

Caisse publique

Une réforme systémique au service de l'efficiencia et de la solidarité

1. Notre système de santé est bon mais trop compliqué

La Suisse dispose d'un excellent système de santé. L'offre y est dense, l'accès garanti pour toute la population et la qualité des soins d'un haut niveau. Nul ne le conteste. Pourtant, sa gouvernance est problématique et doit gagner en efficacité.

Fédéralisme, subsidiarité et libéralisme provoquent un ensemble vaste et complexe de dispositions et compétences fédérales, cantonales et communales, associant par ailleurs des acteurs publics et privés. Conséquence, le pilotage des politiques sanitaires est cloisonné. Il manque d'objectifs clairs et de transparence. Il génère des effets pervers et de nombreuses inégalités et injustices.

L'OCDE, en 2006 et 2011, ne s'y est pas trompée. Elle a posé plusieurs constats, à prendre au sérieux. Ce sont : une structure de gouvernance difficile ; l'absence d'un cadre fédéral global uniforme ; des systèmes d'information inadéquats ; une autonomie trop grande des cantons ; un système fragmenté d'assureurs multiples ; un mélange planification et concurrence inadéquat ; la nécessité de trouver un consensus.

Concrètement, l'initiative apporte des réponses à plusieurs de ces critiques. Elle se veut une réponse systémique à des problèmes nombreux, qui sévissent depuis des années, et qui n'ont jusqu'ici abouti à aucune solution pertinente et durable.

2. Les problèmes sont nombreux et réels

L'organisation systémique découlant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, plus particulièrement la pluralité et la concurrence entre les caisses, mérite d'être questionnée. Depuis 1999, un certain nombre d'adaptations ont été faites et sont à l'initiative

1996, un certain nombre d'observations sont faites et sont à l'origine de la volonté des initiants d'instaurer une Caisse publique.

Quelques illustrations ...

1. Confusion entre assurances sociale et privée

Les caisses peuvent appliquer deux types d'assurance différents et contradictoires : social (mutualité, sans profit) et privé (profit). Cela génère des effets pervers : séparation illusoire, manque de compréhension, utilisation abusive des données en faveur de la sélection des risques.

2. Système inutilement complexe

60 caisses et une foison des modèles d'assurances rendent le système inutilement compliqué pour des prestations identiques. Les citoyens ne s'y retrouvent plus.

3. Manque de transparence

Les confusions multiples qui découlent de la pluralité des caisses et de la concurrence, mais aussi du mélange des genres social – privé, ou des nombreux produits d'assurance ou des primes différentes font de la LAMal une véritable boîte noire.

4. Concurrence illusoire

Le domaine de la santé n'est pas un marché usuel. Produits et prix sont identiques pour tous. Il n'y a donc pas de concurrence produisant un impact sur les coûts. De plus, sans transparence, un marché ne peut pas fonctionner.

5. Compensation des risques compliquée

Paradoxe, la concurrence doit être régulée ! Le système de compensation est complexe et continue d'être affiné, ce qui s'avère très coûteux. C'est socialement nécessaire pour éviter la sélection des risques, mais en parfaite contradiction avec l'approche libérale.

6. Sélection des risques illégale

L'interdiction de sélectionner les assurés en fonction de leur risque de tomber malade est violée par les caisses depuis 1996. Cela pour disposer d'assurés moins chers et de proposer des primes plus basses. Cette situation est inacceptable dans une assurance sociale, obligatoire. Il faut stopper la chasse aux bons risques !

7. Réserves inadéquates et opaques

Les réserves sont trop élevées : 6 milliards en 2012 pour 3 en 2005. Leur impact sur les primes n'est pas transparent. La création d'un fonds national de réserves est la solution la plus judicieuse et la plus efficiente.

8. Des écarts de primes injustes et inacceptables

La concurrence, les critères retenus et les stratégies commerciales provoquent des écarts de primes inacceptables, parfois scandaleux dans un même canton, jusqu'à 60 ou 70%. Un régime de sécurité sociale doit appliquer une prime cantonale unique.

9. Compensation des primes

Caisses et partis bourgeois se font forcer la main pour compenser les primes payées en trop dans certains cantons (2 milliards !). Ils usent de manœuvres pour ne pas réparer une injustice crasse.

