

# Glossaire pour comprendre l'assurance-maladie

Réduction de primes

Réseaux  
de soins



Généériques

TARMED

LAMal

Réserves

Division privée

Tiers garant

Télémedecine

Médicaments

DRG

OAMal

LPPA

Convention LCA

Libre choix



Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® Entreprise®

Groupe Mutuel

Assurances  
Versicherungen  
Assicurazioni

Le système de santé suisse figure parmi les meilleurs au monde, mais aussi parmi les plus chers. Notre pays consacre 12,1% de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé (77,8 milliards de francs en tout, en 2015). Un bon tiers de ce montant (35,3%) est couvert par l'assurance-maladie (assurance obligatoire des soins – AOS), un domaine relativement complexe géré par les assureurs-maladie. Le travail des assureurs est mal connu, mal compris, parfois.

**Ce glossaire donne une série de définitions qui vous aideront à mieux en comprendre les mécanismes et le fonctionnement.**

# Sommaire

Assurance-maladie obligatoire (assurance sociale)	4
Assurances complémentaires privées	8
Assureurs-maladie	9
Fournisseurs de soins	13

# Assurance-maladie obligatoire (assurance sociale)

Toutes les personnes résidant en Suisse doivent être assurées.  
L'assurance-maladie, dite obligatoire, est gérée par la loi  
sur l'assurance-maladie (LAMal) de 1996.

## **LAMal**

Loi sur l'assurance-maladie de 1996.

## **OAMal**

Ordonnance d'application de la loi sur l'assurance-maladie.

## **Assurance obligatoire des soins (AOS)**

Régie par la LAMal, aussi appelée assurance de base, offre à tous une couverture médicale de qualité et assure l'accès à un large éventail de prestations de soins.

## **LSAMal**

Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie.

## **OSAMal**

Ordonnance d'application de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie.



## **OPAS**

Ordonnance d'application sur les prestations de l'assurance des soins. Aussi appelée «catalogue des prestations», elle définit les prestations médicales prises en charge par l'assurance obligatoire des soins ou non.

## **LiMA**

Liste des moyens et appareils qui sont obligatoirement pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

## **Modèles alternatifs d'assurance (MAA) ou modèles Managed Care**

Modèles d'assurance dans lesquels l'assuré choisit un interlocuteur privilégié (médecin, service de conseil médical par téléphone) pour toutes ses questions de santé. Il accepte de se limiter dans son choix. En échange, il peut obtenir des primes jusqu'à 20% moins chères en fonction des économies réalisées grâce au modèle et selon l'autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

### **Modèle de télémédecine**

Modèle alternatif qui demande à l'assuré d'appeler un service de conseil médical par téléphone avant de consulter un médecin. Le personnel médical du service analyse la situation et émet des recommandations (automédication ou orientation du patient vers un médecin ou un hôpital).

### **Modèle du médecin de famille**

Modèle alternatif dans lequel l'assuré s'engage à consulter en premier son médecin de famille (médecin de premier recours) qui l'oriente ensuite, au besoin, dans la chaîne de soins: spécialistes, hôpital, etc.

## **Réseaux de soins, HMO (Health Maintenance Organization) ou cabinets de groupe**

Modèle alternatif par groupement ou réseau régional de médecins pouvant rassembler, en un même lieu (ex. permanence), diverses disciplines médicales. L'objectif est d'améliorer la coordination des traitements afin d'éviter des consultations inutiles ou des examens à double. Le premier contact du patient passe toujours par le même médecin, en règle générale le généraliste qui fait appel, au besoin, au spécialiste.

## **Convention réseau-assureur**

Ces réseaux de soins signent une convention avec l'assureur-maladie par laquelle ils assument, en général, une responsabilité budgétaire. Celle-ci prévoit, à l'avance, une indemnisation sur la base d'un forfait et en fonction d'un budget préétabli. Le réseau est ainsi incité à offrir des prestations au meilleur rapport qualité-coût.

## **Assurance indemnité journalière**

Facultative, cette assurance est destinée à prévenir les risques inhérents à la perte de salaire ou de gain à la suite d'une maladie ou d'un accident. La couverture de ce risque LAMal peut également être complétée par une assurance complémentaire.

