

Position

Février 2020

DU GROUPE MUTUEL

Vision libérale «Assurance-maladie 2030»

En bref

La dimension politique, économique et sociale de la santé est de plus en plus importante. Des idées de réformes, en particulier dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, fleurissent de toutes parts. De la nationalisation de l'ensemble du système de santé à une libéralisation complète sans assurance obligatoire, tout et son contraire sont proposés.

En tant qu'assureur-maladie, il est non seulement de notre devoir d'exiger des réformes de la part de nos responsables politiques, mais également d'élaborer nos propres propositions ainsi que des modèles pour améliorer le système.

Le client, en tant que patient et assuré, doit être au centre de notre action. Dans notre vision «Assurance-maladie libérale 2030», nous entendons ainsi mettre l'accent sur la qualité, la viabilité financière, la transparence et l'autodétermination, comme autant de valeurs ajoutées pour les individus.



Votre contact auprès du Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch

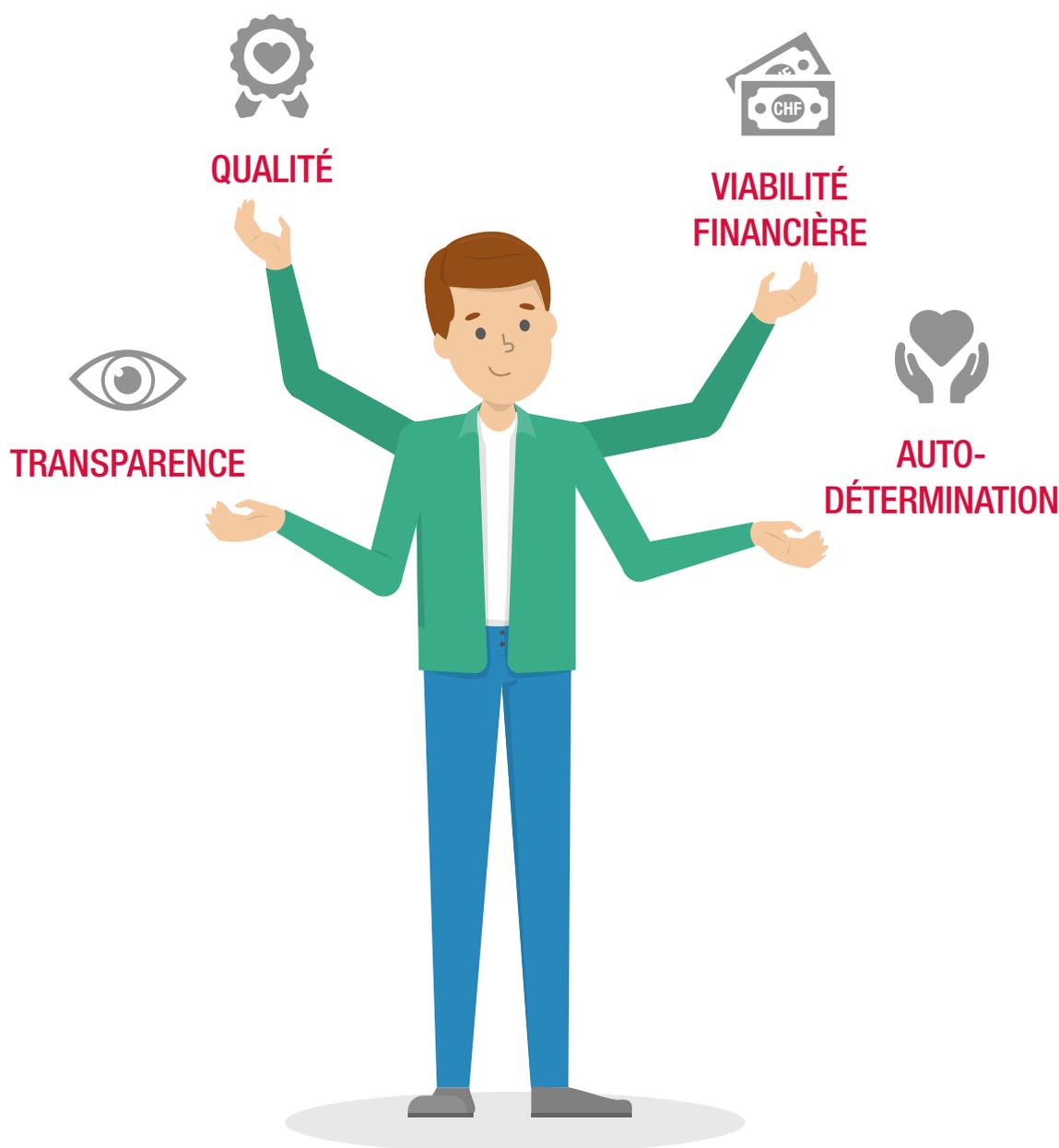
1. Situation initiale: le concept de concurrence régulée

La concurrence régulée – mot magique de la politique de santé actuelle dans le secteur de l'assurance-maladie. Mais, quelle est l'importance réelle de la concurrence dans le système et dans quelle direction se développe-t-elle? Depuis son entrée en vigueur en 1996, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a déjà été partiellement révisée à plus de trente reprises. Ce faisant, les compétences des autorités et du Conseil fédéral en la matière ont été continuellement étendues, et les obstacles administratifs se sont multipliés pour les prestataires de soins et les assureurs. Ainsi, le système de santé est devenu plus lourd, plus bureaucratique et plus cher – mais pas meilleur du point de vue de la qualité. L'extension des réglementations dans la LAMal n'a pas contribué à renforcer la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

Nous avons besoin de modèles pour notre système de santé qui apportent à l'individu une réelle valeur ajoutée. Pour cela, le client, patient et assuré doit être au centre de notre vision.

