

Analyse/Diagnostic

Toutes les assurances fonctionnent sur le principe de la solidarité. Il ne faut pas abuser de la solidarité entre les personnes malades et les personnes en bonne santé; la santé est aussi en relation avec la responsabilité individuelle. Depuis l'introduction de la LAMAL en 1996, les dépenses moyennes par personne ont pris l'ascenseur : elles ont augmenté de 60%. Or, en dépit de cette explosion des dépenses, la population ne se porte visiblement pas beaucoup mieux et l'espérance de vie a très peu augmenté. Par contre, la santé publique a été fortement mise à contribution dans la lutte contre de nouvelles maladies et de nouveaux types d'atteinte à la santé dus aux changements de style de vie. Les maladies infectieuses et les déficits dus à l'âge ont diminué au cours du 20^e siècle, mais les maladies du système cardio-vasculaire, le cancer, ainsi que les conséquences de la violence et les accidents ont considérablement augmenté. L'augmentation des coûts a différentes causes : le vieillissement de la population, les progrès scientifiques, la richesse, les besoins induits par l'offre, la valorisation croissante de la bonne santé. Le choix de la franchise peut, quant à lui, pousser à la responsabilisation individuelle.

Objectifs

Nous voulons une assurance de base qui ne couvre que les prestations médicales indispensables. Ainsi, non seulement le catalogue des prestations sera plus limité, mais les formes appropriées de traitement seront plus soigneusement choisies. L'assurance de base est obligatoire. Les prestations de l'assurance de base pourraient être définies par un groupe de professionnels indépendants. Les prestations qui ne font pas partie de l'assurance de base peuvent être couvertes par des assurances complémentaires. Celles-ci seraient facultatives, et suivraient le principe de l'offre et de la demande.

Propositions de solutions

- L'assurance de base comprend les prestations de la médecine scientifique classique : diagnostic, traitements, thérapies et réhabilitations qui suivent une maladie aiguë ou chronique, ainsi que les accidents et la maternité.
- Les prestations des médecines alternatives, semi-privées ou privées, sont couvertes par des assurances complémentaires.
- La responsabilisation individuelle est récompensée par un système de bonus et les comportements à risque sont couverts par des complémentaires.
- L'obligation de contracter est abolie. Elle est remplacée par des prescriptions quant aux critères, et aux définitions des soins les plus nécessaires à promulguer.
- Parallèlement à l'abolition de l'obligation de contracter, suppression de la restriction de l'autorisation de pratiquer et de la protection tarifaire.
- Plus grande transparence dans le financement des hôpitaux; la participation à ce financement, prélevée sur les primes d'assurance maladie, doit être abolie. Les cantons qui souhaitent maintenir des hôpitaux financièrement peu rentables doivent prendre en charge une partie des coûts.
- Coordination intercantonale dans la planification hospitalière et des Etablissements médico-sociaux EMS, équipement compris.
- Le remboursement des traitements en hôpitaux ou en Etablissements médico-sociaux EMS se fait selon un forfait à la prestation, et non plus à la journée. Les factures sont remboursées selon les mêmes critères.

Remarques

En l'an 2000, l'UDF a lancé l'initiative «miniMax»: une assurance de base minimale aux primes de caisses maladie abordables. 53'222 signatures sont arrivées à la Chancellerie fédérale sous forme de pétition. La difficulté était de définir les prestations de l'assurance de base par le Parlement (respectivement le peuple). Un compromis n'était politiquement pas possible.