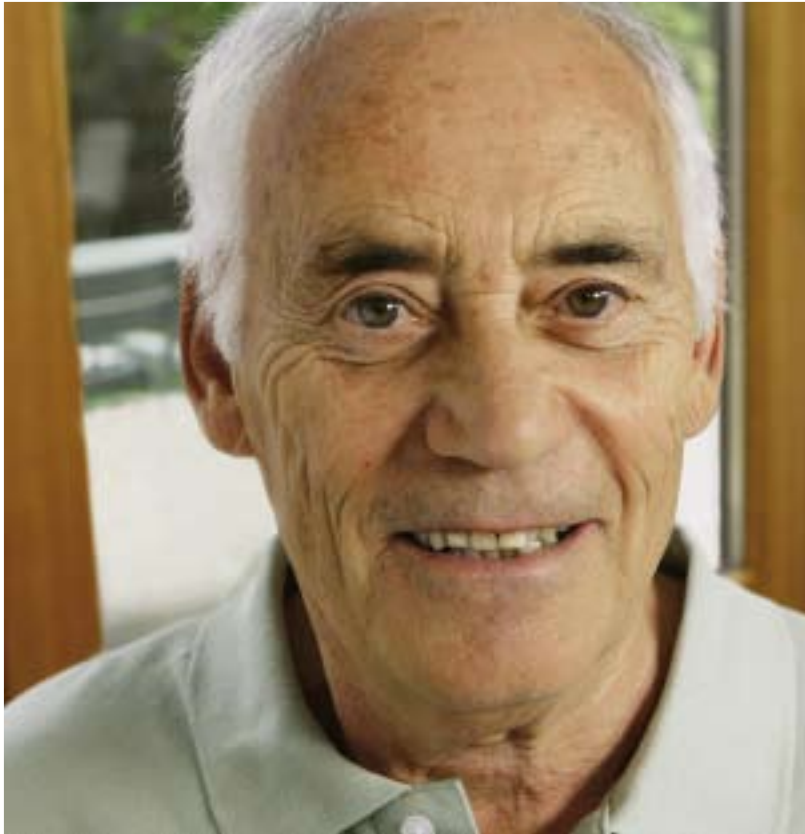
La surveillance de l'assurance-maladie sociale est réglementée par la LAMal. Selon l'article 21 LAMal, le Conseil fédéral surveille la mise en œuvre de l'assurance-maladie. Il a délégué cette tâche à l'OFSP. En tant qu'autorité de surveillance, l'OFSP contrôle que les caisses-maladie assument correctement leurs obligations. La LAMal dote l'OFSP des instruments nécessaires à l'examen rigoureux des assureurs-maladie ainsi qu'à la mise en œuvre uniforme et transparente de la LAMal. Pour ce faire, l'OFSP

peut adresser des instructions visant à l'application uniforme du droit fédéral, demander aux assureurs les renseignements et documents jugés nécessaires et procéder à des inspections sans préavis (audits). Les assureurs doivent accorder à l'OFSP le libre accès à toutes les informations. Si un assureur enfreint les prescriptions ou instructions légales, l'OFSP prend des mesures en fonction de la nature et de la gravité des manquements et peut en informer le public.

Les assureurs doivent communiquer à l'OFSP les données nécessaires à ce dernier pour vérifier l'évolution des coûts, le caractère économique des prestations et les disparités de primes entre les cantons etc. L'OFSP se charge de la publication de tous les indicateurs par assureur.

Dans la pratique, la surveillance repose sur **trois piliers**:

- **la surveillance rétrospective**
et le contrôle minutieux des comptes d'exploitation, bilans et rapports de gestion des assureurs pour l'exercice écoulé.
- **la surveillance immédiate ou actuelle**
au moyen d'audits et d'expertises au siège de l'assureur-maladie ainsi que la surveillance de l'application uniforme du droit fédéral.
- **la surveillance prospective**
par l'intermédiaire de la procédure d'approbation des primes et le contrôle des offres d'assurance.



« Quelles prestations ma caisse prend-elle en charge? »

5. Prestations assurées

L'assurance obligatoire des soins (AOS) n'assure pas seulement des prestations en cas de maladie, mais également en cas de maternité et d'accident. Ces dernières ne sont toutefois prises en charge que lorsque la personne assurée ne dispose d'aucune autre couverture d'assurance obligatoire ou privée. Un certain nombre de mesures de prévention médicale sont également financées par l'AOS.

5.1 Remboursement des prestations

Dans l'AOS, toutes les caisses-maladie doivent en principe rembourser les mêmes prestations prescrites par la loi et n'ont pas le droit de prendre en charge d'autres prestations dépassant ce cadre. Par conséquent, si un médecin prescrit des prestations qui ne sont pas inscrites dans le catalogue de l'AOS, il a l'obligation d'en informer les patients.

Conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal),

toutes les prestations dans l'assurance de base doivent être conformes au «principe EAE»: efficaces, adéquates et économiques, l'efficacité devant être prouvée par des méthodes scientifiques. En théorie, les prestations de l'AOS devraient être contrôlées périodiquement par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur la base des critères mentionnés et être exclues du catalogue des prestations en cas de non-conformité. Mais cela reste du domaine de la théorie car dans la pratique, le manque de ressources de l'OFSP rend ce contrôle quasiment impossible.

5.2 Définition du domaine de prestations

Les prestations de l'AOS peuvent être sommairement regroupées en plusieurs catégories:

Prestations des médecins et chiropraticiens:

La LAMal prend en charge les examens, traitements et soins dispensés par les médecins ou les chiropraticiens. Ces prestations doivent en principe être efficaces, adéquates et économiques. En cas de litige, les experts de la

Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) vérifient la prestation problématique et formulent à l'attention du Département fédéral de l'intérieur (DFI) une recommandation «pour» ou «contre» un remboursement des frais. La décision définitive du DFI est reprise dans l'annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Le DFI peut également soumettre des prestations à l'obligation de prise en charge uniquement dans certaines conditions ou pour une durée limitée.

Prestations non dispensées par des médecins:

Les prestations de personnes agissant sur prescription du médecin comme par exemple les physiothérapeutes, les ergothérapeutes ou les infirmiers ambulatoires sont prises en charge par l'assurance-maladie conformément aux limites mentionnées dans l'OPAS.

Prestations à l'hôpital:

L'assurance-maladie couvre les séjours hospitaliers dans la division commune d'un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence. Si une hospitalisation extracantonale s'impose pour des raisons médicales, ces prestations sont également assurées.

Produits, analyses et médicaments prescrits par des médecins:

La LAMal réglemente la couverture et la limite de rem-

boursement de ces prestations au moyen de quatre listes positives:

- *La liste des moyens et appareils (LiMA)*

énumère les moyens et appareils destinés au diagnostic et au traitement de maladies et d'accidents (comme les bandages, les inhalateurs, le matériel de pansement, les verres de lunettes etc.). Le DFI procède aux ajustements de cette liste.

- *La liste des analyses (LA)*

recense les analyses réalisées en laboratoire. Le DFI est compétent pour la modifier.

- *La liste des médicaments avec tarif (LMT)*

contient les préparations pharmaceutiques, principes actifs et substances auxiliaires employés pour la préparation magistrale par les pharmaciens. Les ajustements sont également réalisés par le DFI.

- *La liste des spécialités (LS)*

inventorie les spécialités pharmaceutiques (médicaments). Les modifications relèvent de la compétence de l'OFSP.

Toute modification des listes doit être adressée à l'OFSP. Des commissions fédérales d'experts examinent les demandes et formulent des recommandations à l'intention du DFI ou de l'OFSP qui prennent les décisions définitives.

Prestations de prévention médicale:

La LAMal prend en charge les coûts de certains examens destinés au diagnostic précoce de maladies ainsi que les coûts de mesures préventives. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin. Les prestations concrètes figurent de manière exhaustive dans l'OPAS.

Prestations en cas de maternité et de naissance:

Sont pris en charge, outre l'accouchement, certains examens de contrôle effectués durant la grossesse et après l'accouchement, ainsi que les frais des cours de préparation à l'accouchement et de conseils en cas d'allaitement, de même que des prestations effectuées par les sages-femmes. Toutes ces prestations sont répertoriées de manière exhaustive dans l'OPAS.

Soins dentaires:

L'AOS ne prend en charge les coûts des soins dentaires que dans trois cas:

- Ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication.
- Ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles.
- Ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

L'OPAS contient la liste exhaustive des prestations

remboursées à ce titre. Les coûts des plombages dentaires en cas de carie ou les frais d'orthodontie (appareils dentaires pour enfants) ne sont pas remboursés.

Frais de cure balnéaire, de transport et de sauvetage:

L'assurance verse une participation aux frais de cures balnéaires prescrites par un médecin et aux frais de transport médicalement indiqués ainsi qu'aux frais de sauvetage

des personnes en danger de mort. Le montant de la participation est fixé dans l'OPAS.

Prestations à l'étranger:

En cas de maladie ou d'accident ne permettant pas, pour des raisons médicales, un retour en Suisse, les frais de traitement d'urgence à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant que le même traitement aurait coûté en Suisse. Les autres prestations

médicales fournies à l'étranger ne sont en principe pas couvertes par l'assurance obligatoire des soins. On parle dans ce contexte du principe de territorialité.

