



Assurance-maladie: faits sur les primes et les prestations

curafutura présente les principaux faits et mécanismes relatifs aux primes de l'assurance-maladie et explique la manière dont celles-ci sont constituées, quelles dispositions légales sont ainsi appliquées et la relation entre les primes et les prestations du système de santé.

1. ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS

Solidarité et responsabilité individuelle

L'assurance obligatoire des soins (AOS) est fondée sur le principe de **solidarité** entre **assurés en bonne santé et assurés malades**. Les assurés doivent s'acquitter de primes uniformes, dites aussi primes par tête, qui sont égales pour les hommes et les femmes, quel que soit leur âge (art. 61, al. 1 LAMal). Seule exception: les assurés de moins de 18 ans révolus bénéficient de primes réduites (art. 61, al. 3 LAMal).¹

L'AOS est également fondée sur le principe de **solidarité** entre **assurés à revenus élevés et assurés à faibles revenus**: les ménages à revenus modestes touchent, de la part de la Confédération et des cantons, des subventions sous forme de réductions individuelles des primes (art. 65 LAMal), financées par le biais des recettes fiscales. À la différence des primes par tête, les ménages à revenus élevés fournissent à cet égard une contribution plus importante que les ménages à revenus modestes en raison du taux d'imposition progressif. Les réductions de primes octroyées aux ménages à revenus modestes représentaient quelque 4 milliards de francs en 2014.

Toute personne assurée peut influencer le montant de sa prime d'assurance-maladie en choisissant d'assumer davantage de responsabilités. Opter pour un modèle d'assurance avec un choix limité du fournisseur de prestations, p.ex. le médecin ou l'hôpital, permet de bénéficier d'une prime réduite (art. 62, al. 1 LAMal). En outre, plus la franchise est élevée, plus la prime annuelle est basse.

Les modèles d'assurance avec un choix limité du fournisseur de prestations ont fortement augmenté depuis 2003: alors qu'en 2004 à peine 10% des assurés avaient choisi un tel modèle, ils étaient 63% en 2014. Actuellement, la plupart des assurés a donc souscrit un modèle d'assurance avec un choix limité du fournisseur de prestations, les modèles les plus populaires étant ceux du médecin de famille et HMO.

¹ Les assureurs sont autorisés à proposer sur une base volontaire aussi des primes réduites pour les jeunes adultes de moins de 25 ans révolus.

Les primes reflètent les prestations

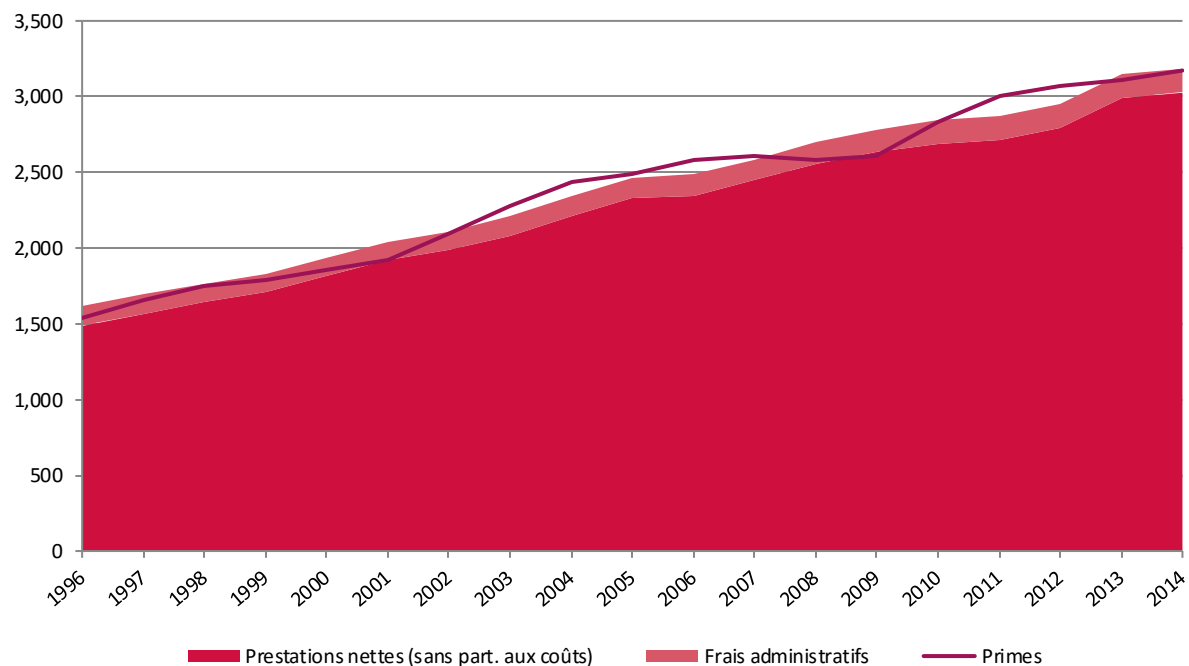
Les primes d'assurance-maladie représentent les coûts de santé attendus dans le secteur AOS. En principe, **davantage de prestations médicales = coûts plus élevés = primes plus élevées.**

