

28 septembre 2014

**Stop à l'explosion
des primes!**

Oui
à la caisse maladie
publique

Dossier de presse

«OUI à la caisse maladie publique»

Conférence de presse du comité de soutien du Valais romand

Mardi 26 août 2014 à 9h30

Espace Charles Dellberg, Rue de Conthey n°2, 1950 Sion

Comité de soutien du Valais romand

Président

Stéphane Rossini

1^{er} vice-président du Conseil national, membre du comité d'initiative

stephane.rossini@parl.ch

Co-président

Docteur Bernard Borel MPH

Pédiatre FMH à Monthey

borel.held@bluewin.ch

Partis politiques et association

ASI Valais, Gaël Ribordy gael.ribordy@asi-sbk-vs.ch

Entremont-Autrement, Sophie Juon sophiejuon@yahoo.fr

La Gauche, Jean-Marie Meilland jmmeilland@omedia.ch

Les Verts valaisans, Jean-Pascal Fournier jpafou@bluewin.ch

Parti Chrétien Social, rv.borge@bluewin.ch

Parti socialiste du Valais romand, Gaël Bourgeois gaelbourgeois@hotmail.com

Syndicats

SSP Valais, Marina Gutmann gutmann@ssp-vpod.ch

UNIA Valais, Jeanny Morard jeanny.morard@unia.ch

Professionnels de la santé

Dr Sylviane Boissard, Médecine générale, Haute-Nendaz dr.boissard@bluewin.ch

Dr Séverine Cesalli, Psychiatre-psychothérapeute, Martigny severineducrey@yahoo.fr

M. Fabien Gerber, Physiothérapeute, Sion f.gerber@horizon-physio.ch

Dr Ursula Imhof, Médecine générale, Sierre

M. Raymond Mottier, Physiothérapeute, Sion Raymond.Mottier@crr-suva.ch

M. Yves Niveaux, Infirmier en psychiatrie, Troistorrens, yvniv@yahoo.fr

Dr Pierre Auguste Petignat, Chef du service de médecine interne au CHVR p-a.petignat@hopitalvs.ch

Dr. Jean-Charles Piguet, spécialiste FMH en radiologie, Sion

M. Zen-Ruffinen Olivier, Physiothérapeute, Sierre ysiozen@sunrise.ch

Dr Véronique Zumstein, Psychiatre-psychothérapeute FMH neurologue, Sion zumsteinvh@gmail.com

Stéphane Rossini

Plus simple, plus juste, moins cher ! La santé avant les profits...

L'initiative en faveur d'une Caisse publique d'assurance-maladie est fondamentale pour instaurer un véritable service public de santé. Car, si la Suisse dispose d'un excellent système de santé, sa gouvernance génère de nombreux problèmes et moult inégalités.

1. Aberration économique

Le système actuel est complexe pour les assurés et les fournisseurs de prestations. Plus de 60 caisses et une foison des modèles d'assurance font que les citoyens ne s'y retrouvent plus. Avec des prestations et des prix identiques, la concurrence ne produit aucun impact sur les coûts. Sans transparence, elle ne fonctionne pas. Les caisses utilisent l'assurance sociale comme un « pompe à fric » pour développer leurs profits avec les assurances privées. Révélateur, pour que la concurrence fonctionne, il a fallu instaurer une très complexe compensation des risques entre caisses. 6 milliards de flux financiers passent ainsi d'une caisse à l'autre pour que le système n'explode pas. De plus, les réserves sont inadéquates : 6 milliards en 2012 pour 3 en 2005. Avec une Caisse publique, 2 milliards suffiront largement. C'est argent serait donc bien plus judicieux dans les soins ! Enfin, les changements de caisses sont inefficaces et coûteux. 300 à 500 millions de francs par an sont gaspillés à cet effet. Sans parler des charges administratives disproportionnées pour les acteurs de la santé, qui se trouvent confrontés à cette pluralité d'administrations différentes.

2. Injustices

Pour les assurés, la concurrence provoque des écarts de primes injustes, incompréhensibles. Chaque caisse élabore ses propres projections, en fonction de sa structure d'assurés, de ses réserves, de sa contribution à la compensation des risques, de sa stratégie commerciale, de son estimation des coûts. Les facteurs sans lien aux coûts ont un impact disproportionné sur les primes. D'où des écarts scandaleux, variant selon les caisses jusqu'à 80 - 90%. Et, que dire de l'interdiction de la chasse aux bons risques, violée par les caisses depuis 1996 ou de la surveillance insuffisante, notamment pour corriger les primes payées en trop ou en pas assez par les assurés ? Ainsi, en Valais, entre les primes les plus basses et les plus élevées, l'écart varie quasi du simple au double... pour les mêmes prestations ! On pourrait évoquer encore les injustices découlant des modèles d'assurance, le décalage entre les primes et les coûts. En fin de compte, ce sont les assurés qui passent à la caisse.

