

**Mise en consultation d'un projet de modification constitutionnelle
visant à permettre l'institution de caisses de compensation cantonales**

Rapport explicatif

a. Introduction

Les débats suscités par la votation sur la caisse publique ont été très riches, surtout en Suisse romande, et ont montré qu'un vaste consensus existait sur le besoin de réformer l'assurance-maladie et de réfléchir à l'avenir de notre système de santé.

Prenant acte du rejet de ce texte au niveau national et tenant compte de la volonté populaire exprimée à cette occasion, la Fédération romande des consommateurs (FRC) a souhaité identifier d'autres idées fortes, débattre des différentes options et coordonner les actions possibles afin d'améliorer le système de l'assurance de base.

Pour ce faire, elle a réuni, dès l'automne 2014, les acteurs du système de santé, les responsables politiques et les membres d'associations d'assurés, de patients et de professionnels de la santé autour de «tables rondes» régulières.

L'évolution du dossier au niveau politique depuis lors n'a fait que confirmer le besoin d'agir:

- les défauts structurels du système d'assurance-maladie n'ont pas été corrigés ;
- la Loi sur la surveillance des caisses n'empêche pas la création artificielle d'un niveau trop élevé de réserves, ni les lacunes de couverture en cas d'afflux massif de nouveaux assurés dans une caisse. Avec le système actuel, les réserves ne couvrent pour ainsi dire pas le risque assuré, soit la maladie ou l'accident, mais le risque de fluctuation du nombre d'assurés et des liquidités inhérentes ;
- le scandale des primes payées en trop n'a été réglé que très partiellement, puisque les modifications légales introduites sous la pression de l'initiative accordent une latitude trop importante aux assureurs ;
- les coûts de la santé augmentent toujours ;
- et les assureurs privilégient malheureusement encore la piste du rationnement des prestations à celle de la promotion de la santé.

Pour poursuivre et élargir le processus participatif et non partisan initié en Suisse romande, les participants à la table-ronde ont confié à la FRC la mise en place d'une consultation la plus large possible sur la proposition issue de ces travaux.

b. Objectif de la consultation

Cette consultation se veut une invitation au dialogue et un appel à l' « intelligence collective ».

A son terme, la FRC et les partenaires qui auront été identifiés examineront une nouvelle fois la proposition en fonction des retours reçus et détermineront si cette proposition bénéficie d'un soutien suffisamment large pour pouvoir s'imposer au niveau national, par le biais d'une initiative populaire si nécessaire.

c. Le texte mis en consultation

La Fédération romande des consommateurs (FRC) met par conséquent en consultation publique, du 29 février au 31 mai 2016, le projet suivant :

Pour des caisses de compensation cantonales d'assurance maladie

Art. 117 al. 3 et 4

3 Les cantons peuvent créer une institution cantonale ou intercantonale chargée de :

- a. la compensation intégrale des coûts à charge de l'assurance sociale de soins en cas de maladie;*
- b. la fixation et l'encaissement des primes ;*
- c. la négociation des tarifs des prestations soumis à approbation ;*
- d. l'achat et le contrôle des prestations administratives déléguées aux assureurs agréés.*
- e. contribuer au financement et au développement de programmes de prévention et de promotion de la santé*

4 Les cantons assurent l'indépendance de l'institution cantonale ou intercantonale en la dotant d'une gouvernance propre à garantir la défense appropriée des intérêts des assurés.

Art. 197 ch. 13

8. Disposition transitoire ad art. 117 al. 3 et 4 (assurance obligatoire des soins)

1 Dès l'acceptation de l'article 117 alinéa 3, chaque canton qui entend exercer sa compétence détermine le montant des réserves proportionnelles aux nombres d'assurés sous sa juridiction pour chaque assureur y exerçant ou y ayant exercé durant les 5 années précédentes. Les assureurs concernés doivent collaborer à la détermination de ces montants en fournissant l'ensemble des données nécessaires.

2 Dans un délai de 3 ans après l'acceptation de l'article 117 alinéa 3, la Confédération règle le transfert intégral du montant de ces réserves aux institutions cantonales. Les assureurs concernés ne peuvent s'y opposer sur le principe.

