

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 35 (1998)
Heft: 1341

Artikel: Pour ne pas prêter qu'aux jeunes et aux riches
Autor: Imhof, Pierre
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1010064>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pour ne pas prêter qu'aux jeunes et aux riches

Une première analyse des effets des systèmes de franchise, de bonus et de HMO permet d'évaluer les économies possibles – et devrait guider la révision de la LAMal.

LA SUISSE CONNAÎT depuis 1989 de nouveaux modèles d'assurance maladie, introduits d'abord à titre provisoire, puis confirmés par la nouvelle loi (LAMal). Il s'agit des systèmes de franchise, de bonus et de HMO ou réseaux de soins. L'Office fédéral des assurances sociales devait se livrer à une étude scientifique sur ces assurances alternatives. Ses résultats sont connus... pour la période allant de 1991 à 1994. C'est dire s'ils doivent être traités avec prudence: ils sont non seulement vieux de plusieurs années, mais ils se rapportent de plus aux premières années de fonctionnement.

Franchises et bons risques

Le point fort qui se dégage est que ces systèmes permettent de réelles économies: elles sont estimées entre 30 et 40% pour les bonus et les franchises les plus élevés et entre 30 et 35% pour les HMO. Il faut savoir cependant que ces systèmes attirent principalement les «bons risques», soit plutôt des hommes jeunes ne souffrant pas de maladies. En outre, on ne sait pas quelle part des économies est prise en charge par les assurés eux-mêmes dans le cadre de leur franchise annuelle.

Les assureurs maladie prétendent, sur la base de cette étude, que la solidarité est garantie même avec ces systèmes alternatifs: le rabais accordé aux assurés est en effet inférieur au montant épargné sur les coûts. En d'autres termes, le

groupe d'assurés avec une franchise élevée ou participant à un réseau de soins «subventionné» le reste des assurés.

Cette affirmation doit être pondérée s'agissant des franchises: l'étude montre clairement que non seulement ce sont les «bons risques» qui y recourent, donc des personnes peu susceptibles d'être malades, mais en plus que ce sont essentiellement des personnes de condition économique aisée. Ce système est donc clairement une entorse à la solidarité, les jeunes riches en bonne santé pouvant bénéficier de réductions de primes dont profitent beaucoup moins les autres groupes d'assurés. On sait par ailleurs que des personnes ayant des franchises élevées renoncent à des traitements nécessaires par souci d'économie.

Économies pour tous

Ces critiques ne concernent pas les HMO, système complété désormais par le «médecin de famille» – l'assuré s'engageant à passer obligatoirement, hors cas d'urgence et exceptions, par un médecin qu'il aura choisi sur une liste agréée par l'assurance avant toute autre consultation. Non seulement ces systèmes génèrent des économies comparables à celles imputables aux franchises, mais ils sont dans les faits accessibles à tous les groupes d'assurés, sans diminuer la qualité des soins. Des enquêtes montrent que l'état de santé tant subjectif qu'objectif est sensible-

ment le même pour les patients «traditionnels» et ceux assurés en HMO.

Sur les économies à attendre de ces systèmes d'assurance, les HMO sont également plus intéressants que les franchises. Moins de 15% des assurés provoquent la moitié des coûts; pour eux, une franchise ou un bonus ne sont pas intéressants. L'économie de 30 à 40% constatée sur ce modèle ne pourra donc jamais s'appliquer à l'entier des assurés. Cette restriction ne s'applique pas aux assurances HMO et médecin de famille; on peut adhérer à ce système quelle que soit sa santé ou l'état de ses finances. Quant à l'économie réalisée, elle provient d'une meilleure organisation du système de soins, et non pas du renoncement à des soins par l'assuré ou à leur prise en charge sans passer par l'assurance, comme c'est le cas pour la franchise.

Une révision de la LAMal est annoncée. Elle doit sérieusement envisager une suppression ou une modification du système des franchises, en les modulant par exemple en fonction du revenu (avec cependant toutes les difficultés liées à la détermination du revenu à prendre en compte). Elle doit aussi davantage encourager les réseaux de soins et médecins de famille, par exemple en supprimant la limite de réduction de prime, actuellement fixée à 20%, pour ce type d'assurance. *pi*

CAMS, *Actuel*, n° 3, mars 1998

Systèmes alternatifs d'assurance

LE SYSTÈME DU bonus prévoit de récompenser l'assuré qui consomme peu de prestations en lui accordant une réduction de prime, un peu comme dans les assurances responsabilité civile pour voitures. Une éventuelle majoration de prime est toutefois limitée à 10%.

La franchise est le système le plus connu: l'assuré prend en charge ses frais de soins jusqu'à une somme déterminée, l'assurance n'intervenant qu'au-delà. Les franchises autorisées, ainsi que les réductions de prime maximum auxquelles elles donnent droit (20%), sont fixées par la Confédération.

Les HMO, réseaux de soins et système du médecin de famille sont basés sur le même principe: l'assuré renonce à sa totale liberté de choix du médecin. Il s'engage à consulter un médecin agréé par son assurance ou à passer obligatoirement par un médecin qu'il aura choisi parmi ceux participant au système avant toute autre consultation.

En chiffres

LES SUISSES ONT dépensé 35 milliards de francs pour la santé en 1995. Cette somme représente 9,7% du produit intérieur brut, contre 8,1% il y a dix ans.

L'assurance maladie finance ces dépenses à raison de 45,4%; si l'on ajoute la part des dépenses directes des ménages (26,1%), on peut dire que ces derniers paient plus de 7 francs de dépenses de santé sur 10, sans aucune péréquation entre les revenus. Cela représente 25 milliards – un peu moins que le rendement annuel de la TVA.