

Une Suisse
en mouvement

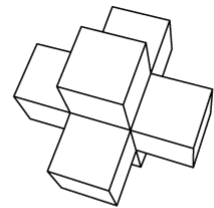
–

Une Suisse
qui gagne

Concurrence régulée pour une politique libérale de la santé

Le programme en 10 points du PRD
Suisse

Papier de positions du PRDS
22 octobre 2005



La Suisse de la croissance
La Suisse de l'intelligence
La Suisse de l'équilibre
La Suisse de l'ouverture

PRD

Les Radicaux.

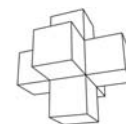
www.prd.ch

1. Fondement

- Papier de position du PRD Suisse sur la politique de la santé: «Maîtriser les coûts en appliquant un concept!» (2001)
- Programme en 10 points du PRD Suisse pour une réforme durable du système de la santé», basé sur le papier de position (2002)
- Résumé du Conseil de la santé, créé par le PRD (commission ad hoc): «Stratégie pour une politique de santé» (2003)
- Prise en compte de quelques parties essentielles du concept de réforme radical dans le cadre de la révision de la LAMal, partie II, rejetée par le Conseil national en décembre 2003
- Congrès du PRD Suisse sur la politique de la santé (2004), avec le thème principal «la concurrence régulée (managed competition)», dans la perspective de la reprise des projets de réforme de la loi sur l'assurance-maladie (avec la participation du Conseiller fédéral Pascal Couchepin)
- Travail dans les commissions pour la sécurité sociale et la santé sur les révisions en cours de la LAMal (2004/2005): liberté de contracter, subvention des primes, participation aux coûts, financement des hôpitaux, managed care, médicaments, financement des soins

2. Situation politique

- **Initiative du parti socialiste («Initiative-santé»)**, qui prévoyait un nouveau système de financement au travers de prélèvements de taxes (sur la valeur ajoutée), l'abandon de la participation personnelle et une planification étatique centralisée: le PRD a été en première ligne pour combattre cette initiative, qui a été refusée par le peuple en mai 2003.
- **Initiative de l'UDC («Initiative pour la baisse des primes »)**, déposée en juillet 2004; une partie (réalisable) est inspirée par des propositions radicales (papier de position de 2001), les autres propositions sont inapplicables (modèles de choix non réalisables dans l'assurance de base obligatoire); annonce d'une réduction des prestations (pas chiffrée avec exactitude) dans l'assurance de base; conséquences financières pour les cantons ainsi que la répartition des coûts ne sont pas claires.
- **Initiative «pour une caisse maladie unique et sociale»**, déposée en décembre 2004: la caisse unique n'est pas un moyen pour lutter contre les dépenses, mais pourrait au contraire affaiblir les instruments de contrôles existants. Les quelques premières bases concurrentielles déjà à disposition (notamment la concurrence entre les assureurs) seraient remises en cause et l'introduction des nécessaires incitations économiques dans le système d'assurance-maladie serait empêchée.
- **Initiative «Oui aux médecines complémentaires»**, déposée en septembre 2005: la Confédération et les cantons doivent prendre en compte largement les médecines complémentaires. Le PRD soutient quant



à lui la radiation de cinq méthodes de médecine complémentaires de l'assurance de base sur la base des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité stipulés dans la LAMal.

- Le travail sur les révisions partielles de la LAMal, entrepris au cours de l'année 2004 au sein de la commission de la sécurité sociale et de la santé (CSSS), ne progresse que très lentement. Force est de constater que les nombreux intérêts impliqués exercent une action de blocage sur les réformes centrales. Or, celles-ci laisseraient entrevoir à plus long terme un modèle de concurrence régulée en matière de contrôle de la qualité et des coûts; elles conduiront à un changement du système actuel des incitations erronées (abrogation de l'obligation de contracter, nouvelle réglementation du financement des hôpitaux, encouragement du managed care etc.). Pour l'heure, seules quelques mesures relatives à la participation aux coûts et à la baisse des primes ont été adoptées.

-

3. Objectifs d'une politique de santé libérale

1. Des prestations médicales de haute qualité, évaluées et contrôlées, sont mises à la disposition de tous les citoyens à un prix raisonnable.
2. L'augmentation des dépenses est contrôlée efficacement et freinée par le renforcement de la responsabilité personnelle de tous les acteurs et grâce à la concurrence régulée.
3. Les incitations dans le système de la santé se dirigent de manière conséquente vers des prestations qualitativement bonnes, médicalement fondées et efficaces au point de vue des coûts (contrairement au système d'incitations erronées existant aujourd'hui, tant pour les assurés et les assureurs que pour les prestataires de soin et les cantons).

