Zeitschrift: Générations : aînés
Herausgeber: Société coopérative générations
Band: 35 (2005)
Heft: 10

Artikel: Aussrance Maladie : pourquoi les primes prennent-elles l'ascenseur?
Autor: Zirilli, Anne
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-826142

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

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

ASSURANCE MALADIE

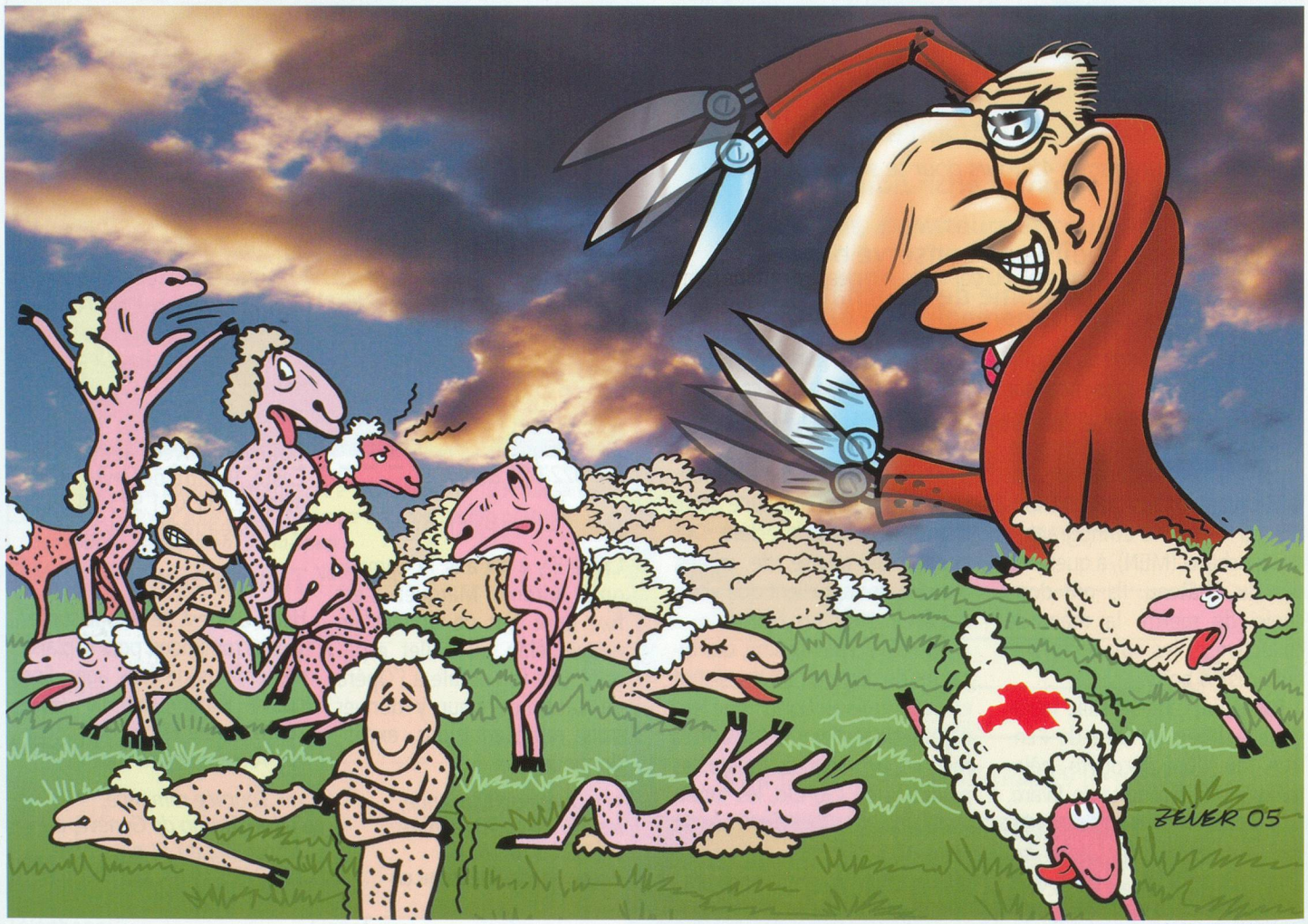
Pourquoi les primes prennent-elles l'ascenseur?

Chaque année, les primes d'assurance maladie augmentent, inexorablement. Chaque année, on rouspète et puis on paie, en se demandant jusqu'où cela nous mènera. La LAMal s'était donné pour mission la maîtrise des coûts. Pourquoi n'a-t-elle pas tenu promesse?

