

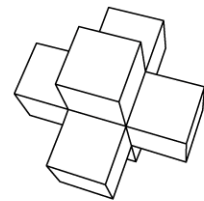
Une Suisse
en mouvement

–

Une Suisse
qui gagne

Politique de la santé : Maîtriser les coûts en appliquant un concept !

Papier de positions du PRD Suisse
adopté par l'assemblée des délégués du
PRD Suisse le 13 janvier 2001 à Olten (SO)



La Suisse de l'intelligence
La Suisse de la croissance
La Suisse de l'équilibre
La Suisse de l'ouverture

www.prd.ch

PRD

Les Radicaux.

L'avis du PRD sur la politique de la santé

- **La Suisse offre un des réseaux de santé le plus développé dans le monde.**
- **Cette qualité doit-elle toutefois nous coûter si cher?**
- La communauté doit-elle en financer l'essentiel?
- La Suisse dispose d'un système de santé publique très efficace et de haute qualité. C'est le système le plus dense du monde. Elle dispose d'un réseau extraordinairement étendu d'hôpitaux, de centres de réhabilitation, d'instituts de cure, de cabinets médicaux, de spitex, de pharmacies et de drogueries. Ces infrastructures coûtent de plus en plus cher. La majorité de ces coûts sont à la charge de l'assurance maladie obligatoire et des contribuables. Les primes d'assurance et les impôts augmentent donc incessamment.
- Notre système de santé ne se limite pas à offrir des prestations de haut niveau dans le domaine des soins. L'excellence concerne également la formation des médecins, du personnel soignant et de la recherche clinique. Grâce à une médecine de pointe, de nombreux hôpitaux ont acquis une excellente réputation.
- La santé publique ne prend pas uniquement en charge les coûts de la maladie et des accidents, mais de plus en plus les conséquences d'attitudes de vie malsaines et les risques des occupations de loisir. Les coûts du rétablissement de la santé sont toujours à la charge du système de santé publique. IL existe donc une grande inégalité dans la répartition des coûts de notre système de financement.
- Les coûts de la santé publique augmentent principalement en raison de l'extension du champs d'application de l'assurance maladie obligatoire, de la diversité croissante des solutions thérapeutiques (innovation) et d'attitudes peu responsables des assurés comme des prestataires . Il ne faut pas non plus sous-estimer l'augmentation générale des coûts qui n'ont qu'un rapport lointain avec la santé publique. Ces coûts « indirects » sont liés aux innovations dans le droit du travail, aux horaires de travail réduits au travail à temps partiel, aux les tarifs (tarmed), aux augmentations de salaires, etc.
- Le PRD reconnaît que l'excellence de notre système de santé a son prix. Il veut s'engager pour que la couverture médicale reste performante, de haute qualité et puisse continuer à intégrer les nouvelles technologies thérapeutiques.

- Le PRD estime toutefois que le système de santé doit rester accessible financièrement, à long terme et pour toute la population. Ces exigences ne pourront être atteintes sans corrections précises du système actuel. Bien entendu, une réforme de ce modèle doit également s'accompagner d'un changement d'habitudes des personnes concernées. Le PRD recommande d'appliquer des solutions libérales guidées par la responsabilité personnelle, la liberté de choix et la concurrence. Cette voie conduira au succès et doit être préférée à toutes les mesures de circonstances ou à toutes les tentatives de planification de type socialiste.

**Politique actuelle:
Sans concept clair, la
lutte est engagée
contre l'augmentation
des coûts et contre
des initiatives
inadéquates.**

- A coups de révisions partielles de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), des remèdes aux problèmes des coûts de l'assurance obligatoire de base sont recherchés. Toutes ces tentatives sont vouées à l'échec. La LAMal en vigueur depuis 1996 n'a pas, jusqu'à présent, répondu aux attentes (stabilisation des coûts au minimum). Ceux-ci continuent à augmenter d'années en années et le coût des primes

s'envole. Un concept permettant de garantir à long terme notre bonne santé publique à des coûts tolérables et de rendre en particulier financièrement tolérable notre assurance maladie, fait donc défaut.

