

Communiqué aux médias du 1^{er} février 2006

Enquête représentative de l'association indépendante PULSUS

L'obligation LAMal vacille

L'association PULSUS veut présenter un nouveau modèle d'assurance pour la santé publique – similaire à la prévoyance de vieillesse. Un premier pilier pour le « minimum vital » en matière de santé, les deux autres piliers pour les besoins allant au-delà. PULSUS a chargé à cet effet l'institut d'étude de marché Demoscope de réaliser une enquête représentative: tout juste la moitié de la population suisse pourrait s'accommoder d'emblée de la suppression partielle de l'assurance obligatoire selon la LAMal. L'étude prouve en outre de façon impressionnante que le potentiel d'économie des mesures politiques en matière de santé, comme le modèle du médecin de famille ou la suppression de l'obligation de contrat avec les médecins, est pratiquement inexistant. Il faut donc une approche entièrement nouvelle.

« Au cours des dernières années, toutes les tentatives visant à réduire à une dimension raisonnable le catalogue des prestations de base de l'assurance maladie obligatoire ont échoué », a déclaré Hans Notter, dr méd., président de PULSUS, lors de la conférence de presse du mercredi 1^{er} février 2006. « PULSUS est d'avis qu'il n'est pas possible de resserrer le catalogue des prestations de base dans la pratique. Il faut donc une approche nouvelle. » PULSUS imagine un modèle à 3 piliers, à l'instar de la prévoyance vieillesse: un premier pilier pour le « minimum vital », les deux autres piliers pour les besoins allant au-delà.

Les maladies chroniques et les hospitalisations

Si l'assurance de base ne couvrirait plus que les maladies graves et chroniques et les hospitalisations, les primes de cette assurance de base pourraient être massivement réduites, a déclaré Notter devant les médias. Ceci nécessiterait que les maladies plus légères puissent être couvertes par une assurance individuelle ou qu'elles soient payées par l'assuré lui-même, ce qui équivaldrait à une suppression partielle de l'assurance obligatoire selon la LAMal.

Comment une telle proposition, qui n'est pas encore arrivée à maturité, sera-t-elle acceptée par les assurés? 45% des personnes interrogées pourraient s'accommoder spontanément d'une telle solution. 23% assumeraient dans ce cas elles-mêmes les frais, 22% concluraient une assurance individuelle. 52% des personnes interrogées veulent en rester au système actuel. Ce sont en premier lieu les personnes d'un certain âge (64%), les personnes ayant la franchise minimale (60%) et celles au revenu faible (65%) qui ne veulent rien savoir d'une flexibilisation de l'assurance de base.

Modèle des 3 piliers

« Près de la moitié des personnes interrogées s'est donc spontanément déclarée en faveur d'un changement de système », ajoute Hans Notter, président de PULSUS. « PULSUS va donc poursuivre cette idée et élaborer des propositions viables allant dans la direction d'un modèle à 3 piliers. Le but doit être de réduire dans l'ensemble la charge des primes pour l'individu. Il y a lieu de prendre en compte trois points essentiels: il ne doit pas y avoir de sous-assurances, ni de désolidarisation, ni de déplacement du domaine ambulatoire au domaine hospitalier. PULSUS présentera un modèle concret dans le courant de l'année. »

Potentiel d'épargne minime avec la politique du pis-aller

L'enquête représentative que PULSUS a fait réaliser par l'institut d'étude de marché Demoscope à Adligenswil a montré en outre que les mesures d'économie discutées en matière de politique de santé, telles que le modèle du médecin de famille ou la suppression de l'obligation de contrat avec les médecins, ne serviraient pratiquement à rien, a poursuivi Notter. « Environ 11% des assurés sont d'ores et déjà affiliés à un modèle HMO ou de médecin de famille. 16% croient - à tort - être soumis à une restriction du choix des médecins et se comportent en conséquence. Sur les 70% restants, trois quarts environ consultent en principe volontairement le médecin de famille et ensuite seulement le spécialiste si nécessaire. C'est donc un petit nombre – environ 15% des assurés – qu'il faudrait éventuellement encore convaincre de consulter d'abord le médecin de famille et de ne pas aller directement chez le spécialiste. »

Le potentiel d'économie après la suppression de l'obligation de contrat avec les médecins serait tout aussi faible. L'intention des caisses-maladie de ne plus conclure de contrat avec tous les médecins serait en effet tout simplement contournée par les assurés. Quelque 60% changeraient spontanément de caisse-maladie et continueraient de consulter le médecin de leur choix. Chez la jeune génération, ce pourcentage serait même d'environ 70%.

