

LA VOIX DES CONSOMMATEURS

Chiffres, analyses et décryptages

Éditorial

Révision LCA



Felix Schneuwly, Head of Public Affairs

La politique de santé est un sujet souvent aussi brûlant et aussi sec que l'été 2018 l'a été. Et s'il est incertain que les actions menées influent sur le climat comme nous le souhaitons, il en va de même avec les effets de la politique de santé sur la hausse des coûts. Dans mon billet en page 1, je fais le point sur la nécessité de réexaminer la révision de la loi, plus que centenaire, sur le contrat d'assurance (LCA) afin qu'elle offre et demande conservent leur équilibre sur le marché des assurances privées.

En page 2, Jérôme Cosandey d'Avenir Suisse conseille aux assureurs maladie de mieux informer leurs clients sur l'efficacité et sur les écarts de qualité avant une intervention coûteuse. Les patients optant pour une méthode de traitement plus efficace, à qualité égale, devraient recevoir une partie du gain d'efficacité sous forme d'avoire. Une idée dont ne veulent pas entendre parler ceux qui confondent égalité de traitement et égalitarisme.

Pius Gyger s'intéresse en page 3 au marché des assurances complémentaires qui, malgré la constante extension de l'assurance de base, progresse sans prélèvement obligatoire. Il serait donc malvenu de mener une politique de santé selon la loi sur l'assurance maladie uniquement.

Une application ciblée de la loi sur l'assurance maladie serait nettement plus bénéfique à la santé et au portefeuille que les 140 mesures avec lesquelles notre Président fédéral entend étatiser peu à peu le système de santé, tel est le sujet traité en page 4.

Bonne lecture !

Retoucher la révision de la LCA

Une révision de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) a échoué à plusieurs reprises par le passé. La dernière tentative ne saurait répondre aux évolutions futures, en plus de menacer l'équilibre entre assurances et clients, au profit des compagnies.

Felix Schneuwly. Le lobbying des assurances a certes porté ses fruits mais il pourrait, à terme, nuire au secteur tout entier si les exigences maximales passent consultation, débats parlementaires et, le cas échéant, référendum. La modification unilatérale voire rétroactive d'un contrat, notamment pour une complémentaire maladie ou une assurance vie, ne dessert pas les intérêts des assurés, qui ne pourraient plus changer de compagnie. Ou pas sans qu'il leur en coûte. En cas de réel mécontentement, la seule option serait le départ. Avec l'assurance auto, ménage ou protection juridique, les modifications de contrat par l'assureur ont peu d'importance pour les clients car leur pouvoir de marché leur permet de changer librement de compagnie à tout moment.

Un pouvoir de marché unilatéral, tant du point de vue de l'offre que de la demande, ankylose les marchés et amoindrit la prospérité. Ainsi, les pays dotés d'une forte protection des travailleurs ont des taux de chômage élevés, les employeurs préférant ne pas embaucher trop. Il en va de même avec le marché des assurances. Tout comme d'autres experts, Stephan Fuhrer, professeur de droit des assurances à l'université de Bâle, se montre critique face au projet de révision de la LCA : « Le projet a été lancé avec l'objectif d'améliorer la position des assurés. Or, ce que nous avons sous les yeux la détériore sur des points essentiels. »

L'article 35 du projet prévoit, malgré des exceptions restant floues, que les assureurs puissent modifier les conditions d'assurance de façon unilatérale. Leur seule obligation est d'informer le client sur la modification et sur la pos-

sibilité de résilier. Un problème, notamment pour les complémentaires maladie ou l'assurance vie. En effet, pour une personne de plus de 50 ans, une résiliation pour modification du contrat équivaldrait à un préjudice financier. L'acceptation par une autre compagnie d'assurance ne serait quasiment plus possible. Si le client a un pouvoir de marché plus grand et la possibilité de changer de compagnie sans préjudice financier, comme dans l'assurance auto, les modifications de contrat unilatérales par l'assureur ne sont pas dramatiques.

En plus d'ajustements au contrat, avec le nouveau projet sur la LCA les assureurs pourraient aussi, en cas de résiliation, réduire ou suspendre à posteriori leurs prestations pour des sinistres déjà survenus. Cela est contraire au principe de la bonne foi et n'est admissible qu'en cas de violation délibérée du contrat par le client. Si ces deux amendements de la LCA défavorables aux assurés ne sont pas supprimés, la révision de la LCA est vouée à l'échec. Et les améliorations partielles que sont par exemple le droit de révocation, le droit de résiliation ordinaire, la prolongation du délai de prescription ou l'abandon de la fiction d'approbation ne seront alors d'aucun secours. Aux parlementaires, bourgeois notamment, d'entendre la critique et de ne pas écarter, comme simple mise sous tutelle gauchiste du consommateur, l'idée d'autoriser un assureur à résilier des contrats conclus il y a plusieurs années seulement si le client a consenti de plein gré à un contrat plus intéressant. Car, soyons francs, réduire les prestations de manière rétroactive, est tout simplement inadmissible.

