

La solidarité, garantie d'un accès équitable aux soins de santé

En Suisse, 86 % des hommes et 84 % des femmes déclarent que leur état de santé est bon ou très bon. De plus, l'espérance de vie en bonne santé atteint 70 ans, une des plus élevées au monde. Réjouissantes, ces données publiées en 2019 par l'Office fédéral de la statistique ne doivent toutefois pas faire oublier qu'en matière d'état de santé nous ne sommes pas tous égaux.

Ce constat, nous le posons chaque jour dans le cadre de notre mission de remboursement des frais de santé de nos assurés. Nuls ou peu élevés pour certains, ces frais peuvent, pour d'autres, atteindre annuellement plusieurs centaines de milliers de francs. Par exemple, le traitement individuel le plus coûteux pris en charge par Assura en 2018 s'élevait à quelque 818'000 francs.

Si l'assurance-maladie peut couvrir de tels montants, c'est parce qu'elle s'appuie sur le principe essentiel de la solidarité entre les personnes malades et bien portantes qui se traduit, notamment, par l'obligation de s'assurer et par une prime unique. En application de ce principe de solidarité, la collectivité des assurés garantit à chacun, indépendamment de sa situation économique ou sociale, un accès aux soins nécessaires à la guérison ou à l'amélioration de son état de santé.

Pour que ce principe de solidarité continue de déployer ses effets positifs et de bénéficier de l'assentiment général, il nous semble important d'insister sur cette notion de soins nécessaires à la santé. Alors que le Conseil fédéral et les experts estiment que près de 20 % des prestations médicales fournies dans notre pays sont superflues, cela implique de questionner toute tendance à faire payer, par la collectivité, des prestations dont l'utilité ou l'efficacité ne sont pas démontrées ou qui relèvent d'abord d'une attente de confort. Il y va de la pérennité de notre système de santé et de la garantie que chacun d'entre nous continuera de bénéficier de soins, à chaque fois qu'il en aura besoin.

Ce numéro revient sur le caractère social et solidaire de l'assurance-maladie obligatoire et la façon dont il se concrétise au quotidien. Je vous en souhaite une excellente lecture!

Ruedi Bodenmann
Directeur général



Un peu d'histoire



Au 19^e siècle, les soins de santé sont principalement à la charge des familles et le recours à une médecine professionnelle est réservé aux classes aisées. L'industrialisation, le développement urbain et la croissance de la population s'accompagnant de nouvelles formes de détresse sociale, un système de protection sociale se met progressivement en place en Suisse.

Sont alors fondées les caisses de secours mutuels qui reposent sur le principe de solidarité. L'adhésion à ces dernières est facultative et la protection qu'elles offrent en cas de maladie ou d'invalidité est minimale.

Après le rejet d'un régime obligatoire d'assurance-maladie par le peuple suisse en 1900, c'est finalement en 1994 qu'est adoptée la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), instituant l'assurance-maladie obligatoire et la couverture intégrale des soins hospitaliers. Elle est entrée en vigueur en 1996.

Source : www.histoiredelasecuritesociale.ch



La solidarité, cœur de notre système de santé

La santé est unanimement reconnue pour être un de nos biens les plus précieux; la condition sine qua non de notre épanouissement personnel et professionnel. Quand nous sommes touchés par la maladie ou victimes d'un accident, la recouvrer est primordial et peut impliquer de mobiliser des ressources financières importantes. C'est alors que la notion de solidarité, qui est au cœur de notre système d'assurance obligatoire des soins, démontre tout son sens. Découvrons les principes sur lesquels s'appuie cette solidarité.

L'obligation de s'assurer

Tous les habitants de Suisse doivent être affiliés à l'assurance de base depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996. Ils peuvent, en revanche, choisir leur assureur-maladie ainsi que la franchise et le modèle qui leur conviennent, par exemple le modèle médecin de famille.

La prime unique

Quels que soient leur âge, leur sexe ou leur état de santé, les adultes d'une même région et affiliés à la même caisse-maladie payent une prime identique pour une même forme d'assurance. Son montant est fixé en été, pour l'année suivante. Il est essentiellement déterminé par une évaluation, d'une part des soins à rembourser et, d'autre part, de la contribution à verser à la compensation des risques.

La compensation des risques

Il s'agit d'un système de solidarité entre tous les assurés de Suisse, quel que soit leur assureur-maladie.

