

Votation populaire relative à la politique de la santé

Le 1^{er} juin 2008, le peuple se prononcera sur le nouvel article constitutionnel « Qualité et efficacité économique dans l'assurance maladie ». Cet article ancre dans la Constitution, au chapitre de la politique de la santé, le principe de la concurrence ainsi que les notions de « qualité » et d'« efficacité économique ». Il prévoit en outre que les contributions des pouvoirs publics ne soient plus versées directement aux fournisseurs de prestations (principalement les hôpitaux), mais à un organisme tiers chargé de payer les prestations.

Position d'economiesuisse

Le peuple s'est exprimé à plus de 70 % contre une étatisation de la médecine lors de deux votations populaires (2003, 2007). Le nouvel article ancre dans la Constitution le système actuel d'une concurrence régulée et confirme les exigences en termes de qualité à l'égard des prestations. economiesuisse appuie ce nouvel article constitutionnel.

7 avril 2008

Numéro 6

dossierpolitique

Oui à un article constitutionnel qui met l'accent sur la concurrence et la qualité dans la politique de la santé

Le secteur de la santé est une branche importante de l'économie

L'importance du système de santé

Le secteur de la santé est devenu une branche économique importante. Elle compte plus de 300 000 postes à plein temps et représente une source de croissance pour la Suisse. Depuis les années 1980, les dépenses de santé ont augmenté plus fortement que le revenu national. Les coûts de la santé sont passés de moins de 8 % du PIB en 1980 à près de 12 % aujourd'hui. Grâce à l'innovation et au progrès médical, l'espérance de vie s'est allongée et les individus restent en bonne santé plus longtemps. Cependant, les bienfaits du système de santé ont un prix : ses coûts annuels dépassent 50 mrd fr., dont une part substantielle est absorbée par les traitements hospitaliers. Les milieux politiques se doivent de trouver des solutions qui permettent d'assurer le financement à long terme du meilleur système de santé possible.

Felix Gutzwiller, Conseiller aux États

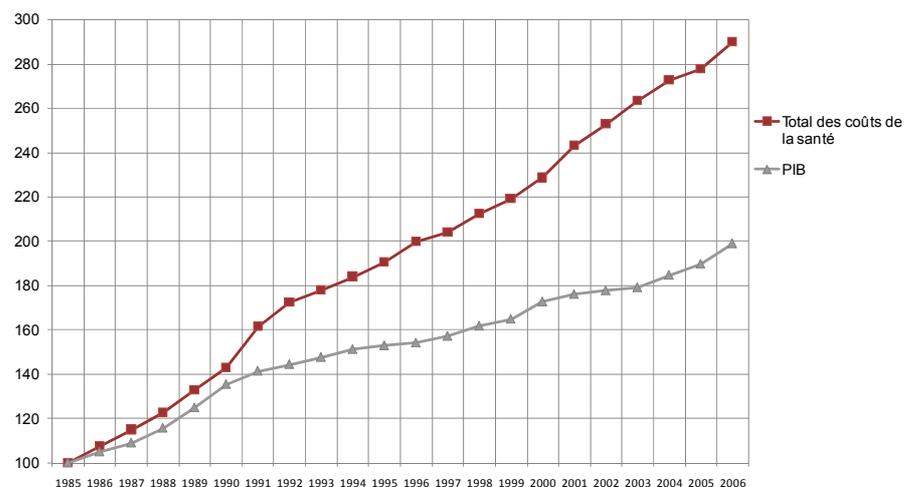
« La révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) s'est embourbée lorsqu'il a fallu choisir son orientation : planification étatique centralisée ou concepts axés sur la concurrence. »

Politique de la santé : ralentissement des réformes

Malheureusement, la politique de la santé n'affiche pas le même dynamisme que le marché de la santé. Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, peu de projets politiques ont tenté de répondre aux exigences de ce marché. Le Parlement a systématiquement repoussé les réformes urgentes de l'assurance maladie. La révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) s'est embourbée lorsqu'il a fallu choisir entre une planification étatique ou des concepts axés sur la concurrence. L'initiative santé de 2003 ainsi que l'initiative sur la caisse unique de 2007 visaient une étatisation de la médecine. Bien que ces deux projets aient été fermement rejetés par le peuple, aucun modèle basé sur la concurrence ne s'est imposé. Le Parlement n'est pas parvenu, jusqu'ici, à corriger les incitations négatives de notre système de santé envers les assurés, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Depuis 1985, les coûts de la santé ont presque triplé. Leur croissance dépassait les 5 % par an en moyenne. Le taux de croissance du PIB ne se situait qu'à 3 %. La part des coûts de la santé par rapport au PIB est passée de 7,8 % en 1985 à 11,3 % en 2006.