- A travers leur "initiative-santé", les socialistes préconisent, une assurance fonda-mentalement différente. Ils proposent des primes calculées selon le modèle socialiste classique de la répartition (il s'agit en réalité d'un impôt sur la richesse). Il s'agit donc d'une prise en charge très large de notre système de la santé par l'Etat. C'est à juste titre que le Conseil fédéral recommande de rejeter sans réserve cette initiative néfaste. D'autres initiatives populaires préconisent des changements radicaux dans certains domaines de l'assurance maladie (financement des hôpitaux, politique à l'égard des médicaments etc.). Le Conseil fédéral et l'Assemblée fédérale recommandent instamment de rejeter ces initiatives.

- Jusqu'à présent, le Conseil Fédéral n'a pas estimé utile de proposer un véritable concept permettant de trouver des solutions tolérables à long terme. L'urgence de mettre en place un tel concept est de plus en plus pressante. L'Assemblée fédérale veut elle aussi voir maintenant des actions spécifiques. Le 22 juin 2000, le Conseil National a d'ailleurs voté une motion (00.3192)

concernant l'assurance maladie et la politique de la santé. Le Conseil des Etats l'a acceptée le 3 octobre 2000 sous la forme d'un postulat.

- La santé est pour la population le bien le plus précieux. Néanmoins rares sont les individus qui sont disposés à en supporter le coût tout en conservant un niveau de vie identique (en particulier logement, habillement, mobilité, vacances et loisirs). La santé, des individus est en général considérée comme étant l'affaire de la communauté (vision échaudée de la solidarité). La LAMal a malheureusement renforcé cette tendance.
- Le **parti radical démocratique** revendique

avec force **une réforme fondamentale de notre système de santé.** , En juillet 1999, le PRDS a élaboré un papier de position comportant sept postulats. Il y préconise un système de santé le plus libéral possible dans lequel la loi de la concurrence doit jouer beaucoup plus fortement qu'actuellement, afin de faire baisser les coûts. Il rejette donc fermement l'économie planifiée et la politique d'intervention qui règnent aujourd'hui dans la politique de la santé. Grâce à ce nouveau concept, le PRD veut apporter une correction durable des conditions-cadre de notre système de santé. Il rejette parallèlement les plans de transformation onéreux des socialistes et toutes les solutions partielles inadéquates de quelque genre qu'elles soient.

De quoi souffre notre système de santé ?

- **C'est l'assurance maladie (LAMal) qui domine aujourd'hui notre politique de la santé.** En réalité, l'assurance maladie obligatoire ne couvre qu'environ la moitié des coûts de la santé (c'est-à-dire 20 milliards sur 40 milliards de francs). La LAMal présente des possibilités limitées de concurrence et fonctionne sur des critères applicables à une économie planifiée. Elle s'étend désormais dans tout le système de santé, y compris dans des domaines

en principe non couverts par l'assurance maladie obligatoire. C'est la raison pour laquelle la concurrence ne joue pas suffisamment dans ce domaine. Diverses interventions de l'Etat, conçues comme facteurs de réduction des coûts, comme par exemple la planification hospitalière, la politique tarifaire et les interventions dans la formation des prix, se révèlent peu ou pas du tout efficaces. Les coûts des assurances maladie continuent à s'accroître d'année en année,

ce qui entraîne automatiquement l'augmentation des primes payées par les assurés. Si la progression des coûts était moins fortes ces dernières années, les dernières estimations annoncent de sombres perspectives.

