



23 janvier 2010

La Suisse, pays de la santé

**Qualité, libre choix et responsabilité individuelle
dans une concurrence régulée**

PLR.Les Libéraux-Radicaux
Revendications libérales pour une politique de la santé durable

Introduction

La santé publique suisse est performante et généralement de très bonne qualité. L'espérance ainsi que la qualité de vie augmentent continuellement. Cependant, notre santé a toujours un prix plus élevé. En conséquence, les primes d'assurance maladie ainsi que la part des impôts fédéraux et cantonaux engagés pour la santé augmentent de façon fulgurante.

De plus en plus, les citoyens et les milieux politiques se demandent : notre système de santé est-il finançable à terme? Doit-on, comme mesure d'économie, rationner les prestations à partir d'un certain âge ? Doit-on supprimer l'obligation de s'assurer et ainsi exclure les personnes non assurées des progrès techniques ? Ou encore : l'Etat doit-il planifier le système de santé de A à Z et donc étatiser ce secteur dans lequel sont employées pas moins de 500'000 personnes ?

L'augmentation constante des coûts de la santé et les moyens financiers limités contraignent les politiques et la société à trouver rapidement des réponses à ces questions. A cette occasion des jalons essentiels doivent être posés, dans la mesure où ces réponses vont déterminer la qualité de vie de chacun, l'attrait de notre pays et l'avenir de cet important secteur économique.

La population en est consciente : le temps des blocages est révolu. Le bricolage dans ce domaine est voué à l'échec. Des décisions essentielles s'imposent. Le PLR. Les Libéraux-Radicaux relève ce défi et propose ses revendications concrètes.

I. La santé : entre spirale des coûts, absence de stratégie et concurrence sur la qualité

Pour prendre des décisions, aussi difficiles que nécessaires, dans le domaine de la santé, il faut un débat de principe. Ce débat ne doit ni être victime de blocages au Parlement, ni se laisser entraîner uniquement dans une vision de stricte réduction des coûts qui n'aurait qu'un effet à court terme. Au contraire, il faut se focaliser sur une vision à long terme. Le système de santé publique suisse a besoin d'une stratégie claire, basée sur la longue durée – et de plus de responsabilité personnelle, de concurrence et une solidarité véritable. Un regard uniquement centré sur l'évolution des coûts à court terme serait dangereux. Pour preuve, les règles toujours plus strictes introduites ces dernières années n'ont pas réussi freiner l'explosion des coûts.

Pour les Libéraux-Radicaux, les décisions de principe doivent s'orienter vers les buts suivants :

1. But en termes de santé publique : accès de tous au progrès médical, grâce à la responsabilité personnelle de chaque individu :
 - › Accès à une médecine de qualité et à la pointe de la technologie, en particulier pour les risques de santé majeurs.
2. But en termes financiers : ralentir la hausse coûts de la santé financés par des prélèvements obligatoires (impôts, primes, etc.)
 - › Une fourniture de prestations plus efficiente, à savoir : davantage d'innovation, une meilleure transparence des coûts et de la qualité, la fin des mauvaises incitations.
 - › Une meilleure prévention afin de renforcer la responsabilité individuelle de chacun.
3. But en terme économique : renforcer le secteur de la santé, en pleine expansion, par des incitations à l'innovation et une rapide introduction des technologies les plus modernes (e-Health).

