

La solidarité dans le système de santé – 7 questions et réponses

de Valerie Zaslowski

1. Comment la solidarité est-elle ancrée dans le système de santé?

Les coûts du système de santé sont passés en Suisse de 2 083 millions de francs dans les années 1960 à 28 151 millions de francs dans les années 1990, ce qui a fortement contribué à accentuer le besoin de réforme. Les quatre partis du Conseil fédéral (PLR, PDC, UDC et PS) ont ainsi été contraints de trouver un compromis: après de multiples tentatives infructueuses, une assurance de base obligatoire pour toutes les personnes domiciliées en Suisse et un système de financement basé sur des primes par tête ont été mis en place.

Depuis, les primes par tête sont identiques pour les hommes et les femmes de toutes les classes d'âge. Seule exception: les enfants et les jeunes adultes paient des primes réduites. Il existe en outre des différences régionales.¹

Ces mesures fixent le principe de solidarité entre les personnes en bonne santé et malades dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)², qui précise que la redistribution fait partie des tâches principales de l'assurance-maladie. Il en résulte, dans la pratique, la solidarité entre les jeunes et les vieux: les personnes jeunes ont en moyenne un faible besoin de soins

1: Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: (Différenciation des tarifs d'assurances maladie privées, par sexe) Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen, Prof. Dr. Heinz Rothgang und Prof. Dr. Gerd Glaeske, 2005: (État des lieux, problèmes, options, Professeur Heinz Rothgang et Professeur Gerd Glaeske, 2005) <https://www.bmfsfj.de/blob/84280/4a18b7b416f5efbae139fc23e856c968/gutachten-krankenversicherungen-geschlecht-data.pdf> (en allemand)

2: Loi fédérale sur l'assurance-maladie: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/201801010000/832.10.pdf>

médicaux, mais le risque de maladie augmente avec l'âge³. La LAMal crée en outre, grâce aux primes uniques, une solidarité entre les hommes et les femmes. Celles-ci ont en effet en général un besoin de prestations médicales supérieur en raison des grossesses et naissances et de leur plus longue espérance de vie. Enfin, la réduction des primes crée une solidarité entre les hauts et bas revenus, puisqu'elle est financée par les impôts progressifs.

Les personnes soumises à l'obligation d'assurance ont le choix entre 51 caisses maladie autorisées par la Confédération. Les assurances, quant à elles, sont tenues d'accepter toutes les personnes qui le demandent, indépendamment de leur état de santé; on parle d'obligation d'admission. La compensation des risques permet d'éviter la sélection des risques entre les assureurs: les assureurs dont les effectifs de personnes à risque élevé de maladie sont inférieurs à la moyenne des effectifs de l'ensemble des assureurs versent une redevance. La compensation entre les assurances-maladie est assurée par une centrale de compensation.

2. Quelles sont les particularités des assurances complémentaires facultatives par rapport à l'assurance de base obligatoire?

Grâce à l'assurance de base obligatoire, toutes les personnes assurées ont accès aux mêmes prestations en Suisse. Les prestations de confort des assurances complémentaires facultatives doivent être payées séparément et sont par conséquent réservées aux personnes aisées.

Les assurances complémentaires sont également soumises à la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)⁴, même si les conditions générales contractuelles s'appliquent. En clair: théoriquement, les assureurs peuvent limiter la durée du contrat et résilier des contrats en cas de sinistre, mais les assurances-maladie privées renoncent explicitement à ce droit dans leurs conditions d'assurance. Le montant de la prime peut également être déterminé en fonction du risque d'assurance pris en charge par la caisse quand la personne s'assure chez elle. On parle de risque élevé quand il est très probable que les coûts des soins médicaux d'une personne seront importants⁵. C'est par exemple le cas si des maladies existent déjà lors de la conclusion du contrat d'assurance. Contrairement à l'assurance de base, les assurances complémentaires n'ont aucune obligation d'accepter des personnes ayant des an-

3: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: (Le principe de solidarité dans l'assurance-maladie légale, Wolfram Burkhardt, 2013) <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all> (en allemand)

4: Loi fédérale sur le contrat d'assurance: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19080008/index.html>

5: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: (Le principe de solidarité dans l'assurance-maladie légale, Wolfram Burkhardt, 2013) <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all> (en allemand)

técédents médicaux. Il en va de même pour les personnes ayant déjà un certain âge lors de la conclusion du contrat: les personnes âgées représentent un risque d'assurance élevé en raison du besoin croissant de soins médicaux. Dans la pratique, les primes de l'assurance complémentaire sont calculées en premier lieu en fonction de l'âge⁶. Les assurances complémentaires peuvent en outre établir des primes différenciées en fonction du sexe. Enfin, les personnes disposant de faibles revenus ne bénéficient pas de réductions de prime pour l'assurance complémentaire; et il n'existe aucune aide publique.