Médecines complémentaires

Les médecines complémentaires rassemblent des méthodes de diagnostic, de traitement et de prévention et de promotion de la santé. La notion de médecines complémentaires est un terme générique qui désigne l'ensemble des méthodes entendant compléter la médecine scientifique ou offrir une alternative à cette dernière. Par le biais d'une assurance complémentaire privée, 70% de la population environ a accès à des prestations de médecine complémentaire. Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, seule l'acupuncture réalisée par un médecin et de nombreux médicaments de médecine complémentaire sont encore pris en charge depuis le 1^{er} juillet 2005. A la même date, cinq autres méthodes de médecine complémentaire ont été rayées du catalogue des prestations de base par le DFI, parce qu'elles ne remplissaient pas les critères EAE. Il s'agissait en l'occurrence de la médecine anthroposophique, de l'homéopathie, de la thérapie neurale, de la phytothérapie et de la médecine traditionnelle chinoise.

Cette décision du DFI a soulevé un débat public autour de l'intégration des méthodes de la médecine complémentaire dans l'assurance de base. Le peuple a le dernier mot dans cette question avec la votation sur l'initiative populaire «Oui aux médecines complémentaires».

6. Fournisseurs de prestations

L'admission ainsi que le libre choix des fournisseurs de prestations sont fréquemment à l'origine de vives discussions dans le système de santé suisse.

La question des modalités de rémunération – *tiers payant* ou *tiers garant* – ou de la procédure d'économicité des assureurs-maladies alimente, elle aussi, régulièrement les débats.

6.1 Fournisseurs de prestations admis

Différentes catégories de fournisseurs de prestations sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) à condition de remplir certaines conditions. La loi et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (LAMal et OAMal) énumèrent ces catégories tout en définissant les conditions d'admission. Les

médecins par exemple sont admis lorsqu'ils sont titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée de deux années au minimum. Les établissements de cure balnéaire sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance de base à condition d'être reconnus par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). C'est le cas lorsqu'ils sont placés sous surveillance médicale, utilisent les sources ther-

males du lieu dans un but thérapeutique, sont dotés du personnel spécialisé nécessaire ainsi que d'installations diagnostiques et thérapeutiques adéquates et qu'ils sont admis en vertu du droit cantonal.

En principe, les médecins sont responsables des soins médicaux de base avec le concours des autres fournisseurs de prestations. La cure en établissement balnéaire n'est pas

Fournisseurs de prestations admis en vertu de la LAMal et de l'OAMal

Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations suivants:

- les médecins;
- les pharmaciens;
- les chiropraticiens;
- les sages-femmes;
- les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient. Cette catégorie comprend les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, les infirmiers et les infirmières, les logopédistes/les orthophonistes et les diététiciens;
- les laboratoires;
- les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques;
- les hôpitaux;
- les établissements médico-sociaux;
- les établissements de cure balnéaire;
- les entreprises de transport et de sauvetage;
- les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins;
- les maisons de naissance.

prise en charge par l'AOS si le patient n'a pas consulté un médecin au préalable et si ce dernier n'a pas prescrit le traitement. Par ailleurs, les professions dites de thérapie médicale (comme les diététiciens) et les professions de soins extrahospitaliers ne figurant pas sur la liste exhaustive de la LAMal ne peuvent réaliser leurs prestations à la charge de l'assurance de base que sur prescription d'un médecin. Celui-ci assume ainsi en quelque sorte une fonction de «gardien» (gatekeeper) en décidant un traitement sur la base d'un diagnostic. Cette réglementation permet d'éviter que l'assurance-maladie ne finance un tourisme médical des patients établissant leur propre diagnostic. La qualité et l'économicité des thérapies et traitements sont ainsi garanties jusqu'à un certain point.

6.2 Choix du fournisseur de prestations

Les assurés ont le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Si l'assuré choisit par exemple son médecin de premier recours en dehors de ce rayon, il devra éventuellement payer de sa poche une partie des frais. Par conséquent, le libre choix illimité du médecin n'est pas garanti tout du moins sur le plan financier. En cas de traitement hospitalier, les assurés ont également le libre choix de l'établissement, mais uniquement dans le canton où ils résident. A l'exception des

urgences et des cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies dans le canton de résidence, les coûts ne sont pas pris en charge par le canton en cas d'hospitalisation extracantonale. De leur côté aussi, les assureurs ne doivent prendre en charge les coûts que jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence de l'assuré. Ainsi, un séjour dans un hôpital situé en dehors de son canton de résidence peut avoir des conséquences financières considérables pour l'assuré. A partir de 2012, les cantons auront l'obligation de prendre en charge les coûts des séjours hospitaliers extracantonaux, mais uniquement jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence. La plupart des assureurs-maladie proposent cependant des assurances complémen-

Gel des admissions

Comme la densité médicale influe en partie sur le volume des coûts de la santé, le Conseil fédéral a formulé son intention d'instaurer la liberté de contracter comme partie intégrante de la révision de la LAMal (voir également 6.4). Les caisses-maladie auraient alors la possibilité de négocier la conclusion de conventions individuelles avec les fournisseurs de prestations. Afin de remplir leur mandat constitutionnel, à savoir de garantir la couverture en soins de leur population, les cantons prescriraient aux assureurs un seuil minimum de médecins à admettre pour chaque spécialité. Pour faire la transition jusqu'à l'entrée en vigueur de la liberté de contracter, le Conseil fédéral a instauré le 4 juillet 2002 un gel provisoire des admissions qui fait qu'aucun nouveau médecin ne peut en principe être admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Le Parlement a prorogé ce moratoire à deux reprises. Il prend fin le 31 décembre 2009.

Le gel des admissions comporte plusieurs points épineux: premièrement, il défavorise les jeunes médecins qui souhaitent ouvrir leur cabinet médical. Deuxièmement, il est appliqué avec une telle flexibilité par les cantons qu'il reste pratiquement sans effet (entre l'entrée en vigueur du gel des admissions et la fin de l'année 2006, 3714 nouveaux codes créanciers ont été attribués à des médecins. Dans la même période, 1783 médecins ont cessé leur activité et leurs numéros administratifs – codes créanciers – ont été rayés du registre. Il en résulte une augmentation nette de 1931 codes).

taires qui garantissent avant et après 2012 le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse sans restriction financière.

6.3 Rémunération

Le principe du tiers garant est fondamentalement applicable en Suisse, sauf en cas de convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Le système du tiers garant veut que le patient ou l'assuré soit le débiteur de la rémunération vis-à-vis du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assuré a le droit d'être remboursé par son assureur. Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent aussi convenir du règlement de la prestation selon le système du tiers payant, ce qui est généralement le cas dans le secteur hospitalier. L'assureur verse alors directement la rémunération au fournisseur de prestations. Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul et le caractère économique de la prestation. L'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur.

6.4 Tarifs et prix

Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix. Le tarif est un instrument de

calcul de la prestation fournie. La loi sur l'assurance-maladie définit trois types de tarifs :

Tarif au temps consacré :

La rémunération de la prestation est exclusivement calculée sur la base du temps requis. Ce type de tarif est rarement pratiqué notamment parce que le coût des appareils techniques ou du matériel utilisé par ailleurs est difficile à intégrer de manière appropriée dans le calcul.

Tarif à la prestation :

Un nombre de points défini est attribué à chaque prestation. Ces points sont ensuite multipliés par la valeur respective du point. Les tarifs à la prestation sont complexes (voir encadré TARMED) et nécessitent un suivi intensif. La facturation est plus difficile à réaliser et les charges administratives sont considérables. Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention pour toute la

Suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

Tarif forfaitaire :

Les tarifs forfaitaires peuvent revêtir différentes formes. Un séjour à l'hôpital peut par exemple être indemnisé sur la base d'un forfait journalier ou d'un forfait par division. Ces forfaits sont fixés en déterminant la moyenne des coûts obtenue à partir des coûts moyens de toutes les situations potentielles et de la structure de risque des patients. Ce type de tarifs forfaitaires simplifie grandement la facturation, mais ne tient pas toujours compte du cas individuel des patients. C'est pourquoi les groupes de cas liés au diagnostic seront instaurés dès 2012 pour les prestations hospitalières. Ainsi, seul le diagnostic, et non plus la durée du séjour, sera déterminant pour la rémunération du séjour hospitalier.

TARMED

Le tarif des prestations médicales (TARMED) est un tarif applicable dans toute la Suisse pour toutes les prestations médicales ambulatoires réalisées à l'hôpital et en cabinet médical. En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004, le tarif TARMED recense l'état actuel de la technique médicale sous la forme d'un catalogue comportant 4600 positions. Chaque position est subdivisée en une prestation technique et une prestation médicale. Chaque position prescrit une valeur intrinsèque, soit l'appréciation et l'évaluation de la prestation médicale selon des critères médicaux au sens d'une formation postgraduée et continue supplémentaires (capacité/autorisation à réaliser une thérapie particulière).

Les tarifs et les prix font l'objet de conventions entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ces conventions appelées conventions tarifaires sont conclues par un ou plusieurs fournisseurs de prestations avec les assureurs ou leurs fédérations.

Les partenaires tarifaires sont liés dans leurs négociations aux principes suivants :

- Le tarif repose sur un calcul réalisé selon les règles de l'économie d'entreprise.
- Le tarif est fondé sur une structure adéquate.
- La convention tarifaire doit faire en sorte que les soins soient appropriés et de haute qualité.
- La convention tarifaire permet la fourniture de prestations aux tarifs les plus avantageux possibles.

