

# Position du Groupe Mutuel

## Vision libérale «Assurance-maladie2020»



Assuré. Là. Maintenant.

Mai 2017

Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, case postale, CH-1919 Martigny

### 1. Situation initiale

Depuis son entrée en vigueur en 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a déjà été partiellement révisée à plus de 30 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. L'augmentation de l'espérance de vie et l'extension croissante de l'offre requièrent des modèles tournés vers l'avenir pour la politique suisse de santé et pour notre système de santé.

Avec son programme libéral «Assurance-maladie2020», le Groupe Mutuel apporte sa contribution. Il explique comment le système de santé doit être aménagé, quels axes prioritaires doivent être adoptés pour le système de l'assurance-maladie, et quelles sont les réformes nécessaires afin de pouvoir proposer aux assurés les meilleures offres possibles avec une qualité optimale et à des prix équitables.

La concurrence régulée en tant que cadre dans lequel évoluent actuellement les assureurs-maladie est un système qui a fait ses preuves. Des réformes qui renforcent la concurrence et le marché, mais qui n'étendent pas inutilement le pouvoir de l'Etat pourraient l'améliorer. La tendance actuelle à un renforcement de la régulation – que l'on observe également dans d'autres domaines que celui de la santé – entrave et freine l'économie et les entreprises en leur mettant des barrières supplémentaires. Un marché libre se caractérise par le plus grand degré possible de responsabilité individuelle. Ce principe s'applique aussi bien aux assureurs qu'aux prestataires et aux assurés.

### 2. Vision libérale du Groupe Mutuel

Les principes suivants constituent la vision du Groupe Mutuel pour un système de santé et d'assurance-maladie qui soit le plus efficace et le plus libéral possible:

#### 2.1 Conditions cadres

##### L'Etat se limite à définir les conditions cadres

Les autorités veillent à instaurer les bases du marché régulé en créant les conditions cadres correspondantes et en les contrôlant en permanence. Le rôle de l'Etat doit se limiter à définir et à contrôler les conditions cadres qui soient nécessaires et conformes au principe de proportionnalité.

##### 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 et des problèmes importants. En effet, 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 équitaine des prix, fait enfler les coûts, dénature les impôts qui se muent ainsi en subventions, et a des répercussions négatives – puisque cela fait obstacle à la concurrence et à l'innovation – pour les assurés et les entreprises dans notre système de santé.

##### 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 il surveille la situation financière des assureurs-maladie afin de garantir leur solvabilité et, partant, une protection adéquate des clients. La teneur de la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal), de même que les compétences qui existent déjà dans la LAMal ainsi que les données qui sont livrées actuellement, sont suffisantes pour garantir une surveillance adéquate.

##### 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 frais. Des offres de 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.

##### La compensation des risques suit des critères clairs

L'introduction de critères supplémentaires dans le calcul de la compensation des risques doit se baser sur des statistiques stables. Une analyse détaillée et très développée des effets doit précéder toute adaptation. La mise en œuvre doit être praticable

et doit pouvoir être facilement introduite sur le plan administratif. Le système de compensation des risques ne doit pas muter en un système de compensation des coûts, qui entraînerait un nivellement excessif des primes. Cela nuirait à la concurrence et, à moyen terme, empêcherait les assurés de choisir librement entre les différents assureurs.

## **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 financeur. 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 prédéfini des prestations fournies. Avec une liste détaillée des factures sous-jacentes, les cantons obtiennent ainsi une totale transparence sur les coûts.

### **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 10 ans, doit évoluer au même rythme que les coûts dans le système de santé. Les franchises élevées de CHF 2'000.– ou CHF 2'500.– 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.

## **2.3 Approvisionnement en soins**

### **Les prestataires sont en concurrence**

Les fournisseurs de prestations s'affirment sur le marché dans la libre concurrence. Cela accroît la qualité, élimine les offres inefficaces, a un effet modérateur sur les coûts et stimule l'innovation. Parallèlement, le système garantit que la qualité est mesurée et évaluée – ce qui améliore continuellement l'offre. Dans ce contexte, les critères de qualité sont fixés et mesurés d'entente entre les partenaires tarifaires.

