



**Glossaire pour
comprendre
l'assurance-
maladie**

Glossario Glossar Glossary
Glossary Glossar Glossario
Glossario Glossaire  Glossario
Glossar Glossario Glossary
Glossario Glossaire Glossary
Glossar Glossario Glossary
Glossaire Glossary Glossario
Glossario Glossaire

Ce glossaire
donne une série
de définitions qui
vous aideront
à mieux en
comprendre les
mécanismes et le
fonctionnement.



Le système de santé suisse figure parmi les meilleurs au monde, mais aussi parmi les plus chers.

Notre pays consacre 11,8% de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé (86,3 milliards de francs en tout, en 2021).

Un bon tiers de ce montant (35%) est couvert par l'assurance de base (assurance obligatoire des soins – AOS), un domaine relativement complexe géré par les assureurs-maladie.

Le travail des assureurs est mal connu, mal compris, parfois.

Sommaire

Chapitre 1 / Page 8

➤ **Assurance de base (assurance obligatoire des soins)**

Chapitre 2 / Page 18

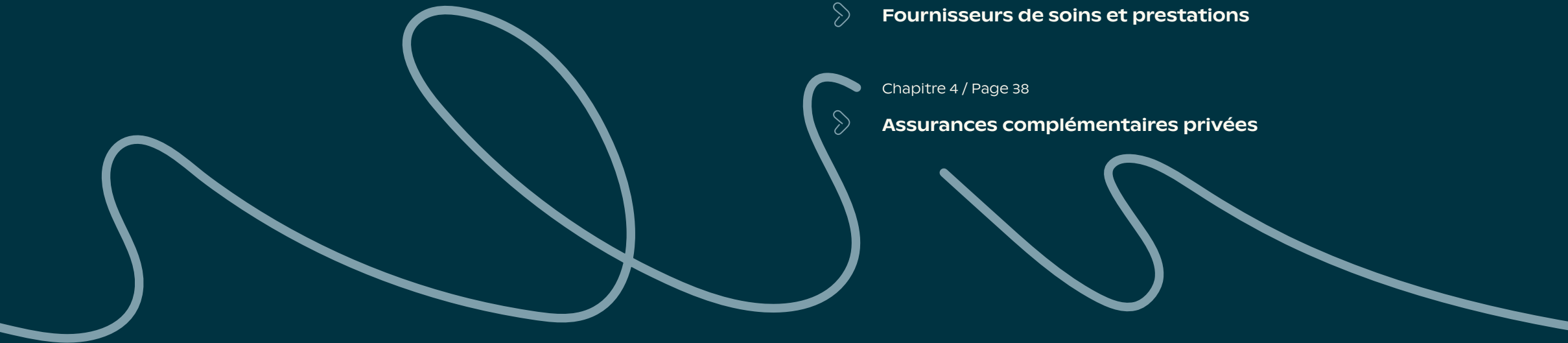
➤ **Assureurs-maladie**

Chapitre 3 / Page 30

➤ **Fournisseurs de soins et prestations**

Chapitre 4 / Page 38

➤ **Assurances complémentaires privées**



Assurance de base

(assurance obligatoire des soins)

Toutes les personnes résidant en Suisse doivent être assurées par cette couverture sociale.

L'assurance obligatoire des soins, dite assurance de base, est gérée par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) de 1996 et est basée sur le principe de solidarité. En effet, la prime dépend uniquement de la région de domicile et du groupe d'âge; enfants (0-18), jeunes adultes (19-25) ou adultes (26+). Au sein de ces groupes, la prime est la même quel que soit l'état de santé de la personne assurée, sans distinction de sexe ou d'âge.



Modèle flexible

Modèle alternatif dans lequel l'assuré choisit, lors de chaque problème de santé, le premier interlocuteur qui lui convient le mieux (ex. pharmacie, télémedecine ou médecin de famille). Au terme de l'entretien de conseil, l'assuré recevra un traitement d'automédication ou, si nécessaire, une recommandation pour consulter un médecin.

Réseaux de soins, HMO (Health Maintenance Organization) ou cabinets de groupe

Réseau régional de médecins pouvant rassembler, en un même lieu (ex. permanence), diverses disciplines médicales.