3. Economies

Pour les opposants à la Caisse publique, qui se nourrissent du système de santé, la Caisse publique ne produirait aucune économie... Etrange affirmation de ceux qui doivent appliquer le principe d'économicité des prestations LAMal et sont sensés maîtriser la notion d'efficience ! Il est évident qu'ils n'avoueraient jamais gaspiller nos primes. Pourtant, la concurrence entre les caisses est une véritable aberration en terme de rationalité économique. Dès lors, prétendre qu'il ne sert à rien d'agir sur les 4,5%-5% de frais administratifs est irresponsable et cynique. Derrière les pourcents se nichent des centaines de millions de francs.

Pas de cynisme sur les économies : c'est l'argent des assurés !

Pour le comité d'initiative, les économies minimales et strictement liées au fonctionnement de la caisse

atteignent près de 350 millions par an. En réalité, en raison de l'absence de transparence du système et de la confusion entre assurances obligatoire et privée, **cette estimation est minimale et largement sous-estimée**. D'autres éléments sont à prendre en considération :

- ó Réalité des coûts de gestion des changements de caisses : entre 300 et 500 millions par an. Ces chiffres étaient évoqués il y a quelques années par les responsables des assureurs ...
- ó Réduction du volume trop élevé des réserves : 3 à 4 milliards (6 actuellement, 2 suffisent !).
- ó Nouvelles charges administratives découlant de l'application de la compensation des risques, de plus en plus complexe : plusieurs dizaines de millions.
- ó Application par les cantons du contentieux et, par la Confédération et les cantons, de la surveillance de la concurrence (nombre de primes) : plusieurs dizaines de millions.
- ó Pour les fournisseurs de prestations (hôpitaux, EMS, Spitex, Médecins, Infirmières), réduction des complications administratives : plusieurs dizaines de millions.
- ó Des dizaines de millions d'heures perdues par les citoyens suisses pour se mouvoir dans ce système complexe.

Ce sont donc entre 700 millions et 1 milliard de francs par an qui peuvent être économisés, sans considérer les effets à long terme ou la réduction des réserves. Prétendre que l'on n'économisera rien, n'est que malhonnêteté et mensonge.

4. Qualité des soins : les nouvelles dynamiques

Actuellement, les caisses n'ont strictement aucun intérêt à maîtriser les coûts. Chaque année, elles augmentent les primes, sans contribuer de la moindre manière à l'évolution de la pratique des soins. Elles ne font ni prévention, ni de démarches en faveur d'une meilleure coordination des soins. Au contraire ! Lorsqu'elles interviennent, elles veulent soit rationner les prestations (intervention dans les processus de soins pour les réduire, par exemple, dans les soins à domicile) ; soit limiter l'accès aux médecins pour les patients (suppression de l'obligation de contracter). Aujourd'hui, les modèles de médecin de famille ou les HMO ne sont pas des instruments de maîtrise des coûts, mais uniquement des modèles de réduction des primes pour les assurés. C'est un but de rabais de prime et non d'amélioration de la qualité de soins qui prévaut.

Avec une Caisse publique, il sera possible, partout en Suisse, pour tous les assurés, d'innover et de généraliser la coordination des soins (Case management). Car, il est temps enfin d'agir rigoureusement auprès des 5% de patients qui occasionnent le 50% des coûts. C'est pourquoi plus 500 médecins et des centaines de soignants (infirmiers et physiothérapeutes, par exemple), soutiennent l'initiative. Le système actuel ne fait rien pour cela ! Une économie d'environ 10% à moyen terme peut être attendue, ce qui fait 2,5 à 3 milliards de francs par an, avec en plus un gain de qualité.

Voilà le vrai « win-win » au profit direct des assurés ! Il est donc temps de penser à instaurer un véritable service public de santé et non aux profits des assureurs, sur le dos des assurés.

