

Inutile et inutilement cher

Le projet de révision de la LAMal ne prévoit pas seulement d'ancrer dans la loi la compensation des risques, mais également la séparation de l'assurance de base des assurances complémentaires sur le plan institutionnel.

A l'avenir, les deux branches de l'assurance devraient être gérées par deux entités juridiques différentes. Cela reviendrait en quelque sorte à dresser une grande muraille de Chine au sein du système de santé suisse. Le Conseil fédéral attend de cette mesure plus de transparence, une meilleure protection des données et l'endigement de la sélection des risques. Le Conseil des Etats devrait discuter de la question lors de sa session d'hiver.

Le Forum Santé pour Tous se prononce contre le projet. Une séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires est inutile. Le système actuel fonctionne et les branches d'assurance sont déjà clairement séparées: l'assurance de base, selon la loi, doit se financer elle-même, les financements croisés des assurances complémentaires par l'assurance de base sont interdits et un compte d'exploitation séparé doit être tenu pour l'assurance de base. Le Parlement vient d'adopter la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie: elle devrait rendre beaucoup plus claires les interdépendances et les flux financiers, créer une transparence maximale et permettre à l'administration d'intervenir si nécessaire. Le cadre juridique relatif à la protection des données est également suffisant: les données de l'assurance de base ne peuvent être consultées ou transmises qu'avec le consentement

Séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires

de l'assuré. Le Conseil fédéral affirme lui-même, dans son rapport de fin 2013 «Protection des données des patients et protection des assurés», que les bases juridiques existantes sont adéquates.

Aucun effet sur la sélection des risques

La compensation des risques adoptée par le Parlement est le moyen approprié pour endiguer la sélection des risques. La séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires n'a ici aucun effet.

La séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires ne permet donc non seulement pas de remplir les objectifs du Conseil fédéral, elle entraîne en plus des frais administratifs supplémentaires s'élevant à plusieurs millions. Le double traitement des pièces justificatives, les systèmes informatiques séparés, les locaux dupliqués et la disparition des effets de synergie sont d'autres possibles conséquences aggravantes. Selon une étude de Boston Consulting Group mandatée par santésuisse, les frais administratifs augmenteraient de près de 400 millions par année. L'assurance de base s'alourdirait d'au moins 200 millions sans que les assurés obtiennent une valeur ajoutée. En fin de compte, on peut se demander si la séparation des deux branches d'assurance correspond au désir des assurés. Or, c'est plus qu'improbable: le système serait pour eux plus complexe et plus cher – ils devraient présenter deux fois les factures médicales et les justificatifs, recevraient deux décomptes séparés et devraient s'adresser à deux interlocuteurs différents. Et c'est

Editorial

Mesdames, Messieurs,

La politique de santé suisse n'a subi aucune nouvelle mise au point fin septembre – et c'est une bonne chose. De même qu'en 2003 et 2007, le peuple a clairement refusé en 2014 l'idée d'étatiser l'assurance-maladie – et, progressivement, tout le système de santé. L'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» a été clairement rejetée par 61% des votants. A l'avenir non plus, aucune caisse unique publique ne devrait limiter la liberté de choix et la concurrence entre les assureurs-maladie. Pour autant, l'intention d'étatiser l'assurance-maladie en Suisse n'est certes pas abandonnée: ce sont désormais des désirs relevant du niveau cantonal qui cherchent à étatiser l'assurance de base. Au niveau national, pourtant, il faut maintenant aborder les questions vraiment importantes en matière de politique de santé.

Le Forum Santé pour Tous saisit cette opportunité – après des mois de blocage, nous sommes en tout cas de nouveau en mesure de discuter ouvertement la manière de concentrer nos efforts pour que les patients et assurés obtiennent le meilleur service pour un prix abordable, dans le cadre de notre excellent système de santé. A cet égard une politique de santé libérale doit veiller, et plus encore à l'avenir, à éviter les fausses aspirations vers une économie dirigée et faire prévaloir les offres présentant le meilleur rapport prix/prestations. Et cela, seul un système de santé libéral avec une concurrence réglementée peut le faire. Je suis très heureux, en tant que président du Forum Santé pour Tous, de pouvoir travailler dans ce sens avec nos partenaires et les personnalités politiques responsables de la santé.

Nous avons un système de santé de première qualité et libre de dette. Les mesures de correction nécessaires sont identifiées depuis longtemps: nous avons besoin de règles identiques pour le financement des prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires, de sorte que les assurés n'aient pas à payer des primes toujours plus lourdes. Par ailleurs, la Confédération et les cantons doivent enfin assumer leur véritable rôle, qui est de créer de bonnes conditions cadres. Et en ce qui concerne la question primordiale de la promotion de la qualité, il faut renoncer à une institution de l'Etat. Vous trouverez des explications à ce sujet, ainsi que d'autres informations, dans la présente newsletter.