L'objectif est d'améliorer la coordination des traitements afin d'éviter des consultations inutiles ou des examens à double. Certains modèles alternatifs de type «médecin de famille» fonctionnent sur ce principe. L'assuré doit y choisir un médecin de famille figurant sur la liste de l'assureur.

Capitation

Certains réseaux de soins signent une convention avec l'assureur-maladie par laquelle ils assument, en général, une coresponsabilité budgétaire.

Celle-ci prévoit, à l'avance, une indemnisation sur la base d'un forfait et en fonction d'un budget préétabli par assuré et par année. Le réseau est ainsi incité à offrir des prestations au meilleur rapport qualité-coût.

Assurance indemnité journalière

Facultative, cette assurance est destinée à prévenir les risques inhérents à la perte de salaire ou de gain à la suite d'une maladie ou d'un accident. Ce risque peut également être couvert par une assurance complémentaire.

Assurance sans but lucratif

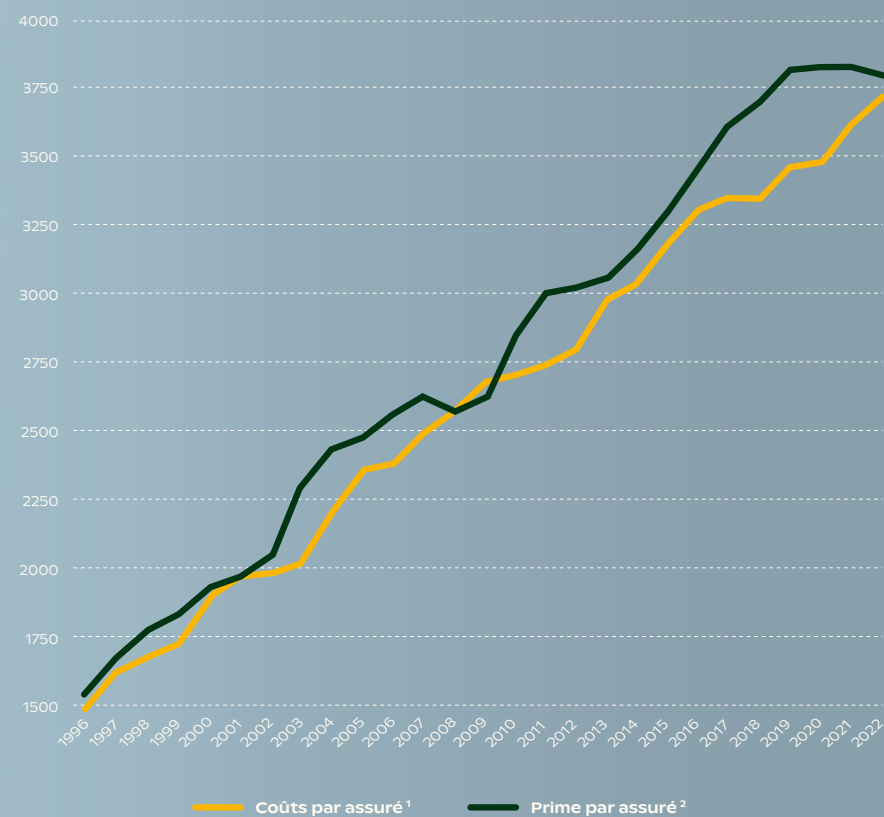
L'assurance de base étant sans but lucratif, les assureurs ne peuvent pas faire de profit dans ce domaine-là. Les excédents éventuels sont versés au compte des réserves grâce auxquelles les assureurs garantissent en toutes circonstances le paiement des prestations (voir sous «réserves»).





Evolution des primes moyennes et des coûts nets 1996-2022 en francs par assuré AOS (tous les assureurs-maladie, toute la Suisse)

Primes et coûts par assuré en francs



¹ Coûts par assuré = coûts nets des prestations médicales (sans frais administratifs), par an

² Primes par assuré = primes moyennes par assuré, par an

Source: Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2022, Office fédéral de la santé publique, état au 17.07.2023

Evolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), des primes et des réserves (1996-2019), en Suisse

Les coûts de la santé progressent constamment, notamment à cause de l'augmentation de l'offre et de la demande de soins.

Ces vingt dernières années, cette croissance s'est encore accentuée par **le progrès des techniques médicales et l'accès facilité à certaines interventions**, mais aussi par **l'allongement des années de vie et l'évolution démographique**: moins de jeunes et une proportion croissante de personnes âgées.