Les dépenses pour les prestations médicales des assureurs, appelées prestations nettes², ainsi que les primes par assuré ont doublé entre 1996 et 2014: les prestations nettes sont passées de 1491 à 3026 francs, et les primes, de 1539 à 3172 francs (cf. graphique ci-après). Cette hausse correspond à une croissance annuelle moyenne de près de 4%.

Le graphique suivant indique également les frais administratifs des assureurs. En comparaison avec les prestations nettes et les primes, la charge administrative des assureurs n'a enregistré qu'une hausse modérée entre 1996 et 2014, passant de 133 à 158 francs. La part des frais administratifs dans les coûts globaux de l'AOS est ainsi passée de 8,2% en 1996 à 5,0% en 2014.

Primes et coûts de l'assurance obligatoire des soins

1996-2014, en francs par personne assurée



Source: OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2006 et 2014 (T 1.01)

² Coûts des prestations médicales fournies moins les participations aux coûts des personnes assurées

2. PRIMES

Couverture d'assurance

L'assurance-maladie couvre les risques d'une maladie et prend en charge les frais de traitement et de guérison pour les prestations couvertes par l'assurance-maladie conformément au catalogue de prestations. La prime d'assurance-maladie est la contrepartie dont il faut s'acquitter pour bénéficier d'une protection d'assurance. Le collectif des assurés verse ses primes afin que dans le cas d'une personne malade, elle soit assurée et ne doive pas assumer seule l'intégralité des frais de traitement.

Calcul des primes

Le montant de la prime d'assurance-maladie est fondé sur une estimation des prestations attendues. Il s'agit du total des dépenses attendues par l'assureur-maladie pour les prestations médicales à charge de l'AOS durant l'année à venir. Les participations aux coûts (franchise et quote-part) versées par les assurés ne sont pas comprises dans ce calcul.

Fixation et approbation des primes

Les assureurs-maladie doivent recalculer les primes de l'AOS chaque année, en juillet, pour l'année civile suivante. *Ces pronostics sont basés sur les frais de traitement attendus. Les assureurs-maladie peuvent échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions (art. 61, al. 2 et 2^{bis} LAMal).*

Toutes les primes sont soumises à l'approbation de l'autorité de surveillance des assureurs-maladie, l'Office fédéral de la santé publique (art. 16, al. 1 LSAMal). Cela doit permettre de s'assurer que les primes proposées couvrent effectivement les coûts et que la sécurité financière des assureurs est préservée.