« Le projet a été lancé avec l'objectif d'améliorer la position des assurés. Or, ce que nous avons sous les yeux la détériore sur des points qui sont essentiels. »

Les patients aux commandes

De nouveaux modèles d'assurance, dans lesquels les caisses-maladie conseillent leurs patients avant une hospitalisation, permettraient de sensibiliser les assurés aux différences de qualité et de coûts. Si les assurés choisissent une prestation moins coûteuse, mais de qualité équivalente, ils devraient être récompensés par un avoir pour les économies réalisées.



Jérôme Cosandey,
Avenir Suisse

«Grâce à de nouveaux modèles d'assurance, la qualité des prestations hospitalières pourrait être améliorée et les patients soucieux des coûts devraient être récompensés financièrement.»

Jérôme Cosandey. Grâce au nouveau financement hospitalier introduit en 2012, les patients peuvent choisir librement parmi les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière de leur canton de résidence. Avant 2012, cela était réservé aux patients au bénéfice d'une assurance complémentaire. De plus, le libre choix de l'hôpital a été étendu aux hôpitaux listés hors du canton de résidence. La nouvelle réglementation prévoit que ce dernier participe aux frais de l'hospitalisation extracantonale jusqu'à concurrence d'un «tarif de référence» déterminé par les autorités cantonales.

Depuis 2012, les flux de patients n'ont pas beaucoup évolué, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des cantons. La proximité physique d'un hôpital reste le critère de choix principal pour de nombreux patients (et médecins traitants). Il est vraisemblable que peu de patients connaissent les conséquences du nouveau financement hospitalier. Seule une minorité sait que les tarifs d'une opération peuvent varier d'un hôpital à l'autre.

Aucune incitation à se faire hospitaliser hors canton

Les traitements hors canton sont un cas particulier. Les conséquences financières sont réparties de manière asymétrique. Lorsque le tarif pratiqué par l'hôpital sis hors du canton excède le tarif de référence du canton de domicile, le patient doit payer la différence de prix, pour autant qu'il n'ait pas d'assurance complémentaire. Lorsqu'au contraire, le tarif pratiqué par l'hôpital sis hors du canton est inférieur au tarif de référence, le patient n'est pas dédommagé pour l'intervention meilleur marché. Le patient qui n'a qu'une assurance de base n'a dès lors que peu d'incitation financière à se faire traiter dans un hôpital hors canton moins cher. Dans le cadre des assurances complémentaires, il existe toutefois la possibilité d'obtenir une réduction de prime si le patient limite de façon volontaire la liste des hôpitaux à choix.

Avoirs crédités en cas de traitement meilleur marché

Afin de récompenser les assurés soucieux de faire diminuer les coûts et de stimuler la concurrence hospitalière, l'assurance maladie (LAMal) devrait être modifiée pour permettre aux caisses-maladie de développer de nouveaux services. Par exemple, lorsqu'une intervention chirurgicale est prévue, le patient contacterait sa caisse-maladie. Elle lui fournirait une liste d'hôpitaux offrant au moins la même qualité pour cette intervention que l'hôpital le plus proche (p. ex. mesurée en nombre de cas par an dans le domaine de la médecine hautement spécialisée). Le patient pourrait ensuite choisir librement son hôpital. S'il se décide pour un établissement pratiquant un tarif inférieur à celui de l'hôpital le plus proche, la caisse-maladie et le patient se partageraient les économies réalisées. Le patient recevrait un avoir crédité.

L'exemple suivant illustre le fonctionnement concret de cette proposition : l'implantation d'une prothèse du genou, une des interventions les plus fréquentes à la charge de l'assurance maladie de base, coûte 20 700 francs au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). La même intervention ne coûte que 17 400 francs à la clinique générale Ste-Anne à Fribourg. L'assurance-maladie prend en charge 45 % de cette prestation stationnaire et profite ainsi d'une réduction de dépenses. Si la caisse-maladie et le patient se partagent l'économie à parts égales par exemple, le patient peut économiser plus de 700 francs pour un traitement de qualité comparable.