Le tableau ci-dessous montre un état des lieux, soit la hausse moyenne annuelle des coûts, des primes et des réserves. Sur la durée, les primes suivent la courbe des coûts de la santé et permettent de ce fait un équilibre entre les recettes et les dépenses, **évitant ainsi des déficits dans l'un des domaines les plus sensibles de notre système social.**

La part des frais administratifs sur les primes en % a été presque coupée en deux depuis l'introduction de la LAMal en 1996, pour descendre en dessous de 5%. Actuellement, 95% des primes servent à financer les prestations médicales pour les assurés. Quant aux réserves, elles servent à garantir la sécurité financière des assureurs-maladie et permettent d'absorber des éventuels déficits en cas d'évolution inattendue des coûts de la santé (ex. pandémie). **Leur rôle est donc essentiel pour la stabilité du système.**

De nouvelles règles pour le calcul des réserves sont entrées en vigueur en 2012.

	1996	2005	2012	2015	2016	2017	2018	2019	Hausse annuelle 1996-2019
Coûts bruts globaux (millions de CHF)	12459	20348	25901	30122	31484	32318	32551	34143	4,5%
Coûts nets par assuré ¹ (CHF)	1623	2468	2947	3311	3425	3497	3485	3630	3,6%
Prime moyenne nationale par assuré ² (CHF)	1539	2487	3075	3289	3442	3605	3735	3772	4,0%
Frais administratifs (% des primes)	8,62%	5,40%	5,08%	4,85%	4,74%	4,74%	4,51%	4,57%	n/a
Réserves globales (millions de CHF)	– ³	– ³	6504	6052	6249	7193	8274	9994	n/a
Réserves par assuré (CHF)	– ³	– ³	818	734	750	857	978	1172	n/a

¹ **Coûts nets**: prestations brutes remboursées par les assureurs-maladie moins les participations versées par les assurés et en ajoutant les frais administratifs.

² Primes moyennes facturées par les assureurs-maladie, tous modèles d'assurance confondus.

³ Méthode de calcul pour les réserves minimales légales changée en 2012. Cela rend la comparaison avec les années précédentes impossible.

Source: OFSP, statistique sur l'assurance-maladie obligatoire, tabl. 1.01, Berne 2018.

Assureurs- maladie

Assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins.

Ils sont 45 (au 01.01.2022) à offrir leurs services en Suisse. D'autres assureurs-maladie proposent des assurances complémentaires privées. Certains de ces assureurs font partie de groupes rassemblant plusieurs assureurs-maladie sous leur toit.

Les 10 plus importants assureurs AOS représentent près de 80% du marché. Cette pluralité offre à l'assuré le libre choix de l'assureur. Il en découle une concurrence entre assureurs qui veillent ainsi à contenir leurs frais généraux et à proposer aux assurés des primes aussi raisonnables que possible ainsi qu'un service de qualité.



Primes

Montant facturé par les assureurs pour couvrir les dépenses de soins. L'assurance de base est financée selon le système de la couverture de besoins. Ainsi, les recettes de primes d'un exercice doivent permettre de couvrir les dépenses de santé du même exercice (Art. 12 et 16 al. 3 LSAMal).

Franchise

Participation aux coûts à charge de l'assuré. Par cette démarche, l'assuré assume une partie des coûts qu'il occasionne. Lorsqu'il choisit une franchise plus élevée, il bénéficie en échange d'un rabais sur sa prime.

Adultes Franchise ordinaire	CHF 300 par an, montant minimal que tous les assurés doivent payer de leur poche. La franchise ordinaire ne donne pas droit à un rabais sur la prime.
---------------------------------------	---

Adultes Franchises à options	CHF 500, CHF 1000, CHF 1500, CHF 2000, CHF 2500 par an.
--	---

Enfants Franchise ordinaire	CHF 0.
---------------------------------------	--------

Enfants Franchises à options	CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500, CHF 600 par an.
--	--

Quote-part

Participation de 10% aux coûts des soins réellement sollicités par l'assuré et qui dépassent le montant de la franchise. La loi fixe à CHF 700/an pour les adultes, le montant maximal annuel de la quote-part. Pour les enfants, la quote-part maximale est de CHF 350 par an et par enfant (maximum CHF 1000 par an au total pour tous les enfants d'une même famille). Exemple ci-dessous d'un adulte n'ayant pas encore eu de traitement durant l'année.