2. Vision libérale «Assurance-maladie 2030» du Groupe Mutuel

La vision du Groupe Mutuel s'articule autour des valeurs ajoutées suivantes pour les individus:



2.1 Conditions cadres

L'Etat se limite à définir les conditions cadres et à les contrôler

Les autorités veillent à instaurer les bases du marché régulé en créant les conditions cadres correspondantes et en les contrôlant en permanence. Ces conditions cadres doivent se limiter au nécessaire et être conformes au principe de proportionnalité. Il incombe également à l'Etat d'éliminer les prestations nouvelles et existantes dont l'efficacité et la rentabilité ne sont pas avérées (notamment grâce à l'HTA), et ce, afin de permettre à l'assuré de bénéficier d'un système abordable et de qualité, basé sur des règles transparentes.

Le rôle des cantons est clarifié

Il y a lieu de désenchevêtrer les rôles multiples assumés par les cantons, car ils créent des conflits d'intérêts importants et nuisent à la transparence: les cantons sont à la fois propriétaires, exploitants et organes de financement des hôpitaux, mais aussi employeurs et organes de surveillance qui tranchent en cas de litiges tarifaires. Cela annihile une formation équitable des prix, fait gonfler les coûts, dénature les impôts qui se muent ainsi en subventions, et fait obstacle à la concurrence basée sur des critères qualitatifs.

La surveillance respecte le principe de proportionnalité

La surveillance portant sur les assureurs-maladie incombe à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'OFSP est tenu de veiller à une application uniforme de la LAMal, et surveille la situation financière des assureurs-maladie afin de garantir leur solvabilité et, ainsi une protection adéquate des clients. La teneur de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal), de même que les compétences qui existent déjà dans la LAMal ainsi que les données livrées actuellement sont suffisantes pour permettre aux autorités de contrôler la qualité et l'efficacité des assureurs-maladie. Aucune autre mesure susceptible de faire augmenter les primes n'est nécessaire. Il en va de même pour les assurances-maladie complémentaires, lesquelles sont surveillées par la Finma sur la base de la loi sur la surveillance des assurances (LSA).

Le principe de l'assurance est renforcé

Les primes prélevées par les assureurs-maladie sont fixées de manière à permettre à ces derniers de couvrir leurs coûts. Des offres dumping et des comptes mixtes au sein des assureurs-maladie ne sont pas admissibles. L'autorité de surveillance a pour mission d'imposer des primes qui couvrent les coûts, et ce, afin que le système continue à être financé de manière équitable, et reste compréhensible et transparent pour les assurés.

2.2 Financement

Financement uniforme de toutes les prestations AOS

Toutes les prestations ambulatoires et stationnaires sont financées de manière uniforme avec les assureurs-maladie en tant que financeurs. La participation actuelle des cantons doit rester dans le système. La manne cantonale, qui serait versée périodiquement aux assureurs, serait calculée sur la base d'un pourcentage des prestations fournies, défini par la loi, ce qui permettrait de corriger les fausses incitations existantes, et ainsi d'alléger la charge pesant sur les payeurs de primes tout en assurant une plus grande transparence du système.

Les franchises sont continuellement adaptées

La franchise ordinaire, qui s'élève actuellement à CHF 300.–, est portée à CHF 400.– ou à CHF 500.–. Ce montant, qui n'a plus été adapté depuis plus de quinze ans, doit évoluer au même rythme que les coûts dans le système de santé. Ainsi, le système pourra rester financièrement viable et les assurés pourront disposer d'une grande marge d'autodétermination. Les franchises élevées sont maintenues parce qu'elles profitent essentiellement aux plus jeunes générations qui doivent déjà assumer une part très importante – et toujours croissante – de la solidarité intergénérationnelle. Ainsi, le système reste financièrement viable et les assurés ont un degré élevé d'autodétermination.

2.3 Approvisionnement en soins

Les prestataires sont en concurrence

Les fournisseurs de prestations, ambulatoires ou stationnaires, s'affirment sur le marché de la libre concurrence. Cela accroît la qualité et la transparence, élimine les offres inefficaces, a un effet modérateur sur les coûts et stimule l'innovation. Parallèlement, le système garantit la mesure et l'évaluation de la qualité des prestations (qualité des indications et des résultats) – ce qui améliore continuellement l'offre.