La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention tarifaire est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

Si les parties en négociation ne parviennent pas à un accord, la loi prévoit la fixation des tarifs par le Conseil fédéral ou le gouvernement cantonal.

Dans l'assurance obligatoire des soins, les caisses-maladie

sont actuellement contraintes de conclure une convention avec chaque fournisseur de prestations admis. On parle dans ce contexte d'obligation de contracter. Si un fournisseur de prestations récemment admis veut adhérer à une convention tarifaire et pratiquer à la charge de l'AOS, les caisses-maladie ne peuvent pas le refuser. Exclure un fournisseur de prestations d'une convention tarifaire est en principe possible. Sa mise en œuvre dans la pratique est très difficile en raison des critères insuffisants applicables à la qualité et à l'économicité, et de la lenteur des procédures de recours. Les fournis-

seurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente. Ils sont tenus par la protection tarifaire et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal.

6.5 Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations

Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. L'assureur ou l'assuré

Procédure d'économicité de santésuisse

Conformément aux articles 56 LAMal et 76 OAMal, les caisses-maladie ont l'obligation de contrôler l'économicité des fournisseurs de prestations et doivent éventuellement prendre des mesures à l'encontre des cabinets médicaux qui ne respectent pas les exigences en matière de traitement. Les assureurs-maladie ont partiellement délégué leur obligation légale de contrôle de l'économicité des prestations à leur association faitière santésuisse.

Les procédures d'économicité ont avant tout un rôle préventif. Les fournisseurs de prestations dont les coûts sont élevés sont invités à revoir leurs structures de coûts. Les demandes de restitution ne sont pas l'objectif, mais l'ultime recours des procédures d'économicité. Elles sont faites lorsque le fournisseur de prestations ne peut pas ou ne veut pas justifier ses coûts élevés, et qu'il ne fait aucun effort pour réduire ses coûts. Dans la plupart des cas où les fournisseurs de prestations présentent des coûts trop élevés, ceux-ci sont imputables aux particularités du cabinet ou ont pu être éliminés par un changement de pratique du fournisseur de prestations. Dans les cas où des demandes de restitution ont été négociées devant la justice, le tribunal fédéral des assurances a généralement appuyé la position des assureurs.

peut refuser la rémunération des prestations qui dépassent cette limite ou demander la restitution des sommes perçues à tort.

Le fournisseur de prestations doit par ailleurs répercuter sur l'assuré ou l'assureur les avantages directs ou indirects qu'il perçoit en relation avec le traitement fourni par lui-même ou par un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat. Dans la pratique, cette prescription est cependant quasiment impossible à appliquer. Conformément à la LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques sys-

tématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions. En conséquence, le Conseil fédéral a délégué aux caisses-maladie la compétence de vérifier l'économicité des fournisseurs de prestations. Les assureurs ont partiellement confié ce mandat légal à leur association faîtière santé-suisse. Sur cette base, santé-suisse réalise chaque année avec les fournisseurs de prestations une procédure de contrôle d'économicité systématique.



« Qui a droit à
une réduction
de prime ? »

7. Financement des prestations assurées

Le financement des prestations définies dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) provient de trois sources différentes: les assurés s'acquittent d'une prime, les patients versent une participation aux coûts et les contribuables paient leurs impôts dont une partie est redistribuée à l'assurance-maladie. La conjugaison de ces trois éléments permet un financement social tout en renforçant le comportement responsable de chacun.

7.1 Primes par tête

Les caisses-maladie perçoivent de leurs assurés des primes par tête destinées à couvrir globalement les prestations médicales consommées ainsi que leurs propres frais administratifs. Tous les assurés, y compris les enfants, ont en principe l'obligation de verser cette prime par tête qui est l'élément central de la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades. Par la même occasion, la prime par tête reflète les coûts de notre système de santé.

Si ces derniers augmentent, les primes augmentent elles aussi. Contrairement à un système indexé sur les revenus, tous les assurés sont ainsi confrontés au problème de l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie, ce qui est censé les sensibiliser au problème.

7.1.1 Fixation des primes

Les caisses-maladie fixent les tarifs des primes à verser par leurs assurés pour l'année suivante. Ils peuvent moduler les primes en fonction des différences de coûts selon les

cantons et les régions. A l'intérieur d'une même région, tous les adultes sont redevables des mêmes primes, le critère déterminant étant le lieu de résidence de l'assuré. Pour les enfants jusqu'à 18 ans, l'assureur doit fixer une prime réduite. Elle s'élève en moyenne à un quart de celle versée par les adultes. Pour les jeunes gens n'ayant pas encore atteint l'âge de 25 ans révolus, des primes plus basses peuvent également être fixées. La réduction s'élève dans ce cas à 20% en moyenne.

Pour calculer les primes, les assureurs s'appuient essentiellement sur les bases suivantes: les coûts de l'année en cours et de l'année précédente, les réserves et provisions, les paiements au titre de la compensation des risques, les frais administratifs, la fluctuation du nombre des assurés et le résultat d'exploitation. S'y ajoutent l'estimation de l'évolution des coûts pour l'année à venir et la comparaison avec les primes de la concurrence. Comme l'estimation de l'évolution future des coûts est un exercice difficile, les coûts et les primes peuvent afficher une croissance différente si l'on considère une année particulière. Mais en observant la tendance sur plusieurs années, on constate une étroite corrélation entre l'augmentation des primes et la hausse des coûts.

Les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) nécessitent l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Celui-ci vérifie l'évolution des coûts estimée par l'assureur ainsi que l'évolution des coûts par canton. Pour réaliser ce contrôle, l'OFSP se base sur ses propres données et outils de simulation. Avant que l'autorisation ne soit accordée, les cantons peuvent également prendre position sur le montant des primes.

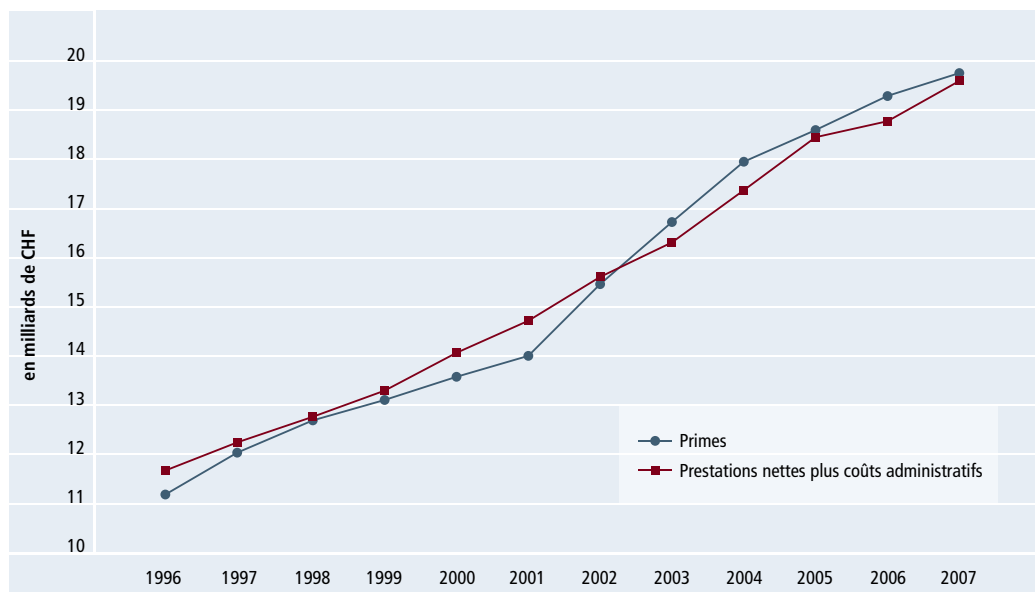
7.1.2 Réduction des primes

Le système des primes par tête ne tient pas compte des disparités de revenus dans la population. C'est pourquoi les pouvoirs publics et les cantons accordent aux assurés de condition modeste des réductions de primes. Ainsi,

les primes des enfants et des jeunes adultes en formation sont réduites de 50% au moins lorsque les parents disposent de revenus bas ou moyens.

Les réductions de primes garantissent la solidarité entre les personnes, en fonction de leur situation financière. Elles sont cofinancées par la Confédération et les cantons. Depuis la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches (RPT), la Confédération prend en charge un quart des coûts bruts de l'AOS pour 30% des assurés. Les parts des différents cantons aux subsides fédéraux sont fixées sur la base de la population résidant dans le canton et du nombre de frontaliers. La Confédération verse les subsides intégralement. Il appartient ensuite aux cantons de compléter les

Evolution des primes et des prestations nettes dans l'AOS 1996–2007



Source: OFAS, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007

subsidés fédéraux de façon à garantir la réduction des primes individuelles conformément à la LAMal. Les cantons déterminent de quelle façon et dans quelles limites la réduction est accordée aux assurés. C'est le système fiscal qui constitue la base de la répartition dans toute la Suisse. Mais de grandes disparités apparaissent dans la détermination concrète de la réduction. De même, le versement intervient par différents canaux. Le Parlement a toutefois décidé qu'à l'avenir, les subsidés seraient octroyés dans tous les cantons sous forme de réductions de primes par l'intermédiaire des assureurs.