Traitement ambulatoire	CHF 1200
-------------------------------	----------

Franchise	CHF 300
------------------	---------

Quote-part	$(CHF\ 1200 - CHF\ 300) \times 10\% = CHF\ 90$
-------------------	--

A charge de l'assuré	CHF 300 (franchise) + CHF 90 (quote-part) = CHF 390
-----------------------------	---

A charge de l'assureur	CHF 1200 - CHF 390 = CHF 810
-------------------------------	------------------------------

Contribution aux frais de séjour hospitalier

Montant de CHF 15 par jour d'hospitalisation à charge de la personne assurée (sauf pour le jour de sortie et les jours de congé). Les enfants, les jeunes adultes en formation et les femmes exemptées de participation en cas de grossesse (voir sous «maternité») ne doivent pas payer cette contribution.

Critères EAE

Principe ancré dans la LAMal qui exige que toutes les prestations de l'assurance de base soient efficaces, appropriées et économiques. Ces trois critères sont cumulatifs et l'assureur est en droit de ne pas rembourser un traitement qui ne les remplirait pas (art. 32 LAMal).

Contrôle des coûts

Le contrôle des coûts est l'action essentielle par laquelle les assureurs-maladie contrôlent les factures qui leur sont soumises, selon les trois critères EAE précisés plus haut. Cette activité de contrôle permet une économie annuelle d'environ 10% des prestations couvertes, soit plus de 3 milliards de francs par an.

Cette efficacité dans le contrôle des factures est le résultat de la concurrence entre assureurs qui ont intérêt à maîtriser les coûts de la santé et leurs frais administratifs afin de proposer des primes concurrentielles à leurs assurés.

Réduction de primes (subventions ou subsides)

Aide financière au paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins que le canton octroie aux assurés de condition économique modeste. Les critères d'attribution de ces subventions (minima de revenus, % de prise en charge, etc.) sont fixés par les cantons.

En 2017, 2,2 millions de personnes, soit 26,4% des assurés, ont bénéficié d'une réduction de primes. Le montant global de ces subventions, versées par la Confédération et les cantons, atteint 4,5 milliards de francs.

La réduction des primes n'est pas une aide sociale mais un droit offert aux assurés. Ceux-ci ne doivent donc pas hésiter à la solliciter auprès de leur canton de domicile.

Compensation des risques

C'est un mécanisme de compensation financière entre assureurs. Les assureurs qui présentent un collectif d'assurés à plus haut risque (cas de maladie plus importants et plus fréquents) obtiennent un soutien financier de la part des assureurs dont le portefeuille compte moins d'assurés dans cette situation.

Critères: La compensation se calcule selon quatre critères: l'âge, le sexe, le séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente (selon les journées d'hospitalisation à compter d'une durée minimale de 3 jours) et depuis 2020, les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). Ces 4 critères sont cumulatifs. Le montant de la compensation est calculé chaque année. Le montant de compensation global échangé entre assureurs s'est élevé, durant l'année 2016, à 1,7 milliard de francs.

Exemple: Un assureur ayant dans son portefeuille plus de personnes âgées et de personnes ayant été hospitalisées 3 jours au moins durant une année civile, obtiendra une compensation de la part de ceux qui ont plus de jeunes et de personnes n'ayant pas été hospitalisées 3 jours au moins.





Obligation de contracter

Obligation faite aux assureurs-maladie de rembourser tous les fournisseurs de soins admis à pratiquer à charge de la LAMaI.

Libre choix de l'assureur

Possibilité pour l'assuré de choisir librement son assurance de base. Ce libre choix est inhérent au système de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs-maladie devant accepter chaque personne qui leur demande de l'assurer quel que soit son état de santé.