- **L'actuelle réglementation de l'assurance maladie n'est guère coordonnée avec les autres domaines de la politique sociale.** Une tendance malsaine consiste à transférer de nombreux problèmes sur l'assurance maladie. Les bénéficiaires de cet exercice sont, par exemple, l'assurance invalidité, l'assistance publique régionale ou l'économie en générale. Il devient donc urgent de procéder à une appréciation d'ensemble et de coordonner toutes les assurances sociales. Compenser la charge que supportent les individus du fait de l'assurance maladie obligatoire par des contribution (subventions) publiques n'offre pas d'alternative valable. Utiliser les possibilités qu'offrent les allègements d'impôts, en particulier pour les familles serait plus simple et plus transparent.
- **Personne ne doit être tenu à l'écart des prestations médicales nécessaires.** Ce principe doit être maintenu. Cependant, aujourd'hui, chaque individu dispose d'un grand nombre de prestations diverses qui vont bien au-delà de ce qui serait médicalement nécessaire

dans chaque cas particulier. L'assurance maladie obligatoire et donc la communauté des assurés supporte donc une charge excessive. Ce ne sont plus les risques qui sont assurés, mais plutôt un accès à un large éventail de prestations médicales en tout genre.

- **Le système actuel fait peu de cas de la responsabilité personnelle.** Les incitations poussant les individus à s'occuper eux-mêmes de leur santé font cruellement défaut. Le système actuel incite à transférer la responsabilité individuelle à la communauté d'assurés. A titre d'exemple, nous pensons que la franchise minimale est trop basse dans l'assurance maladie obligatoire. Pour beaucoup d'assurés elle reste en-dessous de ce qu'ils pourraient raisonnablement payer eux-mêmes dans chaque cas particulier. Ceci n'incite nullement à observer une attitude responsable et consciente des coûts. Si le coût de la prime est élevée, la franchise reste modeste, la **propension à revendiquer** augmente donc sans cesse (mentalité d'assistance). Dans le domaine important de l'assurance maladie obligatoire, la haute densité de l'offre ainsi que l'obligation de contracter et d'établir des tarifs n'incite guère les prestataires à traiter leurs patients avec la plus grande efficacité économique possible. D'autre part, celui qui s'efforce de concilier les exigences de soins avec les

impératifs économiques n'est pas récompensé.

- **Nous sommes confrontés aujourd'hui à un choix fondamental.** Comment atteindre un objectif de santé publique efficace et tolérable à longue échéance ? Doit-on poursuivre la logique d'interventions et de planifications étatiques ou encourager la liberté tout en stimulant la concurrence ?

Faut-il suivre la tendance à la collectivisation ? Faut-il remplacer les interventions de l'Etat, dont l'inefficacité est démontrée, par de nouvelles interventions dont l'effet reste incertain ? Ou faut-il donner plus de poids à la liberté et la responsabilité personnelle et aux possibilités de choix dans le cadre d'une vraie concurrence, efficace entre tous les prestataires et tous les assureurs ?

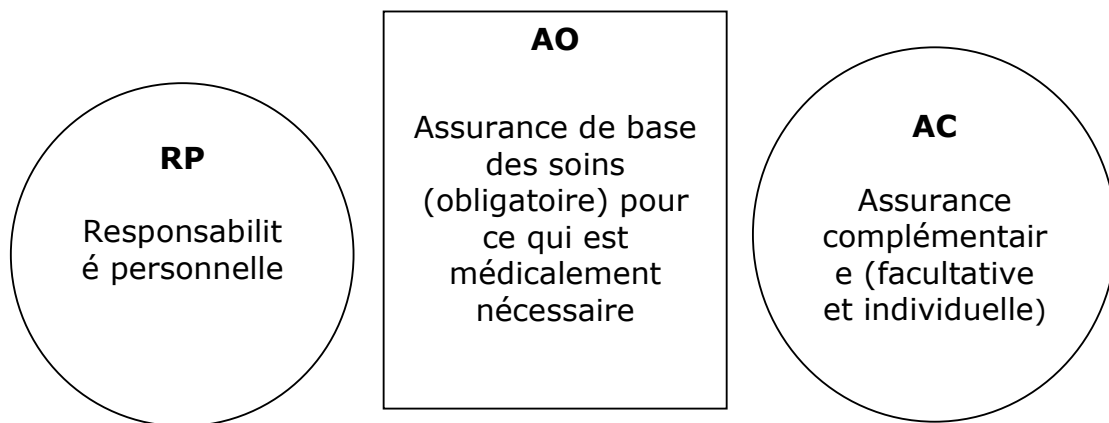
Le Bilan :

Il est désormais prioritaire de construire un concept clair. Incontestablement, la

politique de rapiéçage menée jusqu'à présent n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés.

