

# ASSURANCE-MALADIE

BREF TOUR D'HORIZON



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi





# curafutura

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi



## CELUI QUI TOUCHE AU SYSTÈME DOIT ASSUMER SES RESPONSABILITÉS

---

Le système de santé suisse est l'un des meilleurs au monde. Des études internationales le confirment. Il est inégalé en termes de qualité, d'accès aux soins et d'efficacité, et fait jour après jour ses preuves à cet égard. Cet acquis a un prix: notre système est coûteux mais reflète toutefois les situations à l'international. Les dépenses de santé se montent actuellement à environ 11% du produit intérieur brut. En 2012, environ 28,1 milliards de francs, participations aux coûts comprises, ont été dépensés pour les prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins.

Le système de santé suisse est comparable à un complexe mouvement d'horlogerie: si l'on touche à l'un de ses nombreux rouages, cela a des conséquences importantes. Pour évaluer ces conséquences, des connaissances du système sont dans tous les cas nécessaires. A défaut, on court le risque de mettre en danger l'ensemble du système.

L'objet de notre brochure est de transmettre ces connaissances de base. Nous y exposons les principes et les bases légales de l'assurance-maladie en Suisse, faits et chiffres à l'appui. Par ailleurs, nous abordons les défis futurs pour notre système de santé ainsi que les différentes réformes que nous jugeons nécessaires dans le domaine de l'assurance-maladie.

Que ce soit à titre de femme ou d'homme politique, d'autorité de surveillance ou d'association faitière: celui qui touche au mouvement d'horlogerie qu'est notre système de santé tout comme celui qui veut apporter une contribution active doit assumer ses responsabilités. curafutura en est consciente et agit en conséquence, dans l'intérêt d'une assurance-maladie solidaire et dans l'intérêt des plus de huit millions d'assurés de notre pays.

Pius Zängerle  
Directeur



# L'ASSURANCE-MALADIE, QU'EST-CE QUE C'EST?

---

## LE CADRE JURIDIQUE

### Constitution fédérale et objectifs de politique de santé

Selon la Constitution fédérale (art. 117), la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents. Elle peut les déclarer totalement ou partiellement obligatoires. Sur la base de cette prescription, il existe depuis 1996 la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui règle l'«assurance obligatoire des soins (AOS)», appelée également «assurance de base».

L'assurance-maladie est guidée par les quatre objectifs fondamentaux suivants en matière de politique de santé:

- ✓ Accès aux soins pour tous → grâce à l'assurance obligatoire et la prise en charge obligatoire
- ✓ Prestations médicales complètes et de haute qualité → grâce au catalogue de prestations et à différentes mesures visant la qualité
- ✓ Solidarité → grâce à la prime par tête et aux réductions de primes individuelles
- ✓ Economicité → grâce à la concurrence qui découle de la liberté de choix du fournisseur de prestation et de l'assureur

Bien qu'une loi sur l'organisation de l'assurance-maladie règle en premier lieu quelles sont les prestations qu'elle rembourse et comment elles sont financées, il résulte des différents objectifs de politique de santé pléthore de réglementations. Celles-ci sont souvent en conflit entre elles, que ce soit dans un système orienté sur l'étatisme ou sur la concurrence. La législation doit veiller à assurer l'harmonisation de ces différents objectifs. Dans ce contexte, il est important que les conséquences des nouvelles réglementations soient toujours soumises à la même vision globale que celles des réglementations existantes. Bien entendu, cela concerne non seulement la législation au sens étroit, mais également les ordonnances qui se basent sur elle.

## **Assurance de base: la concurrence, pourquoi donc?**

On considère souvent qu'il est pratiquement impossible de concilier des objectifs de politique sociale avec des instruments permettant la concurrence. Cette contradiction apparente entre marché «régulé» et assurance sociale est à cet égard trop souvent illustrée avec l'organisation d'autres assurances sociales. On oublie ce faisant que l'assurance-maladie n'est pas une assurance sociale «traditionnelle». Des assurances telles que l'AVS, l'AC et l'AI fournissent des prestations clairement définies sur la base de critères donnés (âge, chômage, incapacité de travail). Elles sont des instruments classiques de la couverture sociale.

L'assurance-maladie, au contraire, garantit sur la base de critères peu clairs ou pour le moins très ouverts (définition de la maladie: Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail)<sup>1</sup> une prise en charge des coûts plus ou moins ouverte. Compte tenu des objectifs de politique de santé «un accès aux soins pour tous» et «des prestations médicales complètes et de haute qualité» évoqués plus haut, il est impératif d'utiliser les potentiels d'efficacité qui se présentent afin de ne pas laisser les coûts évoluer de façon démesurée. C'est précisément ici que se manifeste le véritable objectif d'une approche concurrentielle en matière d'assurance de base: obtenir et mettre à disposition des prestations de bonne qualité à des coûts supportables. L'assurance de base ne poursuit à cet égard pas un but lucratif, ses moyens doivent être exclusivement engagés pour les objectifs qu'elle poursuit. Les assureurs-maladie ont donc l'interdiction de réaliser et de distribuer leurs éventuels bénéfices.

L'assurance de base est soumise à la surveillance du Conseil fédéral, respectivement de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Celle-ci comprend la surveillance des assureurs-maladie en garantissant leur solvabilité ainsi que leur gestion irréprochable. Elle comprend aussi la surveillance de l'assurance-maladie en tant que telle ainsi que son application dans le respect du cadre légal.