En 2007, la Confédération et les cantons ont accordé 3,42 milliards de francs de réductions de primes (soit un sixième du volume total des primes). Près de 30% de l'ensemble des assurés (2,27 millions) ou 39% des ménages (1,23 million) en ont bénéficié. Par individu, 1506 francs en moyenne ont été octroyés, soit 2791 francs par ménage. 70% des bénéficiaires avaient moins de 45 ans et seulement un peu plus de 13% avaient plus de 65 ans.

7.2 Participation aux coûts

Parallèlement à la prime par tête, un assuré s'acquitte de participations aux coûts pour les prestations qu'il consomme. Cette participation selon le

principe du «consommateur-payeur» responsabilise les assurés en évitant que les patients ne suivent des traitements médicaux inutiles. C'est aussi pour cette raison que les participations aux coûts ne peuvent être assurées. De la même façon, il est interdit à toute institution de prévoir la prise en charge de ces coûts. La prise en charge de participations aux coûts en raison de prescriptions de droit public de la Confédération ou des cantons fait exception à cette interdiction. Les prestations en cas de maternité ne sont pas assujetties à la participation aux coûts.

La participation aux coûts se compose de deux éléments:

7.2.1 Franchise

Les assurés s'acquittent d'une participation pour les prestations qu'ils consomment sous forme d'un montant annuel fixe de 300 francs (franchise ordinaire). En d'autres termes, une assurance-maladie ne prend en charge que les coûts qui dépassent cette franchise. Aucune franchise n'est réclamée pour les enfants.

Parallèlement à l'assurance avec franchise ordinaire, les caisses-maladie ont la possibilité de proposer au libre choix des assurés des formules de franchises plus élevées en contrepartie d'une réduction de prime correspondante. Tous les assurés peuvent opter pour l'assurance avec franchises à option. Le choix d'une franchise plus élevée ne peut intervenir qu'au début d'une

année civile. Le passage à une franchise moins élevée est possible à la fin d'une année civile à condition de respecter les délais de résiliation prévus. Adultes et jeunes adultes peuvent opter pour une franchise de 500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs, tandis que des franchises de 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs sont proposées pour les enfants. En 2007, 43% des assurés adultes ont fait usage des franchises à option.

7.2.2 Quote-part et contribution aux frais de séjour hospitalier

La quote-part représente le deuxième élément de la participation aux coûts. Dès que la franchise est épuisée, la caisse-maladie rembourse à 90% les coûts excédant la franchise. Le patient prend en charge les 10% restants de la facture, toutefois uniquement à concurrence d'un plafond de 700 francs par an fixé par le Conseil fédéral. Pour les enfants, ce plafond s'élève à 350 francs.

Outre la franchise et la quote-part, les patients doivent dans certains cas s'acquitter également d'une contribution aux frais de séjour hospitalier. Le Conseil fédéral a limité à 10 francs par jour cette participation uniquement versée par les personnes vivant seules. Les prestations en cas de maternité ne sont pas assujetties à cette participation.

En 2007, les assurés ont pris en charge près de 15% de l'ensemble des coûts de l'AOS

sous forme de quotes-parts et de franchises.

7.3 Financement par les recettes fiscales

Comme mentionné au début de ce chapitre, le financement de l'assurance de base obligatoire se compose d'éléments sociaux et d'éléments renforçant la responsabilité personnelle. La prime par tête renferme, en combinaison avec la participation aux coûts, des incitations favorisant une prise de conscience des coûts et un comportement responsable des assurés. En tant qu'élément social, la réduction des primes financée par l'intermédiaire des rentrées fiscales atténue la charge des primes pour les personnes de condi-

tion économique modeste. Mais outre la réduction des primes, les contribuables financent également une partie des prestations LAMal. Ainsi, près de la moitié des coûts d'hospitalisation ne sont pas couverts par les primes par tête, mais par des contributions fiscales indexées sur les revenus. Dans l'ensemble, la part fiscale représente environ 40% des coûts actuels de l'assurance de base.

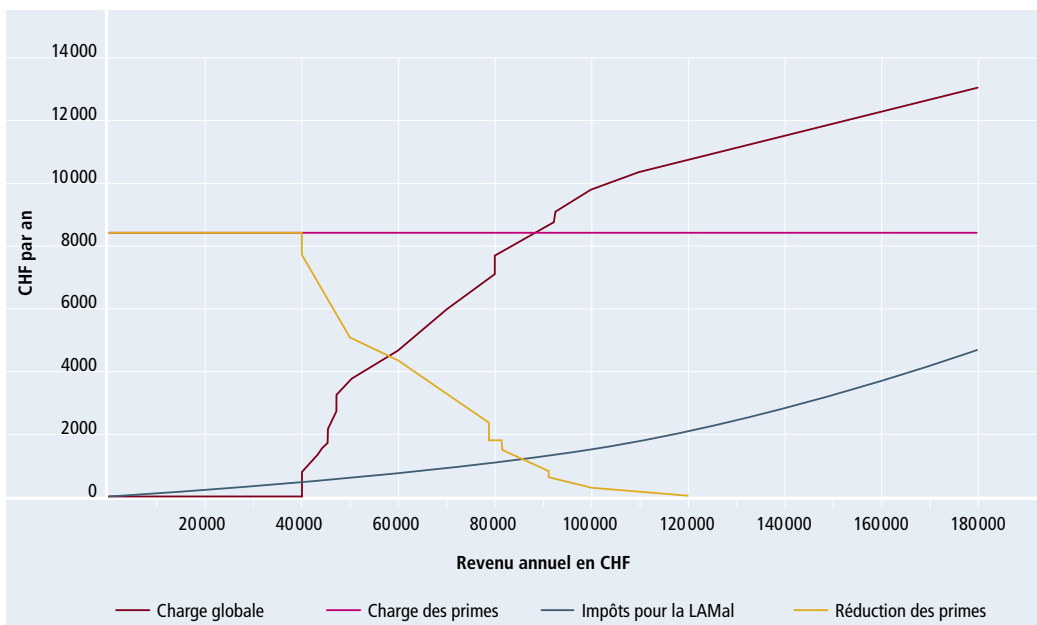
Par conséquent, la mise à contribution au titre de la LAMal n'est pas, comme on l'entend souvent, identique pour chaque citoyen, mais dépend en partie du revenu. La réduction des primes soulage les personnes de condition économique modeste, tandis que les couches sociales favorisées

sont davantage mises à contribution du fait de leur part fiscale importante.

7.4 Non-paiement des primes et des participations aux coûts

Les arriérés de primes et d'autres paiements augmentent d'année en année pour atteindre un niveau problématique. Pour l'année 2007, l'OFSP a estimé à plus de 540 millions de francs le volume des impayés de primes AOS et 380 000 poursuites ont été engagées. Par ailleurs, près de 90 000 personnes seraient concernées par une suspension de la prise en charge des coûts des prestations par les caisses-maladie, selon l'OFSP. Si un assuré ou un patient

Exemple de calcul: coûts de la LAMal pour une famille de quatre personnes



Source: pool de données de santésuisse

ne paie pas les primes ou les participations aux coûts dont il est redevable malgré une procédure de sommation, la caisse-maladie doit en effet suspendre la prise en charge des coûts des prestations après avoir requis une continuation de la poursuite. Ce règlement entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006 est destiné à faire pression sur les assurés qui manquent à leur obligation de paiement des primes. Il empêche que des prestations LAMal soient remboursées sans que les primes soient réglées. Cette mesure n'a en rien modifié la position des débiteurs et des créanciers : l'assureur reste débiteur des prestations fournies pendant la période de suspension. Toutefois, il ne les paiera que lorsque les primes et participations dues ainsi que les intérêts moratoires et frais de poursuite auront été

intégralement réglés, soit par l'assuré lui-même, soit, dans le cas d'un acte de défaut de biens, par l'administration compétente prévue par les cantons.

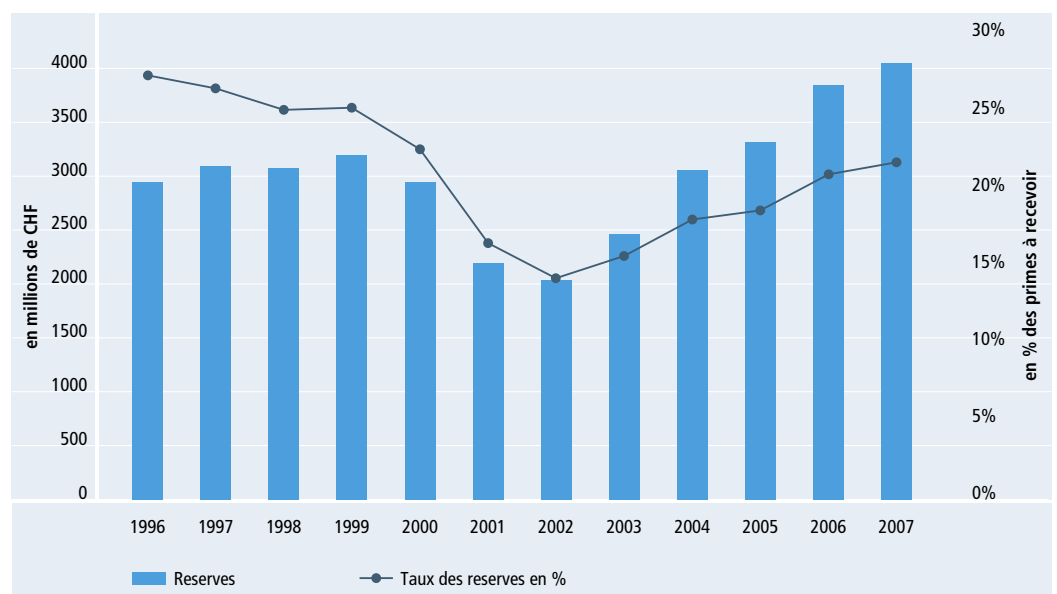
7.5 Réserves et provisions

Les caisses-maladie qui pratiquent l'assurance de base obligatoire sont des personnes juridiques sans but lucratif qui ne réalisent donc pas de bénéfices. Elles doivent trouver un équilibre entre les recettes et les dépenses. Lorsque les recettes excèdent les dépenses, le surplus de recettes doit être intégralement reversé aux assurés. Les caisses-maladie admises selon la LAMal doivent toutefois être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout

temps. Aussi sont-elles tenues de constituer des provisions et réserves suffisantes pour les cas d'assurance non liquidés et pour garantir leur solvabilité à long terme.