Évolution des coûts de la santé par rapport au PIB Indice 1985 = 100



Source : OFSP (Page d'accueil)

Principes : concurrence, qualité et
sécurité sociale

L'article constitutionnel clarifie la situation

Les incessantes discussions sur les principes à suivre en matière de politique de santé ont retardé les révisions de la loi sur l'assurance maladie. La création d'un cadre constitutionnel clair évite de nouveaux palabres et des retards supplémentaires. Un tel cadre permet aussi de mener à bien rapidement les réformes législatives en cours ou prévues, sur la base des principes de la concurrence, de la qualité et de la sécurité sociale et dans l'intérêt de tous les assurés, qu'ils soient malades ou en bonne santé.

Assurance qualité et maîtrise de l'évolution
des coûts insuffisantes dans la LAMal

La qualité et l'efficacité économique ne sont pas (encore) atteintes avec la LAMal

Deux objectifs clés de la LAMal n'ont pas pu être pleinement satisfaits jusqu'ici : l'assurance qualité et la maîtrise de l'évolution des coûts. Contrairement aux apparences, ces deux objectifs sont complémentaires. Un système de santé de qualité est plus avantageux qu'un système qui affecte mal les ressources. Les mesures visant à diminuer les coûts ne doivent pas entraîner une détérioration de la qualité des prestations médicales. De plus, des prestations de qualité permettent d'atteindre l'objectif de l'efficacité économique. L'instauration de la concurrence dans le système de santé améliore l'efficacité et contribue à endiguer la hausse des coûts, sans diminution de la qualité. Des prestations intéressantes du point de vue économique doivent présenter un bon rapport coût-utilité et ne sont pas nécessairement bon marché.

Douze ans après l'entrée en vigueur de la loi, les exigences de la LAMal par rapport à l'assurance de la qualité restent en grande partie insatisfaites. C'est la raison pour laquelle le Parlement a pris le taureau par les cornes. Via une motion, il a chargé le Conseil fédéral de mettre en place un dispositif de mesure et de garantie de qualité. A l'automne 2007, la Commission de gestion du Conseil des États avait déjà estimé que les mesures prises jusqu'ici par le Conseil fédéral étaient insuffisantes. Le nouvel article permet de hisser cette exigence de qualité au niveau constitutionnel et de créer une nouvelle dynamique dans ce domaine.

L'article constitutionnel combat
l'étatisation du système de santé

L'article constitutionnel définit un cadre

A l'heure actuelle, la Constitution se limite à mentionner qu'il revient à la Confédération de réglementer les assurances maladie et accidents et qu'elle peut rendre l'assurance maladie obligatoire. C'est maigre, si on considère que ce marché pèse 53 milliards et qu'il existe 196 autres articles constitutionnels.

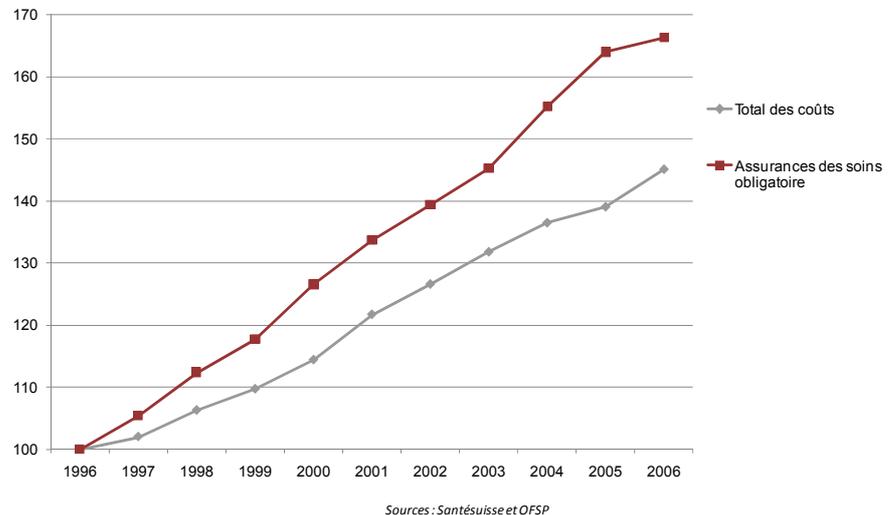
La qualité comme leitmotiv,
la transparence comme base pour une vraie
liberté de choix