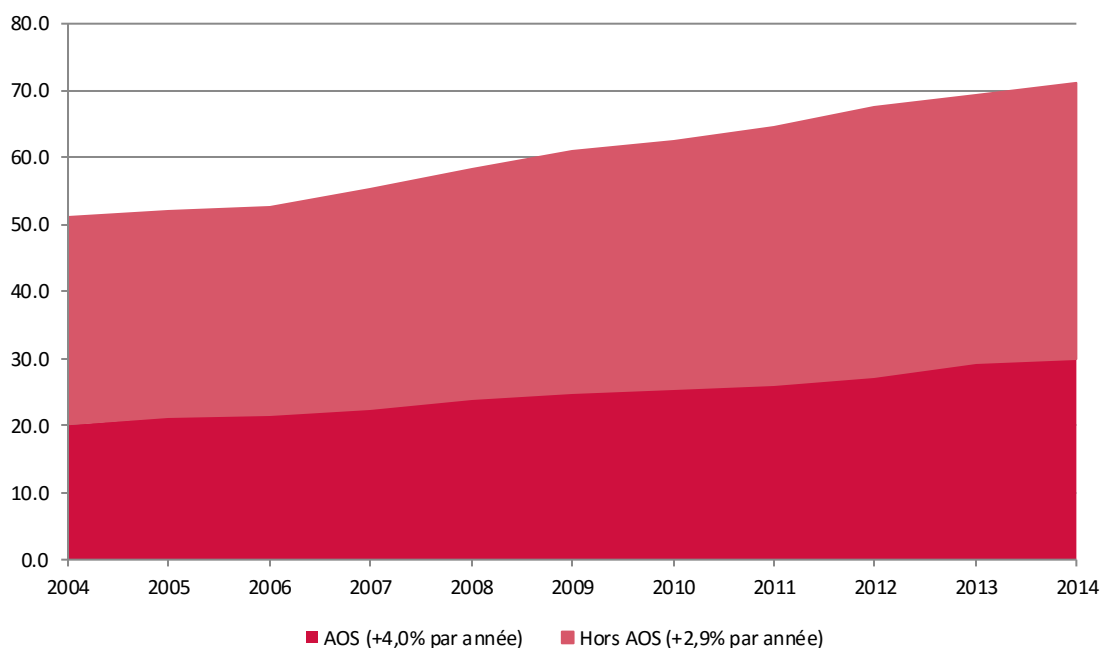
Utilisation des primes

La loi prescrit aux assureurs-maladie que les primes de l'AOS doivent être utilisées aux fins auxquelles elles sont destinées (art. 2, al. 1, Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale LSAMal: «Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui pratiquent l'assurance maladie sociale au sens de la LAMal.»). En d'autres termes, *il est interdit aux assureurs-maladie de réaliser des recettes avec les primes encaissées au titre de l'AOS.* Selon la loi, chaque franc de prime de l'AOS doit être utilisé pour financer le système de l'assurance de base. *Les éventuels excédents de primes d'une année servent par conséquent à payer les futurs frais de traitement, conformément à leur but premier.*

3. PRESTATIONS

La *totalité* des dépenses de santé en Suisse a augmenté entre 2004 et 2014 de 51,0 à 71,2 milliards de francs. Cette augmentation correspond à une croissance de 39,5%, soit une hausse annuelle moyenne de 3,4%. Les coûts des secteurs AOS et hors AOS (autres assurances sociales, assurances privées, État et ménages privés) affichent une évolution similaire, le secteur AOS enregistrant toutefois une hausse annuelle plus forte en moyenne (4,0%) que le secteur hors AOS (2,9%).

Financement du système de santé : AOS (participations aux coûts comprises) et hors AOS
2004-2014, en milliards de francs



Source: OFS – financement du système de santé selon le régime de financement

Environ deux cinquièmes des dépenses de santé relèvent du secteur AOS et les trois autres cinquièmes, du secteur hors AOS. La part des dépenses totales de santé du produit intérieur brut était, en Suisse, de 11,1% en 2014 (chiffres provisoires). Parmi les pays de l'OCDE, les USA occupent la première place avec plus de 16%.

