

Adopté par la Conférence des présidents de parti (CPP) de PLR.Les Libéraux-Radicaux le 28 septembre 2018

Nouvel élan pour le système de santé suisse

Grâce à plus de qualité, d'efficacité et de responsabilité

Le système de santé suisse propose une vaste palette de soins et satisfait largement la population. Une zone d'ombre persiste pourtant : les coûts à la charge de l'assurance de base prennent l'ascenseur. Si certains facteurs expliquant cette hausse sont externes – évolution démographique, progrès médical, prospérité croissante –, d'autres sont d'ordre structurel : inefficacités et mauvaises incitations. Il n'y a malheureusement pas de solution miracle. Ni une étatisation du système, ni un plafond artificiel aux dépenses n'apportent une réponse sérieuse à la hausse des coûts. Afin de limiter la croissance constante de la part des coûts assumée par la collectivité - assurance de base et impôts -, la solidarité doit se recentrer sur sa fonction initiale : une aide pécuniaire lorsque les patients ne peuvent plus assumer eux-mêmes les coûts liés aux prestations de santé de base. Chacun doit apporter sa contribution à la maîtrise de la hausse des coûts. Le PLR revendique un système de santé de qualité, dans lequel le patient effectue ses choix librement et dont les coûts sont maîtrisés. Son financement doit être durable, et tous les acteurs doivent prendre leur responsabilité.

La hausse des coûts de la santé est exploitée à des fins politiques. D'un côté, la gauche demande l'étatisation du système et son financement exclusif à travers les impôts. Combinée avec une expansion massive du catalogue de base des prestations, cette proposition trompeuse constituerait un abus flagrant du principe de solidarité et ne ferait que renforcer les inefficiences propres au système. D'un autre côté, certains font miroiter au citoyen la solution miracle du plafond des dépenses, connu aussi sous le nom de budget global. Cette mesure engendrerait un blocage complet des prestations pour les patients dès épuisement du budget. Nous ne saurions le tolérer. Au lieu de poser des exigences extrêmes, le PLR propose une voie pragmatique et efficace. D'une part, davantage de liberté de choix pour les patients et de transparence dans le système doivent permettre d'améliorer la qualité des prestations. Par ailleurs, les inefficacités et mauvaises incitations, concernant entre autres le financement et la tarification, doivent être éliminées. Enfin, la durabilité financière de notre système de santé doit être assurée, grâce à une participation plus active du patient et à la mise en place de nouveaux systèmes de financement.

1. Qualité grâce au libre choix et à la transparence

La qualité des services fournis par les différents prestataires et centres de soins varie de manière significative. Or, à ce jour, il est très difficile pour les patients d'évaluer ces différents niveaux de qualité. Une plus grande transparence est requise. Ce faisant, libre-choix du patient et qualité des prestations se renforceront mutuellement.

Revendications :

- › **Indicateurs de qualité et d'efficience.** En se basant sur une médecine factuelle empirique, des évaluations des prestataires de soins et des études comparatives des centres de soins doivent être réalisées par des organismes indépendants. Les résultats doivent être consultables par les patients. Les bases légales doivent être créées pour permettre la transmission des données nécessaires par les prestataires et centres de soins à ces organismes indépendants. Grâce à cette transparence supplémentaire, l'assuré peut exercer son libre-choix en toute connaissance de cause. Les prestataires proposant des services de qualité et efficaces doivent ainsi être récompensés.
- › **Exploitation du potentiel de la numérisation.** La numérisation et les nouvelles technologies présentent un très grand potentiel d'amélioration et d'économie pour notre système de santé. Un

bon exemple en est le dossier électronique du patient, déjà partiellement introduit. Ses nombreux avantages d'un point de vue médical et administratif sont reconnus. La télémédecine est un autre instrument très prometteur: les téléconsultations et télé-opérations pourraient à l'avenir révolutionner la médecine. Des incitations supplémentaires (par ex. de nouveaux modèles d'assurance) doivent être mises en place afin d'accélérer et de renforcer le processus de numérisation de notre système de santé. Les obstacles, notamment en termes de protection des données, doivent être systématiquement levés. La communication administrative entre caisses-maladie, médecins et assurés, qui s'effectue encore en grande partie sur papier, doit être autant que possible numérisée. Les facturations, ainsi que l'aperçu des coûts et des prestations, doivent être accessibles sous forme digitale, afin de renforcer la transparence pour les patients. De surcroît, plus de flexibilité doit être accordée aux acteurs de la santé pour réaliser des projets pilotes novateurs. Le cadre législatif doit toutefois garantir que ces projets ne conduisent pas à des situations irréversibles (par ex. une caisse unique au niveau cantonal)