L'article constitutionnel sur la santé prend au sérieux les besoins de la population

Grâce au nouvel article constitutionnel sur la santé, la qualité du système de santé est inscrite dans la Constitution comme une priorité. Cela permet de garantir qu'elle sera également prioritaire dans les réformes à venir. La qualité et le prix des prestations médicales doivent être connus de tous. La transparence est primordiale pour bien informer les assurés qui souhaitent se faire une idée claire de la qualité et de l'efficacité économique des fournisseurs de prestations, des thérapies et des médicaments. La transparence est un préalable important si on souhaite véritablement donner le choix aux patients (libre choix du fournisseur de prestations) et aux fournisseurs de prestations (libre choix de la thérapie). La population ne souhaite pas être mise sous tutelle. C'est la raison pour laquelle la liberté de choix doit être inscrite dans la Constitution. Les assurés veulent accéder librement aux prestations de santé et choisir leur médecin et leur hôpital. Le nouveau projet relatif au financement des hôpitaux instaure déjà le libre choix de l'hôpital; ce principe est maintenant ancré dans la Constitution. De même, les fournisseurs de prestations doivent également pouvoir choisir librement les thérapies et les médicaments dans le cadre de conditions clairement définies. La hausse des coûts de la santé préoccupe beaucoup la population suisse. L'article constitutionnel en tient compte. Les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité qui y sont inscrits sont des critères importants pour définir quels traitements et quels médicaments sont autorisés et aider au choix d'une thérapie par les fournisseurs de prestations.

Les coûts de l'assurance maladie obligatoire augmentent plus rapidement que l'ensemble des coûts du système de santé. En 2006, 37,5 % des coûts de la santé étaient imputables à l'assurance maladie obligatoire.

Évolution des coûts de l'assurance maladie obligatoire par rapport à l'ensemble des coûts de la santé (indice 1996 = 100)



Les cinq piliers du nouvel article constitutionnel (117 a)

1) Qualité des prestations de soins

Les nouvelles dispositions relatives à la qualité

Al. 2 : L'assurance maladie propose une assurance des soins ; elle peut aussi proposer une assurance indemnités journalières. L'assurance des soins prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité et peut prévoir des prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers.

Al. 3 : Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants :

d. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance maladie sont fixées de manière à garantir la qualité et la concurrence.

Al. 5 : La Confédération et les cantons veillent, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de santé publique rationnel et de qualité ; ils coordonnent leur action.

Ancrer le critère de la qualité
en tant que priorité

Il n'existe guère d'autres domaines dans lequel la qualité est aussi importante que dans le système de santé. Il est dès lors d'autant plus étonnant qu'il n'existe pas en Suisse de système d'assurance de qualité appliqué systématiquement. Le nouvel article constitutionnel définit la qualité comme le principe le plus important de notre système de santé. Les mesures visant à diminuer les coûts ne doivent pas entraîner une détérioration de la qualité des prestations médicales. De plus, on atteint l'objectif de l'efficacité économique lorsque les prestations sont de qualité, car le nombre de traitements subséquents diminue et les prestations inutiles ne sont plus admises.

Ce faisant, on reconnaît enfin au plus haut niveau que l'objectif du système de santé est une prise en charge optimale des patients. L'article insuffle une dynamique nouvelle aux projets des fournisseurs de prestations, des assurés et des autorités en matière de qualité. Et il stipule qu'il faut tirer le maximum de qualité de nos primes – sans gaspiller inutilement des ressources.

2) Efficacité économique

Les nouvelles dispositions

Al. 3 : Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants :

a. les prestations relevant de l'assurance des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Al. 5 : La Confédération et les cantons veillent, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de santé publique rationnel et de qualité ; ils coordonnent leur action.

L'efficacité économique garantit un bon rapport coût-utilité. Elle n'a rien à voir avec une médecine au rabais !