Le PRD veut un concept moderne et efficace à long terme pour une politique de la santé reposant sur trois piliers:

- **Responsabilité personnelle**
- **Assurance-maladie obligatoire pour ce qui est médicalement nécessaire**
- **Assurance complémentaire facultative pour la couverture individuelle d'autres prestations souhaitées**



1er pilier: responsabilité personnelle

Principe: responsabilité personnelle prioritaire, assurance subsidiaire.

Un nouveau concept de la politique de la santé doit distinguer :

- l'assurance d'obtenir des prestations pour le maintien et le rétablissement de la santé et
- le financement de ces prestations.

En ce qui concerne le financement, il est nécessaire de déterminer à nouveau qui paie pour quoi, quels risques sont assurés obligatoirement et qui a besoin, en raison de sa situation économique personnelle, d'un soutien de l'Etat. Une application large du principe de la responsabilité personnelle doit servir de principe directeur.

Il y a lieu de promouvoir l'intérêt de chacun au maintien de sa propre santé par le biais d'incitations efficaces.

Prioritairement, il convient d'encourager les assurés à se maintenir en bonne santé. A titre d'exemple, nous ne pouvons qu'approuver sur ce point les actions de prévention en matière de médecine dentaire, dont le succès est démontré depuis des décennies. La responsabilité personnelle implique en particulier d'être disposé à assumer soi-

même la charge d'un conseil médical et de payer soi-même le traitement de petits troubles de la santé. Il faut aussi que le public soit incité à utiliser de manière efficace l'abondante offre d'informations concernant la prévention et le traitement des maladies. Il faut promouvoir en particulier l'idée selon laquelle les assurances ne sont là que pour couvrir des risques qui dépassent les capacités financières des individus. Ces principes sont applicables à l'assurance maladie de base obligatoire mais également aux assurances complémentaires facultatives.

Les actions engagées afin d'informer la population sur les attitudes dangereuses pour la santé doivent être encouragées. L'assuré qui n'adopte pas un comportement responsable face aux risques de maladies ne doit pas pénaliser les autres individus.

Plus l'individu a de liberté et de responsabilité personnelle, plus il gagne en liberté de choix et décision.

Chacun décide soi-même en fonction de ses capacités financières s'il doit avoir recours à des prestations médicales, auprès de qui, dans quelle mesure et à la charge de qui (à son propre compte ou au compte de l'assurance). Les prestations qui dépassent le traitement médical

nécessaire ne peuvent être revendiquées que si l'on est disposé aussi à en payer le prix supplémentaire ou si ce risque est couvert par une assurance complémentaire facultative. Le fait de ne pas mettre à contribution son assurance doit être récompensé de manière adéquate (par exemple par le biais d'un rabais attrayant sur les primes).

Plus de liberté et de responsabilité personnelle encourage les prestataires et les assurés à prendre conscience des coûts.

Les prestataires de services et les

assureurs ne peuvent influencer efficacement l'évolution des coûts qu'à la condition d'évoluer dans le cadre d'un marché libéré de toutes contraintes de planification étatique. Cette libéralisation conduit par la force des choses vers plus de concurrence et de responsabilité personnelle. La concurrence doit s'immiscer à l'intérieur des conditions-cadre définies par le politique. Si des mesures de politique sociale sont nécessaires, elles ne doivent pas entraver la concurrence. Cela est parfaitement compatible avec l'assurance maladie de base obligatoire lorsque celle-ci est limitée à la couverture de ce qui est médicalement nécessaire au par cas.

2ème pilier: l'assurance maladie de base obligatoire

L'assurance maladie de base obligatoire est strictement réservée aux actes médicalement nécessaires.

L'assurance maladie obligatoire doit se limiter à la couverture de ces risques. Les autres prestations souhaitables - plus de confort à l'hôpital, liberté sans limite dans le choix du médecin, médecine alternative etc. - relèvent de la responsabilité personnelle et doivent être couvertes, en fonction des besoins par l'assurance facultative

complémentaire.

