

Zeitschrift: Mitteilungen / Schweizerische Aktuarvereinigung = Bulletin / Association Suisse des Actuaires = Bulletin / Swiss Association of Actuaries

Herausgeber: Schweizerische Aktuarvereinigung

Band: - (2003)

Heft: 2

Rubrik: Kurzmitteilungen

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: 03.02.2026

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

D. Kurzmitteilungen

MARC-HENRI AMSLER, Lausanne

Pour une assurance-maladie en stop-loss

La révision de la LAMal telle qu'adoptée par les Chambres fédérales en été 2003 n'apporte à notre assurance-maladie guère d'amélioration notable et assurément aucune au plan financier. Les 20 milliards que brassent actuellement les caisses-maladie vont encore croître et, comme les primes, les tensions entre les divers acteurs ne vont qu'augmenter. Il est maintenant hautement urgent de trouver de nouvelles voies pour préparer la 3^e révision de la LAMal, qui s'annonce. Les lignes qui suivent se veulent une contribution à cette démarche.

Le grand malheur de notre assurance-maladie est que, née dans les conditions financières et sociales du XIX^e siècle que l'on sait, elle n'est pas parvenue à se moderniser en une vraie assurance du XXI^e siècle: actuellement encore, tout le monde puise à cette assurance, qui n'est et ne sera jamais une source de richesses. Notre assurance-maladie est devenue un simple «Office général de paiement des factures».

Pour beaucoup de particuliers, les 2 ou 3 mille francs nécessaires pour réparer sa voiture ou partir en vacances sont disponibles sans autre, mais pas pour se soigner. Sur ce point précis, l'assurance elle-même est responsable de cet état d'esprit. Et pour les pouvoirs publics, il est assurément plus facile de puiser dans les milliards de l'assurance, une sorte de «caisse noire» à disposition, pour cofinancer les hôpitaux dont ils ont la responsabilité que d'augmenter les impôts réguliers.

De toute évidence, une révision de l'assurance-maladie digne de ce nom doit redresser toutes ces mauvaises habitudes!

Cet objectif, qui n'a rien d'utopique, trouve son expression sous une forme concentrée en deux principes, applicables indifféremment à tous les acteurs, que voici:

Il faut

- 1. retirer de l'assurance tout ce qu'il n'est pas nécessaire d'assurer, et**
- 2. rendre tous les acteurs responsables, selon la formule «Qui décide, finance».**

Voici ce à quoi peut conduire l'application de ces deux principes, si on le veut (les effets financiers sont récapitulés à la fin du texte):

- a) **Dans le domaine du réseau hospitalier de base, les pouvoirs publics, parallèlement au droit de décider, doivent assumer la totalité du financement (principe n° 2)**

Actuellement les coûts hospitaliers «LAMal» sont grossso modo financés pour moitié par l'Etat (l'impôt) et pour moitié par les caisses-maladie (les primes d'assurance). Les 4 mias payés par les assurés sont en fait le produit d'un impôt caché, un «impôt hospitalier», imposé aux assurés en dehors de toute règle démocratique concernant les montants à payer et les procédures de contrôle. Il y a lieu de corriger cette anomalie qui, depuis des dizaines d'années, s'est infiltrée dans le système. Des hôpitaux privés peuvent apporter leur aide à titre de sous-traitants.

- b) **L'Etat, responsable de l'aménagement du réseau des EMS, doit assumer les charges des prestations non médicales octroyées aux hôtes (principe n° 2)**

Bien que non médicale, l'aide accordée à la partie impotente de la population du 3^e âge est actuellement, et contre toute logique, mise à charge de l'assurance-maladie (env.1 mia par an). L'application des principes n° 1 et 2 exige le retrait de l'assurance et le retour du financement de ces prestations à l'Etat, ce genre de frais devant être assimilé aux autres frais desdites institutions, tels les frais de logement, de nourriture, etc.

Des institutions de droit privé peuvent apporter leur aide à titre de sous-traitants.

- c) Par le retrait de l'assurance des prestations aux hôpitaux et de l'aide non médicale aux hôtes des EMS:

L'assurance-maladie devient une assurance de frais ambulatoires seulement, sous la responsabilité des utilisateurs (principe n° 2).

L'utilisation de l'assurance doit et peut être revue: les ménages doivent prendre en charge eux-mêmes leurs propres frais ambulatoires dans la mesure des revenus disponibles. Il y a lieu de retirer ces frais de l'assurance (principe n° 1). Un plafond des charges par ménage (primes plus franchises) de l'ordre de 10% du revenu semble acceptable. Les excédents sont transférés à l'assurance, institution qui est financée par les assurés seuls (principe n° 2). La forme d'assurance découlant de ce dispositif a un nom bien connu des actuaires: la couverture en stop-loss. L'introduction d'un plafond des charges par ménage, réaliste, conduit à une décharge de l'assurance de l'ordre de 20% au minimum sur les frais ambulatoires de 15 mias, soit à une décharge de 3 mias.