Les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité qui sont inscrits dans la Constitution constituent des critères importants pour l'autorisation de traitements et de médicaments et, dans le cas des fournisseurs de prestations, pour le choix d'une thérapie. La LAMal (art. 32) contient déjà ces principes. S'ils sont systématiquement appliqués, ils permettent d'éviter davantage de consultations multiples et de thérapies inutiles, pour le bien des patients et des assurés. Le contrôle de l'économicité dans le cadre du catalogue des prestations ne doit pas interférer avec la liberté thérapeutique, s'il nuit à la qualité du traitement.

3) Concurrence

Les nouvelles dispositions

Al. 3 : Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants :

b. l'assurance maladie est mise en œuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence ; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée.

d. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance maladie sont fixées de manière à garantir la qualité et la concurrence.

Des limites à la concurrence

Pour obtenir un soutien aussi large que possible, les auteurs de l'article ont renoncé à supprimer l'obligation de contracter entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Ils ont aussi renoncé à prévoir explicitement la création d'un marché intérieur de la santé, un des aspects important du projet relatif au financement des hôpitaux adopté fin 2007.

La concurrence n'en reste pas moins le moteur central de toute économie et de tout marché. Dans le système de santé aussi les ressources sont utilisées à mauvais escient lorsque les mécanismes du marché sont désactivés. Le marché est le moyen le plus efficace pour indiquer où et combien de biens et de services il faut mettre à disposition. En l'absence de pression du marché et de concurrence, il n'y a pas d'innovation, ni d'amélioration des prestations. A la longue, le système de santé suisse serait inondé de prestations inutiles payées au prix fort.

Le nouvel article constitutionnel reprend et promeut les règles qui permettent d'encadrer étroitement la concurrence dans le système de santé. Les assureurs maladie sont surveillés par l'OFSP afin qu'ils remboursent les coûts des prestations relevant de l'assurance de base. De leur côté, les fournisseurs de prestations doivent satisfaire des critères de qualité afin que leurs prestations soient prises en charge dans le cadre de l'assurance de base. Enfin, l'ensemble de la population doit souscrire une assurance maladie afin que tout le monde ait accès à des prestations de santé. Les primes doivent donc rester abordables pour tous..

L'alternative consisterait à choisir une médecine étatisée, mais ce serait une mauvaise option. Le fait est que les systèmes de santé étatiques souffrent d'erreurs de pilotage et sont plus vulnérables au lobbying et même à la corruption. Les files d'attente vont de soi, comme c'est le cas en Grande-Bretagne. La qualité des prestations se détériore et les personnes aisées se réfugient dans le secteur privé. C'est ce qu'on observe en Italie par exemple. Tous les pays qui ont mis en place un système étatique ont vu naître une médecine à deux vitesses et ce serait pareil en Suisse.

Dans les systèmes de santé étatiques, l'évolution des coûts n'est pas plus favorable que dans les systèmes libéraux. Les conséquences des mesures de contrôle des coûts sont en revanche bien plus graves pour la population et les fournisseurs de prestations. On restreint

ou on refuse aux patients l'accès aux prestations de santé. A la fin de l'année, les médecins ne peuvent plus facturer leurs prestations ou sont bannis du système. Dans un système de santé étatique, les médecins ne sont d'ailleurs plus des indépendants, mais des employés, comparables à des fonctionnaires. Que deviennent les jeunes médecins quand il y a déjà assez de médecins au service de l'État ? Quelles perspectives leur reste-t-il ?

La concurrence n'est pas une chose négative, c'est la seule forme d'organisation des marchés qui est sensée et qui a fait ses preuves. Toutefois, pour le marché de la santé, il faut définir clairement les règles de concurrence, sans lesquelles le marché ne peut pas fonctionner. Ce cadre ne doit pas aboutir à une étatisation de la médecine. Il doit renforcer le marché lorsque c'est nécessaire et le brider afin de préserver le caractère social de notre système. Instaurer une concurrence réglementée est compatible avec les objectifs sociaux de l'assurance maladie. Une utilisation efficiente des ressources dans le système de santé bénéficie à tous les assurés, également aux plus faibles.

4) *Libre choix*

Les nouvelles dispositions

Al. 4 : La Confédération peut déclarer l'assurance maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement un des assureurs maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance maladie.