Transparence sur la qualité requise

La transparence sur la qualité des prestations, et la possibilité en résultant de proposer aux patients des prestations de qualité égale, voire de qualité supérieure et à moindre prix, est essentielle pour le succès de ce modèle d'assurance. En effet, peu de patients choisiraient une telle solution sans recevoir cette

garantie et peu d'assureurs offriraient de tels produits s'ils ne pouvaient la donner. A l'inverse, la transparence supplémentaire accroîtrait la pression sur les établissements hospitaliers pour qu'ils prouvent la qualité de leurs prestations et l'améliorent continuellement. Aucun établissement ne pourrait se permettre de ne pas figurer sur la liste des hôpitaux recommandés. Finalement, tous les patients profiteraient de cette relance de la concurrence, indépendamment du modèle d'assurance qu'ils auraient choisi.

Renforcement des médecins dans leur rôle de gatekeeper

Dans le modèle proposé, le patient reste seul à décider dans quel hôpital il veut se faire traiter. Il faut s'attendre à ce qu'il discute avec son médecin traitant des informations reçues de la caisse-maladie. Le médecin est libre de fournir des informations additionnelles concernant d'autres facteurs de décision importants comme l'accessibilité et la simplicité des éventuels traitements de suivi. Pour une opération simple (la moitié des séjours à l'hôpital dure moins de quatre jours), la distance joue un rôle secondaire. Pour des traitements lourds, la proximité de la famille est un facteur plus déterminant. La discussion sur la qualité d'une intervention planifiée est ainsi menée d'égal à égal et la relation entre le médecin et son patient s'intensifie.

Indirectement, le médecin profite aussi des informations des caisses-maladie. En effet, elles lui permettent de se faire une meilleure idée de la qualité de chaque établissement hospitalier et d'en déduire de futures recommandations, ce qui n'est pas négligeable puisque les médecins sont d'importants gatekeepers dans le choix de l'établissement hospitalier. Ainsi, la concurrence entre hôpitaux se verrait renforcée. Cela permettrait non seulement des économies, mais aussi un gain de qualité.

Les marchés privés du secteur de la santé

Les débats en matière de politique de la santé sont fortement axés sur un financement à la charge de l'assurance de base et des cantons. Bien qu'ils soient tout aussi importants, on fait souvent comme si la demande privée de prestations de santé et le marché des assurances privées n'existaient pas.

« Les Suisses déboursent près de 65 % en plus de l'assurance de base obligatoire, gage d'affairement politique continu et de réglementation dans la Berne fédérale »



Pius Gyger
Économiste de la santé

Pius Gyger. Le financement du système de santé par les paiements directs des patients et par les assurances privées a progressé moins rapidement que celui de l'assurance de base au cours des 20 dernières années. Et pourtant, près de dix milliards additionnels s'y sont ajoutés. Depuis 2012, l'assurance de base et le financement privé évoluent au même rythme (près de 30 milliards dans les deux cas).

D'après l'Office fédéral de la statistique (OFS), les assureurs privés contribuaient en 2016 à hauteur de 5,5 milliards environ. Les consommateurs ont payé de leur poche 4,5 milliards, sous forme de participation aux frais dans l'assurance de base et près de 19 milliards de francs pour des prestations de santé sans passer par une assurance – soit 65 % de plus que pour l'assurance de base obligatoire.

Part des paiements directs

D'après l'enquête 2015 sur le budget des ménages, les soins dentaires correspondent à près de 15 % des paiements directs. Chaque année, trois milliards de fonds privés sont consacrés,

en plus de l'assurance de base, à d'autres prestations médicales. Toutefois, les postes de dépenses majeures restent les frais de prise en charge en EMS.