Chaque année, chaque assureur-maladie fournit à l'Institution commune LAMal (Département fédéral de l'intérieur) ses coûts moyens par assuré établis selon les critères suivants: canton, âge, sexe, séjour dans un hôpital ou EMS, coûts pharmaceutiques. L'Institution commune LAMal rassemble les données de tous les assureurs et calcule des moyennes cantonales.

Canton par canton, les assureurs-maladie présentant des coûts moyens inférieurs à la moyenne versent une contribution à un fonds de compensation tandis que ceux dont les coûts moyens sont plus élevés que la moyenne reçoivent de l'argent de la part de ce fonds.

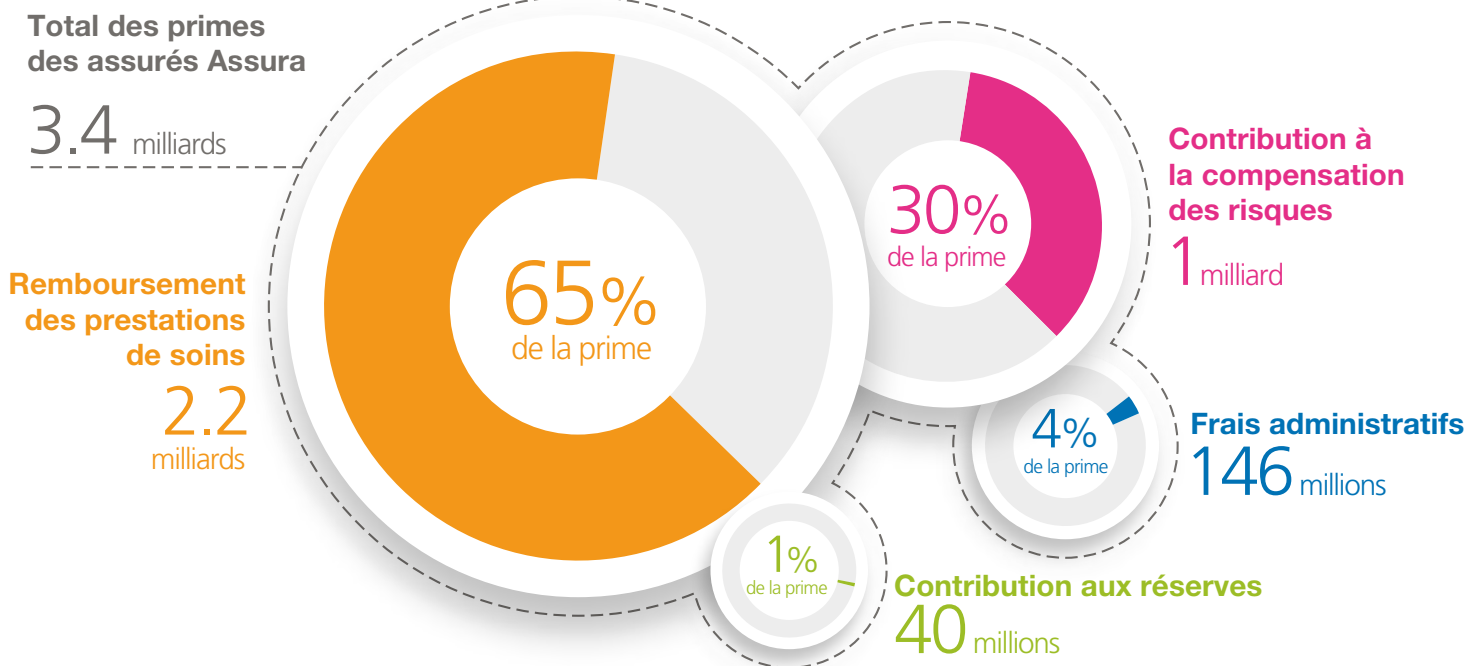
Les réserves

Vu le caractère social et solidaire de l'assurance obligatoire, les assureurs-maladie n'ont pas le droit de réaliser de profits ni de verser des dividendes à des actionnaires.

Si les prestations de soins à prendre en charge sont supérieures aux primes payées pour l'année concernée, l'assureur-maladie y fait face en puisant dans ses réserves. Les réserves garantissent dès lors aux assurés qu'aucun versement complémentaire ne sera exigé de leur part au cas où les coûts des prestations de soins excéderaient les prévisions.