## **Assurance sans but lucratif**

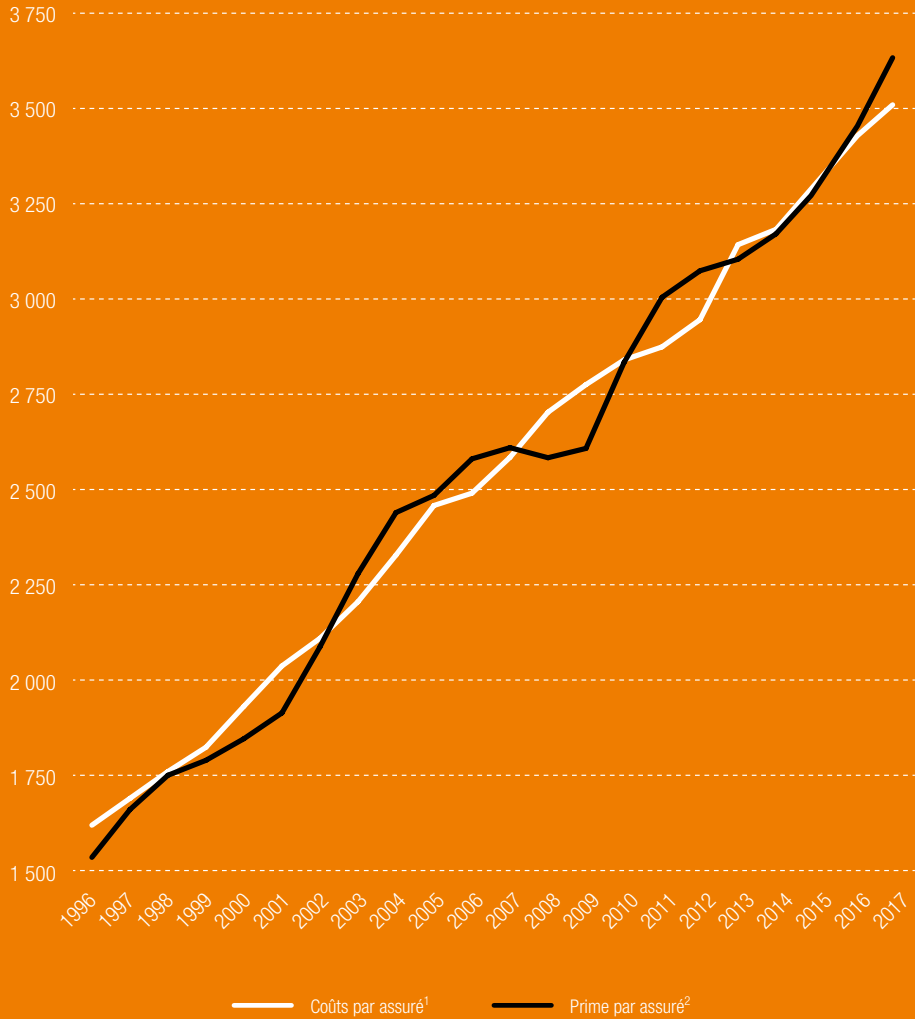
Le domaine de l'assurance-maladie obligatoire est sans but lucratif. Les excédents éventuels sont versés au compte des réserves grâce auxquelles les assureurs garantissent en toutes circonstances le paiement des prestations (voir sous «réserves»).

## **CGA (conditions générales d'assurances, selon LAMal)**

Règles applicables à l'assurance obligatoire des soins et à l'assurance facultative d'indemnités journalières.

# Evolution des primes moyennes et des coûts nets 1996-2017 en francs par assuré AOS (tous les assureurs-maladie, toute la Suisse)

Primes et coûts par assuré en francs



<sup>1</sup> Coûts par assuré = coûts nets des prestations médicales + frais administratifs, par an

<sup>2</sup> Primes par assuré = primes moyennes par assuré, par an

Source: OFSP, statistique sur l'assurance-maladie obligatoire, tabl. 1.01, Berne 2018.

## Evolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), des primes et des réserves (1996-2017), en Suisse

	1996	2005	2012	2015	2016	2017	Hausse moyenne annuelle 1996-2017
<b>Coûts bruts globaux</b> (en millions de francs)	12'459	20'348	25'901	30'122	31'484	32'318	4.6%
<b>Coûts nets par assuré<sup>1</sup></b> (en francs)	1'616	2'460	2'950	3'307	3'426	3'501	3.7%
<b>Prime moyenne nationale par assuré<sup>2</sup></b> (en francs)	1'539	2'480	3'075	3'289	3'442	3'605	4.1%
<b>Frais administratifs en % des primes</b>	8.15%	5.40%	5.16%	4.73%	4.75%	4.86%	N/A
<b>Réserves globales</b> (en millions de francs)	— <sup>3</sup>	— <sup>3</sup>	6'504	6'062	6'249	7'193	N/A
<b>Réserves par assuré</b> (en francs)	— <sup>3</sup>	— <sup>3</sup>	818	735	750	857	N/A

<sup>1</sup> Coûts nets: prestations brutes remboursées par les assureurs-maladie moins les participations versées par les assurés et en ajoutant les frais administratifs.

<sup>2</sup> Primes moyennes facturées par les assureurs-maladie, tous modèles d'assurance confondus.

<sup>3</sup> Méthode de calcul pour les réserves minimales légales changée en 2012. Cela rend la comparaison avec les années précédentes impossible.

Source: OFSP, statistique sur l'assurance-maladie obligatoire, tabl. 1.01, Berne 2018.

La progression des coûts de la santé est une réalité depuis toujours. Ces 20 dernières années, cette croissance s'est encore accentuée par le progrès des techniques médicales et l'innovation, mais aussi par l'allongement des années de vie et l'évolution démographique: moins de jeunes et une proportion croissante de personnes âgées.

Le tableau ci-dessus montre un état des lieux, soit la hausse moyenne annuelle des coûts, des primes et des réserves. Sur la durée, les primes suivent la courbe des coûts de la santé et permettent de ce fait un équilibre entre les recettes et les dépenses, évitant ainsi des déficits dans l'un des domaines les plus sensibles de notre système social. La part des frais administratifs sur les primes en % a été presque coupée en deux depuis l'introduction de la LAMal en 1996, pour descendre en dessous de 5%; 95% des primes servent à financer les prestations médicales pour les assurés.

Les réserves servent à garantir la sécurité financière des assureurs-maladie et permettent d'absorber des éventuels déficits en cas d'évolution inattendue des coûts de la santé. Leur rôle est donc essentiel pour la stabilité du système. De nouvelles règles pour le calcul des réserves ont été mises en vigueur en 2012.

# Assurances complémentaires privées

Gérées par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Assurances privées non obligatoires (facultatives) qui couvrent des prestations complémentaires dans le domaine des hôpitaux (divisions mi-privée, privée et hospitalisation en division commune dans toute la Suisse), des soins (médecine douce, cures, médicaments hors liste...) ou d'assurances diverses (assurance de voyages, protection juridique, etc.).

Quatre assurés sur cinq ont conclu des assurances complémentaires.

## Division privée

Confort de la chambre à un lit. Libre choix du médecin.

## Division mi-privée

Confort de la chambre à deux lits. Libre choix du médecin.

## Hospitalisation dans toute la Suisse

Couverture d'hospitalisation en division commune permettant aux assurés de se faire soigner au sein d'un établissement public ou privé dans toute la Suisse. Cette couverture prend en charge une éventuelle différence des coûts par rapport au canton de domicile.

## CGC (conditions générales pour les assurances complémentaires, selon LCA)

Règles applicables aux assurances complémentaires privées.





# Assureurs-maladie

Assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins.  
Ils sont 51 (au 01.07.2018) à offrir leurs services en Suisse.  
D'autres assureurs-maladie proposent des assurances complémentaires privées.  
Certains de ces assureurs font partie de groupes rassemblant plusieurs assureurs-maladie sous leur toit, tel que le Groupe Mutuel.

Les 10 plus importants assureurs AOS représentent près de 80% du marché.  
Cette pluralité assure, pour l'assuré, le libre choix de l'assureur.