Ces trois buts conduisent à rejeter clairement trois types de revendications politiques :

1. Refus clair de la suppression de l'obligation de s'assurer accompagné du système de réduction des primes pour les personnes économiquement faibles. L'obligation empêche en effet que des personnes, que ce soit en raison de calculs à court terme ou de contraintes économiques, renoncent à la protection de l'assurance et ensuite, en cas de maladie, répercutent leurs coûts sur la collectivité. La prime par tête est quant à elle équitable, car nous connaissons déjà le système de l'imposition progressive : si les primes et quotes-parts dépendaient du salaire, il y aurait alors un abus de la solidarité. La part des citoyens bénéficiant de réductions de primes finalement, aujourd'hui située à 38%, doit être elle stabilisée.
2. Pas de rationnement des prestations tant qu'il est possible d'organiser le système de santé de façon plus efficiente, en supprimant les mauvaises incitations et les erreurs de traitement et en améliorant la responsabilité personnelle.
3. Pas d'étatisation supplémentaire du système de santé. A l'étranger, l'économie planifiée a conduit à des pertes de qualité, de longs délais d'attente et à l'introduction retardée de nouvelles thérapies, mais pas aux réductions de coûts escomptées.

Le PLR opte donc pour une autre voie : il place les patients et les citoyens au centre du système. La concurrence régulée, à savoir la véritable concurrence et non pas la rivalité contreproductive entre des intérêts personnels et des mauvaises incitations, profite aux patients et aux citoyens. Aujourd'hui on constate ceci : celui qui traite les patients de la façon la plus efficiente possible – à savoir une bonne qualité à un coût bon marché – est aujourd'hui mal récompensé. A l'avenir, il faut que les efforts soient récompensés également dans le domaine de la santé.

Le PLR formule 2 revendications principales – d'autres revendications se trouvent aux pages suivantes.

1. Le patient a le droit de connaître la qualité des traitements prodigués par le fournisseur de prestations. Première étape, les citoyens doivent savoir, au plus tard dès 2012, quelle est la qualité du traitement offert par chaque hôpital et ceci par type de maladie.
2. Un nouveau rôle pour les assureurs-maladie : les assureurs doivent pouvoir tirer profit de traitements bons et rapides et, partant, de la guérison rapide des patients. Ils ne doivent plus avoir intérêt à refuser des malades (mauvais risques) ou faire la chasse aux patients en bonne santé (bons risques). Pour cela, la compensation des risques doit être, en 2012, complétée par des groupes de maladies. Les assureurs se spécialiseront ainsi d'après les maladies, feront de la prévention, conseilleront les patients et publieront leurs résultats. Ainsi, la concurrence des caisses profitera directement aux patients.

Ces mesures aident le patient, le contribuable et plus généralement l'économie publique:

- › Si les assurés deviennent moins malades, ou s'ils retournent, après une opération, plus rapidement à leur travail ou encore si les malades chroniques restent plus longtemps à la maison (plutôt qu'à l'hôpital), les coûts diminueront drastiquement.
- › Des absences pour cause de maladie moins nombreuses sont importantes pour les entreprises comme pour les travailleurs, dans la mesure où ces derniers, grâce à une bonne santé, peuvent travailler jusqu'à l'âge de la retraite et même au-delà. Un bon système de santé est donc un investissement qui permet un travail de plus longue durée.
- › D'excellentes infrastructures et la garantie d'un approvisionnement de prestations sanitaires de grande qualité rendront la Suisse encore plus attractive. Les hôpitaux pourront notamment profiter de cette chance et ainsi réduire les problèmes liés à la surcapacité, chose nécessaire, dans la mesure où ils pourront aussi se concentrer sur les patients étrangers.

Le secteur de la santé emploie plus d'un demi-million de personnes, notamment 130'000 places à plein temps dans les hôpitaux, 35'000 dans les entreprises pharmaceutiques et 16'000 médecins pratiquants. Les intérêts de toutes ces personnes doivent à l'avenir, grâce aux réformes proposées par le PLR, être plus que jamais conformes aux intérêts des principaux intéressés de la santé, à savoir les patients.

II. Revendications concrètes

1. Transparence de la qualité et transparence des coûts

Se focaliser exclusivement sur les coûts de la santé est imprévoyant. Ne se concentrer que sur le prix aurait des conséquences fâcheuses pour la qualité de la médecine alors qu'une mauvaise qualité dans ce domaine entraîne par exemple des erreurs de traitement qui eux coûtent terriblement chers. C'est pourquoi, il s'agit de tenir compte à la fois de la qualité des soins et des coûts. Toute incitation doit tenir compte de ces deux facteurs.