Les revendications du PRD Suisse en matière de politique de la santé sont résumées dans ce programme en 10 points

Projet de réforme

Niveau de mise en œuvre

1. **Nouvelle liberté contractuelle pour les prestataires de soin et les assureurs**; dans le domaine ambulatoire comme dans la prise en charge stationnaire.
Levée du moratoire imposé par l'Etat sur l'ouverture de cabinets médicaux (cette interdiction faite aux jeunes médecins d'exercer ne génère aucune économie.
A moyen terme, elle prêterite même l'offre de soin, notamment dans les zones rurales).

LAMaI

Concurrence régulée entre tous les prestataires de soin, sans restrictions d'économie planifiée;
Conditions-cadre étatiques (p. ex. garantie de la sécurité d'approvisionnement);
Mesures de droit de cartels empêchant le jeu des forces du marché déséquilibré;
Elaboration paritaire des critères d'admission des prestataires de soin et des assureurs;
Préparation des conditions préalables à l'ouverture du marché (tant intérieur qu'à l'étranger).

LAMaI
Confédération/cantons
Loi sur les cartels
Prestataires de soin
Assureurs

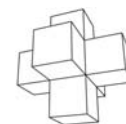
2. Nouvelle réglementation du financement

- 2.1 Financement des hôpitaux:
Subventionnement des soins (forfaits individuels) et non pas financement des hôpitaux.
Transparence en vue de corriger les dérapages de coût.
Réduction du subventionnement croisé entre assurés de base et assurés complémentaires.
Traitement égalitaire dans les domaines ambulatoires et la prise en charge stationnaire.
Passage à un système de financement moniste.
Le processus vers l'indépendance juridique de tous les hôpitaux contribue à davantage de liberté entrepreneuriale et de responsabilité personnelle, pour plus d'égalité entre tous les partenaires du système de la santé.

LAMaI
Confédération/cantons

- 2.2 **Financement des soins**
Pour les soins de longue durée, une clé de répartition doit être trouvée afin de permettre un

LAMaI
Confédération/cantons
Assureurs



partage des charges juste entre les assureurs, les patients et la collectivité publique, qui tient compte des autres assurances sociales. Le financement des soins (transitoires ou à long terme) doit s'organiser de telle sorte que l'on évite autant que possible des coûteux séjours hospitaliers.

3. Un modèle d'assurance sur 3 piliers

3.1 1er pilier: responsabilité personnelle des assurés

Prévention et mode de vie respectueux de la santé.

Conscience des coûts et participation financière personnelle en cas de petits bobos ou de maladies bénignes.

La franchise et la **part personnelle** (comme prix d'entrée dans le système) doivent subir une hausse modérée (franchise de base 300 fr., part personnelle 20% dans la limite de 700 fr. par an). Il faut continuer à analyser l'opportunité de procéder à de nouvelles corrections ou de faire de nouvelles propositions en ce qui concerne la responsabilisation personnelle des assurés (par exemple: instauration d'un système de bonus-malus).

Le système des **franchises plus élevées librement choisies** avec des réductions de primes correspondantes doit être renforcé, en proposant que la durée de validité de la franchise choisie passe à 3 ans.

3.2 2ème pilier: l'assurance de base

L'assurance obligatoire est transformée en une **véritable assurance de base**, et repose sur le 1^{er} pilier. L'objectif est de mettre à disposition des prestations de haute qualité et médicalement justifiées en même temps qu'un contrôle des coûts.

Cette assurance de base peut, au titre du 3^{ème} pilier, être complétée par des assurances complémentaires séparées et librement contractées (ne relevant plus de la LAMal mais de la LAC, loi sur le contrat d'assurance).

L'assurance de base prévoit:

L'accès direct au praticien que l'on a choisi personnellement (et dont on peut changer):

Système éducatif
E-Health

Agence suisse pour la
santé

LAMal, DFI

DFI, Assureurs

LAMal

Assureurs
Prestataires de soin
Contrôle qualité

médecin de premier recours (par exemple: praticiens indépendants, associés en cabinets, membres du réseau de soin HMO, managed care): L'accès direct au spécialiste (si l'on a opté pour une part personnelle plus importante), mais pas de consultations multiples non justifiées aux frais de l'assurance de base.

Des **prestations médicalement justifiées** (système de contrôle qualité, certification etc.)

Des **médicaments médicalement justifiés** (produits originaux, génériques);
Amélioration de la prise en compte des patients (soutien de l'organisation personnelle, «compliance»);
Délivrance des médicaments sur la base de leur efficacité (les revenus des pharmaciens ne dépendent pas du prix des médicaments);
Cercle qualité

Mise en œuvre conséquente des **critères de la LAMal (efficacité, adéquation, économicité)** pour les prestations actuelles et futures:
L'assurance de base rembourse les interventions médicales qui sont nécessaires (médicalement justifiées), dont l'efficacité est prouvée et qui sont efficaces du point de vue des coûts.
Le contrôle général du catalogue des prestations, tel qu'il a déjà été diligenté par l'OFSP, doit être mené à terme, afin que l'on soit légitimé à prendre sur cette base des décisions quant à la suppression de certaines prestations contrevenant aux critères de la LAMal (tel que la suppression de quelques méthodes de médecine complémentaire).