C'est indéniable, la médecine coûte cher. De plus en plus cher. En dix ans, la prime moyenne de l'assurance maladie de base a augmenté de 68%, en parallèle avec les coûts, soit dix fois plus que le coût de la vie. La franchise obligatoire a doublé, elle aussi. Et voici qu'on nous annonce une nouvelle augmentation, entre 4 et 6%, due à l'explosion des frais hospitaliers. Tous les pays occidentaux affrontent le même problème, mais la Suisse est, derrière les Etats-Unis, celui qui dépense le plus au monde pour sa santé.

Tous coupables! A commencer par les assurés qui consultent trop souvent, parce que les médecins les y encouragent. Les hôpitaux suréquipés qui veulent tout faire à la fois, les caisses maladie qui thésaurisent des milliards, l'industrie pharmaceutique qui ne pense qu'au profit... Et, au-dessus de tout cela, la LAMal, la loi sur l'assurance maladie entrée en vigueur le 1er janvier 1996, qui semble avoir échoué dans sa mission.

Entre réussite et faillite. La LAMal s'était fixé trois objectifs: accroître la solidarité, garantir à tous une médecine de qualité



Dessins Urs Zeier

et maîtriser les coûts. Les deux premiers sont atteints dans une large mesure. Auparavant, les femmes payaient des primes plus élevées que les hommes. Les cotisations augmentaient avec l'âge. Les malades se voyaient imposer des réserves, certains traitements ne leur étaient pas remboursés. En rendant l'assurance maladie obligatoire, la LAMal a supprimé ces inégalités et mis à notre disposition un généreux catalogue de prestations qui s'adapte en permanence aux progrès de la médecine. Malheureusement, elle n'a pas ajusté les primes sur les revenus et sur la situation familiale.

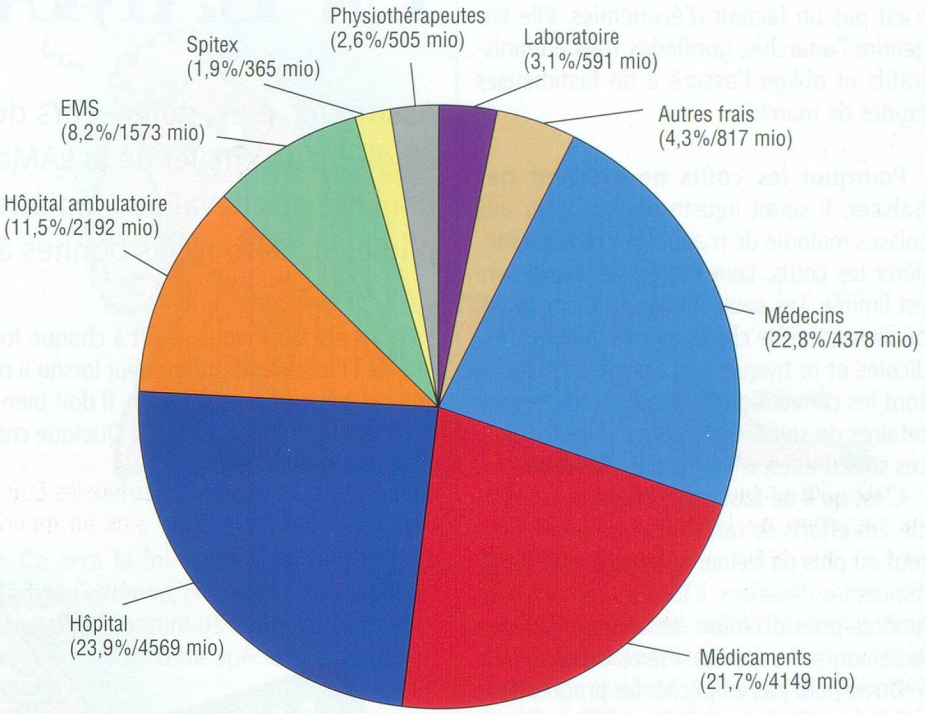
Le troisième objectif, quant à lui, est loin d'être réalisé. Les instruments prévus pour modérer les coûts sont boiteux. Et la concurrence acharnée que se livrent les caisses ne favorise en rien les économies.

L'échec des hautes franchises et des réseaux. Ces diverses formes d'assurance visaient à abaisser les coûts. Un assuré qui choisit une haute franchise va hésiter à consulter, sachant qu'il doit payer les premières factures de sa poche. Celui qui s'affilie à un réseau de médecins de famille ou à une HMO (cabinet médical collectif) contribue lui aussi aux économies en s'interdisant de consulter des spécialistes sans l'accord de son généraliste.