<sup>1</sup> Définition selon art. 3 al. 1 LPGA



**Assurance complémentaire:  
l'assurance de base ne peut et ne doit pas tout prendre en charge**

En comparaison internationale, l'assurance de base couvre une vaste gamme de prestations et inclut toutes les prestations requises. Toutefois, nombre d'assurés souhaitent bénéficier de prestations supplémentaires, généralement de confort. De telles prestations ne doivent cependant pas être prises en charge par le système général de solidarité, mais peuvent être souscrites par le biais de couvertures supplémentaires.

Les coûts des prestations qui vont au-delà du domaine de la LAMal peuvent être couverts par la conclusion d'assurances complémentaires. Les exemples classiques en sont la couverture des coûts supplémentaires pour l'hospitalisation en division privée ou semi-privée, le libre choix du médecin à l'hôpital, une couverture plus étendue des frais de sauvetage et de transport ainsi que bien d'autres choses encore. Les assurances complémentaires sont soumises à la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et, par conséquent, à la surveillance des marchés financiers (FINMA). Contrairement à ce qui se passe en matière d'assurance-maladie obligatoire, un assureur peut refuser un nouvel assuré, l'assortir d'une réserve ou encore imposer des primes en fonction du risque.

## LES PRESTATIONS

La description que fait la LAMal de la prise en charge des coûts des prestations est pour le moins contrastée. Il existe d'une part, en ce qui concerne les médicaments (liste des spécialités), les analyses de laboratoires (liste des analyses) et les moyens et appareils (LiMA), une liste positive exhaustive. En matière de prestations médicales, par contre, il n'existe pas une telle liste, mais ce qu'on appelle le «principe de la confiance». En vertu de celui-ci, les prestations sont soumises à une obligation de tarification ainsi qu'à une protection tarifaire et doivent être versées, en règle générale, tant que la prise en charge des coûts n'est pas partiellement ou totalement refusée dans le cadre de ce qu'on appelle une «clarification du caractère controversé» d'une prestation.

Ce principe de la confiance garantit un accès rapide à de nouvelles prestations, mais il ne fonctionne que si celles-ci font l'objet d'un contrôle systématique d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Dans ce domaine, il reste encore du pain sur la planche. Il s'agit notamment de procéder à un renforcement des «Health Technology Assessments (HTA)».

## **LE FINANCEMENT**

### **Financement dual au niveau du système**

Les prestations de l'assurance de base sont financées par les primes et par les impôts. La Confédération et les cantons réduisent par ailleurs chaque année les primes des ménages de condition modeste dans le cadre de réductions de primes individuelles. Les coûts de la recherche et de l'enseignement universitaire sont également financés par les impôts. Le financement de l'AOS peut ainsi être qualifié dans son ensemble, malgré la prime unique, d'équilibré et de social.

### **Prime unique et compensation des risques**

L'assurance-maladie se base sur le principe de la solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades. Pour des raisons de politique sociale, le principe est qu'un assureur doit encaisser une prime unique auprès de ses assurés. Celle-ci se base sur les coûts cantonaux et elle peut être échelonnée en fonction de régions de primes. A cela s'ajoutent des réductions accordées en faveur des modèles d'assurance alternatifs, par exemple en cas de restriction du choix des fournisseurs de prestations ou de participation aux coûts (franchises) plus élevés. La prime de base demeure malgré tout unique. Le système de prime unique conduirait à des inégalités entre les différents assureurs-maladie et, par conséquent, entre leurs assurés: les assureurs avec une bonne structure de risque auraient un avantage concurrentiel par rapport aux assureurs avec une moins bonne structure de risque. Pour empêcher cela, une compensation des risques entre les assureurs est mise en place et permet ainsi de lutter contre ce qu'on appelle la sélection des risques. Les avantages concurrentiels découlent par conséquent uniquement d'une meilleure économicité et d'une meilleure qualité de service.

## Financement des prestations

Au niveau des prestations en tant que telles, il existe des différences importantes en fonction du type de prestation, qu'elle soit ambulatoire ou stationnaire. Les prestations ambulatoires ne sont financées que par l'assurance-maladie alors que les prestations fournies de manière stationnaire bénéficient d'un cofinancement de la part des cantons (au moins 55%). Cette différence au niveau du financement fait constamment l'objet de discussions de réforme.

## Tarifs et prix

Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures en fonction de tarifs et de prix. Les tarifs comportent un élément de calcul (points tarifaires) et un élément d'évaluation (valeur du point tarifaire). La structure tarifaire reproduit par conséquent l'évaluation différente des prestations les unes par rapport aux autres. Le montant de la facture pour les prestations fournies est obtenu en multipliant les points tarifaires par la valeur des points tarifaires.

Des conventions tarifaires sont négociées entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, lesquelles sont soumises à l'approbation du canton concerné et, en cas de validité à l'échelle nationale, par le Conseil fédéral. La LAMal offre également la possibilité de conclure des conventions entre groupements. Les tarifs les plus connus sont le TARMED pour la rémunération des prestations médicales ambulatoires et le SwissDRG, qui est un système de forfaits par cas, pour les séjours stationnaires dans le domaine somatique aigu. Il existe à côté de cela une multitude d'autres conventions tarifaires, par exemple pour les physiothérapeutes, les sages-femmes, etc. A cet égard, le fait que les partenaires tarifaires soient largement libres de leur tarification aussi longtemps qu'un tarif satisfait aux principes d'économicité et d'équité est essentiel.