Pour les grandes caisses d'assurance dont les effectifs dépassent 150 000 assurés, le taux de réserve minimum doit atteindre au moins 10% des primes dues (primes théoriques). Les sociétés d'assurances plus petites doivent justifier de réserves équivalentes à au moins 15% (effectifs d'assurés entre 50 000 et 150 000) ou 20% (jusqu'à 50 000 assurés) des primes dues. Ces réserves visent notamment à limiter les risques en cas d'épidémies ou de pandémies soudaines ainsi qu'en matière de fixation des primes. Cette dernière se fonde en partie sur des don-

Reserves dans l'assurance de base (AOS) 1996–2007



Source: OFAS, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007

nées de l'assurance de base qui remontent à deux ans (les coûts de 2007 sont ainsi nécessairement pris en considération pour fixer les primes de 2009). Dans ce système assimilable à un budget, les réserves sont donc utilisées comme un instrument de compensation. Si les primes sont fixées à un niveau trop élevé, les réserves augmentent automatiquement.

Cet argent revient aux assurés les années suivantes sous forme d'augmentations modérées des primes voire même de baisses de primes.

Les réserves pour l'année 2007 s'élevaient à 3,97 milliards de francs, ce qui représentait 20,2% des primes dues, soit 527 francs par assuré (moins de deux mensualités). En comparaison, l'assurance vieillesse et survivants (AVS), qui ne connaît quasiment aucune fluctuation dans la fixation des primes, dispose de réserves équivalentes à une année de primes. A plus long terme, la constitution de réserves a une influence infime sur l'évolution des primes. Entre 1996 et 2007, les réserves ont augmenté de 1,1 milliard de francs, alors que dans le même temps les primes dues progressaient de 8,5 milliards. En d'autres termes, 13% seulement de la hausse des primes s'explique par la constitution de réserves.

La pression politique exercée sur les caisses-maladie a conduit dans les années 1998 à 2000 à la fixation d'une «prime politique» qui ne com-

pensait pas l'évolution réelle des coûts. A la suite de quoi, les caisses-maladies ont bouclé leur bilan avec un résultat négatif entre 1999 et 2002. Pour couvrir ces résultats déficitaires, les assureurs ont dû puiser dans leurs réserves entre 2000 et 2002. Le niveau des réserves a ainsi fondu de 23,6% à 12,8% de 1999 à 2002. Après 2003, les caisses-maladie ont été contraintes de procéder à des hausses de primes importantes. Les primes ont même augmenté davantage que les coûts des soins pour résorber le déficit creusé par les «primes politiques» qui ne reflétaient pas les coûts réels.

D'un point de vue comptable, les provisions font techniquement partie des postes «transitoires». Elles servent à couvrir les factures en suspens pour des prestations déjà fournies. La constitution de provisions ne conduit donc pas à une augmentation des primes. En 2007, les provisions s'élevaient à 5,2 milliards de francs, soit 28,4% des prestations payées.

7.6 Présentation des comptes

Les assureurs tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins. Ils établissent pour chaque exercice un rapport de gestion qui se compose du rapport annuel et des comptes annuels. Le rapport de gestion est établi conformément aux règles du code des obligations

relatives aux sociétés anonymes et aux exigences spéciales de la transparence. Les assureurs remettent le rapport de gestion à l'OFSP et à toute personne intéressée. Outre le bilan et le compte d'exploitation, il contient aussi certains chiffres qui doivent être mis à la disposition de l'OFSP.

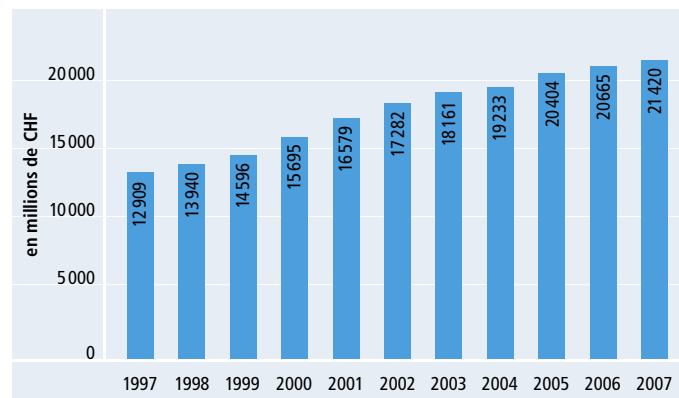


« Pourquoi mes primes augmentent-elles plus que l'inflation ? »

8. Coûts de l'assurance obligatoire des soins

Les coûts de l'assurance obligatoire des soins augmentent nettement plus que l'inflation moyenne en Suisse. Entre 1997, un an après l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), et 2007, le montant global des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) est passé de 12,9 à 21,4 milliards de francs, soit une progression de 66%, ce qui représente une croissance annuelle moyenne de 5%.

Coûts totaux dans l'assurance de base (selon la date de décompte)



Source: pool de données de santésuisse

8.1 Générateurs de coûts

L'augmentation rapide des coûts dans l'assurance-maladie provient de la forte hausse des prestations, au premier chef des prestations de soins, des traitements hospitaliers et des médicaments. Les facteurs à l'origine de cette augmentation sont de plusieurs natures:

- Facteurs non influençables et que l'on ne souhaite pas influencer tels que les progrès de la médecine, de la technique médicale et de la pharmacologie ou l'évolution démographique.
- Facteurs uniquement influençables à long terme, comme le comportement de la population en matière de santé.
- Facteurs partiellement influençables, comme les exigences croissantes vis-à-vis de la médecine et du système de santé. Les exigences augmentent compte tenu des nouvelles possibilités offertes par la médecine et surtout du marketing qui les fait connaître ainsi qu'en raison de la densité de l'offre.
- Facteurs potentiellement influençables par des mesures ciblées. En font notamment

partie: les prix et tarifs excessifs, le nombre excédentaire d'hôpitaux et de lits hospitaliers, la grande densité de spécialistes dans les agglomérations et/ou le suréquipement en appareils médicaux. Enfin, il est possible de modifier les incitations économiques néfastes qui conduisent à des prestations inutiles.

Les hôpitaux, les médecins, les médicaments et les soins se taillent la part du lion dans l'enveloppe globale des coûts. Comme le montre une analyse des années 2004 à 2007, l'augmentation des coûts est très disparate dans les différents secteurs.

8.1.1 Secteur hospitalier

Avec un volume de 8,3 milliards de francs (2007), les traitements hospitaliers représentent le plus grand facteur de coûts dans l'assurance-

maladie. Entre 2004 et 2007, les coûts des hôpitaux ont augmenté de 12,8%. Cette évolution des coûts est en partie due au progrès technologique, mais surtout à une réglementation du financement des hôpitaux caractérisée par le manque de transparence, la distorsion de la concurrence et, partant, l'absence d'efficacité. Parmi les lacunes de ce secteur, on relève notamment les faiblesses suivantes :

- Au lieu de mettre en place des forfaits par cas rémunérant les prestations, une grande partie des hôpitaux est financée par la couverture des coûts et des déficits, ce qui empêche toute transparence et efficacité.
- Le financement inégal des prestations ambulatoires et stationnaires ainsi que des prestations des établisse-

Prestations brutes en CHF selon la date de début du traitement 2004–2007

	2004	2005	2006	2007			
	Prestations brutes en valeur absolue	Augmentation en % PB	Augmentation en % PB	Prestations brutes en valeur absolue	Augmentation en % PB	Par assuré en valeur absolue	Augmentation en % par assuré
Assurés	7'411'732			7'517'067			
Médecins	4'673'682'852	-1,1 %	1,7 %	4'880'696'942	3,8 %	649	3,4 %
Médicaments Médecin	1'390'816'140	0,5 %	-0,6 %	1'447'427'869	4,2 %	193	3,8 %
Pharmacies	2'746'317'217	2,6 %	-0,2 %	2'905'064'524	3,3 %	386	2,9 %
Hôpitaux ambulatoires	2'592'116'892	9,2 %	3,2 %	3'172'484'896	8,6 %	422	8,2 %
Hôpitaux stationnaires	4'791'078'707	1,5 %	2,5 %	5'155'608'542	3,4 %	686	3,0 %
EMS	1'417'305'079	9,1 %	4,3 %	1'669'934'126	3,6 %	222	3,2 %
Soins à domicile	356'363'442	6,6 %	9,4 %	444'587'810	7,0 %	59	6,6 %
Laboratoires	464'546'365	1,7 %	-5,9 %	474'325'560	6,7 %	63	6,3 %
Physiothérapeutes	477'541'792	2,7 %	2,5 %	523'855'335	4,3 %	70	3,9 %
Autres	817'862'432	-10,6 %	12,1 %	837'980'575	2,2 %	111	1,8 %
Total	19'727'630'918	2,1 %	2,2 %	21'511'966'180	4,4 %	2'862	4,0 %

Source: pool de données de santésuisse

ments publics et privés en-trave un pilotage efficace des coûts. En d'autres termes, les traitements ne sont pas toujours prodigués là où ils seraient les plus économiques.