Alex Kuprecht
Président du Forum Santé pour Tous

précisément ce que les assurés ne veulent pas: les sondages montrent que la grande majorité des personnes qui ont souscrit une assurance complémentaire préfèrent bénéficier de prestations

Prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires

Le nombre de traitements ambulatoires augmente très rapidement parce que toujours plus d'interventions médicales sont possibles sans nécessiter un séjour hospitalier de plusieurs jours.

Du fait que les cantons ne participent pas aux coûts des traitements ambulatoires, ce sont les payeurs de primes qui financent le transfert, souhaitable en soi, des traitements stationnaires vers les traitements ambulatoires. Afin de pouvoir endiguer l'augmentation des primes que cela provoque, les flux de financement des prestations doivent être redéfinis. Plutôt que de voir les cantons se désengager toujours davantage du

Mesure de la qualité dans le système de santé

La Suisse doit rattraper son retard en matière de mesure de la qualité, en particulier dans le secteur ambulatoire. L'accessibilité des données relatives à la qualité et la mise en réseau des acteurs sont insuffisantes.

Il s'agit d'un risque pour notre excellent système de santé. Car mesurer la qualité signifie également accéder aux données qui rendent possible les améliorations. Et seules des données fiables sur la qualité et la valeur des services rendent possible la concurrence entre les meilleures prestations, concurrence qui fait également baisser les coûts. Le Conseil fédéral préconise la création d'un institut national de la qualité employant 20 à 30 personnes et un budget de 35 millions de francs, dont 25 millions devraient être fournis par les assurés à travers une nouvelle taxe. La question s'impose: avons-nous vraiment besoin d'un nouveau

d'un seul tenant. Malgré la possibilité de souscrire l'assurance de base et les assurances complémentaires auprès de prestataires différents, seul 20% environ en fait usage.

Le même mécanisme de financement

financement – puisque le nombre de traitements ambulatoires ne cesse d'augmenter – il faut trouver une code qui définirait comment les cantons devraient participer aux coûts des traitements ambulatoires. La demande selon laquelle les prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires doivent suivre le même mécanisme de financement sera discutée au Conseil des Etats en décembre 2014. Actuellement, le Conseil fédéral ralentit le processus, parce qu'il veut aborder en premier le problème avec les cantons. Le Forum Santé pour Tous met en garde contre le blocage de ces débats. Il est extrêmement important d'arriver rapidement à une solution réalisable.

Renforcer l'ANQ

bureau national pour remédier aux problèmes de mesure et de comparabilité? Le Forum Santé pour Tous répond clairement que non. Non seulement parce qu'on peut douter de l'indépendance et de l'efficacité d'un institut national, mais surtout parce qu'avec l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), nous avons déjà une organisation qui jouit de l'appui des principaux acteurs (l'association des hôpitaux H+, l'association des assurances maladie santésuisse, tous les cantons et les assureurs sociaux fédéraux). L'ANQ élabore, planifie et réalise, en collaboration avec les hôpitaux et les cliniques, des mesures régulières de la qualité dans le domaine des soins somatiques aigus, de la réhabilitation et de la psychiatrie. Il existe à cet égard des données de première qualité et les résultats sont communiqués au public.

Manifestations

Le Forum Santé pour Tous vous convie régulièrement à des manifestations d'information en matière de politique de santé qui sont présidées par des intervenants de premier plan. Inscrivez les prochaines manifestations dans vos agendas. Le Forum Santé pour Tous à:

- **Berne**
11 mars 2015
à partir de 12h30 (apéritif et cocktail dejeunatoire) jusqu'à 14h30
Hôtel Schweizerhof Berne
Bahnhofplatz 11
3001 Berne
Programme suivra

Vous trouverez de futurs événements, des communiqués de presse et des documents de synthèse sur:
www.santepourtous.ch

Devenez membre!

Le Forum Santé pour Tous, qui œuvre en faveur d'un système de santé libéral, vous informe en permanence et organise pour vous différentes manifestations.

Nous nous réjouissons de vous compter bientôt parmi nos membres.

Contactez-nous à l'adresse suivante:
contact@santepourtous.ch

Le secteur de la santé doit mesurer la qualité

Le Forum Santé pour Tous partage les objectifs de qualité du Conseil fédéral, mais il est d'avis que l'Etat doit se limiter à définir les conditions cadres et les mesures incitatives pour un bon fonctionnement de la concurrence en matière de qualité. Il appartient ensuite au secteur de la santé et aux prestataires de service de garantir cette qualité. Avec l'ANQ, une organisation professionnelle existe déjà, et il s'agit de faire en sorte que celle-ci puisse remplir encore mieux sa mission, et notamment la diffusion de ses résultats. Ici aussi, la transparence envers les assurés serait opportune.