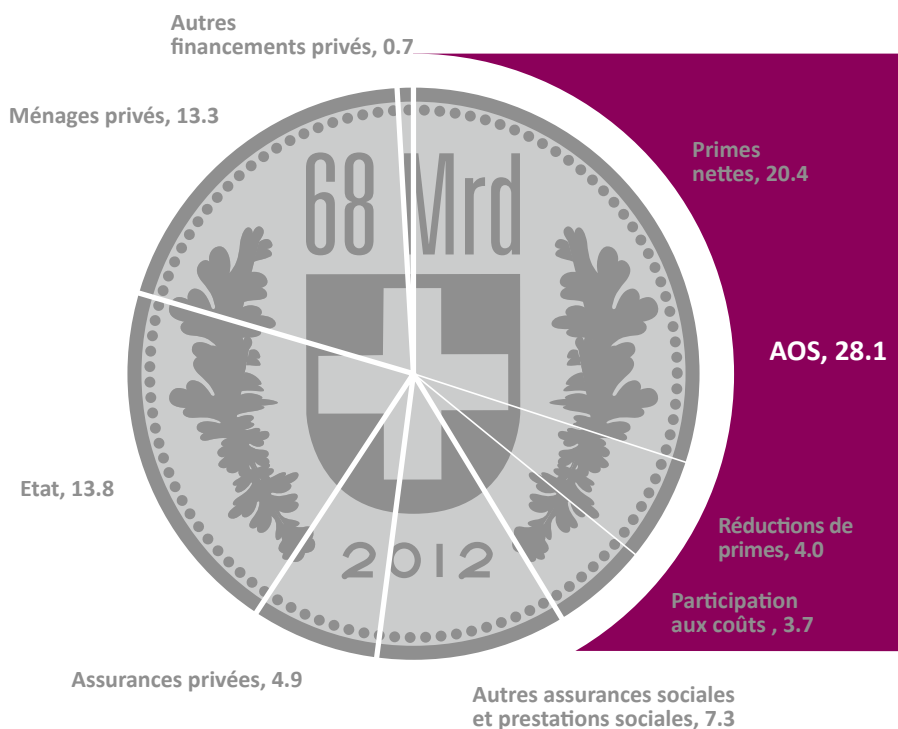
Outre les conventions tarifaires, le prix des prestations LAMal est, dans certains cas, fixé par les autorités compétentes. A cet égard, citons notamment les listes de prix maximum, appliquées aux médicaments (liste des spécialités), aux analyses de laboratoire (liste des analyses) et aux moyens et appareils (LiMA).

## LES FAITS

Avec une part de 10,9% au produit intérieur brut, le secteur de la santé est en Suisse une branche économique importante. En 2012, les coûts se sont élevés au total à 68,0 milliards de francs. La majeure partie d'entre eux – environ 40% – ont été financés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'Etat et les ménages privés en ont assumé 20% chacun. Les autres assurances sociales et les assurances privées se sont partagées les 20% restants.

### Les coûts du système de santé suisse en fonction des sources de financement

2012, en milliards de francs

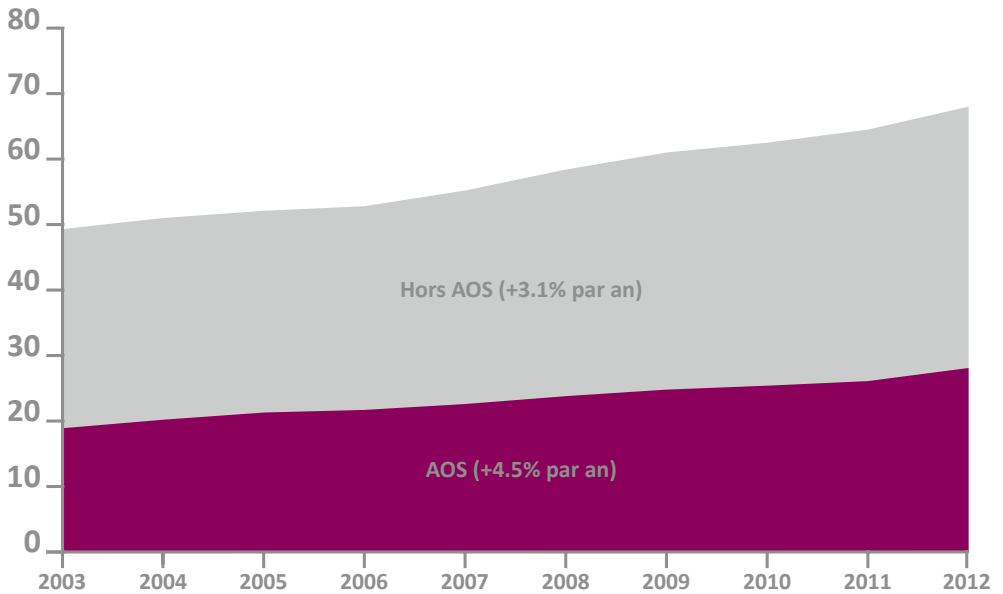


Les coûts de l'AOS sont principalement financés par les primes qui sont encaissées par les assureurs-maladie auprès des assurés. En 2012, ces recettes de primes se sont montées à 20,4 milliards de francs. La Confédération et les cantons ont apporté 4,0 milliards de francs supplémentaires sous forme de réductions de primes. Par ailleurs, les personnes assurées ont participé aux frais de traitement à hauteur de 3,7 milliards de francs (franchises et quotes-parts).

L'ensemble des coûts de la santé a passé entre 2003 et 2012 de 49,3 à 68,0 milliards de francs. Cela correspond à une augmentation de 38,0%, soit une progression annuelle moyenne de 3,6%. L'évolution des coûts des secteurs AOS et hors AOS offrent un tableau similaire, avec un secteur AOS qui, avec en moyenne 4,5% par an, a connu une croissance plus forte que le secteur hors AOS (3,1% par année). Le secteur hors AOS englobe le financement de l'Etat (Confédération, cantons et communes), des ménages privés, des autres assurances sociales et des assurances privées en faveur de l'ensemble des coûts de la santé. L'AOS finance donc la majeure partie de l'ensemble des coûts de la santé en Suisse (cf. le graphique précédent).