Docteur Bernard Borel

1. Le système actuel d'assurance maladie

La santé est un droit, et à ce titre une responsabilité de l'Etat, comme l'enseignement, la police ou la justice. Historiquement, les mutuelles ont été créées par corporation de métiers, pour éviter qu'une maladie ruine une famille : l'idée d'une quote-part régulière payée par tous est née il y a environ un siècle, permettant de financer solidairement les coups durs de santé individuels. Comme ce système marchait assez bien il y a encore 20 ans, lors de son introduction la LaMal a décidé de confier ce mandat aux différentes caisses existantes. Depuis, les petites caisses se sont toutefois faites absorbées par les grandes. Actuellement, il n'en reste qu'une soixantaine dont 4 ou 5 qui regroupent le deux tiers des assurés et se comportent comme un cartel. Elles ne défendent plus les intérêts des assurés, mais ceux de leurs actionnaires, puisque elles gèrent en même temps des assurances de bases et des assurances complémentaires, régies par la LCA, grâce auxquelles elles peuvent dégager des bénéfices. Dès lors, les assureurs n'hésitent plus à diminuer le catalogue des prestations payées par la LaMal pour offrir immédiatement une assurance complémentaire correspondante – c'est le cas, par exemple, des remboursements des lunettes ou de la tentative de limiter le choix du médecin – ou proposer des contrats LaMal avec des franchises très élevées (que ne peuvent choisir que les jeunes en bonne santé et qui ne risquent pas d'être enceintes !). Sans parler de l'opacité qui entoure l'augmentation des cotisations et des montants faramineux que les caisses ont empochés ces années grâce aux excédents des primes dans certains cantons. Le financement des soins tend à être de moins en moins solidaire, et joue de manière cynique sur l'augmentation arbitraire des coûts pour miner la solidarité entre jeunes et vieux, entre bien portants et malades, entre familles et célibataire. Il s'agit là de la partie la plus malsaine du système de santé actuel.

2. La caisse publique améliorera la situation

La caisse publique mettra fin à la pseudo-concurrence entre assurances qui se fait sur le dos des assurés et permettra de renforcer la solidarité autour du financement des soins. On évitera le gaspillage en publicité puisque cette caisse publique sera gérée par les pouvoirs publics, en associations avec les prestataires de soins et les assurés. La gestion de la caisse publique sera transparente et les choix stratégiques des soins remboursés selon la LaMal seront définis d'avantage en fonctions de critère de santé communautaire (avec sans l'ombre d'un doute un volet préventif plus fort que maintenant). Cela permettra de séparer de manière claire la gestion de l'assurance de base et celle des assurances complémentaires. Cela devrait mettre aussi un frein à la marchandisation de la médecine, qui est l'autre aspect pervers de notre système de santé.

3. Ce que propose l'initiative

L'initiative en votation ne concerne que le financement de la santé. Elle est un garant d'équité et d'accessibilité universelle aux soins, mais elle ne règle pas fondamentalement le type de prestations de santé qui doivent être mutualisées. L'idée de la nécessité de réfléchir à la manière de prendre en charge les maladies devra faire l'objet d'un autre débat car la médecine occidentale s'est d'avantage intéressée à lutter contre la mort qu'au « bien vivre ». On lui doit sa compréhension des maladies transmissibles et les notions d'hygiène relatives, le développement de vaccins qui ont permis de diminuer la mortalité des enfants, et les antibiotiques aussi ont joué un rôle décisif. Cependant, durant les dernières décennies, la santé est sortie du « bien commun » pour devenir un marché. Même la recherche médicale fondamentale est dans les mains des multinationales. Elle n'est plus guidée en priorité à résoudre les problèmes de santé publique majeurs, mais oriente ses travaux en fonction des retombées financières possibles. Même s'il s'agit d'un sujet de préoccupation majeure, le refus de payer ses cotisations d'assurances, que j'interprète comme une tentative de reprendre la main sur ses

choix de santé, me paraît rater sa cible. J'ai, pour ma part, plus envie de lutter pour définir un catalogue de soins pour tous qui serait mutualisé, où l'on pourrait inclure une part de soins complémentaires (qui pourrait correspondre peut-être à un forfait annuel par personne). Mais là aussi, il faut rester attentif à ne pas tomber dans la consommation médicale : il existe une telle offre thérapeutique que le risque d'y faire son marché, comme on passe dans les rayons des grandes surfaces, est réel. Ce serait un leurre que de croire que c'est là le remède aux maux d'une société qui a oublié de s'intéresser au « Bien Vivre » cher aux pays andins, au nom de la compétitivité, du « jeunisme » et du refus de la finitude, dans un élan vain du contrôle de la vie...

