

Neuf bonnes raisons de **signer l'initiative**

■ Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 366-7

■ INITIATIVE FÉDÉRALE «POUR LA TRANSPARENCE DE L'ASSURANCE-MALADIE»

■ En 2003, la Société médicale de la Suisse romande publiait un manifeste intitulé *Neuf pistes pour améliorer l'économicité et la qualité du système suisse de santé*. La première piste appelait à «une séparation nette entre l'assurance sociale et l'assurance privée». Deux assurances dont les règles de fonctionnement sont aussi fondamentalement opposées ne peuvent être associées sans faire le lit de stratégies pudiquement qualifiées de synergiques alors qu'elles ne profitent qu'aux assureurs. Tant l'assurance obligatoire que l'assurance complémentaire perdent dans cette dépendance leurs vertus essentielles.

Cette conviction est partagée par de nombreux parlementaires engagés dans la défense du système de santé. Leurs interventions n'ont pourtant jamais pu aboutir face au lobby des assureurs-maladie qui ont beaucoup à perdre d'une séparation et de la transparence qui leur seraient ainsi imposées. Il est donc temps de donner la parole au peuple par le moyen d'une initiative populaire fédérale.

Mais pourquoi les médecins suisses sont-ils à l'origine de cette initiative ? C'est parce que nos patients souffrent de ce système pervers et que nous-mêmes serons à l'occasion pris au piège, C'est aussi parce

que les réformes du financement des soins ne peuvent se faire sans transparence. C'est enfin parce que nous voulons une assurance-maladie complémentaire forte au service des assurés.

L'engagement de chaque médecin, de chaque soignant, de chaque citoyen compte pour aboutir au plus vite en récoltant les 100 000 signatures requises. **Faites signer l'initiative «Pour la transparence de l'assurance-maladie» à vos patients, à vos amis, à vos parents et surtout, n'oubliez pas de la signer vous-même ! Photocopiez la feuille d'initiative encartée ou imprimez des listes sur le site www.initiative-transparence.ch**

Dr Pierre-Alain Schneider
Président du Comité d'initiative



I. DEUX ASSURANCES AUX VOCATIONS DIFFÉRENTES

L'assurance-maladie obligatoire (LAMal) est une assurance sociale qui doit respecter la solidarité et est financée principalement par un prélèvement obligatoire sous forme de primes par tête, assimilable à un impôt. Elle comprend un catalogue de prestations identique pour tous.

L'assurance complémentaire (LCA) est, quant à elle, facultative et permet à l'assureur de réaliser des bénéfices. Elle l'autorise également à refuser un assuré ou exclure du contrat certaines prestations en fonction de son état de santé.

Les assureurs-maladie ont **actuellement le droit de pratiquer conjointement** ces deux activités.

2. TRANSPARENCE ÉCONOMIQUE ET SURVEILLANCE INSUFFISANTES

L'assurance de base doit être gérée de manière entièrement transparente et ne peut être liée à une autre activité économique. Cette transparence est indispensable afin de s'assurer d'une gestion saine et économique de l'argent des primes. Pourtant, la **surveillance** de ces primes, telle qu'elle est exercée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est insatisfaisante et **inefficace dans le système actuel**. Cet office

n'affecte que quinze fonctionnaires au contrôle des 81 assureurs-maladie qui encaissent les vingt milliards de francs de primes de l'assurance obligatoire (*chiffres OFSP 2009*).

En dépit des critiques émises depuis plusieurs années, **les primes ne sont pas fixées de manière transparente et ne correspondent pas aux coûts réels**. L'affaire des réserves excessives dans certains cantons et de leur transfert vers d'autres à des fins de stratégie commerciale démontre que la gestion des assureurs-maladie n'est pas équitable.