## Evolution des coûts dans le secteur de la santé: AOS et hors AOS

2003 – 2012, en milliards de francs

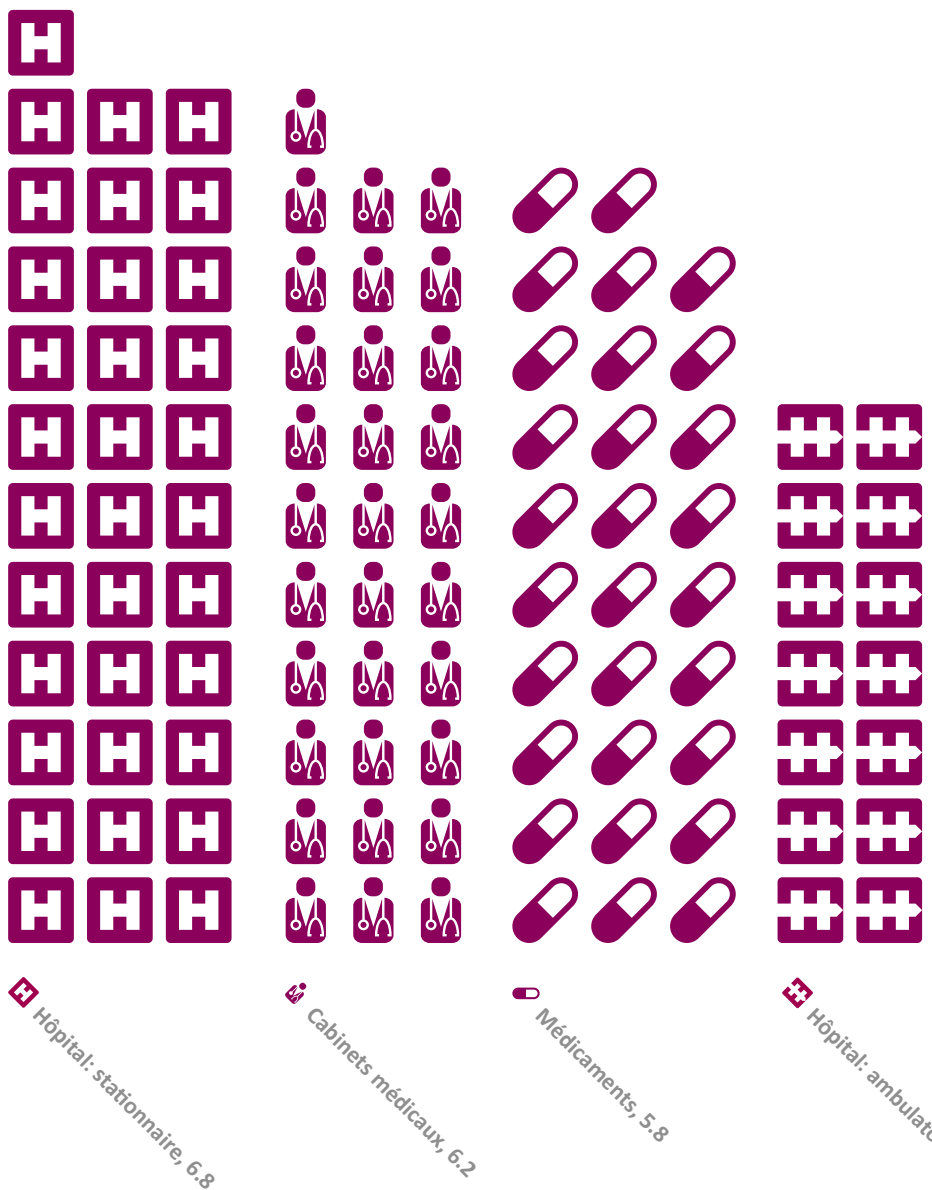


Source: OFS 2014 (T 14.5.3.1), OFSP 2015 (T 9.15)

Quelles prestations médicales sont donc financées par ce biais? Pour répondre à cette question, les groupes de coûts de l'AOS sont présentés ci-après en fonction des différents types de prestations: les prestations hospitalières stationnaires représentent, avec 6,8 milliards de francs en 2013, le plus important bloc de coûts. Viennent ensuite les prestations des médecins travaillant en cabinet médical (6,2 milliards de francs). En troisième position, on trouve avec 5,8 milliards de francs les dépenses pour les médicaments. Ces coûts sont générés par les pharmacies, les cabinets médicaux (propharmacie) et le secteur hospitalier ambulatoire. Après les médicaments suivent les prestations hospitalières ambulatoires, qui se montent à 4,0 milliards de francs. Les autres domaines de prestations tels que les EMS et les laboratoires d'analyse médicale se partagent les 5,0 milliards de francs restants.