4. Agir pour renforcer la solidarité, valeur centrale du système.

En termes de financement des soins, la solidarité serait plus complète si les cotisations étaient proportionnelles au revenu, et donc « gratuites » pour les enfants. De manière plus générale, je crois qu'il faut fondamentalement redécouvrir notre interdépendance: on est rien tout seul. Cela passe par des réseaux autour de l'alimentation : agriculture de proximité et /ou contractuelle, autour de compétences particulières : échange de savoir,...etc. Il me paraît primordial de démonétariser les échanges et d'augmenter le bien public, payé par l'impôt, ce que l'on peut appeler les zones de « gratuité » En plus de l'école, la santé, la justice et la police, les transports publics devraient être gratuits, tout comme un accès à la culture...mais c'est un autre débat ! Il n'empêche que la solidarité avec la justice sociale sont deux piliers essentiels de la cohésion sociale, qui vont de pair avec un respect de la « pacha mama » donc de notre terre mère.

Gaël Ribordy, représentant de l'ASI Valais

Plutôt que de répéter l'ensemble des arguments déjà évoqués dans le débat, il nous semble important, en tant qu'acteurs majeurs du système de santé, d'affirmer notre soutien à la caisse publique et de souligner certains points :

- **Les ressources n'étant pas infinies, il est fondamental que les frais de santé servent de manière efficiente à l'amélioration de la santé de la population.**

Le système actuel est basé sur la multiplicité des assurances et sur leur concurrence. Dans un contexte où les prestations et les prix sont fixés, la concurrence ne peut pas diminuer les coûts autrement qu'à travers la chasse aux bons risques qu'il faut ensuite compenser à travers de coûteux transferts de fonds. La multiplicité des assurances impose des fonds de réserves nombreux et disproportionnés ainsi qu'un système administratif complexe et difficile d'accès pour la population.

- **La santé est un domaine complexe qui doit être envisagé à l'échelle de l'ensemble de la population et dans le cadre d'une vision durable : une prévention insuffisante du surpoids provoquera une augmentation des frais liés aux pathologies cardiovasculaires dans quelques décennies.**

Le vieillissement démographique et l'augmentation des pathologies chroniques et multiples exigent une approche basée sur un système de santé complet et performant, et non seulement de prise en charge de la maladie.

Dans cette optique, nous avons besoin d'un système basé sur des objectifs communs et sur la collaboration à tous les niveaux plutôt que sur une concurrence menant à discriminer les populations ayant les plus grands besoins de santé.

C'est pourquoi nous vous invitons à soutenir l'initiative pour une caisse publique le 28 septembre prochain!

- **Caisse publique : une évolution nécessaire!**

La santé est un domaine complexe qui nécessite une collaboration constructive entre tous les partenaires : médecins, physiothérapeutes, infirmiers, mais aussi confédération et cantons, en passant par les institutions de formation, les économistes de la santé, les juristes, et bien d'autres.

Dans ce contexte, il est étonnant de voir mettre en avant la concurrence comme facteur d'innovation et de qualité. Quelles ont été les innovations découlant de la concurrence entre les assurances maladies? Quelles améliorations qualitatives? Les rares options constructives ont été détournées de leur but pour servir la performance économique à court terme plutôt que la santé publique.

La performance économique, dans la santé, ne peut être atteinte qu'à long terme à travers une prise en charge complète de l'ensemble de la population, intégrant la promotion de la santé et la prévention de la maladie à tous les niveaux de la société. Ainsi, mieux prévenir le surpoids permettrait des économies majeures dans les prises en charges de pathologies cardiovasculaires dans quelques décennies.

Mais aussi, comment justifier les coûts générés par une concurrence dont les apports sont au mieux discutables, les fonds de réserve multiples et disproportionnés, ou la complexité inutile du système actuel?

Face aux défis sanitaires de demain, tels que le vieillissement démographique et les pathologies chroniques et multiples, il est nécessaire de mettre en place un système de santé complet et performant, et non un système de prise en charge de la maladie coûteux et inadapté.

Nous aurons l'occasion le 28 septembre de préférer un système de santé durable, privilégiant la santé de la population et des générations futures plutôt que le porte-monnaie de certains privilégiés. En tant qu'association de professionnels de la santé, l'ASI Valais vous appelle à soutenir l'initiative!

Marina Gutmann, représentante du SSP Valais

Le SSP (syndicat des services publics) appelle à voter oui à l'initiative pour une caisse publique d'assurance maladie

1 - Le système actuel confie un immense pouvoir à des caisses privées

Opacité. La séparation de l'assurance obligatoire (à but non lucratif en application de la Loi sur l'assurance-maladie) et des assurances complémentaires (à but lucratif, non soumises à la LAMal) n'est pas clairement vérifiable et vérifiée. Les assureurs ne sont pas autorisés à faire des profits sur l'assurance obligatoire. Pourtant, ils ont investi des millions dans la campagne contre la caisse publique, et dépensent chaque année plus de 200 millions en publicité. Pourquoi se donner tant de mal pour garder un secteur qui ne rapporte rien?