La transparence de la qualité de traitement et la transparence des coûts sont nécessaires pour toute incitation. Une concurrence régulée est impossible sans transparence. En Suisse, cette dernière est mise à mal par une mauvaise compréhension des principes de la protection des données ou par des données lacunaires. Il s'agit de justifications sans pertinence. D'autres pays le démontrent. Des comparateurs tels que Comparis prouvent que les patients veulent un pouvoir de décision.

Il faut exiger de meilleures comparaisons au lieu de s'y attaquer. De meilleures comparaisons, fondées sur les risques médicaux, sont nécessaires. C'est seulement de cette façon que le mandat législatif d'un approvisionnement efficace, approprié et économique peut être rempli. La Confédération est à cet égard responsable. Cette dernière, n'étant propriétaire d'aucun hôpital et ne représentant aucun groupe de métiers, est indépendante. Elle doit rapidement instaurer les conditions nécessaires pour la réalisation d'un système de classement national indépendant (rating). Ce dernier déterminera ensuite les indicateurs de mesure de qualité et publiera ses résultats. Dès 2012 les patients auront déjà le droit de connaître la qualité des traitements prodigués dans les hôpitaux, par type de maladie. Les assureurs et les fournisseurs de prestations seront contraints de collaborer.

La transparence oblige le fournisseur de prestations à se spécialiser et à s'associer en réseaux tout au long de la chaîne de traitement, du médecin de famille aux spécialistes et hôpitaux et ce jusqu'au rétablissement. Cela encourage l'innovation. Il y a ici un fort potentiel : Les USA perdent à cause du diabète 440 années de vie pour 100'000 habitants soit plus du double de la Grande-Bretagne (170 années de vie). La Grande-Bretagne en revanche dépense par patient diabétique, avec 2431 dollars, moins de la moitié des USA (6231 dollars). La raison de cette divergence vient du grand rôle joué par les médecins et la prévention : les médecins de famille bénéficient d'incitations financières afin qu'ils forment leurs patients à un mode de vie sain, surveillent le respect des thérapies, obtiennent de bons résultats et traitent les patients conformément à des directives fiables.

Revendication 1 :

Le patient a le droit de connaître la qualité des traitements prodigués par tout fournisseur de prestations. La Confédération fixe, au plus tard en 2012, les conditions pour la création d'une agence de rating indépendante pour l'ensemble de la Suisse qui, de concours avec les assurés et les fournisseurs de prestations, mesure la qualité des soins sur la base d'indicateurs standardisés. Elle publie ensuite ses résultats. La Suisse participe de plus à des comparaisons internationales des traitements des maladies et publie les résultats. Les médecins seront, en cas de respect des formes de traitements reconnues, rétribués par des points.

2. Approvisionnement intégré plutôt que fragmenté

Aujourd'hui, le traitement médical est fragmenté. Il résulte de ce manque de coordination un sur- ou sous-approvisionnement. De meilleurs processus offrent donc un important potentiel d'économies. Une première étape importante consiste en l'introduction forcée des modèles de Managed care, dans lesquels les fournisseurs de prestations supportent une responsabilité budgétaire. Dans le cadre des modèles de Managed care, les médecins de famille, les spécialistes et les hôpitaux travaillent ensemble dans des réseaux de soins intégrés ce qui, grâce à ces cercles de qualité, améliore la qualité de traitement et fait baisser durablement les coûts. Les assurés doivent profiter de ces modèles grâce à une quote-part réduite à au maximum 10% et des rabais de primes. Hors d'un modèle Managed care, la quote-part devrait être de 20%.