Hans Notter, président de PULSUS, a par conséquent critiqué lors de la conférence de presse la politique actuelle en matière de santé publique: « Les mesures d'économies actuellement très décriées représentent dans le meilleur des cas un pis-aller. Il ne s'agit pas là d'une critique envers les caisses-maladie. En effet, ce n'est pas la tâche des caisses-maladie de mettre en route des mesures efficaces en matière de politique de santé. Cette tâche incombe aux milieux politiques. Avec l'actuelle assurance obligatoire selon la LAMal, les caisses-maladie n'ont pratiquement pas de possibilités d'organisation. Elles sont condamnées à fonctionner comme des organes de paiement entre les assurés et les fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé publique.

Marge de manœuvre plus grande pour les assureurs

Notter s'est dit convaincu qu'avec le modèle des 3 piliers tel qu'il est envisagé par PULSUS, les caisses-maladie pourraient à nouveau remplir leur mission essentielle, qui est d'assurer la population contre les risques de santé. « Les caisses-maladie pourraient de nouveau proposer de véritables prestations d'assurance. La concurrence entrerait de nouveau en jeu et la spirale des prix pourrait être stoppée. Ceci réussira si les milieux politiques posent les bons jalons et sortent de cette politique de pis-aller fausse et dénuée de courage. »

Les praticiens du domaine de la santé publique

PULSUS est une association qui s'engage en faveur d'une médecine libérale et socialement responsable. Elle compte environ 400 membres. L'association PULSUS regroupe des praticiens du domaine de la santé publique – des médecins, des dentistes, des thérapeutes et d'autres personnes travaillant dans le domaine de la santé publique. PULSUS est politiquement neutre et n'est engagée envers aucun lobby. PULSUS réalise régulièrement des enquêtes représentatives, organise des symposiums et prend position sur les questions liées à la politique de la santé.

Lucerne, 1^{er} février 2006

Hans Notter, dr méd., Président PULSUS

((BOX 1))

Les assurés manquent d'informations

L'enquête représentative de PULSUS montre que le niveau d'information des assurés est lacunaire. 27% des personnes interrogées pensent être affiliées à un modèle HMO ou de médecin de famille. En réalité, seuls 11% le sont. Quelque 20% des personnes interrogées disent avoir droit à une réduction des primes. Elles sont en réalité plus de 31%. Dans l'assurance complémentaire également, la déclaration personnelle (42%) diverge sensiblement des données concrètes (environ 28%).

Plus des trois quarts des personnes interrogées non affiliées à un modèle HMO ou de médecin de famille vont quand même en principe toujours d'abord chez leur médecin de famille. De ce fait, ces assurés n'exploitent pas un important potentiel d'économies. Ils pourraient en effet s'affilier à un modèle de médecin de famille des caisses-maladie et profiter de primes plus basses.

Les patientes et patients qui changent de médecin parce qu'ils en sont mécontents sont rares. 9% l'ont fait une fois au cours des cinq dernières années, 2% plusieurs fois. Cependant, ce pourcentage de 2%, correspondant à plus de 100 000 patientes et patients, occasionne généralement des frais élevés.

((BOX 2))

Traitement dentaire en France ou en Allemagne

Dans le cadre de son enquête représentative, PULSUS s'est également penchée sur les soins dentaires en Suisse. Il s'agissait surtout de savoir s'il y avait un « tourisme des soins dentaires » à l'étranger.

Une grande partie de la population des résidents suisses se fait soigner les dents à l'étranger. Les personnes aux racines étrangères le font de préférence dans leur ancien pays d'origine (Croatie, Bosnie, Serbie, Kosovo, Portugal, etc.). Toutefois, les pays les plus demandés sont la France et l'Allemagne. Près de 300 000 personnes se sont déjà fait soigner les dents une ou plusieurs fois dans l'un de ces deux pays voisins. Les dentistes des régions frontalières comme Bâle ou Genève sont donc soumis à une forte pression concurrentielle par leurs confrères de l'étranger voisin. Les pays voisins Autriche et Italie ne sont pas sollicités pour les traitements dentaires.

Le label de qualité FMS des médecins jouit d'un haut degré de notoriété. Le label SSO des dentistes, en revanche, est pratiquement inconnu. Le résultat est catastrophique pour l'association des médecins dentistes. Seulement 4% de la population peut citer spontanément le label de qualité SSO.

Près de la moitié des personnes interrogées a subi un traitement dentaire au cours des douze derniers mois. La satisfaction quant aux dentistes est exceptionnellement élevée (96%). Toutefois, les dentistes en Suisse sont certes considérés comme très bons, mais aussi relativement chers.