- › **Liberté de choix pour les assurés.** Afin que les assurés puissent profiter d'une plus grande liberté de choix, les assureurs doivent eux aussi être libres dans la conception de leurs offres. Des modèles d'assurance comprenant un nombre restreint de médecins et d'hôpitaux, tous certifiés en termes de qualité, doivent pouvoir être proposés plus simplement. Afin de renforcer l'attrait financier de ces offres, le montant des primes doit refléter précisément les coûts réels. Les contrats peuvent quant à eux porter sur plusieurs années. L'assuré peut bien entendu continuer de conclure des contrats standards et bénéficier ainsi de l'ensemble des prestations sans restriction.
- › **Levée graduelle et à long terme du principe de territorialité.** Le principe de territorialité doit être graduellement levé pour le matériel médical, les médicaments et les prestations de soins. Ceci est tout particulièrement valable pour les fournisseurs basés dans l'UE. Il n'y a aucune raison que le processus d'intégration économique avec l'UE ne s'arrête aux frontières du secteur de la santé. Selon les critères de la LAMal, sont remboursées les prestations efficaces, adéquates et au caractère économique. Qu'elles soient fournies en Suisse ou à l'étranger ne devrait pas être déterminant. Des conditions-cadre doivent cependant être clairement définies, avant tout en ce qui concerne la qualité et les caractéristiques du marché (par ex. l'approvisionnement en médicaments), et chaque étape doit être encadrée et évaluée. La réhabilitation dans des régions étrangères voisines pourrait être testée en premier lieu. La lutte avec les acteurs établis à l'étranger doit se faire à armes égales. De cette manière, la concurrence se verra stimulée et la croissance du nombre de prestataires et de centres de soins freinée.
- › **Formation axée sur les besoins.** L'offre de formation, professionnelle, académique et continue, doit mieux répondre aux besoins pratiques des patients et du marché du travail. Notre système dual a fait ses preuves. Les échanges entre les différents professionnels de la santé et avec les patients doivent être renforcés afin de garantir des prestations de qualité. Les compétences santé de la population devraient aussi être renforcées à l'école obligatoire, ceci afin d'éviter des prestations de santé inutiles et chères.

2. Maitriser la hausse des coûts

De nombreux problèmes structurels caractérisent le domaine de la santé. De mauvaises incitations génèrent un gonflement artificiel du volume des prestations et des investissements démesurés dans des infrastructures surdimensionnées. Les responsabilités des différents acteurs sont, dans bien des cas, mal définies voire contradictoires. Les systèmes actuels de financement et de tarification engendrent de mauvaises incitations et doivent donc être optimisés. Parallèlement, l'accent doit être mis sur la prévention et la promotion de la santé. Les mesures présentées ci-dessous doivent permettre de freiner la hausse des coûts.

Revendications :

- › **Redéfinition du rôle des cantons et introduction du financement uniforme.** Aujourd'hui, les cantons sont tour à tour régulateurs, fournisseurs de prestations et contributeurs financiers. Des conflits d'intérêt sont donc inévitables. Le cas du financement opaque des hôpitaux cantonaux est particulièrement emblématique. La course à l'équipement doit cesser : notre pays compte aujourd'hui 70 projets d'investissement pour un volume global de 14 milliards de francs¹. Plus de transparence concernant les flux financiers est requise. Pour y remédier, les cantons doivent se recentrer sur leur fonction principale, à savoir : la définition, l'attribution et la vérification de la mise en œuvre des mandats de prestations. En parallèle, leur contribution financière aux coûts de la santé doit être maintenue, afin d'éviter une explosion des primes : les coûts globaux de la santé s'élevaient dans les faits à près de CHF 803.- par personne et par mois en 2016². Ce montant est bien supérieur à celui des primes mensuelles. Le progrès médical engendrera un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Ce fait doit être pris en considération dans les incitations liées au financement. Pour ces raisons, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire doit être encouragé (voir encadré ci-dessous). Il doit être accompagné, en accord avec les cantons, de l'introduction du financement uniforme des deux secteurs. Afin de garantir l'équilibre de ce nouveau modèle de financement, les tarifs doivent être harmonisés et des forfaits doivent être introduits dans l'ambulatoire, comme tel est déjà le cas dans le stationnaire. La transition vers un nouveau modèle de financement doit être facilitée, en mettant à disposition des cantons certains mécanismes de pilotage de l'offre de prestataires. Les systèmes de tarifications doivent également être uniformisés entre secteurs ambulatoire et stationnaire.

Transfert du stationnaire à l'ambulatoire et financement uniforme

Une même prestation coûte plus cher en stationnaire – soit lorsque le patient reste au moins une nuit en hôpital – qu'en ambulatoire. Un transfert du premier vers le second est donc globalement souhaitable. Les coûts d'une prestation en stationnaire sont partagés entre les cantons (55%) et les assureurs maladie (45%). Ceux d'une prestation en ambulatoire sont couverts exclusivement par les assurances. Un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire, sans adaptation du financement, conduirait donc à une hausse massive des primes. Pour cette raison, ce transfert doit impérativement s'accompagner de l'introduction d'un financement uniforme. Par financement uniforme, on entend que les cantons et les assurances maladie assument une part identique dans le financement du stationnaire et celui de l'ambulatoire.