Il en découle une concurrence entre assureurs qui veillent ainsi à contenir leurs frais généraux et à proposer aux assurés des primes aussi raisonnables que possible ainsi qu'un service de qualité.

## Primes

Montant facturé par les assureurs pour couvrir les dépenses de soins. L'assurance-maladie sociale est financée selon le système de la couverture de besoins. Cependant, les recettes de primes d'un exercice doivent permettre de couvrir les dépenses de santé du même exercice. (Art. 12 et 16 al.3 LSAMal.)

## Franchises

Participation aux coûts à charge de l'assuré. Par cette démarche, l'assuré assume une partie des coûts qu'il occasionne. Lorsqu'il choisit une franchise à option, il bénéficie en échange d'un rabais sur sa prime.

<b>Adultes Franchise ordinaire</b>	Fr. 300.– par an, montant minimal que tous les assurés doivent payer de leur poche. La franchise ordinaire ne donne pas droit à un rabais sur la prime.
<b>Adultes Franchises à options</b>	Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500.–, Fr. 2'000.–, Fr. 2'500.– par an.
<b>Enfants Franchise ordinaire</b>	Fr. 0.–.
<b>Enfants Franchises à options</b>	Fr. 100.–, Fr. 200.–, Fr. 300.–, Fr. 400.–, Fr. 500.–, Fr. 600.– par an.

## Quote-part

Participation de 10% aux coûts des soins réellement sollicités par l'assuré et qui dépassent le montant de la franchise. La loi fixe à Fr. 700.– pour les adultes, le montant maximal annuel de la quote-part. Pour les enfants, la quote-part maximale est de Fr. 350.–.

### Exemple (personne adulte)

Frais de traitement:	Fr. 1'200.–
Franchise:	Fr. 300.–
Quote-part:	Fr. 1'200.– – Fr. 300.– = Fr. 900.– / Fr. 900.– x 10% = Fr. 90.–
A charge de l'assuré:	Fr. 300.– (franchise) + Fr. 90.– (quote-part) = Fr. 390.–
A charge de l'assureur:	Fr. 1'200.– – Fr. 390.– = Fr. 810.–

## Economicité

Principe ancré dans la LAMal qui exige que toutes les prestations de l'assurance-maladie soient efficaces, appropriées et économiques. Ces trois critères sont cumulatifs (art. 32 LAMal).

## Contrôle des coûts

Le contrôle des coûts est l'action essentielle par laquelle les assureurs-maladie contrôlent les factures qui leur sont soumises, selon les trois critères d'économicité précisés plus haut. Cette activité de contrôle permet une moindre dépense annuelle d'environ 10% des prestations couvertes, soit plus de 3 milliards de francs par an.

Les frais généraux de l'assurance de base représentant une dépense annuelle de 1.5 milliard de francs. Il en résulte une moindre dépense nette d'environ 1.5 milliard de francs chaque année. Traduit en montant de prime, cela représente un allègement du montant de la prime de près de 5% chaque année.

Cette efficacité dans le contrôle des factures est le résultat de la concurrence entre assureurs qui ont intérêt à maîtriser les coûts de la santé et leurs frais administratifs afin de proposer des primes concurrentielles à leurs assurés.

## Réduction de primes (subventions)

Aide financière au paiement des primes que le canton octroie aux assurés de condition économique modeste. Les critères d'attribution de ces subventions (minima de revenus, % de prise en charge, etc.) sont fixés par les cantons.

En 2017, 2.2 millions de personnes, soit 26.4% des assurés, ont bénéficié d'une réduction de primes. Le montant global de ces subventions, versées par la Confédération et les cantons, atteint 4.5 milliards de francs.

## Compensation des risques

C'est un mécanisme de compensation financière entre assureurs. Les assureurs qui présentent un collectif d'assurés à plus haut risque (cas de maladie plus importants et plus fréquents) obtiennent un soutien financier de la part des assureurs dont le portefeuille compte moins d'assurés avec des cas de maladie.

**Critères:** La compensation s'effectue et se calcule selon quatre critères: l'âge (jeunes ou personnes âgées), le sexe, le séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente, selon les journées d'hospitalisation, à compter d'une durée minimale de 3 jours, et, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les coûts des médicaments de l'année précédente. Ces 4 critères sont cumulatifs.

