

**Assurance obligatoire des soins (AOS).** Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, c'est le nom de la couverture précédemment appelée assurance de base. L'AOS est obligatoire. Une caisse maladie ne peut pas refuser l'affiliation d'une personne en faisant la demande, même si, dans les faits, les pratiques de sélection des risques sont monnaie courante. La prime est indépendante de l'âge (sauf pour les enfants et jeunes adultes), du sexe et de l'état de santé. Elle est également indépendante du revenu (prime par tête), ce qui fait que le financement de l'AOS a un caractère régressif (plus le revenu est élevé, plus la prime en représente une part proportionnellement moindre). L'AOS est gérée essentiellement par des caisses maladie qui, selon l'art. 12 de la LAMal, sont des personnes juridiques sans but lucratif. L'AOS prend en charge un catalogue de prestations défini par la LAMal et ses diverses ordonnances. En 2004, l'AOS a couvert un tiers du total des dépenses de santé en Suisse (17,4 sur 51,6 milliards de fr. ; OFS, *Coût et financement du système de santé en 2004*, Neuchâtel, 2006).

**Assurances complémentaires (privées).** Elles sont proposées par des caisses maladie ou par des assurances privées. Ce secteur est régi par la loi sur le contrat d'assurance (LCA), contrairement à l'AOS qui relève du droit des assurances sociales. Les assureurs peuvent donc offrir une multitude de « produits », moduler les primes en fonction des caractéristiques personnelles des assurés, mettre des réserves, refuser l'affiliation. En 2004, les assurances privées ont financé 8,7 % (4,5 milliards de fr.) des dépenses de santé, contre 11,1 % en 1985. Les caisses maladie contrôlent environ un quart de ce marché, les assurances privées trois quarts. La part de ces dernières n'a cessé de croître depuis l'entrée en vigueur de la LAMal.

**Participation aux coûts.** La LAMal prévoit que les assurés paient, en plus de leur prime, une participation

aux coûts. Celle-ci prend principalement deux formes. Premièrement, la **franchise**: elle correspond à la première tranche des dépenses de santé qui n'est pas remboursée. Son montant minimum est actuellement de 300 fr., maximum de 2500 fr. (il n'y a pas de franchise obligatoire pour les enfants). Ce système introduit d'importantes inégalités: entre personnes en bonne santé et malades, entre les personnes ayant un budget très serré (et ne pouvant pas prendre le risque d'une franchise élevée) et les autres. Il introduit un coin supplémentaire dans la solidarité entre assurés. A cela s'ajoute la **quote-part**, qui est une participation aux coûts dépassant la franchise. Son montant actuel est de 10 %, plafonné à 700 fr. par année (la moitié pour les enfants). La quote-part, comme la franchise et les primes de l'AOS, a un caractère régressif. Elle pèse davantage sur les bas revenus et sur le budget des personnes ayant des problèmes de santé, particulièrement de celles souffrant de maladies chroniques. En 2004, la participation aux frais de l'AOS a représenté une charge de plus de 2,8 milliards de fr. pour les ménages (5,5 % des dépenses de santé).

**Out of pocket.** On désigne par ce terme les dépenses de santé faites directement par les ménages pour des prestations qui ne sont remboursées ni par l'AOS ni par les assurances privées. Elles s'ajoutent aux participations prévues dans ces deux régimes. En 2004, les dépenses « out of pocket » des ménages ont représenté 26,3 % du total des dépenses de santé (13,6 milliards de fr.)

**Financement moniste.** « Dans un système moniste, les assureurs assument la totalité des coûts. Le subventionnement cantonal actuel serait reporté sur les assurés. L'étendue des subventions cantonales serait définie en pourcentage du coût de l'assurance de base, pour empêcher que des cantons se retirent du financement. Les assureurs financeraient la totalité de la chaîne de traitement. Ils auraient intérêt à dévelop-

per des réseaux de soins. » (Stefan Spycher in « Politique de la santé et des assurances maladie en Suisse, un état des lieux », rapport établi en septembre 2004 à l'intention de l'USS). Autant dire: le système moniste signifie la fin définitive du service public dans le secteur de la santé.

**Managed care.** La LAMal prévoit que « *l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses* », l'assureur ne prenant en charge que « *les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs* » (art. 41, al. 3). C'est le principe du managed care, en français des réseaux de soins intégrés. Dans son message du 15 septembre 2004, le Conseil fédéral en fait la présentation suivante: « *Les [Health Maintenance Organizations] sont des cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employés et perçoivent un salaire fixe; les médecins responsables sont en outre intéressés aux résultats. Dans les modèles du médecin de famille, la personne assurée choisit un médecin de famille dans une liste établie par l'assureur. Dans les deux modèles, il faut toujours consulter en premier (hormis en cas d'urgence) le HMO ou le médecin de famille choisi, qui fonctionne comme "gatekeeper". Dans les modèles d'assurance comportant une liste de médecins (Preferred-Provider-Organization, PPO), les assurés choisissent les fournisseurs de prestations dans une liste qui est adaptée tous les ans par l'assureur-maladie et qui contient uniquement les noms des médecins dont les coûts se situent dans la moyenne par rapport à ceux des spécialistes du même domaine dans le canton. Dans ce modèle, il n'existe pas de "gatekeeping" et les fournisseurs de prestations n'ont pas la responsabilité financière; ils sont rémunérés à la prestation.* » Sur le fonctionnement et les effets de ces dispositifs, cf pp. 32 et 35.