Le libre choix est maintenu pour les assurés

Les assurés souhaitent accéder librement aux prestations médicales et veulent choisir librement leur médecin et leur hôpital. Le projet relatif au financement des hôpitaux instaure déjà le libre choix de l'hôpital ; ce principe est désormais ancré dans la Constitution. Les fournisseurs de prestations doivent pouvoir choisir librement les thérapies et les médicaments dans le cadre de conditions définies clairement. Afin que les citoyens puissent faire un choix, il faut établir la transparence en matière de qualité et de prix.

5) *Transparence*

Les nouvelles dispositions

Al. 3 : Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants :

b. l'assurance maladie est mise en œuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence ; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée.

Al. 6 : L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés ainsi que par des contributions publiques versées à l'organisme qui finance les prestations. La Confédération et les cantons prévoient des réductions de primes en fonction de la situation financière des assurés.

Le libre choix suppose la transparence

La qualité et le prix des prestations médicales doivent être connus de tout un chacun. La transparence est primordiale pour donner des informations honnêtes et parlantes aux assurés qui souhaitent se faire une idée claire de la qualité et de l'efficacité économique des fournisseurs de prestations, des thérapies et des médicaments. La transparence est donc un préalable important si on souhaite véritablement donner le choix aux patients (libre choix du fournisseur de prestations) et aux fournisseurs de prestations (libre choix de la thérapie).

Aujourd'hui, il arrive fréquemment que différentes prestations soient fournies sans coordination. Le remboursement à l'acte tel qu'il est pratiqué aujourd'hui renferme le risque d'une multiplication des prestations. Il serait plus judicieux de financer d'un bloc l'ensemble d'un traitement. Une amélioration de la coordination entre la Confédération et les cantons, grâce à des organes communs, garantirait l'offre de soins stationnaires dans l'ensemble du pays. C'est particulièrement important pour les régions rurales. Aujourd'hui, les hôpitaux sont financés par les cantons et les assurances maladie via un système opaque, ce qui aboutit à des conflits de compétences et d'intérêts. L'article constitutionnel sur la

santé pose les bases d'un système de financement moniste qu'il conviendra de concrétiser au niveau de la loi. Ce système évitera les mauvaises incitations et les distorsions de coûts.

Il importe par ailleurs d'encourager les patients à prendre leurs responsabilités. Pour cela, il faut créer en priorité de la transparence et introduire le libre choix. La responsabilité individuelle passe par un comportement qui vise à prévenir la maladie et par la promotion de la santé. Cet élément est déjà ancré dans la loi (art. 19 et 26 LAMal). La disposition constitutionnelle relative à l'encouragement de la responsabilité individuelle crée les bases pour donner plus de poids aux mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. La participation du patient aux coûts de traitement (franchise annuelle et participation aux coûts) constitue un autre élément de la responsabilité individuelle qui est déjà ancré dans la LAMal.

Conclusion

economiesuisse approuve le nouvel
article constitutionnel

La transparence, la qualité, le libre choix et l'application stricte des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité permettent de garantir qu'il n'y aura aucune diminution des prestations médicales de base pour les assurés. Par ailleurs, le fait d'introduire l'exigence d'une réduction des primes dans la Constitution consacre le principe de solidarité.

Glossaire

Obligation de contracter et liberté contractuelle

A l'heure actuelle, tous les médecins autorisés à pratiquer peuvent exiger le règlement de leurs factures auprès de tous les assureurs maladie (obligation de contracter). Lorsque l'obligation de contracter sera supprimée, les assureurs maladie ne seront plus tenus de collaborer avec tous les médecins reconnus. Les médecins bénéficient déjà de la liberté de contracter (excepté pour les urgences). Un médecin peut refuser de traiter les patients assurés auprès de certaines compagnies d'assurance.

L'article constitutionnel ne prévoit pas la suppression de l'obligation de contracter ni directement ni indirectement. Le texte ne saurait être interprété dans ce sens. Le Parlement peut, s'il le souhaite, instaurer la liberté de contracter via une loi. La LAMal autorise un tel élément de concurrence. La CSSS examine un projet dans ce sens (révision partielle de la LAMal). L'objectif prioritaire reste la garantie d'une offre sanitaire de qualité dans toute la Suisse. Il sera toujours possible de lancer un référendum contre un tel projet de loi.

