

Prise de position

Modèles d'assurance alternatifs (MAA): diversité, moteur d'innovation et primes plus basses dans l'intérêt des assurés

De quoi est-il question?

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit, pour les adultes, un modèle standard avec une franchise de 300 francs ainsi qu'un accès illimité aux fournisseurs de prestations admis à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les assurés sont toutefois libres de convenir une participation aux coûts plus élevée (franchise à option) ou d'opter pour un modèle d'assurance alternatif (MAA) au sein duquel des rabais de prime sont accordés en échange de certaines limitations (p. ex. le choix des fournisseurs de prestations).

Dans leur forme actuelle, les MAA ont été introduits avec la LAMal le 1^{er} janvier 1996. Leur part a augmenté en continu par rapport au modèle standard et, dès 2011, une majorité de Suisses optait déjà pour un tel modèle d'assurance. En 2024, près de 80 pour cent des assurés bénéficiaient d'un MAA.

Les MAA se distinguent du modèle standard essentiellement par l'obligation faite aux assurés de s'adresser en premier lieu à un point de contact défini en cas de problèmes de santé. Ce point de triage permet de recourir aux consultations de spécialistes uniquement en cas de besoin, de réduire les examens à double, de délester les services d'urgence et d'exploiter les synergies. Selon le modèle, le premier point de contact peut varier (p. ex. médecin de famille, pharmacie ou télé-médecine). Les MAA peuvent ainsi accroître l'efficacité du système de santé et réduire les coûts. Les économies réalisées se répercutent sur le rabais de primes, plus ou moins important selon le modèle, qui est soumis chaque année à l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Les MAA encouragent la responsabilité individuelle en proposant des offres axées sur les besoins et en permettant un accès plus ciblé aux prestations. Ils accroissent la qualité de traitement tout en modérant les coûts et constituent la base d'une prise en charge coordonnée des patients, également appelée «soins intégrés» par les spécialistes, qui dépasse le cadre d'une simple coordination des soins. Par conséquent, des MAA continuent d'être développés de manière systématique et sont intégrés dans des réseaux de soins intégrés au sein desquels les assurés sont accompagnés tout au long de leur parcours de soins. L'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) ouvre de nouvelles possibilités pour développer des modèles alternatifs dans le domaine stationnaire ou ambulatoire hospitalier, voire même dans celui des soins. La mesure de la qualité constitue une piste d'innovation supplémentaire.

Dans l'environnement réglementaire actuel, toute une série de projets pilotes et de modèles établis existent déjà, au sein desquels des assureurs collaborent avec des fournisseurs de prestations et des cantons de manière ciblée. Les possibilités de développement des modèles d'assurance variés ne doivent pas être remises en question. La marge de manœuvre dans les MAA doit pour ce faire continuer à être renforcée et élargie. Le développement des MAA ne doit pas être soumis à des contraintes qui limiteraient les possibilités d'innovation et réduiraient la valeur ajoutée de ces modèles pour les soins de santé. Les assureurs conserveront ainsi la possibilité de proposer des modèles qualitativement plus élevés.

Position de prio.swiss

Dans le système actuel de concurrence entre plusieurs assureurs, les modèles d'assurance alternatifs connaissent un franc succès et ont largement éclipsé le modèle standard. Pour les assurés, les avantages retirés d'un accès bien délimité au système de santé l'emportent sur les inconvénients. Pour les assureurs, les MAA constituent une pièce maîtresse pour le développement de réseaux de soins intégrés, et partant pour la transformation du système de santé. Ils doivent rester les principaux réservoirs des innovations et du développement du système de santé. Les MMA peuvent notamment encourager «l'ambulantisation» ou créer des modèles spéciaux de soins qui accompagnent les malades chroniques dans leur quotidien. Le financement uniforme conduira à d'autres innovations dans le domaine des MAA. Au lieu de nouvelles incitations financières ou de nouvelles exigences réglementaires plus poussées, il faut continuer à convaincre en améliorant la qualité des traitements et en expliquant les avantages supplémentaires que procurent les MAA.

