

21.04.2008 - 10:00 Uhr

Moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux: Helsana indique la voie pour sortir de l'impasse

Zurich (ots) -

Une promotion accrue des modèles Managed Care engageant davantage les acteurs impliqués et la liberté de pouvoir choisir entre deux variantes dans l'assurance de base: le Groupe Helsana est d'avis que cette solution permettra de sortir de l'impasse du moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. Le plus grand assureur-maladie de Suisse a développé un modèle qui unit les contraintes socio-politiques aux éléments d'une concurrence réglementée. Cette proposition respecte l'obligation de contracter et devrait contribuer à dénouer les discussions serrées qui ont actuellement cours au sujet de la votation du 1er juin sur l'article constitutionnel.

Le gel de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux arrivera à terme en juillet 2008. Le Conseil fédéral souhaitait en effet introduire à cette date la liberté de contracter entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. Mais le Parlement peine à faire avancer cette réforme. Les effets positifs des modèles Managed Care en matière de pilotage et de mesures incitatives sont en revanche incontestés. Il existe une volonté politique visant à promouvoir ces modèles. Ceux-ci sont basés d'un point de vue juridique sur la restriction facultative du libre choix du fournisseur de prestations. Dans ce contexte, Helsana présente un nouveau modèle de base de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le cadre de la discussion politique. Ce modèle pourrait être une issue à l'impasse du moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux.

Socialement défendable et orienté sur la concurrence

Le modèle Helsana offre le choix entre deux produits distincts de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il unit les contraintes de l'assurance sociale (obligation d'assurer et solidarité) aux éléments d'une concurrence réglementée (liberté de choix, qualité et responsabilisation). Parallèlement, ce modèle encourage automatiquement l'extension de modèles Managed Care et récompense les patients et les fournisseurs de prestations. Bien que ce modèle applique également le principe de l'obligation de contracter, il permet néanmoins de contrôler durablement la dynamique des coûts dans le domaine de la santé. Qualité et transparence dans le domaine de la santé sont favorisés.

Contrairement à la situation actuelle, l'assurance de base proposée par le modèle Helsana a été entièrement revue. En effet, actuellement, les modèles Managed Care (télé-médecine, assurances médecin de famille ou HMO) ne représentent qu'une alternative à l'assurance de base. Leur conclusion est facultative. L'idée serait en revanche que ces modèles deviennent des standards de l'assurance de base. Cette nouvelle variante de l'AOS que nous avons provisoirement appelée "Liberté" possède les caractéristiques suivantes:

- Libre choix des assurés/patients parmi les partenaires contractuels impliqués
- Liberté de contracter parmi les fournisseurs de prestations ambulatoires admis
- Négociations contractuelles individuelles avec différents tarifs et

- prix
- Interdiction de contrats conclus par des associations (application de la loi sur les cartels)
 - Pas d'autorisation de la Confédération et/ou des cantons
 - Franchise ordinaire de 300 francs
 - Quote-part: 10 pourcent, au max. 700 francs

L'alternative à la nouvelle assurance AOS standard "Liberté" serait en revanche l'actuelle assurance de base AOS (titre provisoire "Obligation"), avec les conditions-cadres que l'on connaît.

Prime de base identique - Quote-part différente

La prime de base est identique pour les deux modules "Liberté" et "Obligation". Ceux-ci se différencient cependant par l'intégration ciblée d'éléments issus du Managed Care, resp. le renoncement volontaire à ces derniers. La quote-part du modèle "Liberté" est en outre moins élevée que celle du modèle "Obligation". Les payeurs de primes profitent ainsi des bénéfices réalisés sur le plan de l'efficacité. Les personnes qui souhaitent avoir une totale liberté de choix en payent aussi le prix. Une différence supplémentaire entre les deux variantes réside dans le fait que différents produits tels que Telmed ou HMO peuvent être conclus dans le module "Liberté". Dans ce cas, les assurés bénéficient de primes encore plus avantageuses. Dans le cadre de cette proposition, Helsana met clairement les payeurs de primes au centre de ses préoccupations. Ceux-ci sont ainsi dirigés vers des modèles issus du Managed Care, ce qui répond également à une demande croissante de la part des assurés. Ces derniers décident toutefois librement du modèle souhaité. Les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations sont soumis à la décision de l'assuré et doivent s'y conformer.

Remarque à l'attention des médias: l'intégralité de la prise de position peut être téléchargée à partir du site Internet d'Helsana (www.helsana.ch/media).

Le Groupe Helsana

Avec 1,96 million d'assurés et des recettes de primes de 5,34 milliards de francs, le Groupe Helsana est le plus grand assureur-maladie de Suisse et protège les personnes de tout âge contre les risques financiers liés à la maladie, à l'accident, à la maternité et à la vieillesse. L'offre s'adresse aussi bien aux clients privés (particuliers et familles) qu'aux entreprises et associations. Les assureurs-maladie Helsana, Progrès, sansan, avanex et aerosana font partie du Groupe Helsana. Détails: www.helsana.ch

Le présent communiqué de presse est également disponible dans la rubrique Médias, à l'adresse Internet www.helsana.ch/media

Contact:

Service des médias du Groupe Helsana
Tél.: +41/43/340'12'12
E-Mail: media.relations@helsana.ch