En échange de ces sacrifices, les assurés bénéficient d'une réduction de prime. Mais les rabais accordés par les réseaux (5 à 10%) et les HMO (15% en général) sont si minimes que l'assuré préfère, s'il veut voir baisser sa prime, choisir une caisse maladie moins chère. Raison pour laquelle ces modèles ne regroupent que 7% d'assurés. Le chiffre est encore plus bas en Suisse romande.

La caisse maladie n'a pas grand intérêt non plus à proposer ces formules, quand bien même certaines études font apparaître une réduction de coûts de l'ordre de 10% pour les réseaux, de 25 à 40% pour les HMO. En réalité, ces chiffres sont trompeurs, car ces formes d'assurance attirent une majorité de «bons risques», c'est-à-dire d'assurés jeunes et bien-portants. S'ils tombent malades, ils renoncent à leur franchise en fin d'année ou quittent la HMO pour rejoindre l'assurance de base. C'est à l'évidence même une population qui ne coûte pas cher, quelle que soit la forme d'assurance choisie: les économies enregistrées sont donc en bonne partie fictives. Pour que ces modèles permettent effectivement d'abaisser les coûts, il faudrait que les assurés s'engagent pour plus longtemps.

Répartition des coûts en 2004



Le système hospitalier, EMS compris, représente une part plus ou moins égale à celle de la médecine privée, si on englobe les médicaments et traitements de physiothérapie.
Depuis 1996, la part des médicaments dans les coûts a augmenté de 77%, celles des établissements hospitaliers et des EMS de 56% et de la médecine privée de 25%.

La concurrence entre caisses ne sert à rien. La LAMal partait du principe que les assurés allaient opter pour les caisses les meilleur marché. Or la proportion d'assurés qui changent de caisse maladie dans l'année est infime: entre 3 et 4%. La plupart hésitent, rebutés par les fastidieuses comparaisons de primes qui les attendent en automne. C'est regrettable, puisque le meilleur moyen de réduire sa prime est de choisir une caisse bon marché. Mais finalement cela vaut mieux. Car ce va-et-vient entre les caisses ne favorise guère les moins chères. Ce serait plutôt le contraire...

Rien de plus affolant pour un directeur de caisse que de voir affluer des dizaines de milliers d'assurés d'un coup. Cela l'oblige à recruter du personnel et à augmenter les primes pour reconstituer les réserves financières imposées par la loi. Résultat: la caisse

Quatre mesures-chocs

- Depuis 2002 et jusqu'en 2008, les médecins, sauf dérogation, n'ont pas le droit d'ouvrir un nouveau cabinet, ils ne peuvent que reprendre celui d'un confrère ou, si ce dernier n'a pas réussi à remettre, en ouvrir un ailleurs.
- Depuis 2001, les pharmaciens ne sont plus payés en pourcentage du chiffre d'affaires mais en fonction des conseils qu'ils dispensent. Ils n'ont donc plus intérêt à vendre des médicaments hors de prix, ils peuvent prescrire des génériques.
- La planification hospitalière progresse cahin-caha depuis une dizaine d'années. Des hôpitaux de soins aigus se transforment en centres de réadaptation ou en EMS ou tentent péniblement de se répartir les tâches médicales.
- Dans certains cantons, le forfait par pathologie commence à remplacer le forfait journalier. Peu importe que le patient soit hospitalisé trois jours ou trois semaines, la facture est identique. Objectif: raccourcir la durée du séjour hospitalier et accroître le contrôle sur les hôpitaux.

bon marché devient chère... voire très chère. C'est dire que la guéguerre à laquelle se livrent les 90 caisses coexistant en Suisse n'est pas un facteur d'économies. Elle engendre l'anarchie, gonfle les frais administratifs et oblige l'assuré à de fastidieuses études de marché.

Pourquoi les coûts ne peuvent pas baisser. Il serait injuste de reprocher aux caisses maladie de n'avoir pas réussi à modérer les coûts. Leur marge de manœuvre est limitée. Les seuls moyens à disposition, outre le contrôle chicanier des factures médicales et la traque aux assurés fraudeurs, sont les conventions passées avec les prestataires de soins. Ces mesures, aussi efficaces soient-elles, n'ont qu'un effet limité.

C'est qu'il ne faut pas s'attendre au miracle. Les efforts de rationalisation permettent tout au plus de freiner la hausse, non de diminuer les dépenses. «Tous les ressorts sont montés pour accroître les coûts», explique le démographe médical Pierre Gilliand.

On ne peut pas empêcher les progrès de la médecine ni les gens d'en profiter. A l'heure actuelle, on ne se laisse plus mourir du diabète et on fait des dialyses lorsque cela s'avère nécessaire. On demande une prothèse de la hanche plutôt que d'acheter une chaise roulante. On se fait ponter pour éviter l'infarctus. Tout cela coûte cher et, demain, de nouveaux traitements seront proposés, qui viendront encore grossir les dépenses.