10. Fixation des primes non transparente

Chaque caisse élabore ses propres projections de charges, en fonction de sa structure d'assurés, de ses réserves et de sa contribution à la compensation des risques et de sa stratégie commerciale. Les facteurs sans lien aux coûts ont un impact négatif disproportionné.

11. Surveillance insuffisante

La Confédération et les cantons n'ont pas les bases légales pour mettre sur pied une véritable surveillance, notamment pour corriger les primes proposées trop élevées. Les caisses et les partis bourgeois continuent de refuser des instruments de surveillance plus

continuent de perdre des instruments de surveillance plus rigoureux.

12. Changement de caisses inefficaces

La concurrence ne fonctionne pas. Seule une minorité d'assurés change de caisse, les autres sont résignés de devoir refaire chaque année une démarche administrative pénible et souvent problématique.

13. Changement de caisses coûteux

Les changements de caisse sont lourds administrativement. Leur coût peut être estimé entre 400 et 500 millions par an. C'est du gaspillage inutile. De plus, ils influencent les réserves, la compensation des risques, donc le niveau des primes et rendent difficile la gestion des ressources humaines.

14. Salaires des cadres trop élevés

Que des compagnies d'assurance (sociale!) attribuent des salaires indécents de plusieurs centaines de milliers de francs/an à leur CEO ou cadres est indécent. Cela est rendu possible par la transformation des caisses mutuelles historiques en holdings à but lucratif.

15. « Affaires » répétées de mauvaise gestion

Régulièrement, la chronique est défrayée par ces affaires. Ainsi des cas Visana, Supra, EGK, CSS ... D'autres suivront, c'est certain !

16. Frais de publicité superflus

La concurrence, la chasse aux bons risques et la vente de divers produits d'assurance génère des frais de marketing inopportuns pour une assurance sociale obligatoire.

17. Complications administratives multiples

Les assurés croulent sous les ennuis. Délais différents de résiliation entre assurances sociale et obligatoires ; obstacles au changement de caisse ; retards de paiements, rappels ou menaces douteuses ; listes de généralistes arbitraires pour les médecins de famille ; tentatives

de généralistes arbitraires pour les médecins de famille, tentatives d'ingérence dans les traitements ; mauvais suivis des changements de caisses ; harcèlement publicitaire. Assurés et médecins ou organisations de santé perdent des millions d'heures à régler les problèmes liés aux caisses maladie.

18. Les caisses freinent la médecine de famille

Certaines caisses excluent les spécialistes en médecine interne générale porteurs d'un deuxième titre de spécialiste des listes de médecins de famille. C'est arbitraire, injuste et contraire à l'esprit de la coordination des soins. C'est aussi révélateur du pouvoir disproportionné des caisses.

19. Les assureurs divisés : une faiblesse grave

Les assureurs ne sont plus unis. Deux associations les représentent désormais : santesuisse et Curafutura. Cela rend le système encore plus compliqué et moins transparent. La guerre des pouvoirs économique et politique sévit. Elle affaiblit la crédibilité des assureurs.

20. 300'000 Primes

Ultime révélateur de la complexité aberrante du système : entre caisses, cantons et modèles d'assurance ou catégories d'âges, 300'000 primes différentes sont appliquées en Suisse. Cela contredit tous les principes de rationalité économique.

21. Les conflits d'intérêts

De nombreux politiciens et autres acteurs économiques défendent des intérêts particuliers au sein des organes des caisses-maladie. Les conflits d'intérêts nuisent à l'indépendance de la gestion d'un régime social et des processus de décision.

3. Améliorations et perspectives d'innovation

Ainsi, la caisse publique se veut une réponse à des problèmes et dysfonctionnements réels, jamais pris au sérieux.

Les assurés n'y comprennent plus rien et les malades sont traités de manière inégale, non transparente. Les médecins, les infirmières, physiothérapeutes, les EMS, les services de soins à domicile sont confrontés à des complications administratives disproportionnées. La Confédération et les cantons sont tout simplement livrés au diktat des caisses. Les caisses constituent une véritable bureaucratie.

Et puis, à terme, la caisse publique ouvrira de nouvelles dynamiques, pour une politique de santé moderne, de qualité et efficiente. Elle pourra s'engager en faveur d'une meilleure prévention, d'une uniformisation des indemnités journalière en cas de maladie ou d'une simplification des pratiques de réduction des primes pour les assurés économiquement modestes. Autant de défis illusoires avec les 60 caisses maladie actuelles.

[Retour](#)