- › **Freiner l'augmentation du volume des prestations.** Il existe une forte corrélation entre la densité de prestataires de soins et le montant des primes. Cette demande induite par l'offre doit être combattue. Les partenaires tarifaires évaluent régulièrement les volumes et les coûts des prestations. Des critères de qualité et d'économicité clairs servent de base à ces évaluations. La médecine factuelle doit être priorisée. Si des augmentations anormales ou injustifiées des volumes ou des coûts sont déterminées, ils les rendent public. Les partenaires contractuels et les autorités de surveillance sont ensuite appelés à prendre les mesures qui s'imposent. En dernier recours, si rien n'est entrepris, le contrat qui lie le prestataire de soins à l'assureur peut être révoqué. De cette manière, une compétition basée sur la qualité et l'efficacité rend un moratoire étatique des admissions de médecins superflu.
- › **Adaptation régulière des tarifs.** La structure tarifaire doit être régulièrement adaptée. Le droit de véto d'une seule partie doit être supprimé afin d'accélérer les procédures d'adaptation. Une motion du groupe parlementaire libéral-radical allant dans ce sens a été adoptée au Parlement ([17.3607](#)). Pour la tarification des prestataires dans le secteur ambulatoire, un système de forfaits par cas ou de tarif horaire doit être introduit.
- › **Médecine préventive.** Une personne menant un train de vie sain dépense moins pour sa santé. D'où l'importance de la prévention sanitaire. Cependant, l'accent ne doit pas être mis exclusivement sur les avantages financiers de cette prévention. Le premier intéressé à être en bonne santé est l'individu lui-même. Un mix de prévention publique et de responsabilité individuelle doit être promu, sur l'exemple de la médecine dentaire.

¹ Medinside, Octobre 2016

² Office fédéral de la statistique, 19.04.2018

3. Financement durable et responsable

Afin de garantir un financement durable de notre système de santé, les patients doivent y jouer un rôle plus actif. Tous les acteurs doivent prendre leur responsabilité. Cela passe par un renforcement de la participation du patient aux décisions médicales. Par ailleurs, sa contribution directe aux coûts doit être maintenue à un niveau stable et suffisamment élevé pour rationaliser son rapport à la santé. A moyen terme, de nouveaux instruments permettant d'assurer la durabilité financière de notre système de santé doivent voir le jour.

Revendications :

- › **Patient Empowerment.** Le patient doit pouvoir jouer un rôle actif dans les procédures de décisions liées aux soins. Il doit avoir son mot à dire concernant les prestations proposées. Par ailleurs, afin de renforcer la responsabilité et l'engagement du patient, le professionnel de la santé doit l'informer au préalable des coûts générés par les prestations proposées. Cette mesure serait contraignante pour les interventions planifiées à partir d'un montant encore à déterminer.

- › **Relèvement et adaptation des franchises.** La part des coûts assumée par la collectivité (assurance de base et impôts) a sensiblement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996. Il convient de corriger cette tendance en procédant à un relèvement des franchises et en les indexant à l'évolution des coûts de la santé. Trois motions allant dans ce sens, déposées par le Groupe libéral-radical ([16.3110](#), [16.3111](#), [16.3112](#)), sont actuellement traitées au Parlement. Pour rendre accessibles au plus grand nombre d'assurés les franchises plus élevées, les mesures suivantes sont proposées :
 - Possibilité d'assurer sa franchise sous la forme d'une assurance-complémentaire, formule aujourd'hui interdite.
 - Encourager, notamment par des mesures fiscales, la consignation du montant de la franchise sur un compte, sur le modèle des garanties de loyer.Ces mesures permettraient à bon nombre d'assurés, indépendamment de leurs ressources financières, d'épargner au moins partiellement l'économie de prime réalisée en optant pour une franchise élevée.

- › **Instruments du XXIème siècle : Compte épargne « soins », puis « santé ».** Avec l'arrivée à la retraite de la génération des baby-boomers, les coûts de la santé vont connaître des hausses importantes. Il convient dès lors de garantir durablement leur financement. Pour ce faire, un changement de système s'impose. De nouveaux instruments, qui encouragent un comportement véritablement solidaire et soulagent les jeunes générations, doivent être étudiés. A moyen terme, un compte épargne « santé » doit être mis en place sur le modèle du troisième pilier. Il doit être facultatif, mais accompagné d'avantages fiscaux, et héréditaire. Il constituerait une alternative au système actuel très redistributif. Une mensualité serait versée sur ce compte afin de couvrir les coûts occasionnés par des maladies bénignes ou de courts séjours à l'hôpital. Les interventions lourdes, les maladies chroniques et les frais de santé des plus démunis seraient quant à eux couverts par une assurance obligatoire « grands risques ». Grâce à ce système, la solidarité exercera à nouveau sa fonction initiale, à savoir garantir que chaque individu puisse être en mesure de couvrir ses dépenses de santé. A plus court terme, un compte "soins" pourrait être introduit afin de tester ce nouveau modèle de financement.