# Groupes de coûts AOS par type de prestation

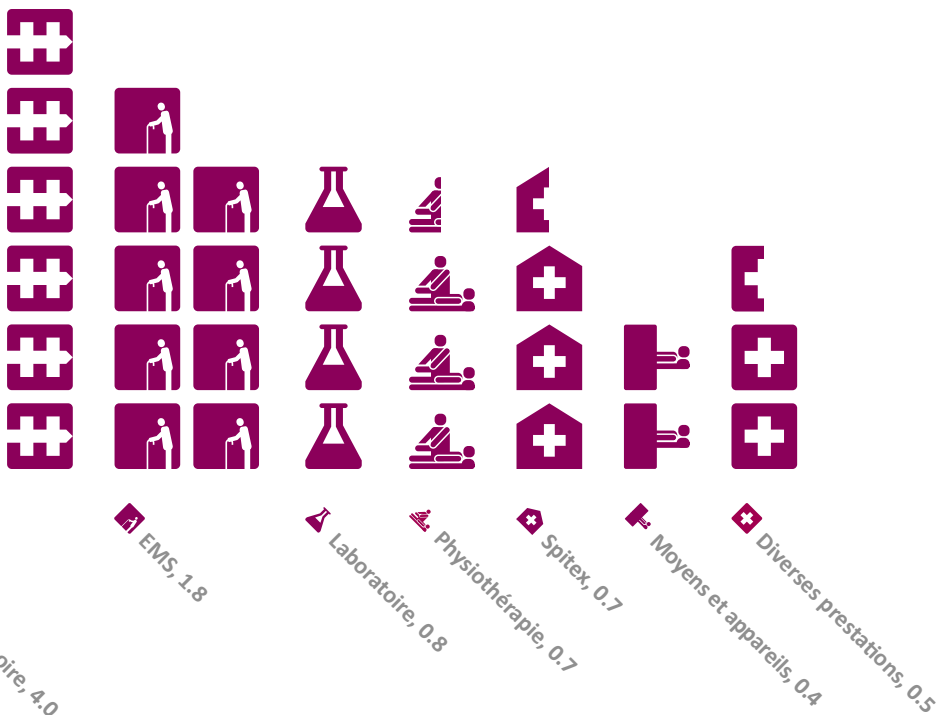
2013, en milliards de francs



Source: OFSP 2015 (T 2.17)



Total  
**27.9**  
 milliards  
 de francs

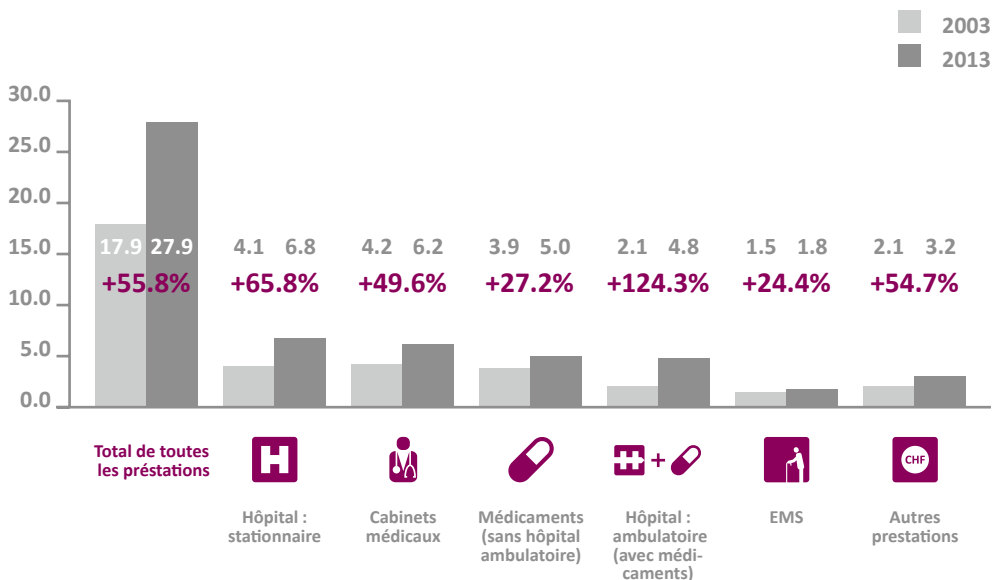


aire, 4.0

Les dépenses pour les prestations AOS ont passé de 17,9 à 27,9 milliards de francs entre 2003 et 2013. Cela correspond à une progression de 55,8% en l'espace d'une décennie. La forte progression des prestations hospitalières ambulatoires est frappante. Elles ont en effet plus que doublé durant cette période, passant de 2,1 à 4,8 milliards de francs. Les domaines de prestations «médicaments» et «EMS» ont par contre enregistré des taux de croissance inférieurs à la moyenne. Avec respectivement 27,2% et 24,4%, ces deux domaines de prestations ont affiché une croissance inférieure aux autres domaines.