Ne faire appel à l'assurance maladie que de manière subsidiaire doit être une attitude à encourager.

Il faut également promouvoir la responsabilité personnelle dans le domaine de l'assurance obligatoire. Cela permettra d'influencer favorablement l'évolution des coûts de l'assurance maladie. Le système des franchises permet d'influencer cette responsabilité personnelle. Il

faut à cet égard examiner si, et dans quelle mesure, celles-ci doivent être adaptées à la capacité financière des individus (les maladies chroniques et les charges familiales doivent être prises en compte). Des rabais de primes attractifs doivent permettre à un assuré d'augmenter volontairement sa franchise.

Les prestations couvertes par l'assurance de base doivent être adaptées à ce qui est médicalement nécessaire. Elles doivent être fournies avec efficacité, selon les règles de la LAMal, en tenant compte également des critères économiques.

L'ampleur des prestations assurées n'est pas la seule cause de l'accroissement quasi illimité des coûts de l'assurance maladie obligatoire. L'application de ces prestations dans la pratique, c'est-à-dire dans au cas par cas, joue également un rôle déterminant.

Dans certains cas, des coûts élevés sont tout à fait justifiables. La transparence doit être assurée afin de garantir qu'il s'agit du meilleur « ultima ratio » pour le traitement d'un patient. L'application de traitements non nécessaires ou inadaptés est souvent à l'origine de coûts excessifs. La participation aux frais, généralement trop modeste, des assurés n'incite pas suffisamment ces derniers à recourir à des médications personnelles moins onéreuses.

Concernant l'ampleur des prestations couvertes par l'assurance de base:

L'assurance maladie obligatoire doit couvrir les prestations médicalement nécessaires comme les examens médicaux indispensables, les traitements et les séjours à l'hôpital ainsi que les examens et thérapies coûteux. Les conditions fixées par la LAMal pour la couverture des prestations à charge de l'assurance maladie obligatoire - prestations économiques, appropriées et efficaces - doivent être appliquées de manière plus conséquente qu'aujourd'hui à travers l'établissement et la révision du catalogue des prestations. Les thérapies éprouvées doivent être seules assurées dans ce cadre et les tendances « à la mode » doivent en être écartées.

Font en principe partie de la responsabilité personnelle les prestations dans le domaine des examens préventifs généraux (Check up), les mesures de fitness individuelles et les cures de bains. Lors de la conclusion de contrats avec les prestataires et catégories de prestataires, dont les prestations doivent être couvertes par l'assurance maladie obligatoire, il est nécessaire d'appliquer de sévères barèmes d'économies se fondant sur des bases assurées.

L'application des prestations couvertes par l'assurance de base:

L'assurance maladie obligatoire est sollicitée lorsque des

prestations sont prescrites au cas par cas. Les prestataires doivent être concrètement incités à se tourner vers le meilleur choix économique possible. Les prestations admises pour l'assurance de base doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une thérapie n'est économique que si les prestations qu'elle réclame sont appliquées de

manière adéquate en pratique. Avant que les prestataires effectuent des prestations de diagnostic ou thérapeutiques, ils doivent examiner si celles-ci sont médicalement nécessaires et si elles sont exclusivement adaptées à un traitement conciliant efficacité médicale et optimisation économique.

Promotion d'une formation en matière médicale et de soins axée sur la pratique et sur des traitements économiques:

La formation des futurs médecins doit être complétée par des stages pratiques dans le secteur ambulatoire. Les médecins déjà établis doivent être encouragés, à l'aide d'incitations appropriées, à offrir de telles places de stage. Il y a lieu d'autre part d'engager dans les hôpitaux des médecins ayant de l'expérience pratique pour la formation des assistants. Une liberté d'entreprise plus grande des hôpitaux doit contribuer à la formation et à l'engagement d'un personnel soignant orienté davantage sur la pratique et correspondant au niveau de connaissance exigé. Les limitations dans l'admission aux études de médecine doivent être supprimées lorsque la capacité d'accueil est suffisante. Il y a lieu, au début des études, d'introduire des paramètres de sélection afin de pouvoir éliminer assez tôt des étudiants qui ne sont visiblement pas adaptés à cette profession. La formation doit également intégrer des cursus d'économie de la santé.

