

## Article

# Un modèle suisse à protéger

**L'universalité, la concurrence régulée et la solidarité restent les piliers de la LAMal qui, 30 ans après son entrée en vigueur, doit toutefois relever des défis en matière d'efficacité et de pérennité.**

L'année 2026 marque les 30 ans de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Depuis son entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) garantit à tous les assurés le même catalogue de prestations de base, indépendamment de leur revenu ou de l'assureur choisi. Les consultations médicales, les hospitalisations, les interventions chirurgicales ainsi qu'un large éventail de soins, de médicaments et de prestations de maternité sont remboursés selon les limites et les conditions fixées par la loi.

Dans cette optique, les assureurs sont tenus d'exercer leur activité sans but lucratif et d'utiliser les primes, approuvées par l'Office fédéral de la santé publique, pour couvrir les coûts de l'AOS. Les différences de primes ne dépendent donc pas des prestations de santé proposées, qui sont identiques pour tous, mais des coûts estimés, du collectif d'assurés, de la région de domicile, de la franchise, du modèle choisi et de la solidité financière. La concurrence entre les assureurs-maladie permet d'offrir une diversité de modèles d'assurance que les assurés peuvent choisir en fonction de leurs préférences et qui permettent de les accompagner, voire de les orienter, au sein du système de santé.

Le système suisse combine réglementation publique et concurrence privée: c'est un équilibre qu'il faut défendre. Le rompre reviendrait à une nationalisation lourde et bureaucratique ou à un système de santé à deux vitesses en fonction des moyens financiers de chacun. La solidarité prévue par la LAMal ne peut être crédible que si les ressources sont utilisées avec efficacité, transparence et modération.

Depuis longtemps, le Tessin enregistre des coûts dans l'AOS et des primes record. En 2025, les dépenses brutes par habitant y étaient les plus élevées de Suisse: 6057 francs contre 4324 francs dans les Grisons, à titre d'exemple comparable en termes de démographie. Les primes reflétant l'évolution des coûts, la prime mensuelle moyenne est passée en dix ans de 286 à 427 francs en 2024, de 332 à 498 francs pour les adultes. En 2025, avec 473 francs par mois, le Tessin a frôlé le record national détenu par le canton de Genève (477 francs).

Cette hausse des coûts pèse de plus en plus sur le budget des ménages. En 2023, la Confédération et les cantons ont réduit les primes de près de 2,5 millions de personnes, soit 28 pour cent des assurés, par une contribution moyenne de 2421 francs. Les bénéficiaires tessinois étaient environ 110 000, soit plus d'une personne sur trois, pour un montant total

de plus de 320 millions de francs. Leur nombre devrait augmenter avec la mise en œuvre de l'initiative visant à plafonner les primes d'assurance-maladie à 10 pour cent du revenu, acceptée par la population tessinoise en septembre 2025. Il s'agit de mesures ciblées et adaptées aux revenus qui allègent le poids des primes et renforcent la solidarité.

Les mesures compensatoires risquent toutefois de ne pas suffire au niveau suisse, et encore moins au Tessin, où le nombre de consultations médicales et la densité de spécialistes ont dépassé la moyenne nationale de respectivement 20 et 18 pour cent. À cela s'ajoutent les services ambulatoires hospitaliers, les doublons structurels et une augmentation de 42 pour cent du nombre de lits pour les soins aigus. En 2025, les coûts des soins de longue durée au Tessin ont été supérieurs de 68 pour cent à la moyenne nationale, ceux de la physiothérapie de 64 pour cent et ceux des médicaments de 12 pour cent.

Dans ce contexte, il convient de rappeler le rôle clé que jouent les assureurs-maladie. Sur mandat du Conseil fédéral et conformément à la loi, ils perçoivent les primes au profit des fournisseurs de prestations. Ils promeuvent les soins coordonnés, livrent des données qui aident à élaborer des propositions et à prendre des décisions éclairées, contrôlent les factures et luttent contre les abus et les erreurs. Chaque année, leurs contrôles permettent d'éviter au moins quatre milliards de francs de dépenses injustifiées. En 2025, les frais administratifs ont diminué pour s'établir à 4,3 pour cent des primes. Près de 96 pour cent des recettes sont donc consacrées aux prestations médicales et aux autres charges de l'AOS.

Il faut donc agir sur la hausse des prix et des volumes des prestations, des médicaments et des appareils ainsi que dans les domaines où les structures et les processus ne sont pas efficaces. Freiner la croissance des coûts et des primes requiert une responsabilité partagée entre les acteurs politiques, les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs et les patients. Toute prestation facturée à l'AOS devrait apporter un bénéfice clair et proportionné aux coûts.

Pour prio.swiss, la pérennité signifie davantage de santé pour chaque franc dépensé: une efficacité et une adéquation accrues ainsi qu'une plus grande responsabilité dans l'utilisation des ressources communes. Préserver les atouts et l'accessibilité du modèle suisse implique également d'en corriger les distorsions.

Marco Romano, directeur adjoint de prio.swiss

Version révisée de l'article: Marco Romano, *Un modello da tutelare*, dans *Ticino Management*, n° 9 – septembre 2026

Berne, septembre 2026