3. FAUSSES SYNERGIES ET VRAIE OPACITÉ

Si l'assurance-maladie obligatoire peut être efficacement gérée par des organismes privés comme les caisses actuelles, celles-ci doivent satisfaire à une transparence complète de leur gestion. Or, les bilans consolidés, publiés par les assureurs-maladie, ne permettent pas d'attester de la conformité de leurs pratiques comptables selon la LAMal, leurs fiduciaires n'étant en effet pas tenues de la vérifier. L'amalgame que les assureurs-maladie réalisent en exploitant avec le même personnel et dans la même infrastructure (bâtiments, moyens informatiques) des assurances complémentaires ne permet en aucun cas une véritable transparence. L'opa-

cité générée par la cohabitation de deux régimes d'assurance aux vocations opposées se retrouve au cœur d'un système devenu dysfonctionnel. Conjuguées à une surveillance défaillante, ces «synergies» poussent non seulement les assureurs-maladie à **sélectionner les risques**, mais incitent fortement au **transfert de charges, de prestations et de fonds vers l'assurance de base**, contribuant à renchérir artificiellement les primes. **L'opacité des flux financiers** au sein des grandes caisses maladie est telle qu'elle échappe désormais à tout contrôle politique. Ce manque de transparence se répercute jusque dans la **structure juridique** adoptée par certains grands groupes d'assurance dans le but à peine dissimulé de mieux se soustraire à la surveillance de l'OFSP.

En dépit de leurs protestations de bonne foi, les assureurs opposent un refus net à toute tentative d'y voir clair au prétexte d'un «secret des affaires» qu'ils entendent appliquer à la gestion d'un prélèvement social obligatoire.

4. LA CONCLUSION D'UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE NE DOIT PAS ÊTRE LIÉE À L'ASSURANCE DE BASE

Le catalogue des soins remboursés par l'assurance de base est le même pour tous.

L'assureur exerçant la complémentaire dispose par conséquent de tous les éléments nécessaires pour distinguer la part des coûts lui incombant de celle relevant de l'assurance obligatoire. Maintenir les deux contrats auprès du même assureur est donc inutile. Pour l'assuré, une assurance complémentaire de qualité sera celle qui s'occupe de cette ventilation.

L'assuré doit être libre de s'assurer auprès du meilleur assureur de base, sans se sentir lié par l'assurance complémentaire. Il n'est pas acceptable qu'il soit dissuadé de changer d'assurance de base pour bénéficier de primes meilleur marché, comme la loi le lui permet, parce que son assureur complémentaire le menace d'une augmentation de prime ou d'une suppression de rabais. Ce lien obligé induit donc une distorsion importante de la concurrence aux dépens des assurés.

5. SÉLECTION DES RISQUES, TRACASSERIES ET TROMPERIES

Contrairement à l'assurance de base où l'assureur a l'obligation d'accepter tous les assurés sans condition préalable, **l'assurance complémentaire peut pratiquer la sélection des risques au moyen d'un questionnaire ou d'un examen de santé.** De multiples témoignages indiquent pourtant que les patients coûteux, pour des raisons indépendantes de leur volonté, ne reçoivent **pas de réponse** à leurs demandes d'affiliation pour l'assurance de base ou constatent que les **lignes téléphoniques de l'assureur ne répondent plus** dès lors qu'ils ont été identifiés comme «mauvais risques». Dans le but de trier les «bons risques», certains assureurs profitent d'un changement de caisse pour **soutirer aux assurés des informations relatives à leur état de santé de façon illégale** ou au moyen d'une petite complémentaire-alibi. D'après la plupart des experts, il est fort improbable que la nouvelle compensation des risques prévue pour 2012 mette un terme à ces dérives.

On voit donc que les «**synergies**» **avancées par les assureurs-maladie** comme principal motif en faveur du statu quo **ne profitent en réalité qu'à eux-mêmes et s'exercent au détriment des assurés.** Elles réduisent l'assurance de base au rang de produit d'appel pour l'assurance complémentaire. Un coût annuel de près de 100 millions de francs pour les seuls frais de publicité et d'acquisition de nouveaux assurés serait ainsi généré pour la vente d'un produit pourtant identique chez tous les assureurs.