Le montant de la compensation est calculé chaque année. Le montant de compensation global échangé entre assureurs s'est élevé, durant l'année 2016, à 1,7 milliard de francs.

**Exemple:** Un assureur ayant dans son portefeuille plus de femmes, de personnes âgées et de personnes ayant été hospitalisées 3 jours au moins durant une année civile, obtiendra une compensation de la part de ceux qui ont plus d'hommes, plus de jeunes et moins de personnes ayant été hospitalisées 3 jours au moins.

### **Obligation de contracter**

Obligation faite aux assureurs-maladie de rembourser tous les fournisseurs de soins admis à pratiquer à charge de la LAMal.

### **Liberté de contracter**

Possibilité pour les assureurs ou les fournisseurs de soins de décider avec quels partenaires ils concluent une convention tarifaire.

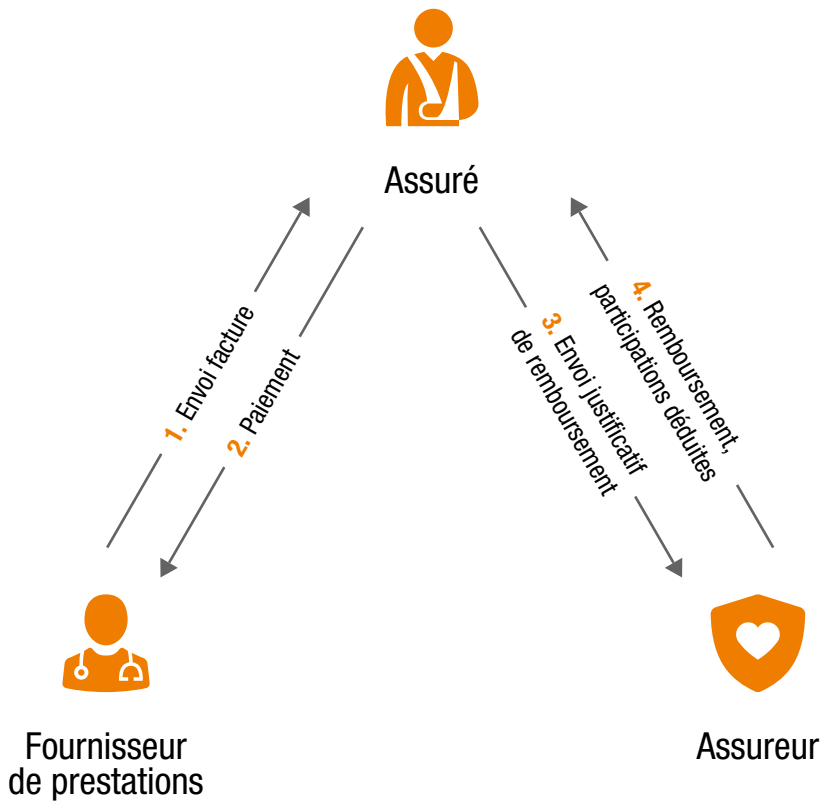
### **Libre choix de l'assureur**

Possibilité pour l'assuré de choisir librement son assureur-maladie. Ce libre choix est inhérent au système de l'assurance obligatoire des soins.