La coordination entre les prestataires est garantie

Les fournisseurs de prestation qui exercent leurs activités dans le système de santé suisse se coordonnent mieux. Ils élaborent des concepts appropriés en tenant compte des nouvelles possibilités numériques. Il en résulte une baisse du nombre d'exams médicaux, notamment une réduction du nombre de consultations inutiles et de traitements médicaux erronés. L'efficacité et la qualité des prestations augmentent au profit des patients et des payeurs de primes.

Les prix administrés sont supprimés

À moyen terme, les prix des médicaments, des analyses de laboratoire, des moyens auxiliaires et appareils médicaux ne sont plus administrés par l'Etat, mais sont au contraire exposés à la libre concurrence. La guerre des prix entraîne des baisses de prix, ce qui profite directement aux assurés. Des prix prescrits par l'Etat rendent impossible la concurrence qui permet de les faire baisser. C'est l'une des raisons pour laquelle les prix administrés, appliqués actuellement en Suisse, sont parfois nettement supérieurs aux prix payés à l'étranger.

2.4 Système de l'assurance-maladie

Système de libre choix comportant plusieurs assureurs-maladie

Chaque assuré continue de bénéficier du libre choix et, lorsqu'il s'agit de conclure une assurance-maladie, il peut choisir entre différents prestataires privés et diverses solutions d'assurance – au lieu de devoir se contenter d'une seule institution monopolistique contrôlée par l'Etat. Les caisses étatiques cantonales ou fédérales étouffent toute concurrence, élargissent le rôle multiple du canton, nuisent à la transparence, mettent fin à la liberté de choix, réduisent la qualité, freinent l'innovation, entraînent des rationnements et coûtent davantage.

Maintien du principe de solidarité en évitant toutefois de le mettre excessivement à l'épreuve

La LAMal est basée sur le principe de solidarité entre personnes en bonne santé et malades, entre jeunes et moins jeunes. Ce principe est nécessaire et important. Pour autant, la solidarité doit pouvoir être financée, être équitable et appropriée pour tous.

La solidarité intergénérationnelle est maintenue en tant que pilier important du système de santé suisse, mais dans une mesure équilibrée. Car ce n'est qu'ainsi qu'on ménagera l'acceptation du système par les plus jeunes générations qui, en raison de l'évolution démographique, devront financer avec leurs primes les frais de santé grandissants des retraités et que le système pourra continuer à être financé par la solidarité. Avec l'introduction d'une classe d'âge supplémentaire pour les primes, les familles devraient ainsi bénéficier d'un allègement de leurs charges dans une mesure raisonnable.

Renforcement de l'autodétermination et de la responsabilité individuelle

Des formes particulières d'assurance telles que des modèles alternatifs d'assurance et des franchises à options renforcent l'autodétermination ainsi que la responsabilité individuelle des assurés et leur permettent de travailler, en collaboration avec les prestataires, sur la qualité et l'efficacité des prestations fournies. De cette façon, ces formes particulières d'assurance favorisent la concurrence et contribuent à créer des solutions d'assurance individuelles.

Les rabais accordés correspondent aux économies de frais effectivement réalisées. Outre les incitations financières, les assurés sont également informés par des campagnes de sensibilisation et d'information sur les prestations inutiles, voire contreproductives. Dans le domaine de la prévention, il est important, là aussi, que les campagnes menées par l'Etat atteignent et convainquent les patients, sans quoi elles sont inutiles. L'assureur-maladie doit lui aussi accompagner le patient et lui montrer les différentes mesures de promotion de la santé autodéterminée.

Conclusion

Le concept éprouvé de concurrence régulée dans le domaine de l'assurance-maladie s'est vu de plus en plus réglementé au cours des dernières décennies. Il est essentiel qu'il évolue à nouveau vers davantage de concurrence.

Entièrement orientée vers les besoins des clients, la vision libérale «Assurance-maladie 2030» portée par le Groupe Mutuel entend ainsi apporter aux assurés et aux patients des valeurs concrètes:

Qualité

Dans un système de libre-concurrence, la qualité des résultats est une nécessité souveraine: qui ne s'y conforme pas, est pénalisé par le client. Tant dans le domaine des soins que dans le système de l'assurance-maladie, le client bénéficiera d'une concurrence de qualité.

Viabilité financière

Outre la qualité, la préoccupation majeure de la population est la capacité de financement. La mise en place de dispositifs de financement simples, équitables et transparents ainsi qu'une efficacité accrue et l'introduction de nouvelles classes d'âge pour les primes devraient permettre à notre système solidaire de rester financièrement viable et capable de réunir une majorité.

Transparence

Avec un cadre étatique clair, où chaque acteur, y compris les cantons, a un rôle bien défini, les payeurs de primes et les contribuables sauront où va leur argent. La concurrence entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie ouvrira en outre la voie à une plus grande transparence en termes de qualité et d'efficacité.

Autodétermination

Chaque assuré restera libre de choisir son assureur-maladie et sa solution d'assurance. Les assureurs-maladie informeront et sensibiliseront également les assurés à la prévention et les aideront à prendre des décisions autonomes concernant leur parcours de santé.