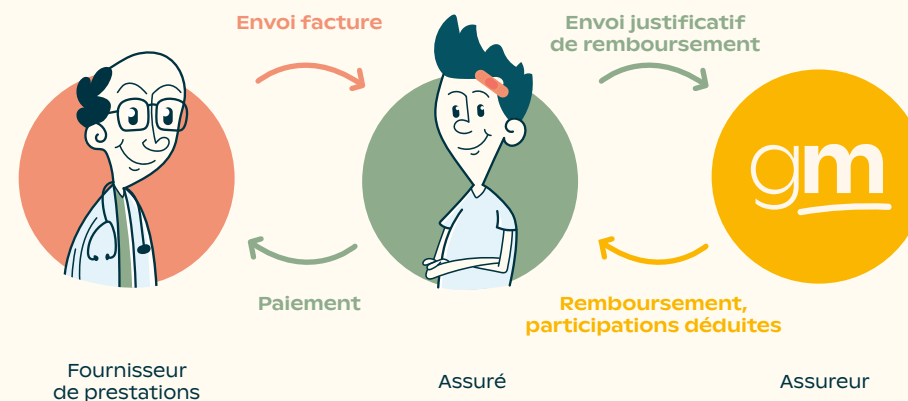
Libre choix du médecin

Possibilité pour chaque patient de se faire soigner chez le médecin de son choix, que ce soit un généraliste ou un spécialiste pour autant que sa couverture d'assurance soit un modèle standard.

En cas de modèles d'assurance aux conditions particulières, l'assuré doit se référer à la définition relative aux modèles alternatifs d'assurance (MAA) ou modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations.

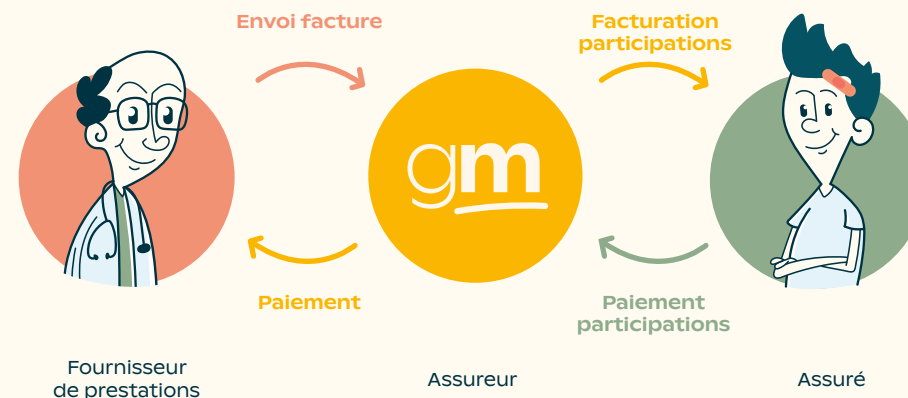
Tiers garant

C'est le système prévu par la LAMal lorsqu'il n'existe pas de convention entre le fournisseur de prestations et l'assureur. L'assuré est le débiteur de la rémunération du fournisseur de prestations (ex. médecins, pharmacies, etc.). Il doit donc régler la facture de traitement et se faire rembourser par son assureur.



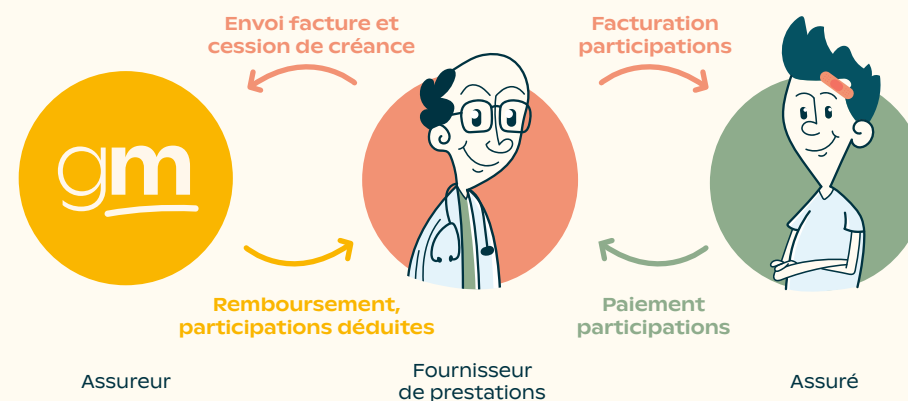
Tiers payant

Dans ce système qui est le plus répandu, une convention établit que le débiteur de la facture est l'assureur qui rembourse directement le fournisseur de prestations et perçoit ensuite la participation aux coûts (franchise, quote-part) auprès de l'assuré.