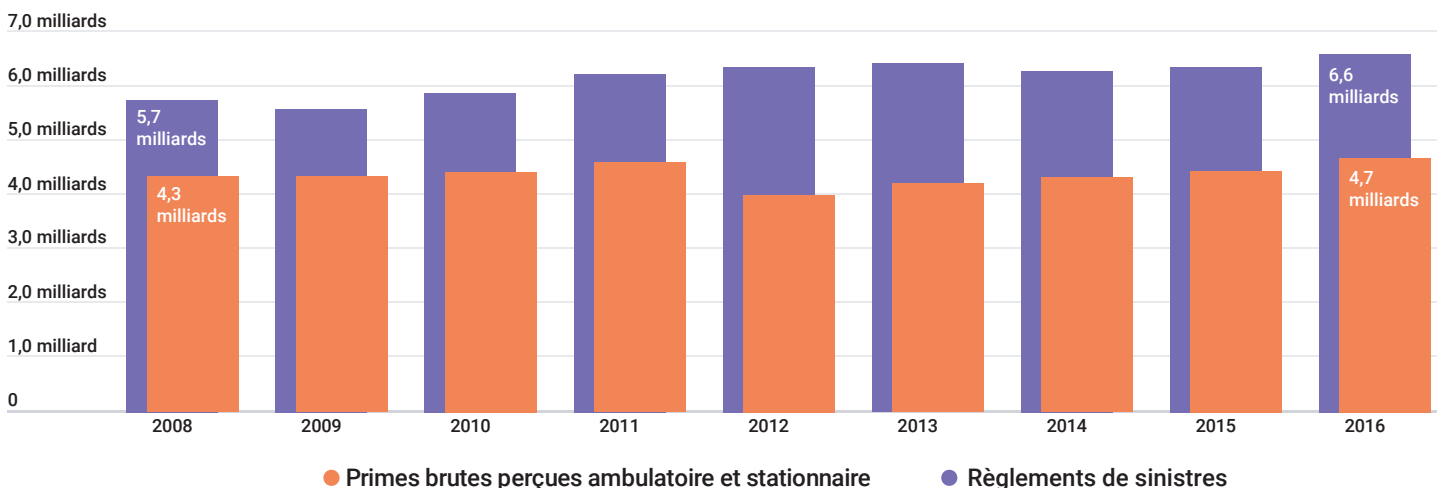
Le marché de l'assurance maladie privée

Après s'être effondré dans les années 90, le marché de l'assurance maladie privée progresse, contrairement aux craintes souvent exprimées. Mais plus faiblement que le marché réglementé des assurances sociales. Du côté du financement des prestataires (règlements de sinistres), les fonds ont brièvement reculé en 2012 avec l'introduction du nouveau financement des hôpitaux. Dès 2016, ils avaient à nouveau dépassé le niveau de 2008. L'évolution du ratio de couverture des actifs immobilisés et du quotient SST (Test suisse de solvabilité) montre que l'affaiblissement de 2012 a été répercuté par la suite sur les assurés. Les complémentaires ambulatoires font état d'une remarquable croissance grâce à un volume de primes supplémentaire de 500 millions de francs entre 2008 et 2016.

Sur le segment stationnaire, le nombre des couvertures d'assurance est stable depuis 2005 : environ 4,2 millions en 2016. Des mutations s'opèrent des produits classiques vers des formules dites Flex, avec libre choix de la division ainsi que participation aux coûts pour les divisions semi-privée ou privée. Les clients titulaires d'une assurance de ce type sont déjà au nombre de 600 000. Mais comme les opérations sont toujours plus souvent réalisées en ambulatoire, ces assurances pourraient perdre du terrain.

La part élevée des paiements directs ne peut pas s'expliquer par un maigre éventail de prestations dans l'assurance de base. Ce sont les attentes des assurés qui vont bien au-delà de ces prestations. Les consommateurs sont disposés à payer. Malgré la hausse des primes d'assurances maladie privée, leur part a enregistré un net recul au profit des paiements directs, représentant à peine 20 % du marché privé global. Sur le plan international, un taux plutôt bas qui laisse supposer un certain potentiel.

Primes et règlements de sinistres maladie ambulatoire/stationnaire 2008–2016



Appliquer la LAMal, enfin

En 2013, le ministre de la santé Alain Berset présente la stratégie « Santé2020 ». Il entend faire baisser les coûts de 20 % et améliorer la prise en charge médicale grâce à 102 mesures. Or, les primes maladie continuent d'augmenter, de 4 % chaque année. Trois ans plus tard, le Conseil fédéral fait intervenir un groupe d'experts internationaux qui, pour l'automne 2017, élabore 38 mesures visant à juguler la croissance des coûts. À quoi bon, si la stratégie « Santé2020 » était un succès.

Felix Schneuwly. Plus l'agitation se fait sentir, plus la présentation de nouvelles réformes au Parlement va bon train, avant même que les atouts de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) aient pu agir. La tactique du Conseiller fédéral Alain Berset qui consiste à étatiser le système de santé suisse ne fonctionne que parce que la majorité bourgeoise ne parvient pas à s'entendre sur la façon de renforcer, au bénéfice de tous, la concurrence dans le cadre de la LAMal. Un système de santé qui se soustrait à la concurrence profite à beaucoup. Les Suisses paient la note, avec leurs primes ou leurs impôts, sinon directement sous forme de participation aux coûts.