- Les cantons jouent des rôles multiples contradictoires. Ils sont compétents en matière d'approvisionnement en soins et de planification hospitalière. Mais ils confient aussi des mandats de prestations, exploitent leurs propres établissements et fixent les tarifs hospitaliers lorsque les hôpitaux et les assureurs ne parviennent pas à un accord.
- Les cantons ne sont que modérément intéressés par des baisses de tarif qui risquent de faire gonfler les déficits que les cantons devraient à nouveau prendre en charge.
- Les modèles alternatifs d'assurance ne profitent que de façon restreinte des économies réalisées dans le secteur hospitalier, car ces économies reviennent pour plus de la moitié aux cantons.
- Les hôpitaux privés sont défavorisés par rapport aux établissements publics car à prestations égales, ils doivent facturer des prix (tarifs) plus élevés aux assureurs-maladie.

Avec la révision du financement hospitalier, la politique s'attaque à une partie de ces

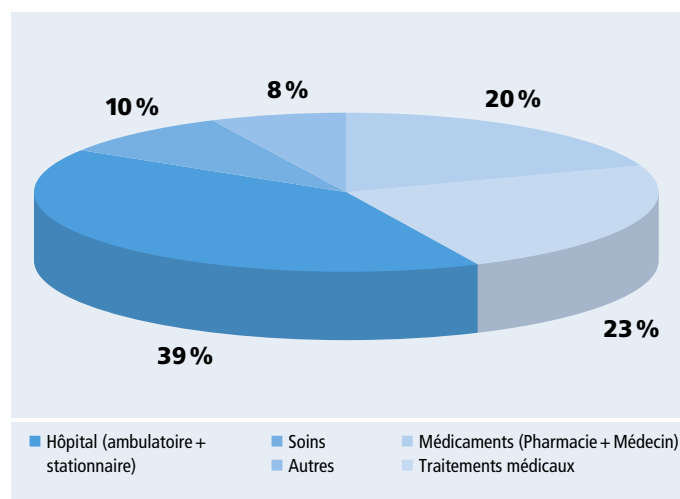
problèmes. A compter de 2012, les traitements hospitaliers seront remboursés sur la base de forfaits par cas liés aux prestations et les hôpitaux privés figurant sur une liste seront placés sur un pied d'égalité avec les établissements publics.

8.1.2 Médecins

A raison de 4,9 milliards de francs, les médecins ont généré en 2007 près de 23% des coûts dans l'assurance de base. Avec une hausse de 4,5% les coûts des médecins ont moins augmenté que les coûts des hôpitaux depuis 2004. Pour freiner l'augmentation des coûts dans l'AOS, le Conseil fédéral a décidé en juillet 2002 de limiter l'admission des fournisseurs de prestations (cf. chapitre Admission des fournisseurs de prestations). A l'origine, le gel des admissions était prévu comme une réglementation

transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la liberté de contracter entre les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations. Or tant le gel des admissions que la liberté de contracter sont des mesures extrêmement controversées. Depuis 2002, les coûts ainsi que le nombre de fournisseurs de prestations ont continué d'augmenter. La liberté de contracter suscite des résistances, notamment de la part des fournisseurs de prestations qui craignent pour l'exercice de leur profession. Les caisses-maladie pour leur part considèrent la liberté de contracter comme une mesure favorisant la concurrence entre les fournisseurs de prestations et encourageant à la fois la qualité et l'économicité. Compte tenu de cette situation, le Parlement peine à trouver rapidement une solution pour remplacer le gel des admissions si impopulaire sans ouvrir en même

Les cinq grands secteurs de coûts dans l'assurance de base 2007 (selon la date de début de traitement)



Source: Pool de données de santé suisse

temps la porte à tous les fournisseurs de prestations et à faire ainsi exploser les coûts. L'entrée en vigueur du TARMED le 1^{er} janvier 2004 n'a pas non plus totalement empêché l'augmentation des coûts pendant la phase d'introduction de deux ans et ce, en dépit du concept de neutralité des coûts (cf. chapitre Tarifs et prix).

8.1.3 Médicaments

En 2007, l'AOS a déboursé 4,3 milliards de francs pour les médicaments dispensés par les médecins et les pharmaciens. Entre 2004 et 2007, les prix des médicaments ont progressé de 5,3%. Cette augmentation modérée est à mettre au crédit de plusieurs mesures : d'une part, le Conseil fédéral a négocié avec la branche pharmaceutique des baisses de prix de l'ordre de 250 millions de francs environ et d'autre part, il a relevé à 20% la quote-part pour les médicaments originaux substituables par des génériques, ce qui a fait exploser la part des génériques. De plus, cette mesure a incité les fabricants de médicaments à baisser volontairement les prix des médicaments originaux pour que leurs produits ne tombent pas sous le coup de la quote-part plus élevée. D'un autre côté, les prix des nouveaux médicaments protégés par un brevet, notamment les anti-cancéreux, ont massivement augmenté. De nouvelles préparations de plus en plus chères font ainsi leur apparition sur le marché en remplacement de moyens

thérapeutiques plus économiques («effet de substitution»). Certes, les écarts de prix ont diminué en comparaison avec les pays européens. Toutefois, les assurés suisses continuent de payer nettement plus que leurs voisins européens aussi bien pour les médicaments que pour les génériques. Afin d'exploiter davantage le potentiel d'économies, le Conseil fédéral a décidé en 2007 plusieurs modifications de l'OAMal dans le domaine des prix des médicaments.

8.1.4 Soins

Les soins hospitaliers dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les soins ambulatoires dispensés par les organisations de soins à domicile (Spitex) ont coûté en 2007 près de 2,1 milliards de francs, ce qui représente «seulement» 10% du montant total des coûts dans l'AOS. En même temps, il convient de préciser que le segment des soins est en proie à une inflation supérieure à la moyenne du secteur de la santé. Aussi les soins ont-ils coûté presque 20% de plus en 2007 qu'en 2004 en dépit du gel des tarifs-cadres applicables aux soins décidé par le Parlement et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Le vieillissement croissant de la population et les progrès de la médecine contribuent grandement à cette évolution. Si des coûts substantiels dans le secteur des soins ne sont véritablement générés qu'à partir de l'âge de 70 ans, ils connaissent alors une flambée immo-

dérée. Les plus jeunes financent l'augmentation des coûts dans le secteur des soins dans le cadre du principe de solidarité ancré dans la LAMal, mais sans en tirer un bénéfice direct, ce qui met de plus en plus à mal la solidarité intergénérationnelle. Face à cette situation, le Conseil fédéral et le Parlement affichent la volonté de réaménager le financement des soins. Ainsi, la décision ne porte pas sur l'étendue des prestations, mais sur la répartition des coûts des soins entre les caisses-maladie, les patients et les pouvoirs publics.

8.1.5 Frais administratifs des assureurs-maladie

En plus des prestations fournies dans le cadre des traitements médicaux, des frais – communément appelés «frais administratifs» – sont également générés par les charges administratives des caisses-maladie. Les assureurs conservent une petite partie des primes versées par les assurés pour pouvoir remplir leur mandat public dans le cadre de l'AOS. En 2007, les frais administratifs représentaient 5,4% des dépenses des caisses-maladies pour l'AOS, soit l'équivalent d'un milliard de francs.

Font partie des frais administratifs les frais de personnel y compris les prestations sociales, les frais pour l'immobilier et les équipements, le traitement électronique des données ainsi que les assurances, mais aussi les dépenses publicitaires et les amortissements.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, la part des frais administratifs dans l'assurance de base s'est progressivement réduite de 8,2% en 1996 à 5,4% en 2007. Tandis que les versements des caisses-maladie aux fournisseurs de prestations ont progressé de 1996 à 2007 de 953 francs par assuré, les frais administratifs n'ont augmenté que de 9 francs par assuré durant la même période.