Revendication 2 :

Le Parlement adopte le projet de Managed care d'ici au 1er janvier 2011. Ce dernier comprend obligatoirement la responsabilité budgétaire, la garantie de qualité et, pour les assurés, en plus de primes plus basses, une quote-part à 10% ou moins. Chaque assureur doit offrir au minimum un modèle de Managed care.

3. Concurrence régulée plutôt que planification et administration tentaculaire

Les médecins représentent la colonne vertébrale du système médical. Un nombre toujours plus grand de tâches administratives et de contrôles viennent pourtant grever leurs conditions de travail. Un système de concurrence régulée est une chance pour les médecins. Si la qualité et les coûts sont justifiés sur la base d'indicateurs standardisés et basés sur les risques, la liberté de contracter perd de son caractère explosif. Grâce à la transparence de la qualité et des coûts de la fourniture de prestations, les médecins ont un véritable intérêt à fournir des traitements de la meilleure qualité possible. Celui qui travaille mal ou pire même celui qui abuserait du système ne doit pas pouvoir fournir des prestations à la charge de la collectivité et ainsi maltraiter le système de solidarité. Les assureurs ne contracteront donc, dans l'intérêt des patients, qu'avec de bons médecins et de bons hôpitaux. Il faut que les fournisseurs de prestations et les assureurs puissent lutter à armes égales, afin qu'ils paraphent des contrats équitables et qu'il n'y ait aucune entente possible. En outre, il faudra supprimer le gel des cabinets médicaux qui discrimine les jeunes au bénéfice d'une excellente formation et informés sur les dernières connaissances médicales. Ce gel nuit donc à la qualité de l'approvisionnement sans pour autant lutter efficacement, à long terme, contre la spirale des coûts. Grâce à la transparence enfin, les patients pourront réellement choisir leur médecin en fonction de la qualité des soins qu'il prodigue.

Revendication 3 :

La liberté de contracter entre les assureurs et les fournisseurs de prestations doit être introduite en même temps que le projet de Managed care. Il faut empêcher l'exclusion arbitraire de fournisseurs de prestations par les assureurs. La commission de la concurrence doit être renforcée en conséquence. De plus, il faut supprimer le gel des cabinets médicaux.

Près de 50% des coûts dans l'assurance obligatoire des soins provient des hôpitaux. La piteuse performance des cantons dans la planification hospitalière n'est plus à démontrer. Cela exige une nouvelle orientation. En 2012 le système du financement des hôpitaux sera entièrement revu et le marché intérieur des hôpitaux sera enfin introduit. Les patients pourront alors eux-mêmes choisir, où ils désirent être soignés. Cela peut être déterminant, car les différences de qualité entre les hôpitaux est grande. Le marché intérieur des hôpitaux, avec liberté de choix pour le patient, ne doit pas être contourné par l'extension de la planification étatique. La réduction de la surcapacité dans les hôpitaux est nécessaire. Elle ne doit pas tenir compte d'intérêts de politique locale, mais des faits tels que les coûts et la qualité des soins. Les conflits d'intérêts doivent être résolus dans l'intérêt des patients. A la place de planifier l'ensemble du marché hospitalier, les cantons devraient contraindre les assureurs à proposer des soins de base sur leur territoire. Grâce à la transparence, les assureurs peuvent choisir les hôpitaux en fonction de la qualité de leurs soins et de leurs coûts.

Cette réforme représente une chance pour les hôpitaux. En raison du nombre élevé de cas, les hôpitaux spécialisés sont de meilleure qualité et meilleurs marchés. La spécialisation et la coopération avec de plus grands hôpitaux offrent une chance également aux petits hôpitaux. Grâce à leur prise en charge plus personnelle et leur degré de spécialisation, ces derniers peuvent se démarquer des grands hôpitaux.

Revendication 4 :

Les listes d'hôpitaux doivent être supprimées dès 2016 ; les cantons garantissent l'approvisionnement minimal. Indépendamment de leur forme de propriété, les hôpitaux s'exposent à la concurrence qualité – coûts, ce qui permettra de résoudre les problèmes de surcapacité.