3. Pourquoi acceptons-nous la solidarité dans le système de santé?

L'histoire de Saint Martin est souvent évoquée comme le premier exemple de solidarité⁷. Selon la légende, celui-ci aurait spontanément donné la moitié de son manteau à un mendiant. Pourquoi fait-on cela? La bonne action peut avoir différentes explications: les chercheurs en neurosciences l'expliquent par l'activité du lobe frontal, une région du cerveau qui réagit très fortement aux sensations à caractère social. Les psychologues, quant à eux, pensent que Saint Martin attendait une contrepartie, alors que pour les philosophes, le partage serait un genre de dépôt dans une «banque du bien-être» - qui s'accompagnerait du désir de tout récupérer avec des intérêts⁸. Les spécialistes d'éthique économique estiment que Saint Martin aurait été plus solidaire s'il avait ouvert une usine de manteaux et sauvé ainsi les mendiants de la rue. Les chrétiens croyants, enfin, se réfèrent à l'amour de son prochain.

La solidarité dans le secteur de la santé fonctionne principalement du fait que nous dépendrons tous très probablement un jour de la solidarité des autres, et que nous en sommes conscients. Il est ainsi plus juste de comparer la solidarité dans le secteur de la santé avec le versement dans une «banque du bien-être» - pour garder l'exemple de Saint Martin. Les intérêts nous sont versés sous forme de prestations médicales. Notre condition de déposant ou de bénéficiaire dépend en général de notre âge. On passe d'un statut à l'autre au cours de notre vie⁹. Bien sûr, certaines personnes tombent malades alors qu'elles sont encore jeunes, et certaines personnes âgées

6: Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: (Différenciation des tarifs d'assurances maladie privées, par sexe) Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen, Prof. Dr. Heinz Rothgang und Prof. Dr. Gerd Glaeske, 2005: (État des lieux, problèmes, options, Professeur Heinz Rothgang et Professeur Gerd Glaeske, 2005) <https://www.bmfsfj.de/blob/84280/4a18b7b416f5efbae139fc23e856c968/gutachten-krankenversicherungen-geschlecht-data.pdf> (en allemand)

7: Wie viel Solidarität steckt im Menschen? (Quelle est la part de solidarité dans l'homme?) Christoph Pagel, 2010: <https://www.zeit.de/wirtschaft/2010-07/solidaritaet-forschung/seite-2>

8: Solidarität in der Krise: (La solidarité en temps de crise) Zusammenleben in Zeiten von Selfies und Singles, Katharina Finger und Nicole Schleider 2015: (La cohabitation à l'époque des selfies et des singles, Katharina Finger et Nicole Schleider 2015) <http://www.3sat.de/page/?source=wissenschaftsdoku/sendungen/181189/index.html>

9: Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: (Le principe de solidarité dans l'assurance-maladie légale, Wolfram Burkhardt, 2013) <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=all> (en allemand)

restent en bonne santé jusqu'au bout. Cet intérêt personnel pour la solidarité dans le secteur de la santé n'a cependant rien à voir avec les revenus¹⁰. Les hauts revenus font en effet eux aussi preuve d'un grand intérêt personnel pour une couverture complète en cas de maladie. Les réductions de primes pour les personnes aux revenus modestes sont financées par les impôts progressifs, ce qui signifie que les hauts revenus paient (toujours) plus.

4. Le système de santé suisse n'était-il pas solidaire avant 1996?

Si. En effet, la solidarité n'est pas un principe général¹¹ qui aurait été établi un jour et qu'il s'agissait d'imposer et de maintenir de la manière la plus cohérente possible lors de la conception du système - même si l'ambition, au début des années 1990, était bien de créer un système solidaire à la fois finançable et de haute qualité. La solidarité est au contraire une caractéristique permettant de décrire différentes réglementations existantes. C'était le cas avant 1996 et c'est resté d'actualité après 1996, c'est-à-dire après l'instauration de l'assurance de base obligatoire. Le principe de solidarité évolue. Ainsi, avant l'industrialisation, c'est avant tout la famille qui prenait en charge les malades et les plus fragiles. En cas de maladies graves, les communes pouvaient éventuellement apporter une aide supplémentaire. L'Église agissait par charité.

Avec la généralisation du travail salarié au milieu du XIX^e siècle, de nombreuses caisses d'entraide ont été créées sur le principe de la solidarité mutuelle. Les travailleurs devaient recevoir un soutien financier en cas de maladie. Au début, il s'agissait seulement de compenser la perte de salaire. Plus tard est venu s'ajouter le remboursement des coûts de traitement. Les assurés devaient payer des cotisations régulières.¹² Le système de caisse a évolué, et certains cantons et villes ont instauré les assurances obligatoires. Les assurances étaient plus libres de fixer les primes à leur guise, mais l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estime que, comme dans chaque communauté d'assurés, les risques individuels étaient déjà répartis entre les différents assurés. Par contre, la solidarité par réduction des primes n'existait pas encore. Mais il a fallu plusieurs tentatives avant de réussir à imposer

10: Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? (Recul de la confiance dans le système de santé?)