- 3.3 **3ème pilier: l'assurance complémentaire**
Une large palette de produits dans le domaine de l'assurance complémentaire volontaire doit rendre possible une organisation individuelle. Celle-ci couvre des prestations particulières, qui ne sont pas prises en charge par l'assurance de base, mais vise aussi des prestations de confort comme le forfait hôtelier dans les hôpitaux, le libre choix du médecin et de l'hôpital dans tout le pays, etc.

4. **Subvention des primes**
Au titre des mesures d'accompagnement de la réforme concurrentielle, des rabais sur les primes,

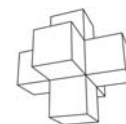
(Organisation de certification)

Prestataires de soin
Réforme de l'éducation
Organisation
personnel-le ; Cercle
qualité

Prestataires de soin
Réforme de l'éducation
Cercle qualité
Campagnes
d'information
Loi sur les produits
thérapeutiques

Commission des
prestations de l'OFSP,
évt. nouvelle institution
pour le contrôle
régulier des prestations

Confédération/Cantons



calculés en fonction des revenus, constituent une compensation sociale pour les ménages les plus modestes (sans recourir au principe de l'arrosoir!)

5. Conditions-cadre concurrentielles pour les assureurs et contrôle des primes

Conditions pour les assureurs: liberté totale; les mêmes règles quant à la méthode pour fixer les primes et interpréter la loi; la prescription des prestations de base ainsi que des standards de qualité et d'information; l'économicité (rentabilité).

Les **primes** doivent être fixées selon des méthodes actuarielles et non selon des critères politiques; l'OFSP se contente d'apprécier la couverture des réserves; transparence dans l'établissement des comptes annuels.

LAMal
DFI
Assureurs

6. Information des assurés sur leurs possibilités de choix

Information régulière des assurés sur les offres en matière de primes, sur la situation financière et la qualité des prestations des assureurs (accord avec les prestataires de soins).

Offre d'assurance pour l'accès à des prestations en Suisse comme à l'étranger (ouverture du marché).

Assureurs
Prestataires de soin

7. Managed Care

Promouvoir des réseaux de soins coordonnés sur les bases suivantes: assurance qualité, contrôle des coûts, renforcement de la responsabilité personnelle des prestataires de soins et des assurés (en évitant p. ex. les consultations multiples de spécialistes).

Mise en œuvre d'un système d'incitation pour que les assurés optent de plus en plus nombreux pour un modèle de managed care (avec p. ex. une part personnelle différenciée).

LAMal
Prestataires de soin
Assureurs
Contrôle qualité

8. Compensation des risques

L'amélioration de la compensation des risques (c'est-à-dire des critères actuels: l'âge et le sexe) en recourant à des facteurs de morbidité est une mesure préalable importante pour la suppression de l'obligation de contracter et la promotion des modèles de managed care.

Eviter des obstacles à la concurrence ainsi que la conservation de structures dans le domaine des assureurs.

LAMal

9. **Conseil national de la santé et organisation de projet dans le système de la santé**

Un **Conseil national de la santé**, envisagé comme une instance supérieure, devra remédier aux carences actuelles:

- pas d'organe de direction commun à la Confédération, aux cantons et aux partenaires du système de la santé (conflits d'intérêts et problèmes de coordination, comme dans le domaine de la médecine de pointe);
- pas de politique de santé clairement formulée;
- déficience des outils de pilotage et d'évaluation.

Une **organisation de projet** professionnelle, dotée des moyens adéquats, sera chargée de la mise en œuvre rapide et de l'évaluation continue des stratégies adoptées au plan politique.

Confédération/DFI
Cantons
Partenaires du système
de la santé

10. **Soutien à la recherche, l'innovation et la croissance**

Dans le domaine de la santé et des soins, les innovations ne doivent pas seulement être considérées comme des facteurs de dépenses (au motif que l'augmentation de l'offre stimule la demande).

La recherche médicale contribue à raccourcir les délais de guérison, améliore la qualité de vie des patients et représente en outre un facteur économique non négligeable pour la Suisse.

L'approche basée uniquement sur les coûts doit être remplacée par une approche coût/bénéfice.

Le système de la santé représente 11% du PIB.

C'est une branche économique parmi les plus importantes de Suisse; elle constitue un outil majeur de croissance. Avec quelque 300'000 personnes travaillant dans cette branche, elle correspond à un marché du travail partiel de grande importance.

Confédération/Cantons
Privés
Société