

SUISSE

A) Situation actuelle

L'assurance-maladie sociale est régie par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, http://www.bk.admin.ch/ch/f/rs/c832_10.html), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1996.

Elle comprend l'assurance obligatoire des soins (AOS) et une assurance facultative d'indemnités journalières. Elle alloue des prestations en cas de maladie, de maternité et en cas d'accident dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

L'assurance des soins est obligatoire pour toute la population résidente.

Elle est financée par les primes des assurés (primes par tête, qui ne sont pas fonction du revenu de l'assuré) et par la participation des patients aux coûts des soins.

Les prestations prises en charge par l'AOS sont fixées dans la loi. Il s'agit de:

1. Prestations générales

- examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
- analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans certaines limites, par un chiropraticien;
- une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;
- séjour en division commune d'un hôpital;
- séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;
- prestations des pharmaciens (conseils) lors de la remise de médicaments prescrits.

2. Mesures de prévention

L'AOS prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives doivent être effectués ou prescrits par un médecin.

3. Prestations spécifiques de maternité

- examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- contribution au cours de préparation à l'accouchement;

- accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- conseils en cas d'allaitement;
- soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

4. Soins dentaires

L'AOS ne prend en charge les coûts des soins dentaires que dans les 3 cas suivants:

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

Au titre de l'AOS, les assureurs-maladie ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations ci-dessus.

Les traitements qui ne sont pas pris en charge (ou partiellement pris en charge) par l'AOS peuvent être assurés sur une base volontaire par le biais d'une assurance complémentaire soumise aux règles du droit des assurances privées. Par ex. assurance complémentaire pour le séjour en division privée d'un hôpital ou assurance complémentaire couvrant les soins dentaires, etc.

(1) En 2003, les prestations de l'AOS* se sont élevées à 17,9 milliards CHF (12 milliards €) ce qui représente environ 4,1% du PIB, dont:

- prestations payées par les assureurs-maladie
15,3 milliards CHF (9,91 milliards €) 85,6%
- participation des assurés aux coûts des soins
2,6 milliards CHF (1,68 milliards €) 14,4%

Sources: Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003, Office fédéral de la santé publique, tableau T 1.27, http://www.bag.admin.ch/kv/statistik/f/2005/KV_2003_FR_v100105.pdf et chiffres clés des comptes nationaux, Office fédéral de la statistique, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/volkswirtschaft/volkswirtschaftliche.html>

*NB: les prestations de l'AOS ne doivent pas être confondues avec les coûts du système de santé qui comprennent toutes les dépenses des établissements et des personnes exerçant des activités médicales et paramédicales, la vente des médicaments et appareils médicaux, les assurances complémentaires, les subventions de l'Etat ainsi que les frais de gestion du système de santé et de prévention. Les prestations de l'AOS ne représentent dès lors qu'une partie des coûts du système de santé (~ 50 milliards CHF, 32 milliards € en 2003 soit environ 11% du PIB, voir Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003, Office fédéral de la santé publique, Graphique G 9b).

(2 et 3) Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (traitements, médicaments, etc.; cf. *supra* liste des prestations). Leur participation comprend:

- un montant fixe par année civile (*franchise*), égale à 300 CHF (194 €) et

- 10% des coûts qui dépassent la franchise (*quote-part*) jusqu'à un montant maximum de 700 CHF (454 €) par année civile.

En cas d'hospitalisation, les assurés versent en plus une *contribution aux frais de séjour* de 10 CHF (6,48 €) par jour (cf. toutefois *infra* ch. 4, 2^e alinéa).

(4) Les *enfants* (< 18 ans) ne paient pas de franchise et le maximum de la *quote-part* est réduit de moitié (soit 350 CHF, 227 € par année civile).

Les assurés vivant en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille sont exemptés de la contribution aux frais de séjour hospitalier.

Les femmes sont exemptées de toute participation pour les *prestations spécifiques de maternité*.

Pour certaines *mesures de prévention* exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal, il n'y a pas de franchise; actuellement cela concerne cinq programmes cantonaux de dépistage du cancer du sein par mammographie.

Les *bénéficiaires de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité* (prestations non contributives soumises à conditions de revenu, dont le but est de couvrir les besoins vitaux des bénéficiaires de pensions de vieillesse, d'invalidité ou de survivants du régime de base) peuvent demander le remboursement des frais payés au titre de la participation aux coûts des soins de santé. Le remboursement maximum est de 1.000 CHF (648 €) par an, même si la personne a opté pour une franchise plus élevée (cf. *infra* ch. 6 *assurance avec franchise à option*).

Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une *assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations* en contrepartie d'une réduction de primes. Dans ce cas, l'assureur peut renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la *quote-part* et de la franchise.

(5) Comme mentionné plus haut (cf. *supra* ch. 2 et 3), la *quote-part* dont s'acquitte l'assuré s'élève au maximum à 700 CHF (454 €) par année civile. Autrement dit, un assuré adulte qui a une franchise ordinaire de 300 CHF (194 €) paiera au plus 1.000 CHF (648 €) par année civile au titre de la participation aux coûts des soins médicaux. A cela s'ajoute toutefois, le cas échéant, la contribution aux frais de séjour hospitalier.

Plusieurs enfants d'une même famille assurés auprès du même assureur paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la *quote-part* dus par un adulte, soit au plus 1.000 CHF (648 €) par année civile.

B) Politique générale de participation

(6) Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (1996), les dépenses de l'AOS n'ont cessé d'augmenter. L'augmentation des dépenses a été particulièrement marquée dans le domaine des médicaments, des soins hospitaliers ambulatoires, des établissements médico-sociaux et des prestations à domicile. Vu les caractéristiques du système suisse, l'augmentation des dépenses se répercute sur le niveau des primes. Par contre, le domaine de la participation

n'a pas subi de modification importante depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. En 1998, la franchise est passée de 150 à 230 CHF (149 €) par année civile et en 2004, la franchise et le maximum de la quote-part ont été augmentés, passant de 230 à 300 CHF (149 à 194 €), respectivement de 600 à 700 CHF (389 à 454 €) par année civile.

Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle ils proposent à leurs assurés adultes une franchise plus élevée ou prélèvent une franchise pour les enfants en contrepartie d'une réduction de primes; on parle dans ce cas d'une *assurance avec franchise à option*. Les franchises proposées sont de 500, 1.000, 1.500, 2.000 ou 2.500 CHF (324, 648, 972, 1.296 ou 1.620 €) par année civile pour les adultes et de 100, 200, 300, 400, 500 ou 600 CHF (65, 130, 194, 259, 324 ou 289 €) par année civile pour les enfants.

(7 et 8) L'introduction en 1996 de la LAMal a permis de combler d'importantes lacunes en matière de prestations par rapport au système antérieur (loi fédérale de 1911). De plus, le catalogue des prestations a plutôt été complété ces dernières années. A noter toutefois que depuis 2001, le pharmacien peut remplacer des préparations originales de la liste des spécialités (liste des médicaments remboursés par l'AOS) par des *génériques* meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin n'exige expressément la délivrance de la préparation originale. Le pharmacien informe la personne qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée.

(9) Lorsque le gouvernement a présenté son projet de nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie en 1991, il observait déjà que pour chaque type d'assurance – et pas seulement sociale – les assurés ont tendance à vouloir profiter, une fois leur prime payée, d'une contre-valeur sous forme d'une prestation d'assurance et que justement la participation aux coûts est un instrument éprouvé pour contrecarrer cette tendance. Cet argument est également invoqué dans la réforme en cours de la loi sur l'assurance-maladie (cf. *infra* ch. 10). La participation aux coûts doit inciter l'assuré à limiter sa consommation de prestations de santé au strict nécessaire.

C) Discussion actuelle

(10) Le gouvernement a présenté un projet de révision de l'AOS le 26 mai 2004. L'une des modifications proposées consiste à augmenter la participation aux coûts des assurés afin que ceux-ci soient davantage responsabilisés en termes de consommation de prestations, mais parallèlement il faut faire en sorte que les personnes malades ne doivent pas assumer une charge financière trop lourde. C'est pourquoi, le gouvernement propose d'*augmenter la quote-part de 10 à 20%, tout en laissant le montant maximum de la quote-part à 700 CHF (454 €) par année civile*. Avec cette augmentation ce sont essentiellement les assurés adultes dont les coûts de santé sont compris entre 300 et 7.300 CHF (194 et 4.730 €) par an pour qui la participation sera plus élevée. En revanche les malades chroniques ayant des coûts de santé élevés ne verraient pas leurs charges augmenter (ils atteignent le maximum de la quote-part plus rapidement). Le projet de révision est en cours d'examen au parlement.

D) Informations complémentaires

Site de l'Office fédéral de la santé publique, organisme ministériel responsable de l'assurance-maladie: <http://www.bag.admin.ch/>