## Evolution des types de prestations AOS

2003 – 2013, en milliards de francs

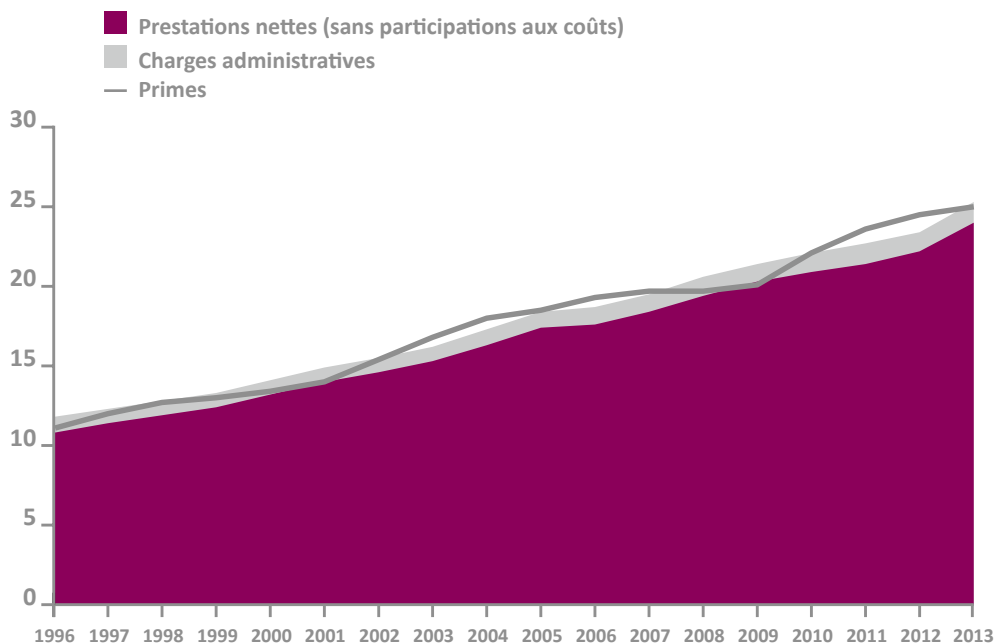


Les prestations AOS sont financées par les primes des assurés et les participations aux coûts des patientes et des patients traités. Les primes d'assurance-maladie doivent à cet égard couvrir les prestations nettes (total des prestations AOS sans participations aux coûts) ainsi que les charges administratives des assureurs-maladie. Comme les primes sont fixées au printemps de l'année précédente alors que les prestations AOS effectives ne sont fournies que l'année suivante, il existe logiquement d'année en année des différences entre les recettes de primes et les prestations payées. Sur plusieurs années, celles-ci s'équilibrent toutefois à nouveau.

Le graphique ci-après compare au niveau suisse les coûts AOS payés par les assureurs-maladie (prestations nettes et charges administratives) avec les recettes de primes (y compris les réductions de primes) depuis l'introduction de l'AOS en 1996. Nous remarquons que les coûts et les primes s'équilibrent.

## Primes et coûts dans l'AOS

1996 – 2013, en milliards de francs



Source: OFSP 2007, 2015 (T 1.01)

Les prestations nettes ont dans leur ensemble plus que doublé entre 1996 et 2013, passant de 10,8 à 24,0 milliards de francs. Compte tenu de la croissance de la population, la progression des prestations nettes par personne assurée est légèrement inférieure (1996: 1491 francs; 2013: 2987 francs). Parallèlement à cela, les primes d'assurance-maladie ont également plus que doublé, passant au total de 11,1 à 25,0 milliards. L'évolution générale du renchérissement a été en comparaison nettement inférieure: l'indice suisse des prix à la consommation affiche entre 1996 et 2013 un renchérissement de 11,4%.

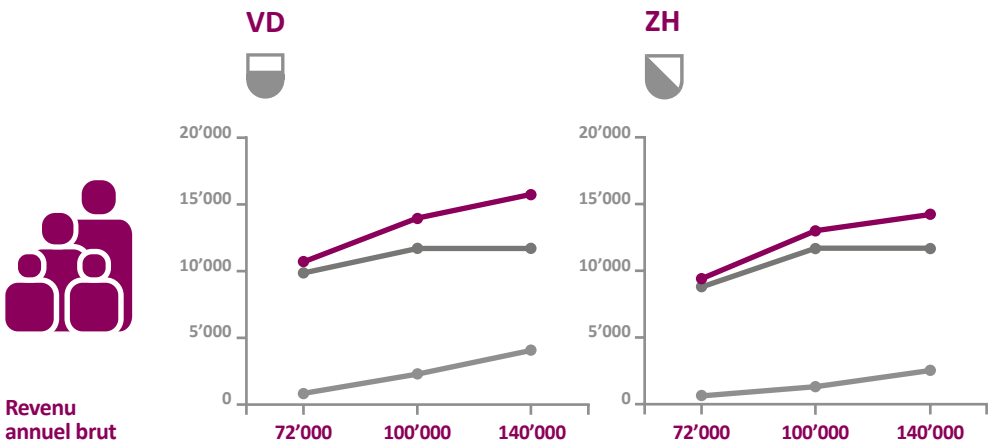
Contrairement aux prestations nettes et aux primes, les coûts engendrés par les charges administratives des assureurs AOS durant l'ensemble de cette période n'ont que modérément augmenté, passant de 960 millions de francs en 1996 à 1263 millions de francs en 2013. La part des charges administratives en rapport aux coûts AOS a par conséquent diminué constamment. Alors qu'elle se montait encore à 8,2% en 1996, elle n'était plus que de 5,0% en 2013.

Comme indiqué précédemment, le total des dépenses en matière d'AOS est principalement financé au moyen des recettes de primes. Par le biais des participations aux coûts, les patientes et les patients paient toutefois également une partie eux-mêmes. L'Etat participe aux coûts globaux par le biais des recettes fiscales, notamment en réduisant les primes et en participant au financement des prestations hospitalières ambulatoires. La charge financière totale au titre de l'assurance obligatoire des soins peut donc se révéler très différente d'un ménage à l'autre. C'est ce que montre une étude réalisée sur mandat de l'Observatoire suisse de la santé mettant en évidence des différences non seulement entre les cantons, mais également au sein de ceux-ci (Bieri & Köchli, 2013).

Le graphique suivant montre, à l'exemple d'une famille avec deux enfants, la charge financière globale moyenne en matière d'AOS dans les cantons de Vaud et de Zurich. Trois catégories de revenu différentes sont prises en considération. La charge représentée par les primes (déduction faite des éventuelles réductions de primes), la part d'impôt allant au système de santé ainsi que la prime annuelle moyenne de l'AOS dans les cantons respectifs sont calculées. Ces trois éléments représentent ensemble les coûts globaux AOS. Les participations aux coûts (franchise et quote-part) ne sont par contre pas prises en compte et s'ajoutent encore à l'ensemble de ces dépenses.