Eine vergleichende Analyse europäischer Länder, Claus Wendt, 2007: (Analyse comparative de pays européens Claus Wendt, 2007) https://www.boeckler.de/wsimit_2007_07_wendt.pdf

11: Einer für alle, alle für einen – Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wolfram Burkhardt, 2013: (Un pour tous, tous pour un – Le principe de solidarité dans l'assurance-maladie légale, Wolfram Burkhardt, 2013) <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>

12: Geschichte der sozialen Sicherheit, Bundesamt für Sozialversicherungen, 2018: (Histoire de la sécurité sociale, Office fédéral des assurances sociales, 2018) <https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/risikogeschichte/krankheit/>

la solidarité dans la loi au niveau national. Les réticences fédérales et budgétaires envers une extension de dispositifs centralisés étaient en effet très fortes.

5. Quel est le niveau de solidarité du système de santé suisse par rapport aux autres pays?

Pour pouvoir évaluer la solidarité de la Suisse par rapport aux autres pays, il faut différencier les caractéristiques des différents systèmes de santé. Dans la littérature spécialisée, on distingue trois modèles en matière de politique¹³ de santé: le modèle d'assurance sociale, le modèle financé par l'impôt et le modèle d'économie de marché. Il existe des modèles d'assurance sociale en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas, en France, en Autriche et en Belgique. Ils reposent sur la notion solidaire d'aide mutuelle entre les personnes en bonne santé et les malades. On distingue ensuite trois orientations de base¹⁴: un système structuré avec libre choix de la caisse et concurrence entre les caisses (Suisse, Allemagne et Pays-Bas), une assurance unique (France), des assurances obligatoires professionnelles et régionales (Autriche et Belgique). Les modèles d'assurance sociale sont financés par les cotisations. En général, l'employeur participe au financement, contrairement au modèle financé par l'impôt (mais ce n'est pas le cas en Suisse). L'État, par contre, ne joue qu'un rôle de gestion indirect dans le modèle d'assurance sociale.

Les systèmes de santé financés par l'impôt, qui incluent l'intégralité de la population dans la couverture, se rencontrent en Angleterre, en Italie, au Portugal, en Espagne, en Suède, au Danemark et en Norvège. Il reste le modèle américain, construit sur une logique d'économie de marché. Aux USA, malgré l'Obamacare et l'assurance obligatoire instaurée pour la première fois en 2010, une grande partie de la population n'est toujours pas assurée¹⁵. En cas de maladie, les personnes non assurées doivent subvenir elles-mêmes aux coûts de leur traitement médical et, souvent, s'endetter. Le système de santé suisse est donc plus solidaire, par exemple, que le système américain¹⁶. Il est aussi plus libéral que le système allemand, où la prime d'assurance maladie dépend du salaire. Et bien sûr plus libéral que les sys-

13: Gesundheitssysteme und Rehabilitation im Internationalen Vergleich, Dr. med. Harald Berger, 2017: (Étude comparative des systèmes de santé et de la réadaptation, Dr Harald Berger, 2017) <http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Berger-2017-06-07-InternationaleGesundheitssysteme.pdf>

14: Gesundheitssysteme, AOK Bundesverband, 2016: (Systèmes de santé, AOK Bundesverband, 2016) https://aok-bv.de/lexikon/g/index_00368.html

15: Krankenversicherung in den USA, The American Dream, Holger Zimmermann und Marcus Sieber: (L'assurance-maladie aux USA, The American Dream, Holger Zimmermann et Marcus Sieber) <https://www.info-usa.de/versicherung-usa/>

16: Der KVG-Kompromiss von 1994 zerbröselt, Dietmar Braun, 2007: (Le compromis LAMal de 1994 tombe en morceaux, Dietmar Braun, 2007) <https://www.nzz.ch/articleF23ZA-1.137917>

tèmes français et britannique, qui font davantage appel aux impôts. Il reste à déterminer si «plus libéral» est toujours synonyme de «moins solidaire». Ou, inversement: les systèmes de santé publics sont-ils forcément plus solidaires? On peut en douter, car les systèmes de santé publics financés par l'impôt sont contraints de compenser l'amenuisement des recettes fiscales par des franchises plus importantes, au détriment de la solidarité entre les classes de revenus.

6. L'instauration du dossier électronique du patient DEP aurait-elle une influence sur le principe de solidarité dans le système de santé suisse?