3 Dans l'intervalle, chaque canton peut créer une institution publique au sens de l'article 117 alinéa 3 à laquelle il accorde une garantie de déficit proportionnelle aux réserves des assureurs selon l'alinéa 1. Dans les cantons concernés, la compétence des assureurs de fixer et d'encaisser les primes ainsi que négocier les tarifs des prestations soumis à approbation est d'emblée transférée à l'institution publique cantonale ou intercantonale. Celle-ci rembourse aux assureurs leurs frais directement liés à la mise en œuvre de l'assurance sociale de soins en cas de maladie.

d. Les avantages du système proposé

Au fil des travaux, il est apparu aux participants que le modèle de la caisse de compensation, tel que le connaît l'assurance-chômage par exemple, pourrait représenter un compromis intéressant pour répondre aux problèmes lancinants du système d'assurance-maladie tout en échappant aux clivages idéologiques qui paralysent depuis des années le débat sur la question.

Un système fédéraliste, qui respecte la volonté des citoyens

La solution proposée aurait l'avantage de respecter au plus près la volonté populaire, puisqu'elle laisserait toute latitude aux assurés-citoyens de chaque canton d'adopter ou non ce nouveau système sur leur territoire.

Avec la précision « intercantonale », on ouvre en outre la porte à des solutions régionales pour des cantons qui souhaiteraient collaborer entre eux pour atteindre la masse critique optimale.

Un texte ouvert, qui offre toute la latitude nécessaire aux cantons

Au centre du dispositif se trouve une institution régionale ou cantonale : cette agence doit être unique, mais le terme « cantonal » se rapporte à son périmètre d'action et non à sa structure juridique.

Elle pourrait donc aussi bien être une structure autonome de droit public, qu'être de droit privé avec une implication des pouvoirs publics dans la structure.

Un système éprouvé comme source d'inspiration

Le projet ne propose pas de « saut dans le vide » ou d'« aventure » incertaine, mais bien une application par analogie d'un système qui a fait ses preuves dans l'assurance-chômage et l'AVS, par exemple.

Un système transparent et compréhensible

Par la création d'une caisse de compensation cantonale ou régionale chargée de la fixation et de l'encaissement des primes, le lien entre coûts et primes deviendrait clair et transparent.

Le pouvoir de contrôle et la pression sur l'évolution des coûts exercés par les assurés en sortiraient renforcés.

Moins de réserves nécessaires

Le besoin en réserves diminuerait grâce à leur mutualisation et il n'y aurait plus de création artificielle d'un niveau élevé de réserves par le système lui-même, ni d'utilisation de celles-ci à des fins de stratégies commerciales.

Les réserves n'auraient alors plus qu'un seul objectif : faire face à un renchérissement des coûts de la santé exceptionnel et inattendu qui surviendrait durant les deux années séparant le calcul des primes et le bouclage.

Leur montant pourrait dès lors baisser drastiquement, ce qui aurait une influence bénéfique sur les primes.

La compensation des coûts remplace la compensation des risques

Cette centralisation des réserves de tous les assurés à l'échelle d'un canton ou d'une région permettrait d'en finir avec la boîte noire de la compensation des risques, complexe, chère et peu efficace.

Les assurés restent en terrain connu

Les classes de primes pour enfants, adolescents et adultes sont maintenues.

Les franchises à choix également, tout comme les modèles alternatifs, tels que Médecin de famille, télémédecine et réseau de soin.

Les caisses actuelles demeurant en activité, il sera toujours possible de grouper son assurance de base et ses complémentaires au sein de la même compagnie.

Le projet garantit aux assurés une certaine continuité et écarte les peurs liées à une « bureaucratie » monolithique à laquelle il serait impossible d'échapper en cas de service défaillant.

L'assuré n'aurait par contre plus à faire l'exercice pénible de comparer les caisses en fonction de la prime et de changer régulièrement d'assureur, avec les lourdeurs administratives que cela comporte, puisque la prime serait identique pour lui dans toutes les caisses du canton.

Il pourrait alors choisir uniquement sa caisse en fonction de la qualité réelle du service.

Une évolution et non une révolution pour les assureurs

Les caisses maladie ne disparaîtraient pas, mais pourraient pleinement s'inscrire dans le système si elles le souhaitent.

Ce modèle permettrait en outre de garantir un emploi au personnel qualifié des caisses actuelles, qui serait chargé de gérer les affiliations, vérifier les factures et déclencher le remboursement.