Améliorer durablement les conditions permettant une application des prestations rationnelle sur le plan économique; la liberté contractuelle entre les prestataires et les assureurs en fait partie.

Liberté contractuelle: L'actuelle réglementation, selon laquelle tous les prestataires peuvent appliquer leurs prestations à charge de l'assurance maladie obligatoire (obligation de contracter), doit être supprimée. Que ce soit dans le domaine des prestataires ambulatoires (principalement les médecins et pharmaciens) ou dans celui de l'hospitalisation, il est nécessaire de garantir une liberté contractuelle réciproque à des conditions égales. C'est la seule manière de promouvoir des incitations générales en faveur d'une réflexion économique concurrentielle pour des prestations de qualité. Cela incite aussi les prestataires à former des réseaux régionaux susceptibles d'appliquer leurs prestations aux assurés de manière coordonnée, efficace et partant, favorable du point de vue coûts.

Conditions-cadre étatiques: Par le biais de conditions-cadre adéquates, les prestataires et assureurs maladie doivent être en mesure de négocier des contrats sans risque de distorsion de concurrence. A cet effet, il convient d'interdire l'exclusion arbitraire et unilatérale de certains prestataires. L'obligation actuelle d'établir un tarif doit être remplacée par un système de formation des prix orienté le plus possible vers la concurrence, dans le respect des conditions-cadre valables pour l'ensemble de la Suisse (par exemple Tarmed). La concurrence entre les assureurs maladie et les prestataires ne doit pas être défavorisée par des ententes cartellères. En cas de litige entre assureurs et prestataires, des instances arbitrales paritaires doivent trancher les différends, sous réserve d'un contrôle juridictionnel.

Principe de la conformité aux circonstances: N'est économique que le traitement limité à ce qui est médicalement nécessaire dans chaque cas particulier. Des incitations reposant sur des mesures et des critères de qualité sont à construire. La pratique de tous les jours fondée sur des données solides (evidence based medicine), à savoir répondant aux connaissances et expériences économiques, doit être le fondement d'un tel processus. Une bonne qualité à des coûts modestes sera garantie par une concurrence efficace entre les prestataires et non pas par des interventions et directives étatiques.

Le choix limité des prestataires apporte des avantages de coûts.

La liberté contractuelle visée entre les prestataires et les assureurs entraîne, pour les assurés, une limitation dans le choix des prestataires. Certains avantages sont à considérer. Dans un tel système, seuls les prestataires médicaux qui garantissent le respect du « choix économique » dans l'exercice de leur profession sont reconnus par l'assurance maladie obligatoire. Cette limitation est donc favorable quant à l'évolution des coûts. Le choix illimité des prestataires fait partie du domaine de la responsabilité personnelle et le cas échéant de l'assurance complémentaire.

Il faut maintenir pour le public le libre choix des assureurs. Il faut améliorer les incitations à choisir des formes d'assurance les plus économiques possibles.

Avantages financiers grâce à la concurrence dans le domaine hospitalier (à la place d'une économie planifiée); contribution publique en fonction du sujet plutôt que de l'objet.

Tous les hôpitaux doivent devenir des entreprises indépendantes.

La concurrence entre les prestataires doit se substituer à la planification étatique. Les conditions-cadre politiques doivent créer un environnement de concurrence entre les hôpitaux. Il y a lieu de supprimer les contributions de l'Etat telles qu'elles sont versées aujourd'hui aux hôpitaux

en vertu de la LAMal. Les cantons et, éventuellement, les communes, doivent à l'avenir verser aux assureurs les subventions aux coûts de traitement de chaque cas particulier dans les hôpitaux qui, sur la base d'un contrat, offrent des prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire.