### Charge annuelle moyenne en matière d'AOS pour une famille avec deux enfants, en fonction du revenu annuel brut (sans participations aux coûts)

2012, Canton de Vaud et Canton de Zurich, en francs



Revenu annuel brut

	VD			ZH		
Charge des primes	9'855	11'692	11'692	8'786	11'690	11'690
Part d'impôt pour le système de santé	832	2'277	4'059	622	1'312	2'519
<b>Coûts globaux AOS</b>	<b>10'687</b>	<b>13'969</b>	<b>15'751</b>	<b>9'408</b>	<b>13'002</b>	<b>14'209</b>

Dans les deux cantons, la prime annuelle moyenne en matière d'AOS pour une famille avec deux enfants atteint en 2012 pratiquement le même montant (VD: 11'692 francs; ZH: 11'690 francs). La charge totale (y compris la part d'impôt) pour les familles avec un revenu annuel brut de 72 000 francs se situe toutefois en-dessous de la prime annuelle cantonale moyenne en matière d'AOS. La différence est ici comblée au moyen des réductions de primes financées par les impôts. Dans le canton de Zurich, cette différence est plus élevée que dans le canton de Vaud.

Les familles avec un revenu brut annuel entre 100'000 et 140'000 francs ne reçoivent par contre plus de réductions de primes. La charge effective représentée par les primes est dans ces cas aussi importante que les primes cantonales moyennes AOS. Par ailleurs, ces familles financent le système de santé par le biais d'une part d'impôt qui croît progressivement en fonction de l'augmentation du revenu. Pour les trois catégories de revenu, la charge totale AOS est plus élevée dans le canton de Vaud que dans le canton de Zurich, la différence étant due, compte tenu de primes moyennes AOS de même niveau, exclusivement à la différence de la charge fiscale. D'autres cantons se distinguent à cet égard tant au niveau de la charge fiscale que de la prime moyenne AOS.

Ces différences cantonales au niveau des coûts sont dues à différents facteurs tels que la structure d'âge, la densité de population ou l'offre de prestations, par exemple la densité de médecins (Crivelli et al., 2006; Reich et al., 2012; Camenzind & Sturny, 2013). La progression des coûts observée dans tous les cantons ces années passées s'explique principalement par l'augmentation quantitative générale des prestations médicales. Les prix, respectivement les tarifs pour les prestations médicales, qui n'ont pas augmenté plus fortement que l'indice suisse des prix à la consommation, ne jouent dans ce contexte qu'un rôle secondaire (Schleiniger & Blöchliger, 2012).

## CE QUI COMPTE, C'EST LA VUE D'ENSEMBLE

---

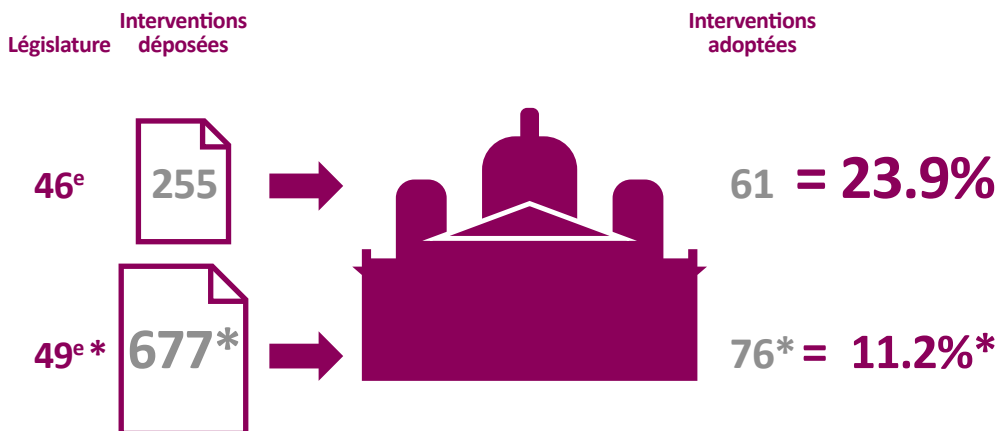
Au cours de la législature qui s'achève, le Parlement s'est occupé de manière intensive et à divers titres du système de santé. Une véritable avalanche d'interventions parlementaires, visant toutes à améliorer le système ou à minimiser les fausses incitations, ont été déposées. C'est ce que démontre l'infographie ci-dessous. Malheureusement, il convient de constater que souvent, la vue d'ensemble s'est perdue en chemin.

La révision de loi la plus importante relative au fonctionnement de l'assurance-maladie a porté sur l'ajustement de la compensation des risques, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Presque 90% des interventions concernant la politique de santé ont été rejetées. Voilà qui soulève indéniablement la question de savoir si «moins ne serait pas plus».

### Nombre d'interventions parlementaires en matière de politique de santé

(Initiatives parlementaires, initiatives cantonales, motions, postulats, interpellations)



\*Etat juin 2015

Source: [www.parlement.ch](http://www.parlement.ch)



# BESOINS DE RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE ET DU SYSTÈME DE SANTÉ

---

L'évolution démographique et les progrès de la technique médicale posent de grands défis non seulement à l'assurance-maladie, mais aussi au système de santé dans son ensemble. Il s'agira d'une part de couvrir la demande croissante en prestations de santé due au vieillissement de la population, de favoriser le progrès médical en matière de soins et, d'autre part, d'en assurer le financement à long terme. A cet égard, l'assurance-maladie a un rôle important en ce qui concerne le pilotage du système, car il ne saurait être question de réduire les coûts à court terme. Il faut davantage garantir le développement du système à long terme. Il s'ensuit que les réformes partielles suivantes sont indispensables:

## **Financement moniste**

Actuellement, l'approvisionnement en soins est financé par un grand nombre d'intervenants (assurances-maladie, cantons, communes, etc.) ayant des intérêts fort différents et assumant des rôles multiples (achat de prestations, prestataire, régulateur). Un financement moniste, en d'autres termes le financement d'un seul tenant des prestations ambulatoires et stationnaires fournies, de même que des investissements, favoriserait grandement la souplesse du pilotage du système dans l'intérêt des assurés.

