

## Plus de liberté de choix, des primes d'assurance maladie plus basses

### Idée d'une assurance maladie « budget » (état au 12.07.2023)

#### 1 Contexte et situation initiale

- › Les médias rapportent que les primes augmenteront l'année prochaine de 6% en moyenne. L'annonce formelle par le conseiller fédéral Alain Berset est attendue en septembre. Une chose est sûre : les primes d'assurance maladie feront inévitablement l'objet de débats pendant la phase clef de la campagne électorale.
- › Le PLR a lancé une motion de groupe lors de la session d'été 2023 qui demande au Conseil fédéral de soumettre à l'Assemblée fédérale une proposition visant à modifier les lois et ordonnances pertinentes de manière à permettre l'introduction d'un modèle d'assurance-maladie avec des primes très basses. Le texte de la motion et son développement se trouvent [ici](#).

#### 2 Assurance maladie « budget » : de quoi s'agit-il exactement ?

- › Face à l'explosion des primes d'assurance maladie qui pèsent de plus en plus lourd dans le budget des Suissesses et des Suisses, le PLR propose **l'introduction d'une assurance « budget »**.
- › Le principe est simple : les prestations de base continueront d'être fournies, mais à des conditions moins luxueuses que l'assurance obligatoire actuelle. Les besoins des personnes sont davantage pris en compte grâce à une plus grande liberté de choix.
- › **L'objectif est de réduire considérablement les primes afin de réaliser des économies personnelles allant jusqu'à 25 %.**
- › Alléger la charge de la classe moyenne qui ne bénéficie pas des subsides à l'assurance maladie.
- › Le modèle est basé sur le libre-choix comme c'est déjà le cas pour les modèles d'assurance alternatifs existants (p. ex. modèle du médecin de famille ou Telmed que 75% des assurés utilisent déjà).
- › La solidarité n'est pas rompue, car elle est toujours garantie par la compensation des risques et les réductions de primes (5,5 milliards par an).
- › Le « tout comme avant » reste possible, car les coûts n'augmenteront pas pour ceux qui ne veulent pas d'une assurance « budget ». Seuls les assurés « budget » profiteront des économies réalisées.

#### 3 Des modèles d'assurance innovants : quelles possibilités doivent-ils offrir ?

- › **Médicaments génériques obligatoires** : si un générique existe (même principe actif que le médicament original), celui-ci est prescrit. S'il existe un générique meilleur marché, importé directement de l'UE, celui-ci peut également être obligatoire.
- › **Prévention obligatoire** : certains examens médicaux sont indispensables pour détecter précocement les maladies chez les personnes à risque. On pense ici à la lutte contre le cancer du sein chez les femmes ou contre le cancer colorectal. La prévention est dans l'intérêt du patient et permet de réduire les coûts. Elle devrait aller de soi, ce qui n'est malheureusement pas le cas. Des incitations adéquates sont nécessaires. Les assurés « budget » peuvent être invités à se soumettre à certains examens préventifs sous peine d'une peine pécuniaire.
- › **Assurances pluriannuelles** : afin de permettre de véritables mesures de suivi des patients et de prévention, l'assurance est conclue pour une période de trois ans, le taux maximal d'augmentation des primes étant fixé d'emblée.
- › **Pas de prestations sans efficacité prouvée** : c'est par exemple le cas des médecines alternatives. Ces prestations ne sont pas prises en charge par l'assurance « budget ».
- › **Dossier électronique du patient** : pour les assurés « budget », un dossier électronique du patient est obligatoire. Les prestations médicales sont suivies, les doubles facturations et les prestations inutiles sont évitées, la facturation se fait par voie électronique.

- › **Limitation du choix des laboratoires** : les analyses de laboratoire ne peuvent être effectuées que par des instituts qui ont conclu des partenariats avec l'assurance, à un tarif plus avantageux que le tarif officiel. Cela permet de réduire les coûts, mais aussi d'éliminer les incitations à effectuer plusieurs fois les mêmes analyses.
- › **Remboursement des prestations à l'étranger** : dans certains cas, par exemple pour les médicaments qui sont hors de prix en Suisse, l'assurance peut rembourser des prestations proposées dans les pays voisins.
- › **Limitation du nombre de prestataires de soins** : sauf en cas d'urgence, les assurés sont invités à choisir leurs prestataires de soins sur une liste établie par l'assurance. Cette liste est établie sur la base de critères de qualité des prestations. Cela vaut aussi bien pour les médecins en cabinet que pour les hôpitaux. Cette mesure vise notamment à lutter contre une offre excédentaire.
- › **Liberté contractuelle pour les dispositifs médicaux** : les caisses d'assurance maladie qui proposent une assurance « budget » peuvent conclure des contrats avec des fournisseurs de dispositifs médicaux afin d'approvisionner les assurés « budget » avec des produits plus avantageux.
- › **Limitation des remboursements pour les psychothérapies** : le passage au modèle de prescription pour les psychologues a fait grimper les coûts des psychothérapies. L'assurance « budget » appliquera à nouveau le système de délégation en vigueur jusqu'en 2023, c'est-à-dire l'offre de prestations sous la supervision d'un psychiatre.
- › **Temps d'attente volontaire (urgences exclues)** : la disponibilité en tout temps, même pour les cas non urgents, entraîne des coûts élevés et inutiles. Ainsi, il n'est pas rare aujourd'hui de recourir à une IRM dans l'heure qui suit un rendez-vous médical pris des mois auparavant. Et ce, bien qu'il ne s'agisse pas d'une urgence.
- › **Franchise liée au cas** : au lieu de payer une franchise totale élevée, les patients paient les 600 premiers francs de chaque cas médical. L'assurance « budget » prend ainsi en charge et encadre les cas graves. Les petites maladies bénignes (un rhume, par exemple) relèvent de la responsabilité de l'assuré et sont payées par lui.