6. LA PROTECTION DES DONNÉES N'EST PAS RESPECTÉE

Les informations auxquelles l'assureur a accès dans le domaine des complémentaires ne devraient pas permettre une mise à l'écart de la personne qui désire changer d'assurance de base. Pourtant, de nombreux témoignages, notamment rapportés dans les médias, démontrent que **ces données, strictement protégées en théorie, sont largement disponibles au sein d'une même assurance** puisque le même personnel est souvent chargé de traiter les deux régimes d'assurance. La réforme de la tarification hospitalière (DRG) qui entrera en vigueur en 2012 va accroître l'accès des assureurs aux données sensibles relatives à la santé des assurés et augmentera considérablement le risque de voir celles-ci utilisées à leur détriment. On voit donc que **cette double activité** constitue en vérité une **épée de Damoclès pouvant priver l'assuré d'un accès à une couverture complémentaire ou le confronter à un refus de remboursement de prestations.**

7. LES ASSURÉS IGNORENT LES DIFFÉRENCES ENTRE LES DEUX BRANCHES D'ASSURANCE

L'assurance-maladie obligatoire relève de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), tandis que les assurances complémentaires dépendent de la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Lorsqu'un même contrat prévoit une couverture combinée, il est fort difficile pour le novice de savoir quelles règles s'appliquent à quoi. Là également, **l'impossibilité de proposer des contrats mixtes contribuera à la transparence** et empêchera que cette confusion soit mise à profit pour récolter des données personnelles de façon plus ou moins licite.

8. L'AVENIR DE L'ASSURANCE-MALADIE EST EN JEU

Le mode de financement actuel de l'assurance-maladie obligatoire se traduit par des primes qui deviennent difficilement supportables pour un nombre croissant de personnes, notamment les familles, et tous les scénarios rendent vraisemblable une poursuite de l'augmentation des coûts de la santé. Afin de les contenir, des réformes dans l'offre des soins sont en cours qui devront pouvoir s'appuyer sur un système de financement sain si elles entendent pouvoir s'appliquer avec efficacité. **La transparence de l'assurance-maladie est par conséquent la**

condition indispensable à la restauration d'un lien de confiance et d'une crédibilité, sans lesquels il sera impossible de faire progresser durablement les réformes dont notre système de santé a besoin afin de parvenir à une modération des primes.

Les débats politiques ont démontré qu'un véritable réseau de clientélisme politique a été mis en place à Berne par les assureurs afin d'accroître leur mainmise sur le système de santé et bloquer toute réforme allant dans le sens d'une plus grande transparence. Financé par les primes, ce puissant lobby s'est rendu responsable de nombreux blocages qui perpétuent des situations devenues intolérables pour les assurés.

9. L'INTÉRÊT DES ASSURÉS AVANT TOUT

En séparant l'assurance complémentaire de l'assurance de base, il sera mis fin aux distorsions qui résultent de cette cohabitation et l'assurance de base sera rétablie dans sa véritable vocation mutualiste et sociale. Le débat politique retrouvera ainsi la sérénité indispensable à la poursuite des réformes. Mais, avant tout, **cette séparation s'inscrit dans l'intérêt des assurés en instaurant les règles claires que les attermolements et demi-mesures politiques ont été incapables d'imposer.** Elle mettra ainsi un terme aux incitations néfastes qui opposent fondamentalement les intérêts des assureurs-maladie à ceux de leurs assurés.

Le Parlement a déjà examiné trois propositions en faveur d'une meilleure transparence. Elles ont successivement été **retirées ou rejetées** sans que les mesures prises ne permettent d'assurer la transparence de fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire. **Il importe maintenant que le peuple fasse entendre sa voix,** les lobbies parlementaires ayant fait échouer chacun de ces projets. ■

Pour la transparence de l'assurance-maladie, nous vous invitons à signer cette initiative.
www.initiative-transparence.ch

Voir aussi le numéro spécial de Planète Santé sur le site
www.planetesante.ch