Avec le dossier électronique du patient (DEP), le système de santé suisse veut faire un pas de géant vers la transformation numérique. En 2018, Bâle-Ville fut le premier canton de Suisse alémanique à instaurer le DEP après sa mise en conformité avec les prescriptions de la loi fédérale correspondante.¹⁷ Les autres cantons devront bientôt le mettre en place eux aussi, puisque le délai prévu par la loi pour tous les hôpitaux court jusqu'à 2020, et jusqu'à 2022 pour les maisons de retraite et les maisons de naissance. Les dossiers électroniques permettent également aux patients et aux organismes de santé d'enregistrer de manière centralisée les données médicales. D'autres médecins peuvent accéder au DEP, indépendamment de leur localisation et de l'heure. Différentes thèses peuvent être envisagées pour anticiper les effets du DEP sur la solidarité, si l'on considère la confiance dans les conditions-cadres du système et dans la responsabilité des autres comme une condition de la solidarité. Si le DEP contribue réellement au gain de productivité promis et à améliorer la qualité du système de santé par la réduction de doublons lors de diagnostics et de traitements, on peut envisager un effet stabilisateur sur la solidarité – car la confiance dans les médecins et le système pourrait augmenter. Si, en plus, on améliore ainsi la compétence personnelle en matière de santé et une prévention personnalisée, la confiance dans le comportement des autres citoyens pourrait également augmenter – et donc aussi la solidarité.

Il y a cependant lieu de s'inquiéter pour la solidarité: certes, le DEP garantit au patient un contrôle maximum sur ses données médicales, et les assureurs ou les employeurs n'y ont pas accès. Mais il subsiste un risque résiduel de vol de données et de manipulation, comme pour tous les systèmes en réseau numérique. Le pire scénario serait la publication de toutes les données médicales sensibles. La transparence ainsi créée détruirait toute confiance dans le système et dans les autres et nuirait durablement à la solidarité sociale.

17: Législation Dossier électronique du patient (LDEP): <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-elektronisches-patientendossier.html>

7. Quelles sont les questions centrales concernant l'avenir du principe de solidarité dans le système de santé suisse?

L'interrogation centrale concerne la maîtrise de l'augmentation des coûts du système de santé. En effet, la hausse des coûts entraîne chaque année une augmentation des primes. Et cette augmentation des primes nuit à la capacité individuelle à contribuer sans restrictions à la couverture des risques des autres citoyens. Le conseiller national UDC Thomas de Courten¹⁸, qui préside la commission de la santé, avait déjà demandé en 2016 dans une intervention notamment un assouplissement de l'obligation de s'assurer. La demande d'augmentation de 50 francs des franchises pour tous les assurés montre également que les limites de la solidarité évoluent. En effet, si les malades étaient obligés de payer plus pour la facture du médecin, ce sont les ménages les plus faibles qui en pâtiraient le plus.¹⁹

Mais la maîtrise de la charge financière ne dépend pas seulement des paquets de mesures récemment votés par le Conseil fédéral.²⁰ Il sera au moins tout aussi décisif d'organiser la numérisation de manière à renforcer la confiance dans le système. Les projets tels que le DEP (question 6) sont prometteurs, mais ils sont aussi révélateurs des limites de la technologie. Il restera en outre essentiel d'encourager la responsabilité individuelle, par exemple dans l'esprit d'un usage modéré des prestations médicales. Outre les coûts individuels effectifs, la confiance dans le comportement responsable des autres est un pilier essentiel d'une solidarité partagée. Théoriquement, les applis numériques de fitness et de récompense sont en mesure d'encourager la responsabilité personnelle. Mais leur diffusion reste faible et leur effet durable n'est pas prouvé. Les assistants numériques sont en outre des outils de distinction: ils permettent de se comparer aux autres. Cela peut être motivant, mais cela peut aussi contribuer à creuser le fossé entre les utilisateurs et les autres, ce qui complique la solidarité. Outre la restriction des coûts individuels, la principale clé du succès de la solidarité dans le système de la santé réside par conséquent dans la renonciation aux différenciations sociales et l'encouragement durable de la responsabilité personnelle.

18: Prämienanstieg der obligatorischen Krankenversicherung stoppen! Ansatzpunkte und Lösungsvorschläge! Welche Rezepte hat der Bundesrat? (Stoppez l'augmentation des primes de l'assurance maladie obligatoire! Points de départ et solutions proposées! Quelles sont les prescriptions du Conseil fédéral?) Thomas de Courten, 2016: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20163919>

19: L'UDC contre une hausse des franchises de 50 francs dans le vote final, Agence télégraphique suisse, 2019: <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/svp-kippt-franchisen-erhoehung-um-50-franken-in-der-schlussabstimmung-134241540>

20: Maîtrise des coûts dans le système de santé, Hansueli Schöchli, 2019: <https://www.nzz.ch/schweiz/globalbudget-im-gesundheitswesen-das-kleingedruckte-zaehlt-ld.1465901>