### **Libre choix du médecin**

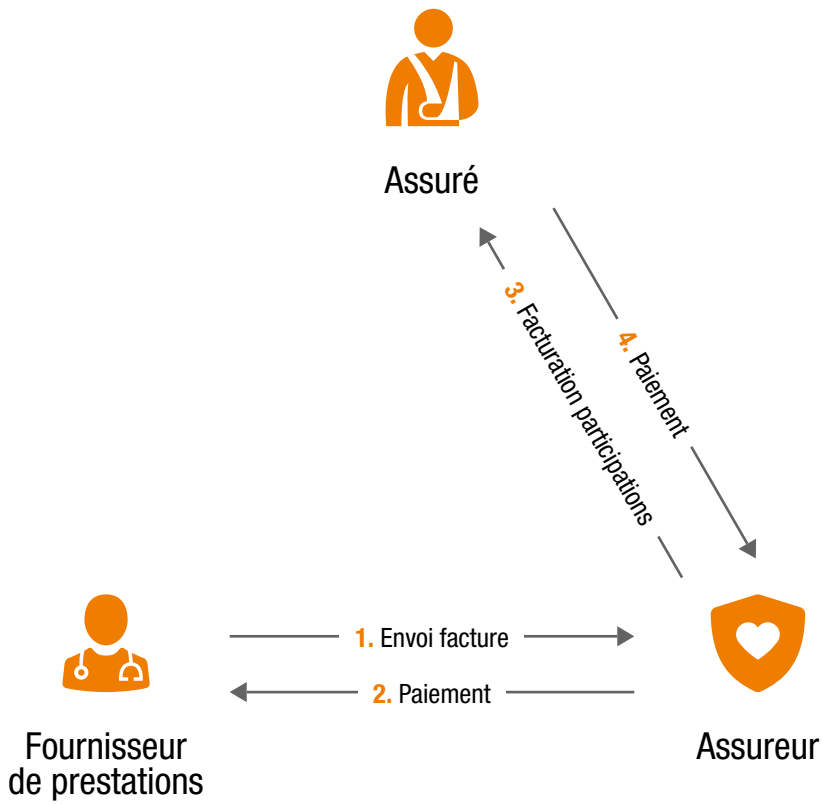
Possibilité pour chaque patient de se faire soigner chez le médecin de son choix, que ce soit un généraliste ou un spécialiste pour autant que sa couverture d'assurance soit un modèle standard. En cas de modèles d'assurance aux conditions particulières, l'assuré doit se référer à la page 5 concernant les Modèles alternatifs d'assurance (MAA) ou les modèles Managed Care.





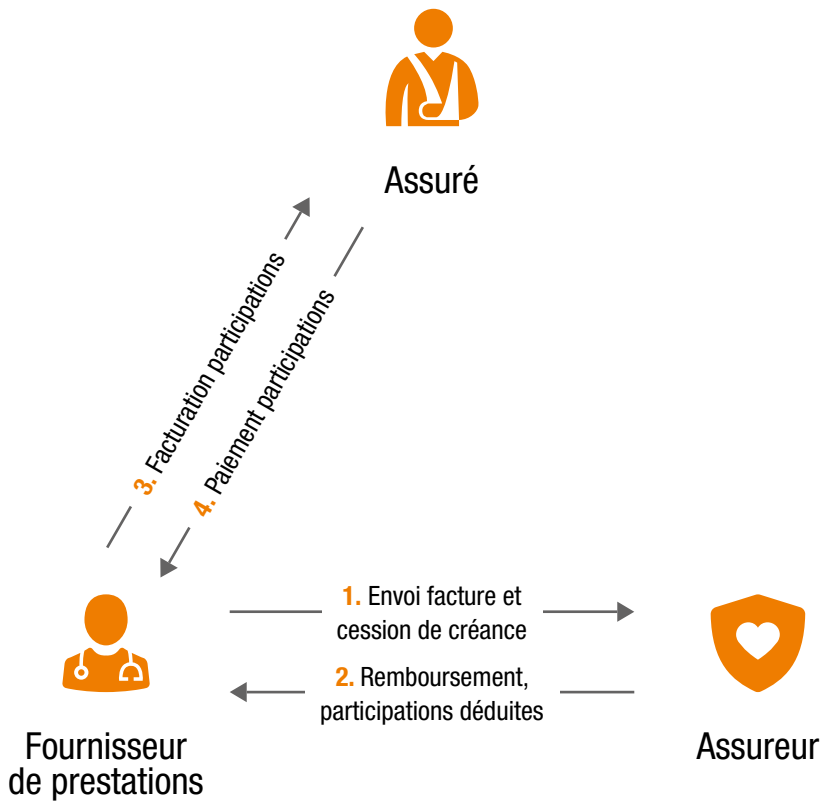
### Tiers garant

Sauf convention, l'assuré est le débiteur de la rémunération du fournisseur de prestations. Il doit donc régler la facture de traitement et se faire rembourser ensuite par son assureur. C'est le système du «Tiers garant».