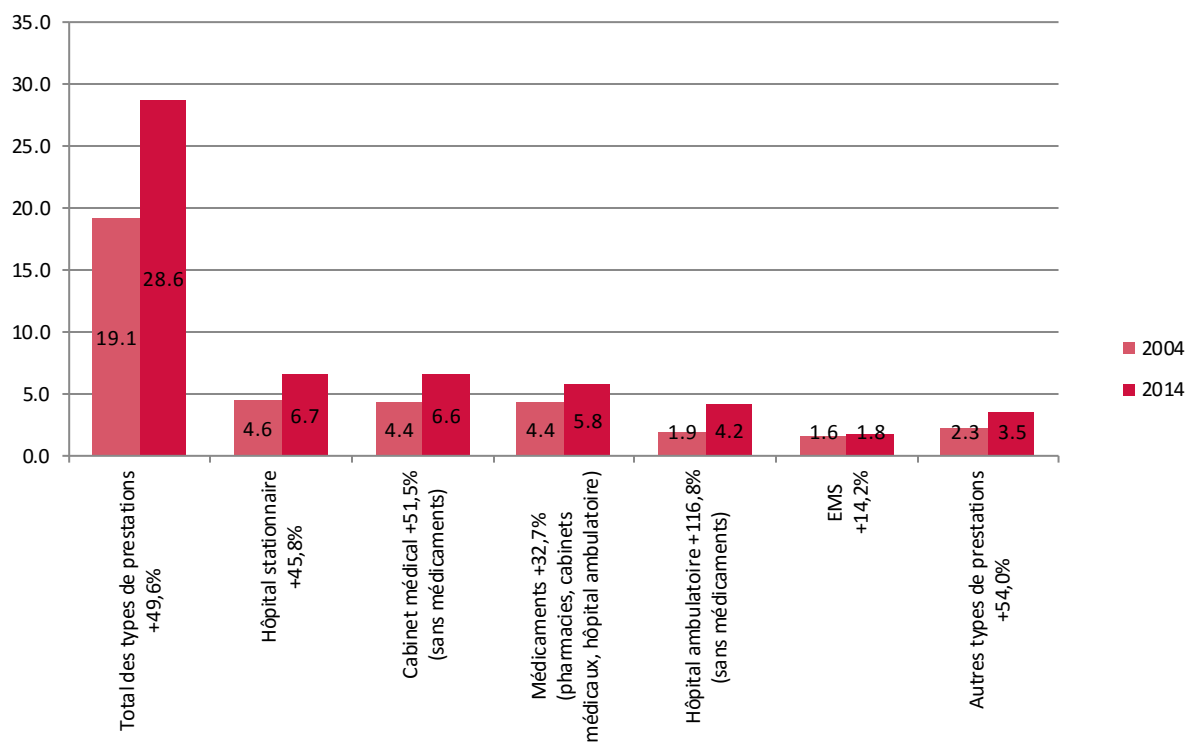
Répartition des coûts entre les domaines de prestations AOS

Les domaines de prestations que sont les traitements hospitaliers stationnaires et les traitements dans les cabinets médicaux constituent les postes les plus importants de coûts à charge de l'AOS, avec chacun un quart. Suivent les dépenses pour les médicaments et les traitements hospitaliers ambulatoires. Près d'un

cinquième des coûts de l'AOS sont dus aux prestations médicales en EMS et aux autres domaines de prestations (laboratoire, physiothérapie, etc.).

Comme l'indique le graphique ci-dessous, les coûts totaux de l'AOS ont passé de 19,1 à 28,6 milliards de francs entre 2004 et 2014. Cette évolution correspond à une augmentation de 49,6% en une décennie. On notera à cet égard la forte hausse enregistrée par les prestations hospitalières ambulatoires, qui ont plus que doublé en passant de 1,9 à 4,2 milliards de francs. Les domaines de prestations «Médicaments» et «EMS» affichent quant à eux des taux de croissance inférieurs à la moyenne, avec 32,7%, resp. 14,2%.

Évolution des coûts des types de prestations AOS 2004-2014, en milliards de francs



Source: OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2014 (T2.16)

Motifs de l'évolution des coûts

Diverses études arrivent à la conclusion que les progrès de la médecine et les attentes plus élevées de la population en la matière sont les principaux facteurs de coûts. L'offre en soins médicaux (densité de médecins), la densité de la population et l'évolution démographique (changement de la structure d'âge) impactent également l'évolution des coûts dans le système de santé.

Les prix ou les tarifs de chaque prestation médicale jouent en revanche un rôle mineur dans l'évolution des coûts. En effet, par le passé, ceux-ci n'ont pas augmenté plus fortement dans le secteur AOS que l'Indice suisse des prix à la consommation (IPC). Alors que l'IPC a augmenté de 5,0% au total entre 2004 et 2014, les coûts de la santé dans l'AOS ont explosé de 49,6% durant le même laps de temps. L'évolution des coûts est ainsi presque exclusivement due à l'augmentation du nombre de prestations médicales, qui est en croissance constante en raison des facteurs mentionnés précédemment.

Berne, septembre 2016