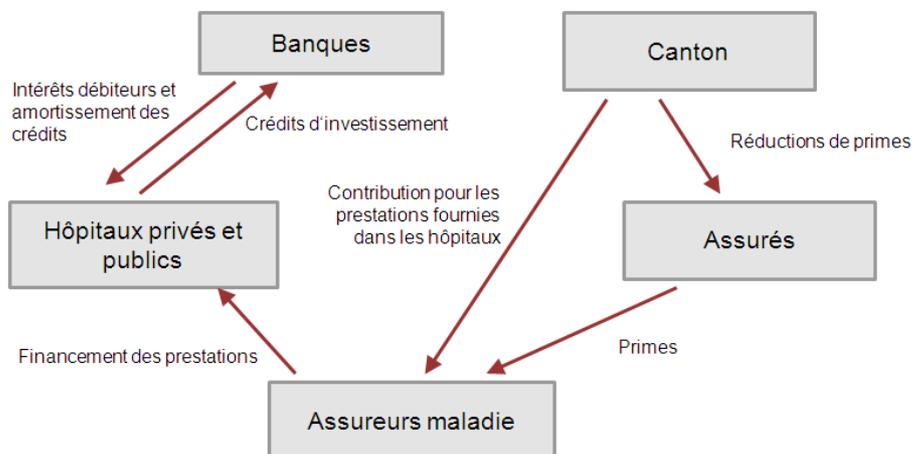
Monisme

Dans un système moniste, les prestations sont financées par un seul organisme. Concrètement, la question du financement moniste se pose uniquement pour les soins stationnaires donnés dans le domaine hospitalier, car les prestations ambulatoires sont déjà financées selon un système moniste. Aujourd'hui, le financement des hôpitaux repose sur un système dual puisque les cantons et les assureurs maladie règlent chacun une part des prestations. Dans le domaine stationnaire, les hôpitaux privés sont actuellement financés uniquement par l'assurance maladie, tandis que les coûts des prestations médicales stationnaires fournies aux patients des divisions communes des hôpitaux publics sont financés conjointement par les cantons et les assureurs maladie. Par conséquent, le financement moniste mettrait les hôpitaux privés et les hôpitaux publics sur un pied d'égalité. Il permettrait de mettre en place des conditions de concurrence équitables pour tous les fournisseurs de prestations. Le monisme crée la transparence et supprime des distorsions de concurrence. Dès lors qu'un système moniste est introduit, la distinction entre les prestations ambulatoires et stationnaires perdrait de son importance pour l'assurance maladie. Le financement moniste permettrait de mettre un terme à des transferts de coûts entre les différentes entités chargées de financer les prestations. En outre, il désamorcerait le conflit d'intérêts des cantons, qui portent plusieurs casquettes. En effet, les cantons proposent et financent les prestations prodiguées dans les hôpitaux. Cependant, le choix d'un tel système soulève la question de l'organisme qui se chargera du financement. On pense avant tout aux assureurs maladie, et éventuellement aux organisations de « managed care » dotées d'une personnalité juridique propre (HMO, réseaux de médecins, etc.).

Les cantons s'opposent au monisme au motif qu'ils devraient cofinancer des prestations sur lesquelles ils n'ont aucune influence. On peut rétorquer que l'influence des cantons a déjà diminué dans le domaine stationnaire lors de l'introduction des DRG. Dans un système moniste, les hôpitaux publics auraient davantage d'autonomie et la concurrence fonctionnerait mieux. Il ne faut pas non plus oublier que l'introduction de la transparence des coûts dans l'assurance maladie profitera aux cantons. Une fois que les changements auront eu lieu, les traitements seront effectués dans l'établissement où cela paraît le plus judicieux au vu des coûts et de la qualité et pas dans l'établissement qui reçoit des subventions. Au nom de la vérité des coûts, il importe que les organisations de « managed care » bénéficient à 100 % des économies réalisées dans le domaine hospitalier grâce au financement moniste.

