

Prises de position de Visana par rapport à la politique de la santé

0. Remarques préliminaires

Les objectifs majeurs de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur en 1996, sont les suivants:

- obligation de s'assurer avec libre passage;
- prime unitaire avec compensation des risques et réduction des primes;
- participation des personnes assurées aux coûts (quote-part et franchise);
- catalogue de prestations complet et
- obligation de contracter entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie.

Toute tentative cherchant à ébranler ces principes de base a échoué jusqu'à présent en votation populaire. On distingue trois points problématiques essentiels:

1. La concurrence
2. La solidarité
3. L'évolution des coûts

Le document présent résume les prises de position de Visana les plus importantes par rapport à la politique de la santé.

1. La concurrence

1.1. La concurrence parmi les assureurs-maladie

La LAMal définit la concurrence parmi les assureurs dans l'AOS. Le nombre d'assureurs-maladie a chuté de 145 à 87 entre 1996 et 2006.

A cause d'une compensation des risques insuffisante parmi les caisses, la sélection des risques par le biais des primes constitue la stratégie dominante des caisses. Etant donné les conditions-cadre en vigueur, elles sont obligées, si elles veulent survivre, de procéder à la sélection des risques: une pression du point de vue de l'économie d'entreprise, un non-sens du point de vue de l'économie politique.

Une nouvelle compensation des risques, dont les améliorations par rapport à la réglementation actuelle devraient être en partie entravées par l'introduction des DRG, entrera en vigueur à partir de 2012. Même la version améliorée ne correspond pas au standard international (cf. la Hollande et l'Allemagne) et crée de mauvaises incitations.

➤ Propositions de Visana

- *Amélioration supplémentaire de la compensation des risques et suppression de la limitation*
 - *Une compensation des risques qui tient compte de la morbidité réduit les avantages de la sélection et empêche la chasse aux bons risques, nuisible du point de vue de l'économie politique.*
 - *Une meilleure compensation des risques accélère la consolidation - indispensable- de la branche du point de vue de l'économie politique.*

1.2. La concurrence parmi les fournisseurs de prestations

Dans la version actuelle de la LAMal, la concurrence parmi les fournisseurs de prestations fait cruellement défaut. Une réglementation très dense (obligation de contracter, catalogue des prestations défini, etc.) et un manque de transparence en ce qui concerne les prix, les prestations et la qualité des fournisseurs empêchent la concurrence, qui serait souhaitable pour permettre la prise en charge la plus performante possible ainsi qu'une gestion des coûts efficace.

➤ Propositions de Visana

- *Introduction de la liberté de contracter entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie, dans les domaines des traitements ambulatoires et stationnaires.*
- *Après l'introduction des DRG, les hôpitaux devront, indépendamment de la structure de la propriété, faire face à la concurrence en matière de qualité et de coûts. Il faut éviter que l'Etat entrave la concurrence au moyen de mesures de planification. Demeure réservée l'intervention visant à garantir l'approvisionnement minimal en soins médicaux.*

2. La solidarité

La LAMal contient plusieurs principes de solidarité qui, avec la structure de financement actuel, atteignent de plus en plus leurs limites. Les mécanismes de répartition sont en partie contradictoires.

Dans le système actuel, la prime unitaire a pour conséquence que les personnes jeunes sont solidaires avec les personnes âgées. Certes, l'âge ne peut en aucun cas être mis en rapport avec la maladie; mais il faut admettre que les frais à la charge de l'AOS augmentent avec l'âge. De plus, dans les systèmes par répartition, une part considérable des frais supplémentaires à prévoir (progrès et démographie) incombe aux jeunes générations, ce qui fait grimper la charge de solidarité.

Les réductions individuelles des primes (RIP) et le financement des prestations dans le domaine stationnaire à partir des impôts permettent une redistribution du riche au pauvre. Aujourd'hui, ce sont essentiellement les jeunes générations qui profitent des RIP. Ainsi, dans la LAMal, la prime unitaire a pour conséquence une redistribution du pauvre au riche qui est corrigée grâce aux RIP. Les RIP augmentent parallèlement aux coûts; le domaine de la santé est donc de plus en plus financé en fonction du pourcentage de salaire.

