



LAMal, le piège de la dette et ses conséquences sur la prise en charge (quand on cherche à l'éviter)

Yannis Papadaniel

20 mars 2024

Rappel

- ❖ Une constante selon Dettes Conseil Suisse (DCS): l'endettement débute en effet souvent lorsqu'une personne ou un ménage fait face à un coup dur → **maladie/ accident** dans 31 % des cas
- ❖ La corrélation surendettement/ problème de santé est malheureusement assez évidente → une maladie au long cours **met en péril** le travail, le revenu et l'équilibre financier



→ *Mais il n'y a pas que ça, et c'est sur ce «pas que ça» va porter cette présentation..*

Le piège des primes

- ❖ 78 % des personnes qui contactent DCS ont des arriérés d'impôt, **59 %** ont des arriérés avec les **primes maladies**.
- ❖ Les primes maladies sont le deuxième poste à partir duquel une **dette se creuse** et entraîne les personnes concernées dans la spirale de l'endettement
- ❖ Les primes maladies correspondent à une **taxe, un prélèvement obligatoire** qui ne cesse d'augmenter.



Primes d'assurance-maladie

T 5.3.1

	Indice 1999 = 100 points			Variations par rapport à l'année précédente en %			Influence de l'évolution des primes sur la croissance de revenu disponible (subventions incl.)
	Total	Type d'assurance-maladie		Total	Type d'assurance-maladie		
		Assurance de base ¹	Assurance complémentaire		Assurance de base ¹	Assurance complémentaire	
				en %	en %	en %	point de %
1999	100,0	100,0	100,0
2000	104,6	103,8	106,4	4,6	3,8	6,4	-0,3
2001	110,3	109,8	111,1	5,4	5,8	4,4	-0,4
2002	119,0	120,8	115,4	7,9	10,0	3,9	-0,5
2003	127,4	133,0	116,4	7,0	10,1	0,8	-0,5
2004	134,0	142,1	117,9	5,2	6,8	1,3	-0,4
2005	136,7	145,6	118,9	2,0	2,5	0,9	-0,2
2006	141,7	151,5	122,4	3,7	4,0	2,9	-0,3
2007	143,1	153,3	123,0	1,0	1,2	0,4	0,0
2008	142,5	151,7	124,4	-0,4	-1,0	1,2	0,0
2009	144,6	153,7	126,6	1,4	1,3	1,8	-0,1
2010	156,3	167,1	134,8	8,1	8,7	6,5	-0,6
2011	165,3	177,4	141,3	5,8	6,2	4,8	-0,4
2012	168,5	181,3	142,7	1,9	2,2	1,0	-0,2
2013	170,4	183,1	144,9	1,1	1,0	1,6	-0,1
2014	169,0	187,4	129,9	-0,8	2,4	-10,4	0,1
2015	173,3	194,6	127,8	2,5	3,9	-1,6	-0,2
2016	178,5	204,0	124,1	3,0	4,8	-2,9	-0,2
2017	185,3	213,9	124,6	3,8	4,8	0,4	-0,3
2018	192,8	221,8	131,1	4,1	3,7	5,3	-0,3
2019	194,4	224,2	131,1	0,8	1,1	0,0	0,0
2020	194,8	224,8	131,2	0,2	0,2	0,1	0,0
2021	195,3	225,7	130,8	0,2	0,4	-0,3	0,0
2022	194,4	224,6	130,3	-0,5	-0,5	-0,4	0,0

¹ Jusqu'en 2003: évolution de la prime moyenne (franchise minimale) de toutes les catégories d'assurés. Depuis 2004: estimation provisoire de l'évolution moyenne des primes de l'ensemble des assurés (y compris les franchises à option, les assurances avec bonus, etc.) selon l'OFSP.

Une érosion

- ❖ Cette distinction est une **faiblesse méthodologique** qui n'est pas sans impact
 - ❖ L'impact pratique des primes sur le **budget**, en particulier dans un contexte d'inflation, est plus difficile à évaluer avec des indices segmentés.
 - ❖ Néanmoins, l'évolution de l'IPAM montre la lente mais dure **érosion** à laquelle on assiste depuis 25 ans.
- *DCS nous montre la partie visible de l'iceberg, sa partie immergée ne fond pas*



Le porte-monnaie sans fond...

Financement des dépenses de santé selon la source et par habitant, en 2021

En francs par mois et par habitant
Total: 827 francs

- État: paiements pour des prestations ■ ...subventions aux assurances sociales
- Entreprises: cotisations aux assurances sociales, financement privé
- Ménages privés: primes de l'assurance maladie de base ■ ...primes des assurances complémentaires
- ...participation aux frais et paiements «out of pocket» ■ ...autres financements
- Source de financement inconnue



État des données: 31.01.2024

Source: OFS – Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

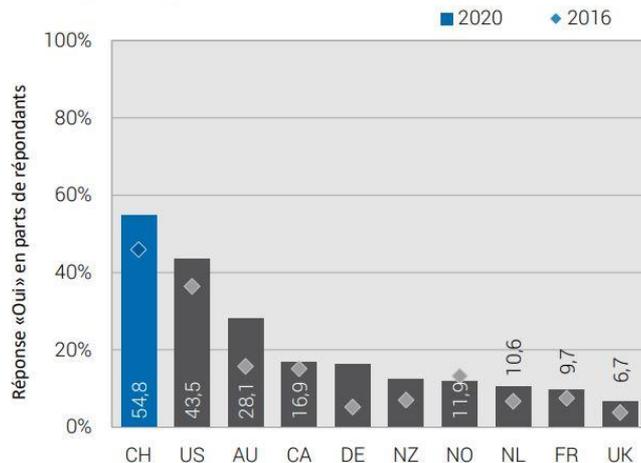
© OFS 2024



La LCA est comprise ici

Le porte-monnaie sans fond...