### Tiers payant

Dans ce système, une convention établit que le débiteur de la facture est l'assureur qui rembourse directement le fournisseur de soins et perçoit ensuite la participation aux coûts (franchise, quote-part) auprès de l'assuré.



### Tiers soldant

Le dispensateur de soins envoie la facture accompagnée d'une cession de créance signée par le patient. Cela autorise l'assureur à régler directement le fournisseur de soins sous déduction des participations légales de l'assuré (franchise, quote-part). Le dispensateur peut ensuite facturer ce solde à son patient.



### **Provisions**

Montants constitués pour couvrir des prestations de soins déjà fournies, mais pas encore facturées et/ou remboursées. Ces montants représentent, généralement, trois mois de prestations: ils permettent de rembourser les factures des trois derniers mois de l'année qui parviennent à l'assureur au cours des trois premiers mois de l'année suivante.

### **Réserves**

Fonds propres dont les assureurs doivent disposer pour assurer le remboursement, en tout temps et quelles que soient les circonstances, des factures de prestations de soins. Pour cela, les réserves doivent atteindre un seuil minimal fixé par la loi.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les réserves nécessaires sont déterminées en fonction des risques auxquels un assureur est exposé. Il s'agit, en l'occurrence, du risque actuariel, du risque de marché et du risque de crédit, tous trois pris en compte dans le test de solvabilité de la LAMal. La capacité des assureurs à supporter les risques est appréciée en fonction de leur taux de solvabilité, qui montre le rapport entre les réserves disponibles et les réserves minimales requises.

Ces réserves jouent un rôle important dans l'équilibre du système. Lorsque les coûts sont supérieurs aux encaissements de primes, l'assureur puise dans ses réserves pour continuer de rembourser les prestataires de soins. Si les recettes excèdent les dépenses, l'excédent est viré aux réserves qui sont prises en compte dans le calcul des primes pour en atténuer la hausse.

### **Surveillance**

Les activités des assureurs-maladie sont surveillées par les autorités fédérales compétentes. Pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon LAMal (assurance sociale), l'autorité de surveillance est l'Office fédéral de la santé publique. Une loi spécifique, la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Pour le domaine des assurances complémentaires privées selon LCA, c'est l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) qui surveille de près les activités des assureurs dans ce domaine.

# Fournisseurs de soins

Professionnels des soins et institutions admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie. Ce sont: les médecins, les pharmaciens, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (EMS), les établissements de cure, les centres de remise de moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques, les laboratoires, les chiropraticiens, les sages-femmes, les séjours en cas d'accouchement dans une maison de naissance, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical (physiothérapeutes, etc.), une contribution aux frais de transport médicalement nécessaire et aux frais de sauvetage (art. 24 à 31 LAMal).

## Prestations

Il s'agit de tous les montants que les assureurs-maladie remboursent aux assurés ou qu'ils paient aux fournisseurs de prestations.

## TARMED

Système de tarification médicale qui fonde la rémunération de toutes les prestations ambulatoires fournies par un médecin. La nomenclature des actes médicaux – détaillée en plus de 4'600 positions tarifaires – est uniformisée au niveau suisse, mais la valeur du point TARMED diffère selon les cantons (voir aussi: [www.tarmedsuisse.ch](http://www.tarmedsuisse.ch)).

## DRG

Abréviation anglaise pour «Diagnosis Related Groups» qui se traduit par «forfait par cas». Ce système tarifaire classe les séjours hospitaliers par groupe de pathologie. Le remboursement des prestations se fonde sur un forfait. Ce mode de facturation remplace l'ancien qui reposait sur le principe du forfait journalier (journée malade).

## Conventions tarifaires

Accords entre assureurs-maladie et prestataires de soins destinés à régler les rapports entre les partenaires et à fixer les tarifs (protection tarifaire).

**Convention LAMal:** accord entre partenaires relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS). En cas de désaccord, l'autorité de recours est le canton qui tranche. En dernier ressort, le cas peut être porté devant le Tribunal fédéral qui tranche en dernière instance et de manière définitive.

**Convention LCA:** accord relevant de l'assurance complémentaire négocié directement entre assureurs-maladie et fournisseurs sur une base privée.