Tiers soldant

Dans ce système rarement appliqué, le fournisseur de prestations envoie la facture accompagnée d'une cession de créance signée par l'assuré. Cela autorise l'assureur à régler directement le fournisseur de prestations sous déduction des participations légales de l'assuré (franchise, quote-part). Le fournisseur de prestations peut ensuite facturer ce solde à son patient.



Provisions

Montants constitués pour couvrir des prestations de soins déjà fournies, mais pas encore facturées et/ou remboursées.

Ces montants représentent, généralement, trois mois de prestations. Ils permettent de rembourser les factures des trois derniers mois de l'année qui parviennent à l'assureur au cours des trois premiers mois de l'année suivante.

Réserves financières

Fonds propres dont les assureurs doivent disposer pour assurer le remboursement des factures de prestations de soins, en tout temps et quelles que soient les circonstances. Pour cela, les réserves doivent atteindre un seuil minimal fixé par la loi. Depuis le 1^{er} janvier 2012, les réserves nécessaires sont déterminées en fonction des risques auxquels un assureur est exposé.

Il s'agit, en l'occurrence, du risque actuariel, du risque de marché et du risque de crédit, tous trois pris en compte dans le test de solvabilité de la LAMal. La capacité des assureurs à supporter les risques est appréciée en fonction de leur taux de solvabilité, qui montre le rapport entre les réserves disponibles et les réserves minimales requises. Ces réserves jouent un rôle important dans l'équilibre du système. Lorsque les coûts sont supérieurs aux encaissements de primes, l'assureur puise dans ses réserves pour continuer de rembourser les prestataires de soins. Si les recettes excèdent les dépenses, l'excédent est viré aux réserves qui sont prises en compte dans le calcul des primes pour en atténuer la hausse. Lorsque le montant des réserves est trop important, les assureurs ont le droit de rembourser une partie de ces réserves à leurs assurés.

Surveillance

Les activités des assureurs-maladie sont surveillées par les autorités fédérales compétentes. Pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon LAMal (assurance sociale), l'autorité de surveillance est l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Une loi spécifique, la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Pour le domaine des assurances complémentaires privées selon LCA, c'est l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) qui surveille de près les activités des assureurs dans ce domaine. Ces autorités de surveillance sont également en charge de valider les primes et les produits d'assurance proposés par les assureurs (l'OFSP pour l'assurance de base et la FINMA pour les assurances complémentaires).

Ombudsman de l'assurance privée

Office de médiation gratuit qui offre ses services aux assurés en cas de litige avec une assurance.



Fournisseurs de soins et prestations

Les fournisseurs de soins sont des professionnels et institutions admis à pratiquer à charge de l'assurance de base.

Ce sont: les médecins, les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins, les pharmaciens, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (EMS), les établissements de cure, les centres de remise de moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques, les laboratoires, les chiropraticiens, les médecins dentistes pour les prestations à charge de l'AOS, les sages-femmes, les maisons de naissance, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical (physiothérapeutes, psychologues, etc.) ainsi que les entreprises de transport et de sauvetage (art. 24 à 40 LAMal).



Médecine alternative ou médecine douce

Regroupe l'ensemble des traitements de médecine complémentaire (naturopathie, homéopathie, aromathérapie, réflexologie, sophrologie, etc.). Il existe plus de 200 méthodes différentes de médecine alternative pratiquées par quelque 25 000 thérapeutes.

Assurances complémentaires: Ces traitements sont, en général, remboursés par les assurances complémentaires pour les thérapeutes membres d'associations reconnues par l'assureur, telles la Fondation suisse pour les médecines complémentaires (ASCA) et le Registre de Médecine Empirique (RME).

Assurance de base: Depuis le 1^{er} août 2017, l'assurance de base rembourse, en plus de l'acupuncture, 4 autres médecines alternatives, soit l'homéopathie, l'anthroposophie, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise. Cette prise en charge ne concerne que les traitements prodigués par des médecins au bénéfice d'une formation spécifique.

Managed Care (soins gérés)

Case management (de l'anglais, gestion des cas): suivi des cas de patients présentant une situation médicale complexe – patient souffrant de pathologies pulmonaires et cardiaques, par exemple – tout au long de la chaîne de traitement, dans l'objectif de prodiguer les meilleurs soins au meilleur endroit et au meilleur coût.