Part de personnes avec des dépenses de plus de 1000 dollars US non couvertes par l'assurance de base obligatoire ou par une assurance complémentaire, comparaison internationale



[\(Les résultats de l'enquête IHP disponibles ici\)](#)

... qui finance annuellement l'AOS

Année	Coût Brut AOS (en mio de fr.)	Différence année suivante (en mio de fr.)
2000	15.695,00 CHF	
2001	16.579,00 CHF	884,00 CHF
2002	17.282,00 CHF	703,00 CHF
2003	18.161,00 CHF	879,00 CHF
2004	19.233,00 CHF	1.072,00 CHF
2005	20.404,00 CHF	1.171,00 CHF
2006	20.646,00 CHF	242,00 CHF
2007	21.618,00 CHF	972,00 CHF
2008	22.727,00 CHF	1.109,00 CHF
2009	23.746,00 CHF	1.019,00 CHF
2010	24.354,00 CHF	608,00 CHF
2011	24.967,00 CHF	613,00 CHF
2012	26.000,00 CHF	1.033,00 CHF
2013	28.006,00 CHF	2.006,00 CHF
2014	28.664,00 CHF	658,00 CHF
2015	30.281,00 CHF	1.617,00 CHF
2016	31.658,00 CHF	1.377,00 CHF
2017	32.546,00 CHF	888,00 CHF
2018	32.810,00 CHF	264,00 CHF
2019	34.412,00 CHF	1.602,00 CHF
2020	34.776,00 CHF	364,00 CHF
2021	36.677,00 CHF	1.901,00 CHF
2022	38.198,00 CHF	1.521,00 CHF

**Moyenne des montants annuels
injectés chaque année dans le
système de santé (en mio de fr.)**

1.022,86 CHF

(Sources: calcul effectué sur la base des chiffres
fournis par l'OBSAN et SASIS SA)



La LCA n'est pas comprise ici

Deux conséquences à souligner

1. La LAMAL prévoit des mécanismes automatiques d'**indexation** des primes sur les coûts mais ne dit rien sur leur allocation.
 - *Des prestations qui ont un besoin urgent d'être renforcées, pour répondre aux besoins de la population, ne sont en revanche promues qu'à coup de mesures timides*
 - *Ce n'est qu'au prix d'une réorganisation des soins que l'on endiguera l'augmentation des coûts et les risques toujours plus grands de décrochage et d'endettement*



Deux conséquences à souligner

2. Une même personne renonce à des prestations médicales en tant que patiente pour assumer ses obligations en tant qu'assurée/ payeuse de primes

→ *Pour éviter l'endettement, toujours plus de personnes renoncent à des prestations.*



Renoncement aux soins

Dépenses de santé

Renoncement* à au moins une prestation médicale en raison du coût, comparaison internationale



Les trois types de renoncement :

1. renoncement à une consultation médicale en cas de problème médical
et/ou
2. renoncement aux tests médicaux, traitements ou examens de contrôle recommandés
et/ou
3. renoncement à un médicament sur ordonnance ou prise d'une quantité inférieure à celle prescrite

* A distinguer de la privation selon SILC (OFS), cf. diapositive 36

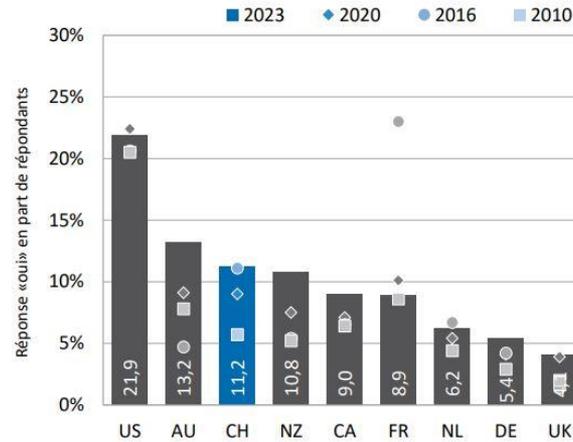
Différences significatives dans le renoncement à au moins une prestation médicale en raison du coût

- **Âge** : 18-34 ans (35,0%), 35-49 ans (32,5%) > 50-64 ans (17,5%), 65+ ans (12,4%)
- **Revenu** : inférieur à la moyenne (30,3%) > moyen (21,6%), supérieur à la moyenne (18,3%)
- **Statut migratoire** : issu de l'immigration (29,6%) > non issu de l'immigration (21,6%)
- **Région linguistique** : Suisse romande (29,8%) > Suisse alémanique (22,6%)