Le vieillissement de la population est, lui aussi, inéluctable. Dans vingt-cinq ans, le pourcentage des plus de 80 ans aura doublé, pour atteindre 8% de la population. Or le coût par assuré croît avec l'âge de manière très importante. Les plus de 65 ans, qui représentent 15 % de la population, occasionnent déjà la moitié des dépenses de l'assurance maladie de base, tous frais hospitaliers compris. Enfin, les hôpitaux sont de plus en plus gourmands en personnel. Avec quatre à cinq employés par malade, les salaires représentent 75% des coûts. La complexité grandissante des soins, le développement des EMS exigeront un élargissement des effectifs et une hausse des salaires pour parer à la pénurie.

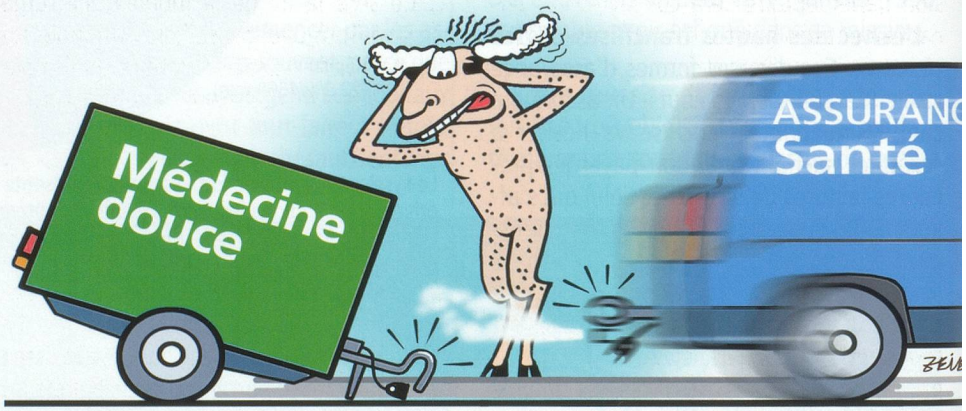
Conclusion: «La seule façon de faire baisser les coûts serait d'accepter d'être moins bien soigné ou ne plus soigner les gens à partir d'un certain âge», commente Pierre Gilliand. Cela s'appelle «rationnement des soins». Est-ce vraiment ce que l'on veut?

Anne Zirilli

LA LAMAL AUX SOINS

Assureurs, élus, défenseurs des assurés, les acteurs de la santé s'agitent au chevet de la LAMal et chacun y va de sa médication. Remède de cheval ou emplâtre sur jambe de bois, toutes les pilules ne seront pas bonnes à avaler.

«Mais, bon sang! se dit à chaque fois l'assuré-consommateur lorsqu'il reçoit ses hausses de cotisation, il doit bien y avoir quelque chose à faire!» Quelque chose, oui, mais imaginer que les primes diminueront un jour semble désormais illusoire, si l'on veut conserver une même qualité de soins. «L'objectif est de maîtriser les co-



VIEILLESSE PÉNALISÉE

Interrogé sur les projets de révision de la LAMal visant plus particulièrement les aînés, **Gaston Sauterel, président de la Fédération suisse des retraités,** réagit: «Il ne fait pas bon devenir vieux, le vieillissement de la population est perçu comme un facteur de coût alors que durant ces années supplémentaires, les aînés avec leur rente et leur retraite restent des consommateurs, des contribuables et des assurés qui paient aussi des primes de plus en plus lourdes.

Le tiers des coûts des soins est engendré durant les six derniers mois de la vie, mais un grand nombre de personnes âgées s'en vont d'une mort subite et coûtent par conséquent moins cher qu'un malheureux jeune atteint du sida ou d'un cancer. Les personnes âgées ne demandent pas d'acharnement thérapeutique mais des soins palliatifs afin de mourir dans la dignité. Mais c'est un marché juteux pour certains prestataires de soins. Dans le projet de financement des soins, les assureurs ne payeraient qu'une participation forfaitaire aux soins avec un aménagement des PC et de l'allocation d'impotence. Cela signifie une augmentation de la participation des personnes âgées. Ainsi, celles qui ont payé pendant plus de 40 ans des cotisations à leur caisse maladie en étant en bonne santé se trouvent pénalisées au moment de la vieillesse!

La solidarité voulue par le législateur dans la LAMal actuelle est juste parce que chacun peut avoir besoin un jour des prestations de l'assurance maladie.»