Les assureurs garderaient la liberté de commercialiser et de gérer les assurances complémentaires pour leur compte, selon leur propre politique commerciale.

Il faudrait toutefois, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, prévoir une séparation des tâches afin de respecter la confidentialité des informations conformément à la loi sur la protection des données.

Si un jour le législateur devait imposer la séparation totale des activités entre l'AOS et les complémentaires, il serait alors dans l'intérêt des assureurs pratiquant l'AOS d'entrer dans un modèle de caisse de compensation.

L'intérêt pour les caisses d'offrir l'AOS sous mandat de l'agence cantonale est évident : elles offriraient un service complet à leur clientèle et disposeraient en même temps d'une vitrine pour présenter au public leur efficacité, leur compétence et la qualité de leur gestion.

La concurrence et l'innovation qu'elle suscite se déplacerait donc du domaine de la prime vers celui de la qualité du service.

Le projet permet le passage d'une logique d' « assurance-maladie » à une approche d' « assurance-santé »

La chasse aux bons risques cesserait de facto, puisque l'institution devrait par définition accueillir tous les assuré-e-s d'un canton ou d'une région.

Il deviendrait dès lors intéressant pour l'institution de devenir une véritable « assurance santé », en adoptant une approche globale et basée sur le long terme, qui passerait en particulier par des investissements dans la prévention des maladies et la gestion des cas lourds et des maladies chroniques.

La voix des assurés peut se faire entendre

L'indépendance de l'institution serait assurée par une gouvernance propre à garantir le respect des intérêts des assurés.

e. Quelques indications sur les modalités pratiques du système

Ces modalités seront à définir par les cantons qui choisiront ce système, de cas en cas et après consultation des différentes parties prenantes, mais on peut déjà donner les quelques pistes suivantes en s'inspirant des modèles connus.

Si les modalités exactes du mandat de gestion que les caisses existantes recevront de l'institution cantonale pour pratiquer l'assurance obligatoire des soins (AOS) devraient encore être précisées, on sait déjà qu'elles ne couvriraient aucun risque, mais devraient a priori encaisser les primes¹ et payer, après contrôle, les prestations pour le compte de l'institution cantonale.

Elles seraient rémunérées pour le travail qu'elles effectuent pour celle-ci, sur la base d'un cahier des charges précis.

L'institution cantonale vérifierait le respect du cahier des charges par le biais d'audits périodiques effectués auprès des caisses auxquelles elle a confié un mandat de gestion.

¹ Il s'agit d'un exemple, car il est aussi imaginable que l'encaissement des primes et la gestion du contentieux soient réalisés directement par la caisse de compensation.

Les assureurs qui ne respectent pas le cahier des charges se verraient retirer le mandat de gestion.

Les bases de la rémunération des caisses pourraient s'exprimer en francs par assuré, au nombre de factures réglées, ou selon un autre système.

On pourrait envisager par exemple un appel d'offres qui serait adressé aux assureurs intéressés à la pratique de l'AOS pour l'attribution de ces mandats de gestion : toutes les caisses qui seraient alors d'accord de s'aligner sur l'offre la plus intéressante pourraient recevoir un mandat de gestion.

La mise en œuvre devrait comporter quelques mécanismes rétrospectifs comme par exemple une correction définitive un an après la clôture de l'exercice. En effet, 60% des factures parviennent en cours d'années aux assureurs, 40% l'année suivante et moins de 1% ultérieurement.

Un tel système nécessiterait un fond de roulement qui pourrait être constitué avec une infime partie des réserves actuelles.

En fin d'exercice la caisse de compensation recevrait des assureurs les montants encaissés en trop, frais administratifs déduits et elle verserait les montants manquants aux assureurs ayant payé plus qu'ils n'ont encaissé. Ceci constituerait la compensation des coûts.

Par contre si l'agence cantonale doit encaisser les primes et payer les factures, après vérification par les assureurs, alors le dispositif de compensation des coûts deviendrait inutile et les assureurs ne recevraient plus que la rétribution pour les prestations administratives.

La mission attribuée aux caisses maladie dans ce modèle appelle de toute façon quelques précisions quant à leur rôle actuel (cf. rapport du GAAM2).

f. Des coûts raisonnables pour l'institution cantonale ou régionale

Le Canton de Vaud a la chance de bénéficier déjà des services d'une telle caisse, la centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV). Celle-ci permet de financer les établissements sanitaires selon le modèle du budget global d'hospitalisation.