## Hôpitaux

**Stationnaire:** séjour de plus d'un jour à l'hôpital ou incluant une nuit. Un nouveau mode de financement a été introduit en 2012, fixant une clé de répartition du financement des prestations de 55% à charge des cantons et de 45% à charge de l'assurance-maladie. Le tarif repose sur les DRG.

**Ambulatoire:** tout séjour d'une seule journée à l'hôpital ou n'incluant pas la nuit. Financement entièrement à charge des assureurs-maladie selon le tarif TARMED.



## Médecins (cabinet médicaux)

Consultation pour traitements médicaux. Financement selon TARMED.

## Soins de longue durée

**EMS:** établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées.

**Soins à domicile:** dits aussi Spitex (terminologie allemande), soins prodigués au domicile de l'assuré. Les soins à domicile font partie du catalogue de prestations LAMal.

## Médecine alternative ou médecine douce

Regroupe l'ensemble des traitements de médecine dite alternative ou complémentaire (naturopathie, homéopathie, aromathérapie, réflexologie, sophrologie, etc.) Il existe plus de 200 méthodes différentes de médecine alternative pratiquées par quelque 25'000 thérapeutes.

**Assurances complémentaires:** Ces traitements sont, en général, remboursés par les assurances complémentaires pour les thérapeutes membres d'associations reconnues par l'assureur, telles la Fondation suisse pour les médecines complémentaires (ASCA) et le Registre de Médecine Empirique (RME).

**Assurance de base:** Depuis le 1<sup>er</sup> août 2017, l'assurance de base rembourse, en plus de l'acupuncture, 4 autres médecines alternatives, soit l'homéopathie, l'anthroposophie, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise.

Cette prise en charge ne concerne que les traitements prodigués par des médecins au bénéfice d'une formation spécifique.



## Managed Care (soins gérés)

**Case management (de l'anglais, gestion des cas):** suivi des cas de patients présentant une situation médicale complexe – patient souffrant de pathologies pulmonaires et cardiaques, par exemple – tout au long de la chaîne de traitement, dans l'objectif de prodiguer les meilleurs soins au meilleur endroit et au meilleur coût.

**Disease management (de l'anglais, gestion des maladies):** accompagnement de la prise en charge des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, etc.) par la coordination des actions des divers intervenants de la chaîne de soins ainsi qu'une responsabilisation du patient.

## Médicaments

**Listes des médicaments avec tarif (LMT) et liste des spécialités (LS):** listes complètes des produits et substances actives employés pour la prescription magistrale et des médicaments, avec les prix remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ces listes sont établies par l'OFSP (Office fédéral de la santé publique). Le remboursement se fait uniquement sur ordonnance médicale. ([www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch))

**Médicaments hors liste:** médicaments disponibles sur le marché qui ne figurent pas sur la liste des spécialités (LS) et qui, par conséquent, ne sont pas à charge de l'assurance de base. Ils peuvent être remboursés partiellement par les assurances complémentaires.

**Médicaments LPPA:** liste des produits pharmaceutiques à charge des assurés (aucun remboursement ni par l'AOS ni par l'assurance complémentaire).

**Génériques:** copie d'un médicament original dont le brevet protégeant sa production est échu. Ce médicament intègre les mêmes substances actives et comporte les mêmes propriétés (efficacité, indications, posologie...) que le médicament d'origine. N'ayant pas à couvrir les frais de recherche, le prix de ce médicament est moins cher (jusqu'à 70%) que la préparation originale.





Groupe Mutuel

---

Santé<sup>®</sup> Vie<sup>®</sup> Patrimoine<sup>®</sup> Entreprise<sup>®</sup>

**Groupe Mutuel**

Rue des Cèdres 5 – Case postale – CH-1919 Martigny

Avenir Assurance Maladie SA – Easy Sana Assurance Maladie SA – Mutuel Assurance Maladie SA – Philos Assurance Maladie SA – SUPRA-1846 SA – AMB Assurances SA  
Groupe Mutuel Assurances GMA SA – Mutuel Assurances SA – Groupe Mutuel Vie GMV SA  
Fondations administrées par le Groupe Mutuel: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP – Mutuelle Valaisanne de Prévoyance – Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