Argumentation

Avantages par rapport au modèle standard

Les MAA renforcent la responsabilité individuelle, accroissent la qualité des traitements et réduisent les coûts de santé en misant sur une meilleure coordination entre les acteurs impliqués et les synergies qui en découlent. Les patientes et les patients bénéficient ainsi d'une prise en charge ciblée. Des études démontrent que des programmes de traitement sur mesure, comme p. ex. les programmes de gestion des maladies («disease management») pour des maladies chroniques spécifiques, notamment le diabète ou les maladies cardiaques, peuvent améliorer l'adhésion au traitement (respect des objectifs thérapeutiques convenus) et éviter des hospitalisations coûteuses. Les MAA donnent la possibilité aux fournisseurs de prestations (p.ex. les médecins) et aux assureurs de développer de nouvelles formes de soins et de parvenir à des solutions innovantes pour faire face aux défis croissants posés à la fois par l'augmentation des maladies chroniques et par la pénurie de professionnels de santé.

La diversité des MAA répond aux préférences de différents groupes cibles: les personnes en bonne santé sont plus sensibles au prix et optent plutôt pour des offres avec rabais. Les personnes malades veulent en priorité être soignées de manière optimale. Pour les malades chroniques, il faut continuer à développer les plus-values offertes par les soins coordonnés, mais surtout les rendre aussi plus visibles. Avec l'entrée en vigueur prochaine, espérons-le, de l'art. 56a

LAMal, les assureurs pourront informer leurs assurés de manière ciblée sur un modèle d'assurance adapté à leurs besoins. En l'occurrence, il s'agit généralement de modèles dont la qualité élevée a particulièrement fait ses preuves dans l'accompagnement des malades chroniques.

Accès optimal aux soins, de la première consultation à la prise en charge intégrée

Dans tous les MAA, un fournisseur de prestations assume la fonction de triage médical, p. ex. par le biais d'une offre de télémédecine, d'une pharmacie, d'un médecin de famille et/ou d'un cabinet de groupe ou d'une solution numérique. En supplément, l'assureur peut convenir avec le fournisseur de prestations une coresponsabilité budgétaire qui encourage des activités coordonnées supplémentaires et mesurables. Cette solution permet de proposer de plus en plus de modèles d'assurance intégrés de bout en bout, sur l'ensemble du parcours de soins, du traitement ambulatoire et stationnaire jusqu'à la réadaptation.

Dans les modèles basés sur une convention entre assureurs et fournisseurs de prestations, des mesures favorisant notamment les génériques ou des indicateurs de qualité concrets accompagnés de mesures peuvent être convenus en plus de la coresponsabilité budgétaire évoquée. Ces gains de qualité et d'efficacité profitent aux assurés sous forme d'une meilleure qualité avérée grâce à la coordination et de rabais de prime. La convention permet de partager le risque avec un forfait par tête pour chaque assuré (en anglais: «capitation»). Elle prévoit un budget forfaitaire pour la prise en charge d'un collectif d'assurés afin d'inciter les fournisseurs de prestations à optimiser la qualité et les coûts de traitement. Dans les modèles basés sur des listes, en revanche, les assurés disposent d'une liste de fournisseurs de prestations (p. ex. médecins de famille) parmi lesquels ils peuvent choisir un fournisseur de prestations de premier recours. La libre concurrence entre les assureurs permet ainsi aux assurés de choisir parmi des modèles adaptés à leur situation de vie individuelle.

Selon l'OFSP, les MAA permettent de réaliser des économies sur la prime individuelle qui peuvent atteindre 20 pour cent par rapport au modèle standard avec une franchise de 300 francs. Le plus fréquemment, les MMA sont combinés avec la franchise la plus élevée de 2500 francs, en particulier par les personnes jeunes en bonne santé. Le modèle le plus onéreux est en revanche privilégié par des personnes plus âgées et des malades chroniques, en combinaison avec la franchise la plus basse de 300 francs. Cela montre bien que les incitations financières, à elles seules, ne sont pas suffisantes mais qu'une meilleure information, une qualité plus élevée et une coordination plus simple – et non des rabais supplémentaires – doivent convaincre ces assurés d'opter pour les MAA.

Berne, juin 2025