Dans un système moniste, les prestations sont financées par un seul organisme

Système moniste



Les arguments des opposants ne tiennent pas

Pas de diminution des prestations dans l'assurance de base

Accès à des prestations médicales de qualité pour tous

Dans son rapport de 2006, l'OCDE avait déclaré au sujet de la Suisse que les inégalités dans le domaine de la santé étaient moins grandes que dans les autres pays de l'OCDE. Le rapport louait en particulier l'accès aux prestations de santé. Grâce à un réseau de qualité – par rapport aux autres pays membres de l'OCDE – et au financement généreux du système de santé, la population suisse accède rapidement à un large éventail de prestations de santé. Ce bon résultat, la Suisse l'a obtenu avec le système actuel de l'assurance de base obligatoire et les assurances complémentaires facultatives. Toutes les prestations de santé ne sont pas couvertes par l'assurance de base. Sur les 53 mrd francs dépensés pour la santé, moins de 40 % de ce montant relève de l'assurance de base. Le spectre d'une médecine à deux vitesses brandi par la gauche n'est pas réel et il ne le sera pas après l'acceptation du nouvel article constitutionnel.

Le pouvoir des assureurs maladie reste limité

Les assureurs maladie sont surveillés par l'OFSP

En ce qui concerne l'assurance de base, les assureurs maladie sont des organisations à but non lucratif. Lorsqu'ils dégagent un excédent, ils doivent constituer des réserves et les utiliser pour couvrir les prestations de l'assurance de base les années suivantes. Ils sont sous la surveillance de l'OFSP. Les assureurs maladie ne sont pas libres de fixer les primes comme ils l'entendent, ils doivent pour cela recevoir l'approbation de l'OFSP. Les prestations qu'ils doivent prendre en charge au titre de l'assurance de base sont également définies. Ils ne peuvent réduire ces prestations ni refuser leur remboursement. S'ils devaient s'occuper du financement des hôpitaux, dans l'éventualité de la mise en place d'un système moniste, ils n'auraient pas plus de pouvoir. Présentement, les assureurs maladie gèrent quelque 20 mrd fr. de primes. Ce montant pourrait passer à 28 mrd environ.

Pas de concurrence illimitée comme aux États-Unis

En Suisse, il existe un large consensus en ce qui concerne la réglementation de la concurrence dans le système de la santé

Aux États-Unis, il existe des assureurs maladie à but non lucratif et des assureurs privés qui cherchent à dégager des bénéfices. Le nouvel article constitutionnel n'autorisera pas les assureurs maladie helvétiques à réaliser des bénéfices dans le segment de l'assurance de base.

Le vrai problème du système de santé américain, très critiqué, ce ne sont pas les assureurs privés, mais les 47 millions d'Américains qui ne sont pas assurés. Aux États-Unis, les assureurs maladie ne sont pas obligés d'assurer les personnes qui en font la demande. 16 % de la population ne possèdent aucune couverture d'assurance. C'est la grande faiblesse du

système social des États-Unis. Les éléments de concurrence du système de santé n'ont aucune influence sur cet état de fait.

En Suisse, les assureurs sont obligés d'accorder une couverture d'assurance aux personnes qui en font la demande et il existe un large consensus en ce qui concerne la réglementation de la concurrence dans le système de la santé. Le système de santé helvétique doit satisfaire les trois conditions suivantes :

1. Une offre sanitaire de qualité doit être accessible à tous.
2. Les primes d'assurance maladie doivent rester abordables.
3. Personne ne doit s'appauvrir en raison de maladies (chroniques)

L'article constitutionnel soutient les trois objectifs: il promeut la qualité, freine l'augmentation des coûts et maintient le caractère obligatoire de l'assurance de base.

Le libre choix est maintenu

Introduire la transparence pour renforcer
le libre choix

L'article constitutionnel ne restreint pas le libre choix, mais le renforce. Le nouvel article (al. 4) a la teneur suivante : « *La Confédération peut déclarer l'assurance maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement un des assureurs maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance maladie.* » Il décrit exactement la situation actuelle.

Le renforcement de la liberté de choix découle des alinéas 3 et 6 sur la transparence. En effet, la liberté de choix n'a pas d'intérêt si le système n'est pas transparent. Si on ne sait pas quel hôpital présente le taux de complications le plus bas, il ne sert à rien d'être libre de choisir un établissement. Le choix du médecin aussi est difficile dans un système où la transparence fait défaut. Selon quels critères un individu doit-il choisir son médecin ? L'accroissement de la transparence découlant de l'article constitutionnel accroît l'intérêt du libre choix.