### **Le domaine ambulatoire est organisé sous la forme d'un partenariat basé sur des critères clairs**

La sécurité de l'approvisionnement en soins est garantie par des limites inférieures et supérieures bien définies. En cas de surapprovisionnement, les cantons peuvent restreindre l'augmentation de l'offre en édictant une réglementation sur la limitation des admissions de médecins. En outre, pour l'approvisionnement normal et pour le surapprovisionnement, les assureurs et les prestataires – partenaires sur un pied d'égalité – concluent des conventions sur la base de critères clairs, ce qui a une influence positive sur les prix et la qualité.

En cas de sous-approvisionnement, l'obligation de contracter actuellement en vigueur demeure. La sécurité de l'approvisionnement devient ainsi un critère décisif à observer pour l'organisation du domaine ambulatoire.

### **La coordination entre les prestataires est garantie**

Les fournisseurs de prestations qui exercent leurs activités dans le système de santé suisse se coordonnent mieux. Ils élaborent – sans ingérence de l'Etat – les concepts y relatifs.

Il en résulte une baisse du nombre d'examen médicaux, notamment une réduction du nombre de consultations inutiles et de traitements médicaux erronés. L'efficacité et la qualité des prestations en sont améliorées.

### **Les prix administrés sont supprimés**

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

## **2.4 Système de l'assurance-maladie**

### **La Suisse dispose d'un 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, mettent fin à la liberté de choix, réduisent la qualité, freinent l'innovation, entraînent des rationnements et coûtent davantage.

### **On évite de mettre excessivement à l'épreuve la solidarité intergénérationnelle**

La solidarité intergénérationnelle est maintenue en tant que pilier important du système suisse de santé, 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. Avec l'introduction de deux classes d'âge supplémentaires, les jeunes, tout comme les jeunes familles, bénéficient ainsi d'un allègement de leurs charges dans une mesure raisonnable.

### **Renforcement de la responsabilité individuelle**

Des formes d'assurance particulières telles que des modèles alternatifs d'assurance et des franchises à options renforcent 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. Les rabais doivent toutefois être également liés à une responsabilité individuelle accrue pour les assurés. Afin d'empêcher que des assurés optimisent parfois chaque année le montant de la franchise dans la perspective d'interventions médicales prévues, ils restent liés pendant trois ans au type de franchise à options qu'ils ont choisi, mais peuvent continuer de changer d'assureur chaque année. Outre les incitations financières, les assurés – tout comme les fournisseurs de prestations – sont également informés par des campagnes de sensibilisation et d'information sur les prestations inutiles, voire contreproductives. Conformément à la devise: moins, c'est parfois plus («less is more»).

### **3. Conclusions**

#### **Conditions cadres**

L'Etat définit les conditions cadres, le rôle des cantons est clarifié, et la surveillance est conforme au principe de proportionnalité. Tous les acteurs impliqués sont soumis à une saine concurrence.

#### **Financement**

Le financement uniforme de toutes les prestations AOS est introduit et les franchises sont adaptées à l'évolution des coûts.

#### **Approvisionnement des soins**

Les fournisseurs de prestations sont en concurrence et se coordonnent mieux. Le domaine ambulatoire est organisé sous la forme d'un partenariat basé sur des critères clairs. Les prix des médicaments, des analyses de laboratoire, des moyens auxiliaires et appareils médicaux sont soumis à une concurrence équitable et ne sont pas administrés par l'Etat.

#### **Contrat d'assurance**

Chaque assuré peut continuer de choisir librement son assureur-maladie et sa solution d'assurance et l'on évite de mettre excessivement à l'épreuve la solidarité intergénérationnelle. Les formes particulières d'assurance sont réformées et renforcent la responsabilité individuelle des assurés.

---

#### **Votre personne de contact du Groupe Mutuel**

**Daniel Volken**

Tél. 058 758 31 71

[dvolken@groupemutuel.ch](mailto:dvolken@groupemutuel.ch)

[www.groupemutuel.ch/positions](http://www.groupemutuel.ch/positions)

---