[\(Les résultats de l'enquête IHP disponibles ici\)](#)

Renoncement aux soins

A eu de sérieux problèmes pour payer des factures médicales ou n'a pas pu les payer, comparaison internationale



[\(Les résultats de l'enquête IHP disponibles ici\)](#)

Quelques limites de l'enquête IHP

1. L'enquête mesure le renoncement sur une base déclarative
2. La notion de renoncement/non-recours souffre, en conséquence, d'un **certain flou** :

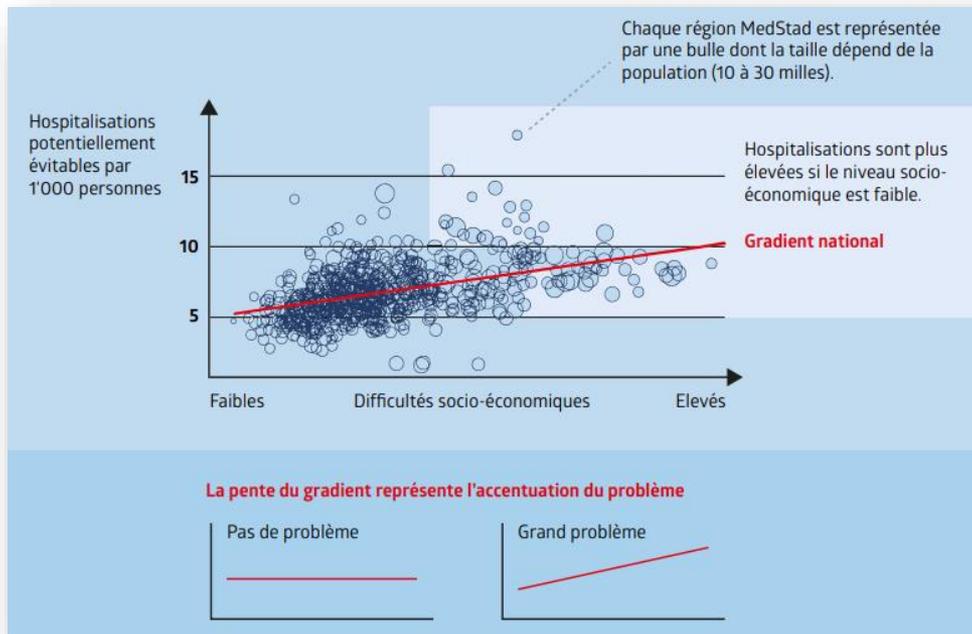
« Le de renoncer à un traitement pour des raisons de coût ne dit rien sur sa nécessité et implique un certain degré de volontariat. Il y a une évaluation du rapport coût/bénéfice et un ajustement en fonction des coûts potentiels ».

3. L'enquête ne permet pas d'évaluer les **conséquences médicales** d'un premier renoncement/non-recours.



[\(Les résultats de l'enquête IHP disponibles ici\)](#)

Accès aux soins et précarité (Spycher et al. 2021)



Source: Jacques Spycher, Kevin Morisod, Yves Eggli, Karine Moschetti, Marie-Annick Le Pogam, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Patrick Bodenmann, Joachim Marti (2021), *Indicators on Healthcare Equity in Switzerland New Evidence and Challenges*, Final report on behalf of the Federal Office of Public Health 2021

Quelques limites plus générales

De Mestral et al. (2022) soulignent dans une méta-analyse:

«Aucune des études existantes n'a évalué les tendances en matière de renoncement aux soins de santé ou dentaires dans l'ensemble de la population suisse en utilisant des **sources multiples** et en mettant l'accent sur les déterminants démographiques, **socio-économiques** et sanitaires». (p.3)



Par ailleurs, ces mêmes auteurs insistent sur le fait qu'ils n'ont pu...

«...comparer correctement ces variations en raison des **différentes méthodologies** utilisées pour mesurer le renoncement aux soins». (p.4)

Source: Carlos de Mestral, Dusan Petrovic, Kailing Marcus, Richard Dubos, Idris Guessous, Silvia Stringhini (2022), [*Renoncement aux soins de santé en Suisse*](#), Rapport rédigé sur mandat de l'OFSP

Conclusions

- ❖ Les **modalités de financement** du système de santé en Suisse participent à l'endettement de la population.

Cette problématique est aggravée par les **franchises** qui servent avant tout de levier pour faire baisser sa prime mensuelle, mais exige de disposer d'une épargne.

- ❖ Ce problème est connu, mais reste **mal documenté**. L'ampleur de cette précarité ou de cette précarisation au long-court n'est pas analysée avec précision.
- ❖ Les modifications de **l'article 64a LAMAL** et les ajustements de l'OAMAL enlèvent de la pression sur les mineurs, et un peu (mais moins) sur les adultes
- ❖ Elles ne changent en rien les «**conditions cadres**» décrites ici.



Merci !

Yannis.Papadaniel@hetsl.ch



L'association des
consommateur·rice·s

