



**Groupe Mutuel**

Assurances  
Versicherungen  
Assicurazioni

**Swiss Power Group.**

## INFORMATION

Mars 2012

COMMENT FONCTIONNE LE SYSTÈME DE SANTÉ?

# Le b.a-ba de l'assurance-maladie

## COMMENT FONCTIONNE LE SYSTÈME DE SANTÉ?

# Le b.a-ba de l'assurance-maladie

Le système de santé suisse figure parmi les meilleurs au monde, mais aussi parmi les plus chers. Notre pays consacre le 11,4% de son PIB aux dépenses de santé (61 milliards de francs en tout, en 2009). La moitié de ce montant (30 milliards) est couvert par l'assurance-maladie, un domaine relativement complexe géré par les assureurs-maladie. Le travail des assureurs est mal connu, mal compris, parfois. Ce dossier donne une série de définitions qui vous aideront à mieux en saisir les mécanismes et le fonctionnement.

## ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE (ASSURANCE SOCIALE)

Toutes les personnes résidentes 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, appelée aussi assurance de base, offre à tous une couverture médicale de qualité et assure l'accès à un large éventail de prestations de soins.

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

Modèles d'assurance par lesquels l'assuré choisit un interlocuteur privilégié (médecins, centrale de conseils téléphoniques) pour toutes ses questions de santé. Il accepte de se limiter dans son choix. En échange, il peut obtenir des réductions de primes (de 5 à 20%) dont le niveau en pour-cent est fixé par la loi.

#### **Modèle de télé-médecine**

Modèle qui demande à l'assuré d'appeler une centrale de conseil

médical par téléphone avant de consulter un médecin. Le personnel médical de la centrale analyse la situation et émet des recommandations (automédication ou envoi du patient vers un médecin ou à l'hôpital).

#### **Modèle du médecin de famille**

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

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

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 ou des examens déjà faits. 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 bud-

gétaire. 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 indemnité journalière.

## ASSURANCES COMPLEMENTAIRES PRIVEES

### Assurance complémentaire

Gérée par la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Assurance privée non obligatoire (facultative) qui couvre 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 qui permet aux assurés de se faire soigner dans un établissement public ou privé dans toute la Suisse.

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

Règles applicables aux assurances complémentaires privées.

## ASSUREURS-MALADIE

Assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins et qui peuvent aussi proposer des assurances complémentaires. Ils sont 70 à offrir leurs services en Suisse. Certains de ces assureurs font partie de groupe rassemblant plusieurs caisses-maladie sous leur toit, tel que le Groupe Mutuel. Les 10 plus importants assureurs 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 grande qualité. Cet aiguillon disparaîtrait avec l'instauration d'une caisse unique publique.

### Primes

Montant facturé par les assureurs pour couvrir les dépenses de soins. L'assurance-maladie sociale est financée selon le système de répartition des dépenses. Cela signifie que les recettes de primes d'un exercice doivent permettre de couvrir les dépenses de santé du même exercice. Dans la mesure où il est possible que sur une année, les dépenses de santé soient supérieures ou alors inférieures aux recettes de primes, les assureurs sont tenus d'assurer l'équilibre

entre charges et produits pour une période de financement de deux ans (art. 78 OAMal).

### Franchises

Participation aux coûts à charge de l'assuré. Par cette démarche, l'assuré est d'accord d'assumer une partie des coûts qu'il occasionne. Lorsqu'il choisit une franchise à option, il bénéficie en échange d'une réduction de sa prime.

#### Adultes – Franchise ordinaire:

Fr. 300.– par an, montant minimal que tous les assurés doivent payer de leur poche. Elle ne donne pas droit à une réduction de la prime.

#### Adultes – Franchises à options:

Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500.–, Fr. 2'000.–, Fr. 2'500.– par an.

#### Enfants – Franchise ordinaire:

Fr. 0.–.

#### Enfants – Franchises à options:

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.–.

### Exemples:

Frais de traitements:

Fr. 1'200.– (adulte)

**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 doivent être 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 toutes les factures qui leur sont soumises, selon les 3 critères d'économicité précisés plus haut. Cette activité de contrôle permet de moindre dépense annuelle de 10% des prestations couvertes, soit 2 milliards de francs, par an.

Les frais généraux de l'assurance de base représentant une dépense annuelle de 1 milliard de francs,

il en résulte une moindre dépense nette de 1 milliard de francs chaque année. Traduit en montant de prime, cela représente un allègement du montant de la prime de 5% chaque année.

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

### **Réduction de primes (subventions)**

Aide financière au paiement des primes, octroyée par le canton 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 2009, le tiers de la population suisse (2,4 millions de personnes), soit près de la moitié des ménages, a bénéficié d'une réduction de primes. Le montant global de ces subventions, versées par la confédération et les cantons, atteint 3,5 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 cas de maladie.

**Critères:** La compensation s'effectue et se calcule selon trois critères: l'âge (jeunes ou personnes âgées), le sexe et, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, selon les journées d'hospitalisation, à compter d'une durée minimale de 3 jours, en hôpital ou en EMS. Ces 3 critères sont cumulatifs. Le montant de la compensation est calculé chaque année. Le montant de compensation global échangé entre assureurs s'est élevé en 2010 à 1,5 milliard de francs. Les 15 plus gros contributeurs – dont le Groupe Mutuel – couvrent à eux seuls près du 90% du montant de compensation total. Les 15 plus

gros receveurs obtiennent, à eux seuls, le 99% du montant total.

**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, qui fonde la concurrence entre assureurs, disparaîtrait dans un système de caisse unique.

### **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. Ce libre choix est également garanti pour le pharmacien ou le physiothérapeute, sur la base d'une ordonnance médicale.