A quoi les caisses-maladie consacrent-ils cet argent? La moitié des charges administratives est imputable au traitement des décomptes, c'est-à-dire à la saisie, au contrôle et au paiement des factures médicales. Ces opérations constituent la tâche principale des caisses-maladie. Le contrôle des coûts permet d'économiser près d'un milliard

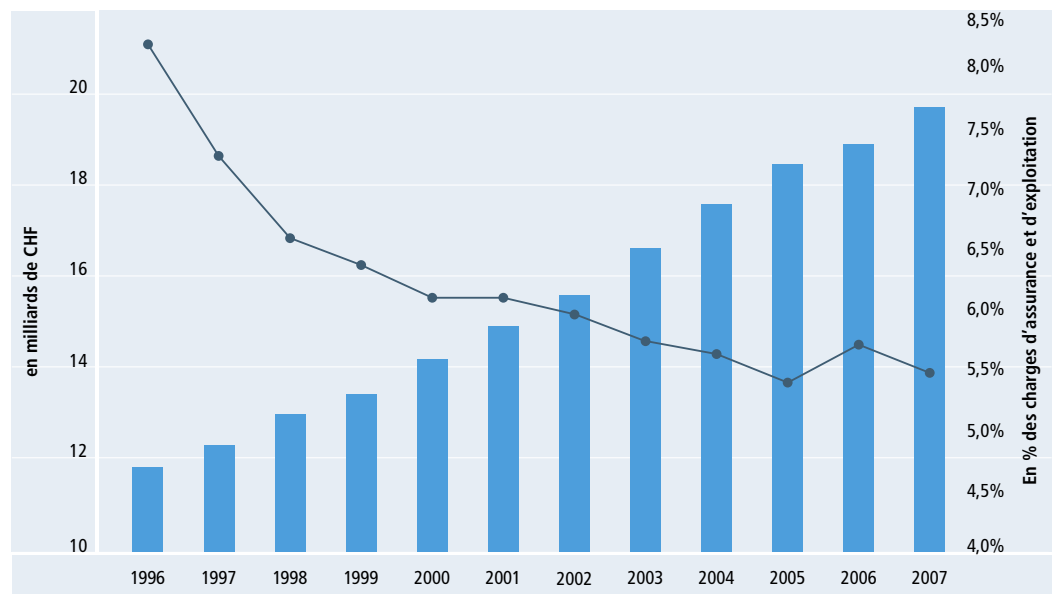
de francs chaque année, abstraction faite de l'effet préventif obtenu. La prospection commerciale et le marketing représentent 20% des charges. Les frais de prospection commerciale englobent la publicité, les mutations de nouveaux clients (création de dossier, carte d'assuré, etc.), ainsi que les commissions et salaires des chargés de clientèle et courtiers internes et externes. Une dernière part importante des frais administratifs est consacrée à l'information des assurés. Elle s'élève à 15%. La loi contraint les assureurs pratiquant à la charge de l'assurance sociale, dans les limites de leur domaine de compétence, à renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 de la loi sur la partie générale du droit des assu-

rances sociales, LPGa). Cette obligation d'information et de conseil consiste en premier lieu à répondre aux demandes des clients par téléphone et par courrier. Lorsque des modifications sont apportées à la loi et qu'elles concernent un grand nombre de personnes, ces dernières doivent en être informées en détail. La somme des tâches assumées par les caisses-maladie est telle qu'il est impossible de faire baisser à volonté les frais administratifs jusqu'à les réduire à zéro. Leur niveau semble s'être stabilisé à 5%.

8.2 Compensation des risques

De grandes différences existent entre les caisses-maladie en matière de coûts et de primes.

Evolution des frais administratifs de 1996–2007

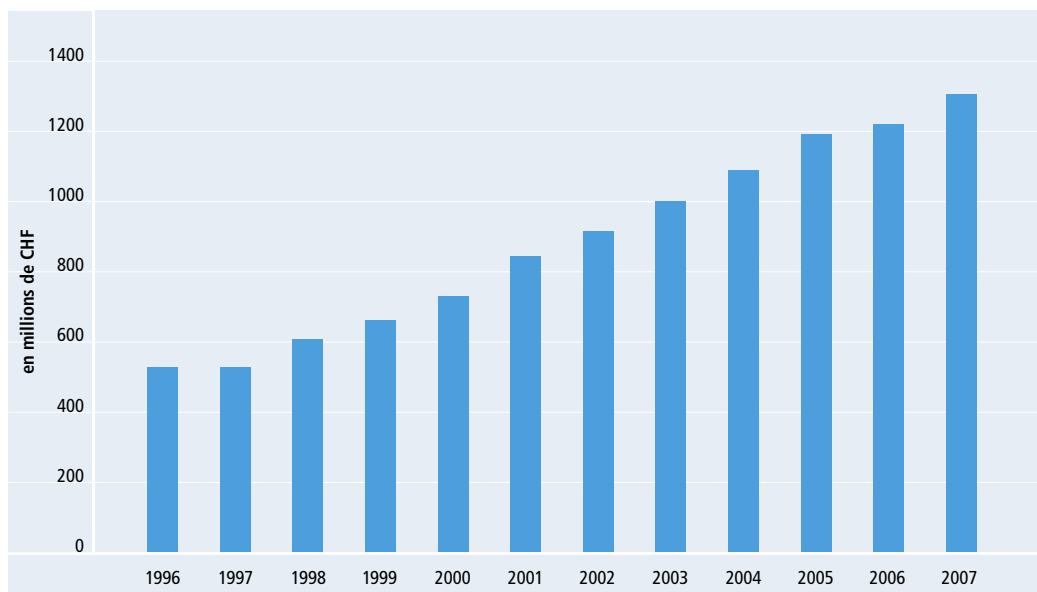


Source: OFAS, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007

Ces disparités proviennent de la répartition inégale entre les caisses des personnes présentant des risques élevés de maladie. Un mécanisme appelé « compensation des risques » est destiné à corriger la structure inégale des effectifs d'assurés et à éviter ainsi une sélection des risques par les caisses-maladie. Les assureurs dont les effectifs d'hommes et/ou de jeunes dépassent la moyenne doivent verser une contribution en faveur des assureurs dont les effectifs sont inférieurs à la moyenne pour ces catégories d'assurés. La structure d'âge et de sexe constitue par conséquent le critère déterminant dans la compensation des risques. Les versements au titre de la compensation des risques entraînent une compensation entre les caisses déterminant majoritairement de « bons

risques » et celles assurant principalement les « mauvais risques ». Toutefois, ce mécanisme n'élimine que partiellement les différences dans la structure des risques si bien que les Chambres fédérales ont décidé de compléter la compensation des risques par un critère supplémentaire tenant compte de la morbidité. Ainsi, à partir de 2012, le séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente sera également pris en compte dans le calcul de la compensation des risques. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, la compensation des risques est mise en œuvre par « l'institution commune LAMal ». Le volume de compensation annuel entre les caisses-maladie a progressé de 530 millions de francs en 1996 à 1323 millions de francs en 2007.

Compensation des risques: redistribution nette depuis 1996



Source: OFAS, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007



« *Puis-je faire des économies de prime si je restreins ma liberté de choix ?* »

9. Formes d'assurance dans l'assurance obligatoire des soins

En plus du modèle d'assurance traditionnel avec la franchise de base ou à option, les caisses-maladie sont libres de proposer des modèles alternatifs. Les fondements légaux ont été instaurés avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Les caisses-maladie offrent aujourd'hui une vaste gamme de modèles d'assurances qui séduisent un nombre croissant d'assurés, mais qui représentent toutefois toujours moins de 25% du marché total.

Au sein de ces modèles, les assurés peuvent restreindre, en accord avec leur caisse-maladie, leur droit au libre choix du fournisseur de prestations. La caisse-maladie choisit les fournisseurs de prestations afin de garantir une qualité élevée et une économie optimale de l'approvi-

sionnement en soins. Elle ne doit prendre en charge que les coûts des prestations réalisées ou prescrites par ces fournisseurs de prestations. En contrepartie, l'assureur propose à ses clients une prime réduite par rapport à l'assurance ordinaire.

9.1 Modèles HMO et du médecin de famille

Très peu de temps après l'entrée en vigueur de la LAMal sont apparues différentes for-

mes d'assurance particulières. Les modèles les plus fréquemment proposés par les assureurs sont ceux dits du «médecin de famille» et «HMO» (Health Maintenance Organizations). Les modèles de télé-médecine – où les assurés doivent solliciter un conseil téléphonique avant tout traitement – connaissent, eux aussi, un grand succès commercial. Plus rares sont les modèles d'assurance avec listes de médecins pouvant exclure certains praticiens sur la base de critères multiples (Preferred-Provider-Organiza-

tion/PPO). Les modèles HMO sont exploités soit sur mandat des caisses-maladie (les médecins sont salariés), soit par les fournisseurs de prestations eux-mêmes. Les médecins sont rémunérés par un salaire fixe ou perçoivent un forfait pour chaque assuré qui leur est attribué. Dans le dernier cas, on parle de capitation ou de forfait par tête : les fournisseurs de prestations portent conjointement la responsabilité financière du traitement des patients, incitant ainsi à l'efficacité et à l'efficacités des soins. Dans les modèles du médecin de famille, l'assuré choisit un médecin comme interlocuteur privilégié. Tant dans le modèle HMO que dans celui du médecin de famille, c'est toujours le médecin de famille ou la HMO qui doivent être consultés en premier lieu,

sauf en cas d'urgence. Ces deux interlocuteurs ont fonction de garde-fou. Dans les modèles d'assurances avec listes de médecins, les assurés choisissent les fournisseurs de prestations à partir d'une liste de prestataires réactualisée chaque année par les caisses-maladie.