La planification de l'État doit se limiter au strict minimum et il faut éviter d'avoir à gérer des inputs que celle-ci implique, avec des budgets et des conditions restrictives. Axé sur les notions d'output et d'outcome, le cœur même de la concurrence réglementée, qui suit les principes « efficacité, adéquation et économicité » (EAE) ainsi que transparence de la qualité doit, lui, être renforcé. Ces deux éléments sont ancrés dans la LAMal depuis son entrée en vigueur. Personne n'empêche le Conseiller fédéral ni l'OFSP de concrétiser et d'appliquer ces deux éléments centraux par le biais d'ordonnances.

Assureurs maladie et prestataires médicaux disposent de suffisamment de latitude face à

la concurrence, notamment avec les modèles d'assurance alternatifs (MAA), pour faire progresser efficacité et qualité d'une prise en charge intégrée. Tous les MAA fonctionnent sur

«Personne n'empêche ni l'OFSP ni le Conseiller fédéral de concrétiser et d'appliquer ces deux éléments centraux par le biais d'ordonnances.»

le principe du « gatekeeping », certains coordonnant en plus d'autres traitements. En cas de maladie, un patient doit consulter en premier lieu un centre de télémédecine avec un modèle Telmed, aller chez son médecin de famille avec le modèle du même nom ou se rendre dans un cabinet de santé avec le modèle HMO. Une prise en charge intégrée va au-delà du simple « gatekeeping ». Assureurs et « gatekeeper » l'organisent à l'aide de la capitation (mode de financement). Le « gatekeeper » coordonne l'ensemble de la prise en charge médicale du collectif d'assurés et convient d'un budget annuel et de l'assurance qualité avec l'assureur. En cas d'excédent bud-

gétaire, assureur et « gatekeeper » se partagent le montant dégagé. Idéalement, le « gatekeeper » investit une partie de ses bénéfices dans le développement de la qualité et l'assureur dans les réductions de primes. Si un « gatekeeper » évite une hospitalisation à un assuré grâce à une prise en charge ambulatoire de qualité, celui-ci n'en profite nullement puisque la contribution des cantons se limite aux prestations stationnaires (55%). Quelques cantons imposent au corps médical de pratiquer certains traitements en ambulatoire. Les dépenses diminuent, les impôts ne baissent pas. Malgré cela, ils refusent de contribuer à part égale aux dépenses ambulatoires et stationnaires.

Le Rapport sur les primes Helsana 2018 fait état, pour l'année 2016, de 4,6 milliards de francs en recettes excédentaires issues des modèles offrant des réductions de primes (franchises à option et MAA). La dette du modèle standard (franchise 300 francs, libre choix du prestataire) a été comblée avec 3,1 milliards. Considérant le calcul de la prime des modèles alternatifs, les assureurs ont besoin d'une plus grande marge de manœuvre afin que, à qualité égale, les consommateurs ayant fait le choix d'un modèle d'assurance alternatif soient mieux récompensés. En contrepartie, tous les autres paieraient des primes plus élevées.

~81 000 000 000

Tel est, d'après les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le montant des dépenses dans le système de santé en Suisse pour l'année 2016. Un montant que tous les résidents ont payé via les impôts, primes maladie de base ou autres cotisations sociales, via les primes d'assurances complémentaires ou directement de leur poche.

COMPARIPEDIA

Capitation

La capitation est une forme de financement effectué au moyen d'un montant forfaitaire par personne. Les prestataires de santé, hôpitaux ou cabinets médicaux par exemple, perçoivent une somme préalablement définie sur la base d'une évaluation des risques la plus adéquate possible. Ce dispositif vise à assurer la prise en charge d'un groupe de personnes donné (en fonction de l'âge, du sexe, de la capacité d'exercer une profession, etc.) pour un périmètre de prestations déterminé et pour une durée prédéfinie. Les prestataires passent à cette fin un contrat avec les caisses maladie et conviennent d'une rémunération forfaitaire par assuré.

Avec le mécanisme de la capitation, le fait que les assurés aient recours aux prestations ou non est sans importance. Dans le cas d'un excédent budgétaire, le montant est réparti entre les compagnies d'assurance et les prestataires médicaux.

IMPRESSUM

Éditeur : comparis.ch
Birmensdorferstrasse 108, 8003 Zurich

Conception : comparis.ch

Traduction : comparis.ch (sauf p. 2, rédaction en allemand et en français par l'auteur)

Impression : Linkgroup AG, Zürich

Réactions : media@comparis.ch

www.comparis.ch