Suppression des subventionnements croisés. Avec la suppression des subventions cantonales aux hôpitaux c'est également la suppression des financements croisés qui est visée. Ceux-ci sont très lourds à supporter pour le contribuable et pour les assurés. Chaque individu doit bénéficier d'une bonification des prestations à charge de l'assurance maladie obligatoire indépendamment du fait de savoir s'il bénéficie d'une assurance complémentaire ou non. Des contributions étatiques en fonction des cas individuels traités à l'hôpital doivent permettre d'éliminer les injustices existantes.

Les cantons doivent garantir un service de base général.

Les cantons doivent pour cela prévoir les incitations nécessaires et les conditions-cadre valables à long terme. Les cantons édictent des conditions-cadre légales susceptibles d'inciter les prestataires à garantir un service de base général pour toute la population. De cette manière, les hôpitaux doivent être obligés d'accepter les cas régionaux urgents, indépendamment du règlement des coûts dans les cas particuliers émergeant de l'assurance maladie ou, le cas échéant, de l'assistance sociale régionale. Les médecins doivent également être obligés de traiter de tels cas. L'Etat peut subsidiairement, si cela est indispensable, couvrir par des mandats de prestations les lacunes existantes dans le service régional.

Financement séparé de la recherche et la formation. Les cantons définissent des mandats de prestation pour les hôpitaux qui s'investissent dans des missions de recherche et de formation. Ces mandats doivent être payés par des contributions indépendantes des prestations de soins prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Financement de l'assurance maladie obligatoire par des primes par tête; franchises plus élevées.

Les primes sont déterminées indépendamment du revenu et de la fortune. L'assurance maladie obligatoire doit être financée par les primes des assurés. L'abaissement ciblé des primes en faveur de personnes économiquement faibles doit être maintenu. L'abaissement des primes est l'affaire des cantons. Afin de susciter une conscience des coûts individuelle et une attitude correcte à l'égard de l'assurance maladie, elle doit être versée en fonction des besoins effectifs de chaque assuré et non pas en fonction des coûts généraux afférant aux cantons ou régions.

Franchises plus élevées. Les franchises et participations personnelles représentent la participation obligatoire aux frais et doivent être sensiblement augmentées. Le but d'une telle mesure est de promouvoir la responsabilité personnelle relative au maintien de la santé et de soulager l'assurance maladie obligatoire de l'indemnisation des cas de bagatelle. Dans le but de renforcer la responsabilité personnelle et de baisser le coût des primes de l'assurance maladie obligatoire, il y a lieu d'examiner si de nouvelles solutions concernant les franchises pourraient être appliquées. Les franchises devraient prendre en compte la situation de revenus et de fortune des individus. Un plafond maximum déterminé par la loi sera toutefois fixé, afin de concilier la nécessité de baisser les primes de l'assurance maladie obligatoire, avec l'intention de promouvoir la responsabilité personnelle. Lors de cet examen, les individus souffrant d'une maladie chronique ou ayant à supporter des charges pour les familles doivent bénéficier d'un traitement particulier. Grâce à des rabais de primes attractifs, il convient d'inciter les assurés à prévoir une participation aux frais volontaires jusqu'à un taux maximum.

Désenchevêtrement des tâches et compétences étatiques

L'Etat détermine par la voie législative le cadre de la santé publique et en particulier de l'assurance maladie obligatoire. Il doit pour cela se limiter à un cadre politique général (conditions-cadre en faveur de la concurrence et de la surveillance). D'autre part, l'Etat subventionne de manière ciblée les assurés économiquement faibles. L'Etat doit renoncer en principe à apporter des prestations dans le domaine de la santé. Dans la mesure où des organes étatiques ordonnent des mesures, ils doivent prendre la responsabilité financière de leurs conséquences.

L'Etat (la Confédération et les cantons, éventuellement les communes) garantissent, par des conditions cadres et incitations adéquates, que les prestataires opèrent dans un cadre de libre concurrence le plus large possible et dans une relation de prix - prestations la plus attractive possible. Cela doit valoir aussi pour les assureurs maladie. Les limitations auxquelles ils sont soumis dans leur gestion par la LAMal (forme juridique, interdiction du bénéfice etc.) doivent être supprimées. L'Etat doit se retirer par étape de son activité de prestataire et de d'assureur. Son rôle doit être limité aux versements de contributions aux coûts de traitement et aux soutiens ciblés des individus dans le besoin.