➤ Propositions de Visana

- *La Confédération et les cantons doivent prendre des mesures contre l'introduction insidieuse du financement de l'assurance-maladie sociale selon le revenu (par exemple, primes selon l'âge).*
- *La Confédération doit créer une base de transparence en ce qui concerne les prestations de transfert et les volumes redistribués.*

Gelöscht: 08_Visana-
Positionen_Gesundheitspolitik
_28_01_2010_lor.doc

Gelöscht: 03.02.2010

3. L'évolution des coûts

Endiguer l'augmentation effrénée des coûts (en moyenne 4,5% par année entre 1996 et 2008) constitue le défi le plus important à relever pour l'assurance obligatoire des soins. L'augmentation des coûts dans l'AOS s'explique en premier lieu par une croissance quantitative sans frein (coûts = quantité x prix). Les efforts fournis l'année dernière pour juguler la hausse des coûts ont été vains, parce que la quantité de prestations augmentait sans arrêt.

A l'origine de la croissance quantitative, on trouve l'obligation de contracter (concurrence inexistante parmi les fournisseurs de prestations) et les mauvaises incitations ou les systèmes de rémunération qui découlent de ces incitations (aléa moral). Les personnes assurées ont recours à un plus grand nombre de prestations que si elles n'avaient pas d'assurance, car celle-ci prend en charge les coûts, en totalité ou en partie. Les fournisseurs de prestations sont encouragés à fournir des prestations au-delà de ce qui serait indiqué médicalement, parce qu'elles sont souhaitées par les patientes et les patients et parce que leur objectif est d'effectuer la quantité de traitements la plus intéressante financièrement pour eux-mêmes et pour leur infrastructure.

Mesures possibles:

- Liberté de contracter: seule possibilité pour limiter l'expansion quantitative de l'offre et pour concentrer les incitations sur l'amélioration de la qualité.
- Budgets globaux: permettent une gestion centralisée et sont rapidement efficaces; toutefois problématiques concernant l'offre en soins et la qualité et fastidieux du point de vue bureaucratique.
- Planification de l'offre: planification de la santé, comme déjà effectuée aujourd'hui en Suisse à travers la planification hospitalière des cantons et la limitation de l'admission pour les nouveaux cabinets médicaux dans le domaine ambulatoire; entrave toutefois la concurrence et est fastidieuse du point de vue bureaucratique.
- Augmentation de la participation aux coûts (franchise et quote-part): renforce la responsabilité individuelle et diminue les exigences trop élevées (et inefficaces) en matière de prestations.

➤ Propositions de Visana

- Mesures à court terme
 - o *Egalité de traitement pour les hôpitaux publics et privés lors de l'élaboration de la liste des hôpitaux par les cantons.*
 - o *Introduction des DRG sans incidence sur les coûts.*
 - o *Alliance pour réduire les coûts du système de la santé: tous les partenaires se mettent d'accord pour limiter la hausse des primes, par exemple à 3%.*
 - o *Les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité doivent, en règle générale, être appliqués. Ce principe est valable aussi bien pour la médecine classique que pour la médecine complémentaire et pour la prévention.*
- Mesures à long terme
 - o *Introduction du modèle de Gatekeeper de Visana: l'accès aux prestations stationnaires et à celles des médecins spécialistes n'est autorisé que par l'intermédiaire des soins ambulatoires de base.*
 - o *Garantie des soins régionaux grâce à un réseau renforcé de fournisseurs de prestations, allant du médecin de famille aux soins à domicile Spitex, en passant par les spécialistes, l'hôpital et la réadaptation.*

Gelöscht: 08_Visana-Positionen_Gesundheitspolitik_28_01_2010_lor.doc

Gelöscht: 03.02.2010

- *Suppression des mauvaises incitations: par exemple, l'introduction de valeurs du point tarifaire identiques pour les soins ambulatoires à l'hôpital et dans les cabinets médicaux ainsi qu'un système de financement unitaire pour les prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires.*
- *Hausse substantielle de la participation aux coûts et adaptation à l'augmentation des coûts (quote-part et franchise à option) afin de renforcer la responsabilité individuelle et de diminuer les exigences trop élevées en matière de prestations.*
- *Planification générale (ligne directrice) de l'offre en soins ambulatoires et stationnaires par les cantons:*
 - *Planification adaptée aux besoins de l'offre minimale (domaines ambulatoire et stationnaire) pour garantir l'approvisionnement en soins de la population.*
 - *Encourager la formation de réseaux dans le cadre de l'organisation de l'approvisionnement en soins d'urgence, de la coordination de la médecine de pointe et des appareils médicaux-techniques, etc.*
- *Introduction d'un système moniste.*
- *Négociations tarifaires directes entre l'industrie pharmaceutique et les assureurs-maladie.*
- *Création et imposition de critères de qualité homogènes et transparents dans les domaines ambulatoire et stationnaire.*

Gelöscht: 08_Visana-
Positionen_Gesundheitspolitik
_28_01_2010_lor.doc

Gelöscht: 03.02.2010