## **Soins intégrés**

De nos jours, le traitement d'un patient est de moins en moins constitué d'épisodes isolés de soins ambulatoires ou stationnaires. La plupart du temps, plusieurs médecins, thérapeutes, services et institutions sont impliqués à long terme. L'efficacité du traitement passe par la coordination des divers intervenants. Il faut tout d'abord disposer d'un dossier électronique du patient, puis d'incitatifs visant à adopter une approche coordonnée. Ces incitatifs peuvent être proposés par les assureurs-maladie par le biais d'une modification du système de financement, et ce, dans l'intérêt des assurés.

## **Qualité des prestations et efficacité**

Dans les systèmes tarifaires actuels (Tarmed et DRG), les prestations fournies sont en grande partie indemnisées sans considérer la qualité et les effets obtenus auprès du patient. Un certain nombre de démarches et d'approches visent à inclure dans l'indemnisation des prestations non seulement l'output mais aussi l'outcome, voire l'état de santé d'une population définie. Les assureurs-maladie doivent soutenir de tels modèles dans l'intérêt d'un développement durable du système de santé.

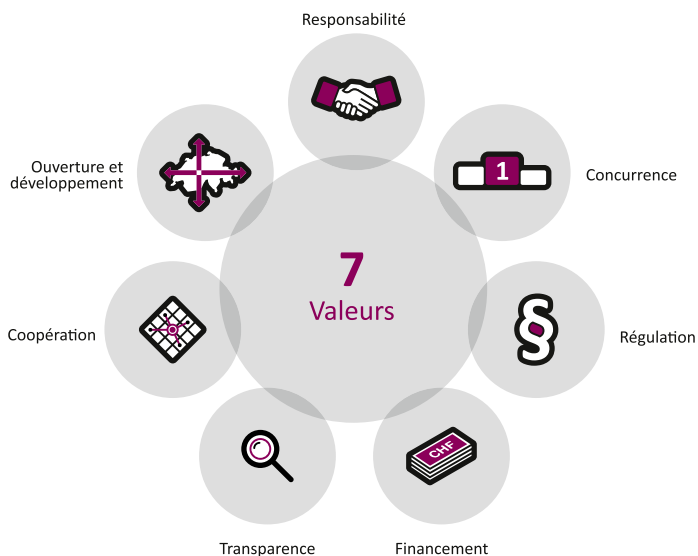
## ASSUMER SES RESPONSABILITÉS, CRÉER LA CONFIANCE

---

curafutura s'engage pour un système de santé concurrentiel et solidaire; ce dans le respect des espaces de liberté et de la liberté de choix nécessaires. L'objectif de notre association faitière est d'assumer notre responsabilité sociopolitique en matière d'économicité et d'approvisionnement optimal en soins médicaux.

curafutura est un interlocuteur compétent pour les fournisseurs de prestations, les organismes et les instances politiques ainsi que les organisations de patients et de consommateurs. Il s'agit de corriger les insuffisances du système actuel en se focalisant sur l'innovation et la coopération, et ce, sans en mettre les acquis en péril.

Dans sa charte, curafutura se prononce en faveur de la concurrence dans le système de santé suisse en tant que base de la qualité et de l'innovation. curafutura accorde aussi une grande importance à la régulation modérée du système, en harmonie avec une gouvernance efficace et un financement durable. Enfin, elle mise sur un partenariat tarifaire fort avec les fournisseurs de prestations, afin de garantir la qualité et l'efficacité des soins médicaux.





## LITTÉRATURE & SOURCES

---

- OFSP (2007).** *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2006.* Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2015).** *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2013.* Berne, Office fédéral de la santé publique.
- OFS (2014).** *Financement du système de santé selon le régime de financement.* Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Bieri, O. & Köchli, H. (2013).** *Regionale Unterschiede bei der Belastung durch die obligatorischen Gesundheitsausgaben. OKP-Prämien, Prämienverbilligungen und Steueranteile für das Gesundheitswesen im kantonalen und kommunalen Vergleich (Obsan, dossier 25).* Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (publication en allemand, avec résumé en français).
- Camenzind, P. & Sturny, I. (2013).** *Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz. Analyse kantonaler Unterschiede und möglich Erklärungsfaktoren (Obsan Bericht 59).* Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (publication en allemand, avec résumé en français).
- Crivelli, L., Filippini, M. & Mosca, I. (2006).** *Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons.* Health Economics, 15(5): 535-541.
- Reich, O., Weins, C., Schusterschitz, C. & Thöni, M. (2012).** *Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence.* European Journal of Health Economics, 13(2): 193-202.
- Schleiniger, R. & Blöchlinger, J. (2012).** *Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010.* Winterthur, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Fachstelle für Wirtschaftspolitik.







Gutenbergstrasse 14  
CH-3011 Berne  
+ 41 31 310 01 80  
[info@curafutura.ch](mailto:info@curafutura.ch)  
[www.curafutura.ch](http://www.curafutura.ch)