### **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) à l'assuré.

### **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, soit en pourcentage du volume de primes:

#### **Minima fixés par la loi:**

- ▶ 10% pour les assureurs qui comptent plus de 150'000 assurés
- ▶ 15% pour les assureurs qui comptent entre 50'000 et 150'000 assurés
- ▶ 20% pour les assureurs qui comptent jusqu'à 50'000 assurés.

Mais dès cette année 2012, les réserves devront être évaluées sur la base d'un nouveau système prenant en compte les risques effectifs.

Ces réserves jouent un rôle important d'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.

**Montants limités:** Le montant des réserves correspond à Fr. 400.– par assuré en 2010, ce qui représente moins de deux mois d'encaissement de primes. A titre de comparaison, le fonds AVS s'élève à 12 mois de dépenses, alors que la gestion des rentes est infiniment plus simple à réaliser, en regard des 80 millions de cas de remboursements de l'assurance-maladie.

### **Provisions**

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

## 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 paient aux fournisseurs de prestations.

### Tarmed

Tarif médical qui fonde la rémunération de toutes les prestations ambulatoires au cabinet du médecin, au domicile du patient et dans le domaine ambulatoire de l'hôpital. La nomenclature des actes médicaux – détaillée en 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 et 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, qui fixe 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 destinés aux personnes âgées ou handicapées.

**Soins à domicile:** dit aussi Spitex (terminologie allemande), soins prodigués au domicile de l'assuré et qui fait 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 20'000 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 début de cette année, l'assurance de base rembourse 5 médecines alternatives, soit l'homéopathie, l'anthroposophie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine chinoise – et cela pour une période provisoire jusqu'à 2017.

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 préparations pharmaceutiques 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.

**Médicaments hors liste:** médicaments disponibles sur le marché et qui 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 60%) que la préparation originale.

### Evolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), des primes et des réserves (1996-2010), en Suisse

	1996	2000	2005	2007	2008	2009	2010	Hausse moyenne annuelle 1996-2010
Coûts bruts globaux (en millions de francs)	12'459	15'478	20'348	21'579	22'722	23'656	24'292	4.9%
Coûts nets par assuré <sup>1</sup> (en francs)	1'624	1'935	2'468	2'586	2'705	2'777	2'842	4.1%
Prime moyenne nationale par assuré <sup>2</sup> (en francs)	1'539	1'850	2'487	2'612	2'586	2'611	2'834	4.4%
Réserves globales (en millions de francs)	2'856	2'832	3'184	3'970	3'252	2'863	3'115	0.6%
Réserves par assuré (en francs)	395	390	428	527	427	371	400	0.1%
Réserves (en % du volume de primes)	25.7%	21.1%	17.2%	20.2%	16.5%	14.2%	14.1%	

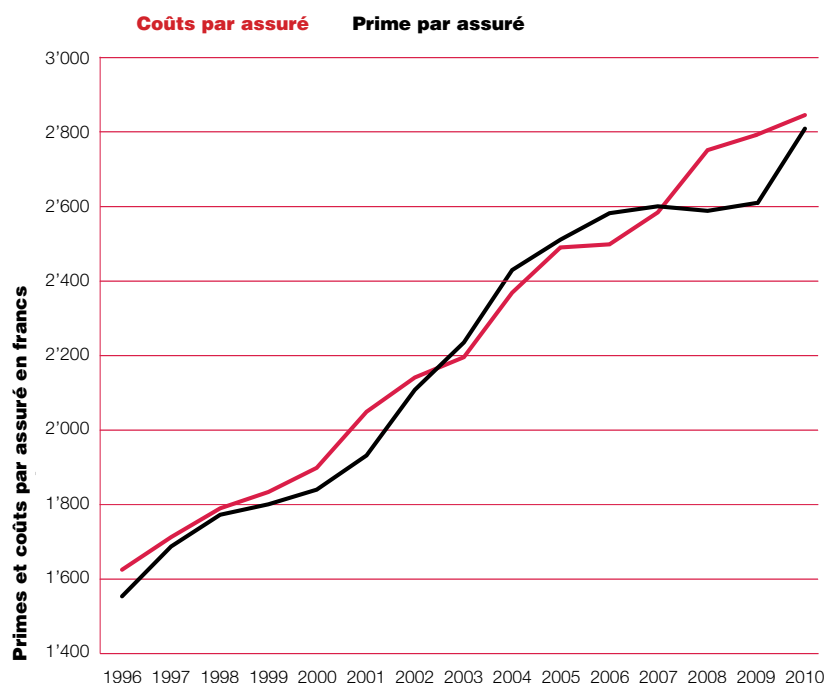
La progression des coûts de la santé est une réalité depuis toujours. Ces 20 dernières années, cette croissance s'est encore accentuée par le progrès des techniques médicales mais aussi, plus récemment, par l'allongement des années de vie ainsi que par les effets du déséquilibre démographique: jeunes dont le pourcentage est moins nombreux comparé à la proportion croissante des aînés. Le tableau ci-dessus montre un état des lieux, soit la hausse moyenne annuelle des coûts, des primes et des réserves. Le montant de ces réserves démontre que les assureurs n'ont pas thésaurisé puisqu'il est demeuré stable en 2010 (Fr. 400 – par assuré) par rapport à 2000 (Fr. 390 – par assuré). Ceci exprime l'adéquation des primes facturées par rapport aux prestations remboursées par les assureurs sur cette période. Autrement dit, la démonstration est faite que, 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.

<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.

Source: OFSP

### Evolution des primes moyennes et des coûts nets, en francs par assuré de l'assurance obligatoire des soins (1996-2010), en Suisse



Source: OFSP