**Conclusion** : toutes ces propositions permettent de réaliser des économies considérables. Elles entraînent certes certaines contraintes pour l'assuré, qui doit parfois attendre pour des interventions bénignes, parcourir quelques kilomètres supplémentaires ou choisir un nouveau prestataire, mais elles n'entraînent pas de réduction importante du catalogue de soins, et encore moins de la qualité des soins. Ce modèle, praticable aussi bien pour un patient en bonne santé que pour un malade, permet aux assurés de décider librement s'ils souhaitent réduire leurs primes d'assurance maladie et de quelle manière.

Liberté de choix et concurrence – deux valeurs pour lesquelles le PLR s'engage, dans le domaine de la santé comme ailleurs.

- ✓ Agissons contre la surconsommation de soins, réduisons les coûts et les primes – nous renforcerons ainsi le pouvoir d'achat de la classe moyenne !
- ✓ Agissons contre la surconsommation de soins, soulageons le personnel soignant et évitons les burnouts !
- ✓ Agissons contre la surconsommation de soins, soulageons les médecins, les psychologues et le personnel soignant et assurons nos soins de base !

## 4 Questions/réponses

### 4.1 La qualité est-elle assurée et comment ?

**Oui**, la qualité de notre système de santé sera maintenue et accessible à tous. Mais à l'avenir, les besoins des personnes devront être davantage pris en compte lorsqu'il s'agira de définir la qualité. Il n'est pas du tout possible de définir de manière centralisée la notion de qualité pour près de 9 millions de personnes. De nombreuses personnes pensent par exemple peu de bien de l'homéopathie et n'y croient pas. D'autres font confiance aux génériques et renonceraient volontiers aux préparations originales coûteuses. Il s'agit simplement d'augmenter la liberté de choix, dont 75% des Suissesses et des Suisses font déjà usage aujourd'hui. Nous sommes toutes et tous contraints d'utiliser un système coûteux et malheureusement inefficace.

## 4.2 Ne s'agit-il pas simplement d'une répartition des coûts ? Qui prend en charge les absences ?

**Non.** Si quelqu'un renonce volontairement à des prestations parce qu'il ne veut pas de ces prestations, cela réduit les coûts. Ces économies sont ensuite répercutées via des rabais sur les primes. Pour le système de santé, c'est un jeu à somme nulle. Aujourd'hui déjà, environ 75% des Suissesses et des Suisses utilisent de tels modèles. Le PLR souhaite seulement élargir les possibilités et renforcer ainsi la liberté de choix. Chacune et chacun peut décider lui-même.

## 4.3 Solidarité / médecine à deux vitesses ?

**La solidarité n'est ni remise en question ni affaiblie.** Premièrement, elle résulte de l'obligation de s'assurer et de la compensation des risques entre les caisses maladie. Deuxièmement, des réductions de primes d'un montant d'environ 5,5 milliards sont redistribuées chaque année. Elles sont financées par l'argent des contribuables et ne font pas l'objet d'un débat.

## 4.4 Qu'en est-il des malades chroniques qui ne peuvent pas se payer la version chère ?

**Rien ne change pour les malades chroniques.** Ils peuvent continuer à choisir librement le modèle qui leur convient le mieux. S'ils n'ont pas les moyens de payer l'assurance maladie, ils sont soutenus par des réductions de primes et, si nécessaire, par d'autres prestations sociales. C'est ce qui est prévu et ce qui est juste.

## 4.5 Changer de système ? Les primes ne sont pas les seules choses qui coûtent ?

**Le PLR demande une nette extension des possibilités de choix existantes dans le système actuel.** Aujourd'hui déjà, près de 75% des Suissesses et des Suisses souscrivent des modèles d'assurance alternatifs et expriment ainsi leurs choix personnels. Cet état de fait montre que cette option est appréciée. Le PLR souhaite donc élargir les options existantes.

## 4.6 Pourquoi la numérisation est-elle si importante ?

La numérisation permet d'éviter les doublons. Selon des études, le potentiel d'économie annuel se chiffre en milliards. La Suisse a un grand retard à rattraper dans ce domaine.

## 5 Les propositions inefficaces du PS et du Centre

- › L'initiative « frein aux coûts » du Centre demande que le Conseil fédéral, le Parlement et les cantons interviennent lorsque les coûts de la santé augmentent trop fortement par rapport à l'évolution des salaires.
  - Cette initiative est clairement un pas vers le budget global. Certains pays européens (Grande-Bretagne, Allemagne) ont fait de mauvaises expériences avec cet instrument. Le risque de rationnement des prestations est réel et doit donc être pris au sérieux.
  - Sa mise en œuvre correspondrait à une économie planifiée pour notre politique de santé. Ce modèle étatique entraînerait une bureaucratie excessive et, en fin de compte, une mauvaise allocation des ressources et un rationnement des prestations.
- › Avec son initiative « d'allègement des primes », le PS demande qu'un maximum de 10% du revenu soit consacré aux primes.
  - Le PS tente de résoudre tous les défis avec « plus d'argent/subventions ». Leur initiative coûte 7,3 milliards supplémentaires et occulte totalement le véritable problème (l'augmentation des coûts).
  - Cette revendication est une tentative hypocrite de reporter le problème du renchérissement des primes sur les personnes à hauts revenus, alors que les coûts ne peuvent pas être couverts.
  - L'initiative est antifédéraliste et s'appuie fortement sur une augmentation des contributions fédérales, alors que les coûts de la santé sont fortement influencés par les décisions cantonales.