Aucune incitation à faire de la prévention ou à mener des campagnes de santé publique. L'ensemble des efforts des assureurs est mené pour faire pression sur les coûts des prestations, mais rien pour éviter ces coûts. Les maladies peuvent d'ailleurs aussi être perçues comme potentiels facteurs de gains si elles permettent la vente d'assurances complémentaires !

L'intérêt économique des caisses prime sur l'intérêt du patient. Les assurances ne remboursent que les actes techniques. Le personnel est mis sous pression car il n'a plus le temps pour prendre en charge les aspects relationnels avec le patient. Les soins à la personne sont rationalisés avec des durées standards (minutage) qui ne tiennent aucun compte des individualités et des besoins psychologiques des patients. Les dotations de personnel sont réduites au minimum par des directions d'établissement qui expliquent que les tarifs négociés avec les caisses-maladie sont trop bas pour augmenter, voire maintenir, les dotations. Partout, le manque de personnel soignant engendre du stress, de la frustration et de l'épuisement. Au final, la qualité des prestations baisse également ! La caisse publique fera en sorte que les primes servent réellement à prévenir et à soigner.

2 - Une caisse publique, des primes plus justes et transparentes, pour les mêmes prestations

Contrairement à ce qui est régulièrement affirmé, les coûts de la santé n'ont pas explosé. Ils ont certes augmenté, mais de manière progressive. En revanche, les réserves accumulées par les caisses-maladie ont pris l'ascenseur, tout comme les primes. Depuis 1996, les primes de l'assurance obligatoire ont progressé de 79% en Suisse, alors qu'en parallèle les coûts de la santé ont progressé de 44%.

Transparence et participation des assuré-e-s : Les décisions au sein de la caisse unique sont prises par des représentant-e-s des cantons, des milieux médicaux et des assuré-e-s. Ceux-ci pourront enfin participer aux décisions sur le système de santé qu'ils et elles financent par leurs primes, décisions dont ils et elles sont exclus actuellement!

Prévention et non plus sélection : tout comme la SUVA, la caisse publique pourra s'investir dans des actions de prévention. C'est une avancée énorme quand on sait que le nombre de maladies chroniques non transmissibles est en grande progression. Le gain est double : la préservation de la santé en amont permet d'éviter dans le futur un traitement qui pèse sur les coûts de la santé, mais surtout sur la personne malade et ses proches!

Meilleure protection de la confidentialité des données médicales : les assurances complémentaires n'auront plus accès aux données médicales en lien avec les prestations remboursées par l'assurance obligatoire. Seule la caisse publique connaîtra ces données. Elle pourra utiliser celles-ci non plus à des fins lucratives mais pour développer la prévention et les politiques de santé publique.

3 - Ce qui ne change pas (contrairement à ce que voudraient faire croire les opposants à l'initiative)

Le choix du médecin de famille reste libre. La caisse publique passe un contrat avec tous les médecins. Les assureurs ont d'ailleurs la mémoire courte : ce sont eux qui ont combattu ce libre-choix à plusieurs reprises, notamment très récemment lors de la campagne sur les réseaux de soins (Managed Care) en 2012.

Pas de déficit possible ou de reproduction des modèles français ou anglais : le système de financement de l'assurance ne change pas. Les primes continuent à financer les fluctuations des coûts de la santé. Elles sont ajustées chaque année pour couvrir les dépenses, ce qui rend tout déficit impossible.

Des services de qualité et efficaces: l'exemple de la SUVA montre qu'une assurance publique peut tout à fait fournir des services de qualité tout en maintenant son efficience. La concurrence entre entreprises privées n'entraîne pas automatiquement économie et qualité: le système de santé américain, composé uniquement de caisses privées en concurrence, est de loin le système le plus cher des pays de l'OCDE... pour des prestations identifiées comme les plus mauvaises!

Maintien de l'excellence des soins en Suisse: les prestations sont déterminées par le catalogue de la Loi sur l'Assurance-maladie, et non par les caisses-maladie. Les mêmes soins et traitements continuent à être prodigués de la même manière que jusqu'à présent, voire mieux. En effet, les soignant-e-s ne sont plus mis sous pression dans leur choix thérapeutique par des caisses qui défendent leurs intérêts, purement économiques, et non ceux des patient-e-s. Plus besoin, par exemple, de produire des rapports inutiles pour que les assurances admettent certains traitements pourtant jugés nécessaires par le corps médical.