Les hôpitaux émettent des factures à l'entête de la centrale, les assureurs les payent à cette dernière et envoient un fichier informatique. La CEESV reverse les montants aux établissements selon l'enveloppe budgétaire attribuée.

En 2012 ses coûts de fonctionnement (loyer, salaires, ITC) étaient de l'ordre de 900'000.- CHF pour 220'000 factures traitées totalisant un montant de 680 mio CHF. Le nombre de factures traitées a une influence marginale sur les coûts.

En alternant les flux (cf. figure), ce système correspond alors exactement au modèle d'agence cantonale qui vient d'être décrit.

² GAAM (2009). Réflexions sur l'assurance maladie. ARTIAS. Lausanne
http://www.artias.ch/wp-content/uploads/2009/12/Dossier_octobre_09.pdf

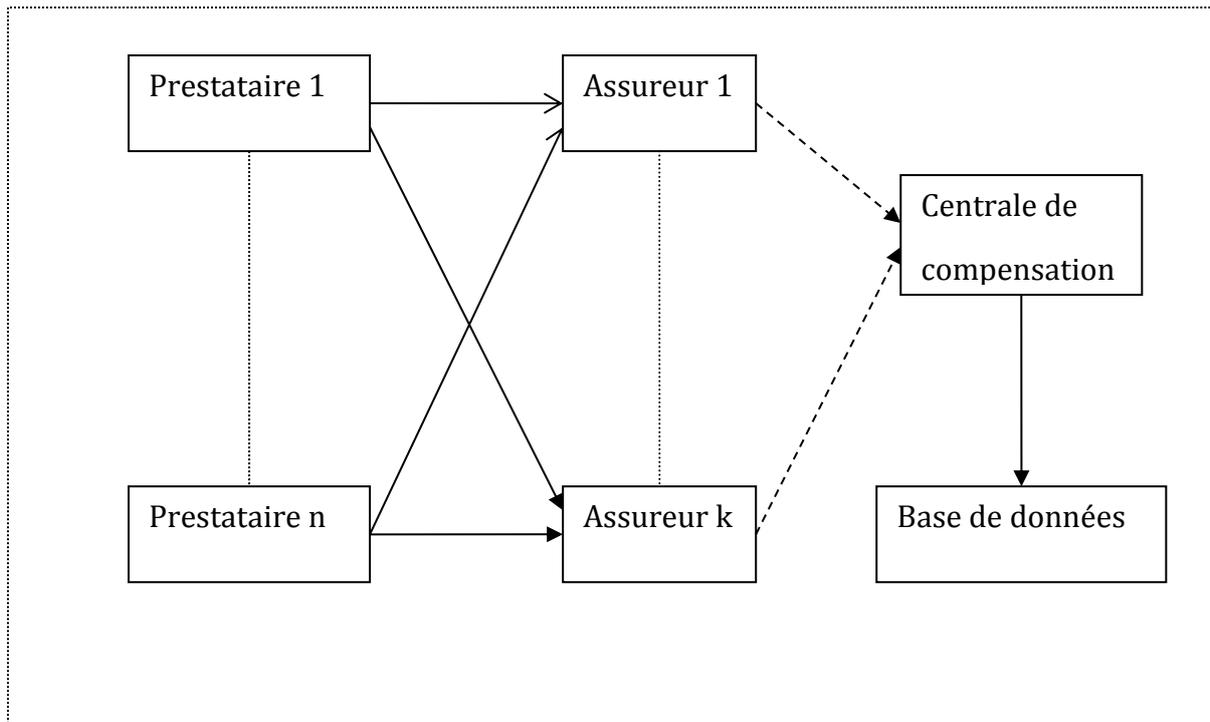


Figure : Les flux d'information dans le modèle caisse de compensation

Il est dès lors possible d'estimer le coût annuel de ce type de caisse à environ 1 million/an par canton ou groupe de canton.

Attention : il faut ajouter à ces chiffres le financement des programmes de prévention ou de coordination des soins, mais en gardant à l'esprit que ceux-ci permettront à moyen terme des économies substantielles.

29 février 2016