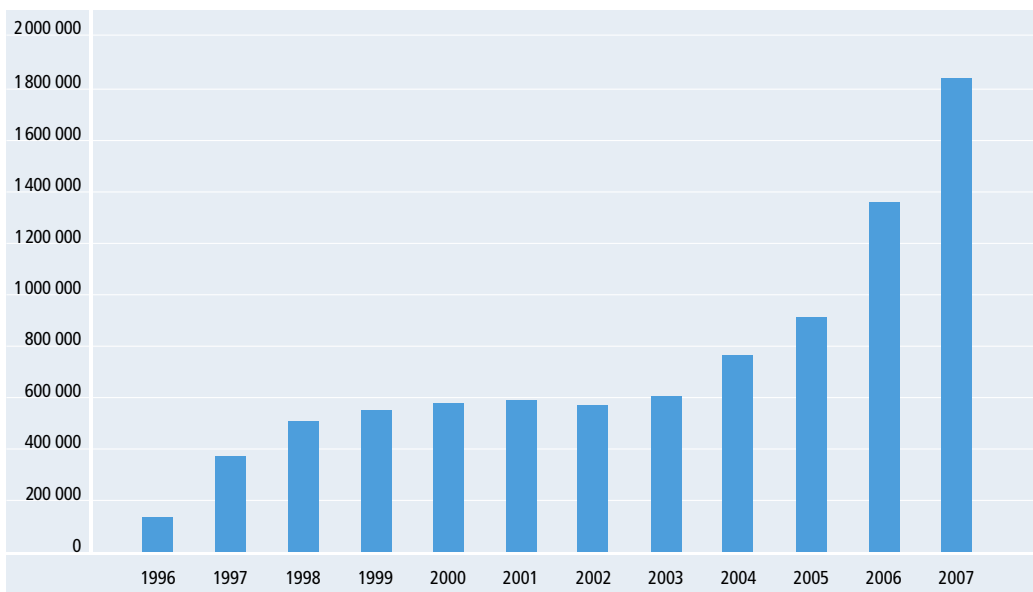
9.2 Assurance avec bonus

Une autre forme d'assurance est proposée sous le nom « d'assurance avec bonus » : les assurés se voient accorder une réduction de prime lorsqu'ils n'ont bénéficié d'aucune prestation pendant une année. Dans ce modèle toutefois, la prime de base est majorée d'un malus initial de 10%, créant ainsi une situation

de départ peu attrayante pour les assurés. En conséquence, tout au plus 7000 personnes ont opté pour ce modèle dans toute la Suisse. Pour rendre l'assurance avec bonus plus attrayante, le malus initial sur la prime de départ pourrait par exemple être supprimé.

Bon nombre de ces modèles d'assurance alternatifs ont un effet modérateur sur les coûts et encouragent l'efficacité tout en préservant et en renforçant la qualité.

Nombre d'assurés dans des modèles d'assurance au choix limité 1996–2007



Source: OFAS, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007

10. Assurance de base vs assurance complémentaire

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) autorise les caisses-maladie à proposer des assurances complémentaires en plus de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Celles-ci sont néanmoins mises en œuvre selon les règles du droit privé (loi sur le contrat d'assurance, LCA).

Alors que la LAMal décrit les prestations de manière exhaustive, les caisses-maladie sont amenées, dans le domaine des assurances complémentaires, à composer individuellement des offres de prestations et à fixer les primes selon des groupes de risques. Par ailleurs, les assureurs sont libres d'émettre des réserves ou de refuser l'admission de proposants, ce qui est impossible dans l'AOS.

Les caisses-maladie ne sont pas autorisés à poursuivre un but lucratif dans le cadre de l'AOS. Si les primes sont trop élevées, l'excédent est reversé aux assurés par le biais des réserves. Dans les assurances complémentaires en revanche, les caisses-maladie ont le droit de réaliser des bénéfices.

10.1 Offre dans le segment des assurances complémentaires

Il convient de distinguer entre les nombreuses «petites» assurances complémentaires ambulatoires pour les thérapies de médecine complémentaire, les soins dentaires, la psychothérapie, les médicaments non remboursés, les lunettes, les voyages à l'étranger, etc., qui représentent un volume de primes relativement modeste, et les assurances complémentaires d'hospitalisation.

Le segment entier des assurances complémentaires a quelque peu reculé ces dix dernières années, en raison sans nul

doute de l'extension du catalogue des prestations de l'assurance de base obligatoire. Le recul des assurances complémentaires d'hospitalisation privées et semi-privées est considérable. Un grand nombre de personnes assurées en division commune a toutefois conclu une assurance complémentaire pour le séjour en division commune dans toute la Suisse.

Le tableau suivant indique les principales différences entre l'assurance de base et les assurances complémentaires.

Différences entre l'assurance de base et les assurances complémentaires

Critère	Assurance de base selon la LAMal	Assurances complémentaires selon la LCA
Base légale	Loi et ordonnance	Contrat d'assurance avec les conditions générales d'assurance
Admission	Obligatoire et obligation d'affilier des assureurs	Pas d'obligation d'affilier
Prestations assurées	Le catalogue des prestations est défini dans la loi	L'assureur décide quelles prestations complémentaires à l'AOS il souhaite proposer
Bénéfices	Les assureurs ne peuvent pas poursuivre de but lucratif (pas de bénéfices).	Les assureurs poursuivent un but lucratif (les bénéfices sont autorisés)
Type de financement	Système de la répartition (les dépenses sont couvertes en continu par l'intermédiaire des recettes, c'est-à-dire des primes et de la participation aux coûts).	Pas de directive légale. Le système de la couverture des besoins ou de la capitalisation voire une forme combinée des deux prévalent.
Fixation de la prime	Prime par tête unique par assureur et par région. Réduction des primes. (Réduction des primes grâce aux franchises à option plus élevées, au choix limité des fournisseurs de prestations ou à l'assurance avec bonus).	Pas de directive légale. Mais la concurrence favorise des primes conformes aux risques. (Souvent réduction des primes grâce à une participation aux coûts plus élevée et rabais pour absence de prestations).
Résiliation de l'assurance	L'assureur ne peut pas résilier l'assurance. Pour l'assuré le délai de résiliation est d'un mois à la fin du semestre; dans les cas de franchises à option, la résiliation est uniquement possible en fin d'année. Dans les cas d'arriérés de primes, l'assurance ne peut être résiliée.	Délai de résiliation de trois mois à l'échéance du contrat. Après chaque remboursement conforme au contrat, les deux parties peuvent résilier immédiatement le contrat (jusqu'à 14 jours après le paiement). La plupart des assureurs renoncent unilatéralement à ce droit.
Réserves en cas de changement d'assureur	Impossible	Illimitées, également exclusions de prestations
Durée de l'assurance	Illimitée	Les contrats peuvent être limités dans le temps (en l'absence de résiliation, le contrat est prorogé d'année en année par reconduction tacite).
Prescription	Après cinq ans	Après deux ans
Admission dans l'assurance collective	Non	Oui

11. Contacts et adresses importants

santésuisse

Les assureurs-maladie suisses
Römerstrasse 20
4502 Soleure
Téléphone 032 625 41 41
Téléfax 032 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Palais fédéral-Inselgasse
3003 Berne
Téléphone 031 322 80 41
info@gs-edi.admin.ch
www.edi.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Schwarzenburgstrasse 165
3079 Liebefeld
Adresse postale:
Office fédéral de la santé
publique
3003 Berne
Téléphone 031 322 21 11
Téléfax 031 322 95 07
www.bag.admin.ch

Office fédéral des assurances privées (OFAP)

Schwanengasse 2
3003 Berne
Téléphone 031 322 79 11
Téléfax 031 323 71 56
info@bpv.admin.ch
www.bpv.admin.ch

RVK

Fédération suisse des petites
et moyennes entreprises
d'assurance-maladie
Haldenstrasse 25
6006 Lucerne
Téléphone 041 417 05 00
Téléfax 041 417 05 01
info@rvk.ch
www.rvk.ch

Institution commune LAMal

Gibelinstrasse 25
4503 Soleure
Téléphone 032 625 30 30
Téléfax 032 625 30 90
info@kvg.org
www.kvg.org

Ombudsman de l'assurance-maladie sociale

Morgartenstrasse 9
6003 Lucerne
Téléphone (D) 041 226 10 10
Téléphone (F) 041 226 10 11
Téléphone (I) 041 226 10 12
Téléfax 041 226 10 13
info@om-kv.ch
www.ombudsman-kv.ch

Promotion Santé Suisse

Av. de la Gare 52
1001 Lausanne
Téléphone 021 345 15 15
Téléfax 021 345 15 45
www.promotionsantesuisse.ch

Gesundheitsförderung Schweiz

Dufourstrasse 30
3000 Berne 6
Téléphone 031 350 04 04
Téléfax 031 368 17 00
www.gesundheitsfoerderung.ch

ASA

Association Suisse d'Assurances

C. F. Meyer-Strasse 14
8022 Zurich
Téléphone 044 208 28 28
Téléfax 044 208 28 00
info@svv.ch
www.svv.ch

Impressum

Editeur: santésuisse, Soleure

Concept et réalisation: SRT Kurth&Partner AG, Ittigen

Photographie: Dominik Labhardt, Bâle

Impression: Farbendruck Weber AG, Bienne

Commande de la brochure

La commande peut être passée auprès de santésuisse ou être téléchargée sous: www.santesuisse.ch/de/publikations_shop



santésuisse
Römerstrasse 20
4502 Soleure
Téléphone 032 625 41 41
E-mail mail@santesuisse.ch