Quant aux primes par ménage, deux variantes sont pensables: soit une prime de base (100%) pour les ménages à 1 seul adulte, majorée à 150% pour les ménages

à 2 adultes (Var. I), soit une prime de base (100%) pour tous les ménages (Var. II). Les primes pour enfants sont supprimées. Les primes retrouvent un niveau acceptable.

La forte réduction des primes par rapport au niveau actuel permet d'épargner sur la masse des subsides. On estime à 4 mias la masse actuelle des subsides accordés aux assurés (2,5 mias par la Confédération, 1,5 mias par les cantons). Une économie de 2 milliards est réaliste.

Les pouvoirs publics maintiennent leur politique d'aide aux économiquement faibles. Ce financement ne relève pas de l'assurance-maladie, mais de la politique sociale.

d) Flux financier transitant par l'assurance

Il est actuellement évident que toute révision qui ne réussira pas à réduire fortement les flux financiers transitant par l'assurance sera à moyen terme vouée à l'échec: la croissance exponentielle des primes (à partir du niveau actuel, élevé) opposée à la croissance frileuse de l'apport des pouvoirs publics conduira immanquablement au déséquilibre social.

L'échec sera assuré si l'on tente d'introduire par exemple une «gestion moniste des hôpitaux par les caisses-maladie» c.-à-d. la privatisation des hôpitaux et leur financement par les seules caisses-maladie. Une telle gestion augmentera encore l'emprise de l'assurance, donc la croissance des primes et l'irresponsabilité. La concurrence tant prisée par ce type de gestion est efficace pour éliminer du marché les hôpitaux mal gérés, mais est absolument inefficace pour contrer la montée irrésistible et générale des coûts. L'escalade actuelle des primes de l'ensemble des caisses-maladie confirme, sur ce point, l'inefficacité de la concurrence dans le domaine de la santé. Dans le secteur des hôpitaux, les causes de la croissance des coûts sont connues: vieillissement de la population, développement spontané et augmentation de la technicité de la médecine hospitalière. A ces causes, il y a lieu d'ajouter, en cas de gestion moniste des hôpitaux, une cause sournoise: la libération des hôpitaux, devenus indépendants, des limitations imposées par les budgets publics.

La réforme à laquelle conduit l'application des deux principes proposés (retrait de l'assurance de ce qu'il n'est pas nécessaire d'assurer et retour à la responsabilité de tous les acteurs) réduit de 40% le flux financier transitant par les caisses-maladie.

e) Conséquences financières

(en millions de francs et en ordre de grandeur)

Pour l'assurance

Charge totale des caisses-maladie, prévisible à court terme	20 000
Transfert à l'Etat de la totalité des frais hospitaliers	– 4 000
Transfert à l'Etat des frais non médicaux du 3 ^e âge	– 1 000
Introduction de franchises réalistes (à 10% des revenus)	– 3 000
Solde, à charge de l'assurance (1)	12 000

Pour les assurés:

Pour 7,2 millions d'habitants, la Suisse compte environ 2,4 millions de contribuables à un seul adulte et 1,6 millions de contribuables à deux adultes. D'où

	Var. I	Var. II
Masse de primes des ménages à 1 adulte (en millions)	2,4	2,4
Masse de primes des ménages à 2 adultes (en millions)	<u>2,4 (150%)</u>	<u>1,6 (100%)</u>
Total	(2) 4,8	4,0

Primes annuelles (mensuelles): résultat de la division de (1) par (2):

Ménage à 1 adulte	2 500.– (210.–)	3 000.– (250.–)
Ménage à 2 adultes	3 750.– (315.–)	3 000.– (250.–)

N.B. La charge financière des ménages comporte la prime ci-dessus augmentée des premiers frais de santé, le tout au maximum 10% du revenu.

Pour l'Etat:

Charge supplémentaire due au transfert des frais hospitaliers	4 000
Charge supplémentaire due au transfert des frais 3 ^e âge	1 000
Réduction de la charge des subsides accordés aux assurés	– 2 000
Complément TVA (1,5 points) pour neutraliser le tout	– 3 000
Effet total pour l'Etat	0

Comme relevé ci-dessus, il est tout à fait illusoire de vouloir assainir l'assurance en maintenant un financement par les primes seules. D'où l'intervention de l'impôt (TVA).

f) Conclusion

Toutes composantes réunies, les réflexions ci-dessus proposent une prise en charge par les ménages eux-mêmes d'une partie acceptable de leurs propres frais de santé, une réduction importante des primes, la suppression des primes pour enfants, contre une augmentation du taux TVA de 1,5 points, et une opération financièrement neutre pour l'Etat.

Les propositions ci-dessus sont le résultat d'une actualisation du «Modèle FAF» lancé il y a 20 ans et jugé utopiste à l'époque.

Marc-Henri Amsler
Av. de Rochettaz 20
CH-1009 Pully
e-mail: mamsler002@swissonline.ch