Pas de diminution des soins

Pas de diminution des prestations de santé

L'assurance maladie continuera de payer les prestations de santé en cas de maladie, de maternité ainsi que les soins réguliers. Aucune diminution des prestations n'est prévue dans l'article constitutionnel et le Parlement ne planifie rien dans ce sens. Aujourd'hui déjà, toutes les prestations de soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. C'est la raison pour laquelle la formule potestative de l'article constitutionnel a un sens. Par ailleurs, un article constitutionnel doit être formulé de façon ouverte pour éviter que le législateur doive le reformuler à chaque modification de loi. L'article 117, al. 2 dit : « *Elle [la Confédération] peut déclarer l'assurance maladie et l'assurance accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.* »

Le caractère obligatoire de l'assurance maladie n'a jamais été menacé par la formule potestative.

Documentation :

Suisse, OCDE, rapport sur les systèmes de santé : OCDE, OMS, 2006.

Pour toute question :

fridolin.marty@economiesuisse.ch

Annexe : le nouvel article constitutionnel

Art. 117a Assurance maladie (nouveau)

Libellé de l'article	Quels seront les changements immédiats par rapport au statu quo ?
1 <i>La Confédération légifère sur l'assurance maladie.</i>	Cette phrase figure déjà dans la Constitution.
2 <i>L'assurance maladie propose une assurance des soins ; elle peut aussi proposer une assurance indemnités journalières. L'assurance des soins prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité et peut prévoir des prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers.</i>	Le niveau actuel des prestations et la réglementation concernant la prise en charge des coûts par les assureurs maladie, pour la prévention des maladies et la promotion de la santé, demeurent inchangés.
3 <i>Lorsqu'elle légifère, la Confédération respecte les principes suivants :</i>	
a. <i>les prestations relevant de l'assurance des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques.</i>	Ce principe figure déjà dans l'art. 32 LAMal.
b. <i>l'assurance maladie est mise en œuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence ; la responsabilité individuelle des assurés est encouragée.</i>	Le terme de concurrence n'est pas employé dans la LAMal. Toutefois, la LAMal a été conçue de manière à permettre la concurrence entre les assureurs maladie et les fournisseurs de prestations. Les termes de transparence et de responsabilité individuelle ne sont pas non plus utilisés dans la LAMal. La LAMal parle seulement de participation aux coûts. Or la responsabilité individuelle ne se limite pas à la participation aux coûts. Agir de manière responsable signifie aussi vivre de manière à promouvoir sa propre santé et traiter les fournisseurs de prestations comme des partenaires égaux. Un individu peut uniquement prendre ses responsabilités dans un système ouvert, car le libre choix et la transparence en sont des conditions.
c. <i>les assureurs désirant exercer une activité dans le domaine de l'assurance maladie sont soumis à une autorisation.</i>	L'art. 13 LAMal règle précisément ce point.
d. <i>les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance maladie sont fixées de manière à garantir la qualité et la concurrence.</i>	Rien ne change pour les fournisseurs de prestations. Une éventuelle suppression de l'obligation de contracter devrait être décidée au niveau de la loi. Ce changement est possible, mais le Parlement n'a pas encore pris de décision dans ce sens.
4 <i>La Confédération peut déclarer l'assurance maladie obligatoire, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes. Les personnes assujetties à l'assurance obligatoire des soins peuvent choisir librement un des assureurs maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance maladie.</i>	Toutes les personnes domiciliées en Suisse doivent conclure une assurance maladie. L'assurance maladie conserve son caractère obligatoire, ce dernier n'a jamais été remis en question lors des débats parlementaires. Comme le nouvel alinéa 4, la Constitution actuelle dit que <i>[la Confédération] peut déclarer l'assurance maladie et l'assurance accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.</i> L'art. 117 demeure inchangé.
5 <i>La Confédération et les cantons veillent, dans le cadre de leurs compétences, à garantir un système de santé publique rationnel et de qualité ; ils coordonnent leur action.</i>	Ces principes sont déjà ancrés dans la LAMal. Cependant, leur inscription dans la Constitution leur donne plus de poids.
6 <i>L'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés ainsi que par des contributions publiques versées à l'organisme qui finance les prestations. La Confédération et les cantons prévoient des réductions de primes en fonction de la situation financière des assurés.</i>	Avec cette disposition, les contributions des pouvoirs publics ne seraient plus versées aux fournisseurs de prestations (principalement les hôpitaux), mais à un organisme qui finance les prestations. Aujourd'hui ce sont les assureurs maladie.