Les années où les coûts sont inférieurs au montant total des primes, les excédents sont placés dans les réserves. Dans les cantons où ces réserves sont suffisamment solides, l'assureur-maladie a aussi la possibilité de reverser de l'argent à ses assurés. Selon le principe de solidarité fondant l'assurance-maladie obligatoire, le montant reversé est identique pour tous les assurés d'une même région, indépendamment de leurs dépenses de santé ou du modèle et de la franchise qu'ils ont choisis.

Primes de l'assurance obligatoire des soins en 2018



LE ZOOM

Les frais administratifs

Ils couvrent les coûts de fonctionnement interne de l'assureur-maladie (administration, informatique, personnel, etc.) et lui permettent notamment d'assurer sa mission de contrôle des factures de soins. Au niveau suisse, ce contrôle permet d'éviter une dépense supplémentaire de l'ordre de 3 milliards de francs par an, qui serait autrement à la charge des assurés.

L'INFO

Une aide publique pour payer sa prime

Les personnes ayant un revenu inférieur à un seuil défini peuvent demander aux pouvoirs publics un subside pour payer tout ou partie de leur prime d'assurance-maladie. Comme les montants et conditions d'octroi de ces subsides varient d'une région à l'autre, il convient de vous adresser à votre canton de domicile pour en savoir plus.

LE FAIT

L'assurance de base ne couvre pas l'ensemble des coûts de santé

L'assurance-maladie obligatoire couvre les visites médicales, les prises en charge ambulatoires ou à l'hôpital ainsi que la plupart des médicaments prescrits. Certains soins ou traitements ne sont cependant pas remboursés, par exemple les soins dentaires et les médicaments ne figurant pas sur la liste des spécialités établie par l'Office fédéral de la santé publique.

Je veux aider

Aller plus loin dans la solidarité?



LE DON DE TEMPS

L'accompagnement de personnes malades et de leurs proches, à l'hôpital ou à domicile, constitue un complément efficace au travail du personnel soignant. Cet engagement bénévole peut être concrétisé via la plupart des **hôpitaux cantonaux** et de multiples associations, par exemple **Terre des Hommes**, **Caritas** et **la Ligue contre le cancer**.



LE DON DE SANG

Ce geste qui sauve des vies fait face à des pénuries importantes, surtout en période de vacances. Faire un don est généralement possible pour toute personne en bonne santé, pesant plus de 50 kg et âgée de 18 à 60 ans, voire à 75 ans pour les donateurs réguliers ne présentant pas de problème médical. Plus d'infos: www.itransfusion.ch



LE DON D'ORGANES

Chaque semaine, en Suisse, deux personnes décèdent faute d'avoir bénéficié d'un don d'organe et les listes d'attente ne cessent de s'allonger. La carte, qui peut être commandée ou imprimée sur www.vivre-partager.ch, permet d'indiquer si l'on souhaite ou non être donneur et selon quelles modalités. Plus d'infos: www.swisstransplant.org



Dès
CHF 7
par mois

(adulte, capital de CHF 1'500,
accident inclus)

**Rabais dès
CHF 1 par mois**
Si vous avez aussi choisi
Complementa Extra

Hospita,

la protection financière en cas d'hospitalisation*

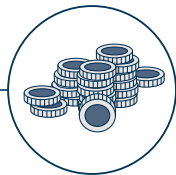
Assurance complémentaire (LCA)

A la suite d'une hospitalisation, recevez un soutien financier pour faire face à vos dépenses imprévues: garde d'enfants, d'animaux, aide au ménage, livraison de courses, etc. Un capital à utiliser à votre convenance, sans avoir à fournir de justificatifs.



**Choisissez un capital:
de CHF 500 à CHF 3'000**

Il vous sera versé à la suite d'une
**hospitalisation de plus de
24 heures**.**



**Bénéficiez d'un bonus
jusqu'à CHF 1'000**

Si vous optez volontairement
pour une division inférieure à
celle prévue par votre assurance
privée ou semi-privée d'Assura.



**Valable dans
le monde entier**



Tous les détails
sur **assura.ch**

* Voir les conditions spéciales d'Assurance complémentaire de Hospita.

** Hors maternité.

Contact

0842 277 872

Du lundi au vendredi, 8h-12h et 13h30-17h,
max CHF 0.08/min pour le réseau fixe,
tarifs mobiles selon fournisseur.

Rejoignez-nous!



www.assura.ch

ASSURA