4. Nouveau rôle pour les assureurs : pas de simples centres de compensation

Aux assureurs incombe un devoir important, mais peu aimé des patients et des médecins : le contrôle des coûts. Le système actuel ne permet pas aux assureurs de s'engager dans l'intérêt des assurés. En raison de l'obligation de s'assurer et du catalogue de prestations prédéfini, les assureurs sont contraints de se faire concurrence sur les primes. Il en résulte une chasse aux bons risques, à savoir aux patients en bonne santé. Cette sorte de concurrence ne profite en rien au patient : c'est un jeu à somme nulle. Il importe donc d'instaurer une meilleure compensation des risques qui empêchera des caisses bon marché qui ne se concentrent que sur les bons risques.

Une meilleure compensation des risques permettra aux assureurs de jouer un nouveau rôle : s'ils obtiennent grâce à la compensation des risques, par exemple, de l'argent pour un patient souffrant du diabète, ils s'intéresseront alors à son état de santé. La prévention et le conseil deviennent alors importants, car les assureurs peuvent avoir un avantage à travailler pour des patients diabétiques en bonne santé. De plus les patients peuvent mieux juger les offres des assureurs, grâce à la transparence de la qualité des traitements prodigués par les fournisseurs de prestations. Les assureurs peuvent ainsi, de pair avec le système de modèle alternatif, assumer un nouveau rôle dans l'intérêt des patients. Cela suppose toutefois une amélioration de la compensation des risques. La facturation d'après des groupes de maladies (DRG), qu'il faut de toute manière introduire d'ici 2012, servira de base pour une amélioration de la compensation des risques.

Revendication 5 :

La compensation des risques doit être complétée en 2012 par des indicateurs supplémentaires, notamment des groupes de maladie. Un pool de risques élevés géré par l'Etat est une idée à refuser.

Les fournisseurs d'assurances, que ce soit dans le domaine obligatoire ou dans le domaine facultatif, doivent pouvoir librement se mouvoir dans le système de concurrence. Les entraves à la concurrence, comme les tarifs prescrits par l'Etat, doivent être remplacées par des conditions-cadre libérales. Les assureurs doivent être libérés des entraves étatiques inutiles et pouvoir se comporter de manière efficiente en tant que fiduciaires compétents des assurés, ceci grâce à des conditions cadre appropriées.

Revendication 6 :

Les prix des prestations doivent être négociés entre les fournisseurs de prestations et chaque assureur. Les associations professionnelles comme SantéSuisse ou la FMH sont exclues des négociations. Le droit des cartels s'applique. La Confédération peut fixer des prix maximaux. Les réductions de prix doivent obligatoirement être répercutées sur les assurés.

Revendication 7 :

Pas de caisse unique: Une caisse unique réduit fortement la liberté de choix des patients. Elle conduirait à une adaptation à la hausse des primes, p.ex. en supprimant les possibilités de choisir ses franchises. Par ailleurs cela augmente le risque de rationnement et donc d'une médecine à deux vitesses. Le PLR refuse fermement une telle étatisation du système de santé.

5. Financement simple et transparent

Il incombe aux cantons et aux assureurs de nombreux devoirs dans le domaine hospitalier, lesquels conduisent souvent à des conflits d'intérêts à la charge du contribuable et du patient. Il faut donc instaurer la transparence et scinder le rôle des cantons. Les cantons prennent part à l'avenir, comme propriétaire des hôpitaux, aux négociations tarifaires et à la fixation des montants forfaitaires par cas. De plus, ils financent auprès des assureurs une partie du traitement des patients de leur canton. Mais les cantons ne doivent plus décider plus dans quel hôpital un patient doit se faire soigner. En même temps, on doit éviter que, dans la concurrence dure entre hôpitaux, les cantons ne soient pris dans un conflit d'intérêt entre leur rôle de propriétaire des hôpitaux et celui de bailleur de fonds des prestations hospitalières, ce qui oppose les intérêts des patients et des contribuables. La prestation médicale s'améliorera ainsi pour chaque franc dépensé provenant des impôts et des primes. Ainsi il ne pourra y avoir aucune subvention étatique supplémentaire pour les soins sans qu'elle ne puisse être soumise en votation populaire.