Disease management (de l'anglais, gestion des maladies): accompagnement de la prise en charge des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, etc.) par la coordination des actions des divers intervenants de la chaîne de soins ainsi qu'une responsabilisation du patient.



Assurances complémentaires privées

Gérées par la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Assurances privées facultatives qui couvrent des prestations complémentaires à l'assurance de base dans le domaine des hôpitaux (divisions mi-privée, privée et hospitalisation en division commune dans toute la Suisse), des soins (médecine douce, cures, médicaments hors liste, etc.) ou d'assurances diverses (assurance de voyages, protection juridique, etc.).

Au Groupe Mutuel, quatre assurés sur cinq ont conclu des assurances complémentaires.

Produit ambulatoire

Assurance complémentaire couvrant les soins (ex. soins dentaires, transport en ambulance, lunettes, médicaments non-couverts par l'assurance de base, moyens auxiliaires, médecine douce, soins à l'étranger, etc.), la prévention (ex. fitness, activités sportives, indemnité d'allaitement, contraception, cours de préparation à l'accouchement, etc.), ou encore le versement de capitaux (ex. en cas d'hospitalisation, en cas de décès, etc.).

Produit d'hospitalisation

Assurance complémentaire couvrant les séjours hospitaliers (aussi appelés stationnaires) lorsque l'assuré passe au moins une nuit à l'hôpital.

Assurances de somme et assurances de dommage

Lorsqu'un événement assuré se produit, l'assurance de somme rembourse la totalité du montant fixé d'avance dans les conditions d'assurance alors que l'assurance de dommage se limite à rembourser la prestation dont a effectivement bénéficié la personne assurée.

Division privée ou mi-privée

Produit d'hospitalisation alliant confort d'une chambre à un lit (privée) ou à deux lits (mi-privée) avec libre choix du spécialiste.

Division commune dans toute la Suisse

Produit d'hospitalisation permettant aux assurés de se faire soigner au sein d'un établissement public ou privé dans toute la Suisse en division commune. Cette couverture prend en charge une éventuelle différence des coûts par rapport au canton de domicile.





Choix flexible de la division

Produit d'hospitalisation offrant le libre choix, avant chaque hospitalisation, entre la division commune, ou alors la division mi-privée ou privée moyennant une participation financière de l'assuré par jour d'hospitalisation.

Assurance prénatale

Possibilité pour les futurs parents de souscrire les assurances complémentaires de leur enfant avant sa naissance. En procédant de cette façon, l'assureur accepte de couvrir l'enfant sans question sur son état de santé et donc sans réserve. De plus, certains produits sont gratuits les premières années de vie et le paiement des primes des autres assurances commence uniquement dès la naissance de l'enfant.

CGC

Conditions générales pour les assurances complémentaires, selon LCA. Règles générales applicables aux assurances complémentaires privées.

CP

Conditions particulières. Dans le cadre de la LCA, elles définissent le fonctionnement et les prestations de chaque produit.

Réserve sur l'état de santé et réticence

Contrairement à l'assurance de base, l'accès aux assurances complémentaires nécessite de remplir un questionnaire sur son état de santé. L'assureur peut, sans justification, accepter ou refuser la couverture. Il peut également émettre une réserve, à savoir que l'assuré bénéficiera des prestations, sauf pour une pathologie existante. Si l'assuré a omis de déclarer un problème de santé (réticence), l'assureur peut résilier le contrat et exiger le remboursement des prestations déjà versées en lien avec cette pathologie.

Portefeuille fermé

Produit d'assurance qu'une entreprise d'assurance cesse de vendre. Dès ce moment-là, elle a l'obligation de donner la possibilité aux personnes assurées dans ce produit, si elles le souhaitent, d'opter pour un autre produit aussi équivalent que possible sans questions sur leur état de santé.



groupemutuel

Groupe Mutuel Holding SA Rue des Cèdres 5 1919 Martigny 0848 803 111 / groupemutuel.ch

Sociétés d'assurance de Groupe Mutuel Holding SA : Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA
Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA-1846 SA / AMB Assurances SA
Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Groupe Mutuel Vie GMV SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA : Groupe Mutuel Prévoyance-GMP
Fondation Opson Libre Passage / Fondation Collective Opson / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