3ème pilier: Assurance complémentaire individuelle facultative

La limitation de l'assurance maladie obligatoire doit ouvrir des incitations en faveur des assurances complémentaires facultatives.

En axant l'assurance-maladie obligatoire sur ce qui est médicalement nécessaire, on renforce le sentiment de la responsabilité personnelle. Plus de responsabilité personnelle conduit à la conclusion d'assurances complémentaires facultatives, selon les besoins. Grâce à cette séparation claire, l'assurance complémentaire redevient attractive et en définitive plus tolérable financièrement. L'individu décide s'il veut assurer facultativement et volontairement certains besoins particuliers non couverts par l'assurance maladie obligatoire et, si oui, dans quelle mesure et à quel prix. Des solutions axées sur les besoins individuels comportant des modules (séjour plus confortable à l'hôpital, grand choix thérapeutique, choix illimité du médecin et de l'hôpital, etc.) doivent augmenter l'attractivité de cette liberté de choix. De même, les possibilités d'épargne (capitalisation) pour les soins éventuels en cas d'âge avancé doivent être proposées.

Dans l'assurance maladie facultative la liberté individuelle de choix et de décision doit être à nouveau prioritaire

Les assurances facultatives doivent continuer à être offertes de manière totalement indépendante par rapport à l'assurance maladie selon la LAMal. Le champ d'action ouvert à de telles offres d'assurance sera de nouveau plus grand et plus attrayant en raison de la limitation de l'assurance maladie obligatoire à ce qui est médicalement nécessaire. Les prestations de telles assurances doivent être offertes aux intéressés selon leurs besoins particuliers.

Annexe:

Repris du papier de position 1999 du PRD suisse concernant la politique de la santé "Plutôt que de nouveaux impôts, plus de concurrence dans la politique de la santé"

Les sept postulats du Parti radical concernant la politique suisse de la santé

- Promotion de la responsabilité individuelle. Incitations à se comporter conformément aux règles de la santé et à prévenir les maladies.
- L'assurance maladie de base obligatoire ne doit couvrir que les besoins de base; une assurance complémentaire facultative peut couvrir les souhaits particuliers et les besoins d'un meilleur confort.
- Il n'est pas nécessaire de réviser totalement la LAMal, il faut néanmoins lui apporter les corrections nécessaires (plus de concurrence, moins d'interventions étatiques et suppression des subventions selon le principe de l'arrosoir).
- Le catalogue des prestations de l'assurance de base obligatoire doit être limité au nécessaire, de même que l'admission des prestataires et des catégories de prestataires.
- Il y a lieu de maintenir les cotisations par tête dans l'assurance obligatoire. Elles ne doivent pas prendre la forme de nouveaux impôts entraînant une répartition des revenus et des fortunes. Les subventions ne doivent en principe être versées que de manière ciblée pour abaisser les cotisations de personnes économiquement faibles.
- Il faut plus de concurrence dans le domaine hospitalier. Il y a lieu de renoncer au subventionnement des prestataires et promouvoir, par contre, la concurrence et la privatisation. Dans le domaine ambulatoire, il y a lieu de renoncer à un budget global et autres interventions analogues ressortant d'une économie planifiée, ainsi qu'à des interventions étatiques sur les prix et les tarifs. Dans ces deux domaines: suppression de l'obligations de conventions entre les prestataires et les assureurs (dans le cadre de l'assurance de base obligatoire).
- Désenchevêtrer les tâches et compétences de l'Etat, cadre légal pour l'assurance de base obligatoire, subventionnement ciblé des cotisants économiquement faibles, se limiter à des mesures de politique d'organisation (conditions-cadre en faveur de la concurrence, surveillance). L'Etat doit renoncer à offrir

des presta-tions; toute
mesure étatique entraîne en
conséquence une
responsabilité financière.