Revendication 8 :

Dès 2013, il faut assurer le financement moniste des prestations LAmal. D'autres forme du monisme (p.ex. Clearing House) seront considérées dans la mise en œuvre pour assurer la légitimation démocratique des impôts. Ce financement transparent rend les prestations comparables, empêche les subventions occultes et met fin aux conflits d'intérêts.

6. Encourager l'innovation et le progrès médical

Le progrès médical de ces 60 dernières années vient en premier lieu de l'innovation des produits médicaux. Le potentiel d'innovation des processus est d'autant plus grand aujourd'hui. Cela suppose cependant une collaboration entre fournisseurs de prestations, soit l'introduction d'e-Health, c'est-à-dire l'intégration dans le domaine de la santé des dernières technologies de l'information et de la communication. Comme dans d'autres branches, cela augmentera rapidement la qualité et l'efficacité des traitements et entraînera des économies de coûts. E-Health permet l'intégration de processus de traitements entre les médecins, les pharmacies et les hôpitaux, et améliore ainsi la prise en charge des malades chroniques à la maison, on empêche une mauvaise médication (e-ordonnance) ainsi que les analyses à double. On voit par exemple que la surveillance des patients aux soins intensifs par la télémédecine a permis de réduire la mortalité de 27%, la durée d'hospitalisation de 17% et les coûts de 25%. L'exemple du Danemark le démontre : tous les fournisseurs de prestations médicales sont connectés à un seul et unique système d'information. Si un patient appelle la centrale d'urgence, le centre d'appel peut voir toutes les informations et données médicales nécessaires sur le patient grâce à son numéro d'assurance et ainsi rapidement lui donner les bons renseignements sur ses médicaments ou l'envoyer consulter un médecin ou un pharmacien. En Suisse, l'introduction d'e-Health est rendue plus compliquée par divers obstacles tels qu'une protection des données extrême, le manque de standards techniques ou encore des questions de financement. Pour pouvoir utiliser le potentiel du e-Health, il est donc nécessaire de résoudre rapidement ces problèmes.

Revendication 9 :

Il faut introduire rapidement et de façon simple le dossier électronique du patient. A cet égard la Confédération met en place des standards techniques, afin que les solutions e-Health soient compatibles entre elles et qu'on évite un développement sauvage du système.

7. Qualité suisse pour la formation des médecins et du personnel soignant

La santé reste un marché en pleine croissance. La haute qualité exigée dépend de la qualité de la formation et de l'engagement des personnes employées dans ce secteur. Les besoins dans ce domaine vont croître dans le futur. Par conséquent, il faut prévoir davantage de filières et de places de formation.

Revendication 10 :

Des fournisseurs de prestations publics ou privés ont le devoir, vis-à-vis de la société, de former des médecins et du personnel médical. Pour cela, ils reçoivent une indemnisation financière. Le nombre des places d'étudiants en médecine doit être augmenté de façon substantielle dans les universités.

8. Soutenir la prévention d'une manière ciblée et efficace

Revendication 11 :

Prévenir vaut mieux que guérir. Les efforts de prévention en Suisse sont nombreux, mais il leur manque une force de frappe. C'est dû au manque de stratégie commune entre la Confédération et les Cantons et à la dilution des responsabilités. La loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé améliore le pilotage, la coordination et l'efficacité des différentes mesures de prévention. Une loi d'organisation dans ce secteur doit être adoptée d'ici 2013. La neutralité des coûts doit être respectée.