

***Stéphane Rossini***  
***Conseiller national***

**Les défis de l'innovation dans le système suisse de santé**

**Contenu de l'article**

1. Contexte politique
2. Problèmes structurels
3. Réformes : pluralité des actions
  - 3.1. Principes et alliances
  - 3.2. Revisiter les structures et innover
  - 3.3. Rationaliser l'offre
  - 3.4. Réorienter les pratiques
  - 3.5. Renforcer la solidarité
4. Cohérence et décisions

Les processus de révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal, entrepris par le Parlement fédéral au début des années 2000, sont restés à ce jour quasi sans effet. L'évolution des coûts du système de santé et du financement par les primes d'assurance-maladie ; les attentes de la population et les besoins induits par le vieillissement et les conséquences des progrès technologiques sur la consommation médicale, imposent des mesures pour garantir à long terme la qualité des prestations dans un système de santé accessible à tous et pour répondre à l'exigence politique fondamentale d'une allocation optimale des ressources collectives. Moderniser les structures et mécanismes de la politique sanitaire, malgré les tensions politiques, constitue un double défi, politique et scientifique : de l'innovation et de la solidarité.

## 1. Contexte politique

### L'échec de 2003

Depuis décembre 2003 et le rejet de la révision LAMal par le Conseil national, le dossier de la santé se caractérise par un traitement chaotique, parcellisé, fait de blocages et d'incertitudes<sup>[1]</sup>. En mai 2004, le Conseil fédéral dévoilait les huit axes de révision de la LAMal<sup>[2]</sup> : Réforme du financement hospitalier ; Limitation de l'admission des fournisseurs de prestations ; Compensation des risques ; Levée de l'obligation de contracter ; Amélioration de la réduction des primes ; Développement du Managed Care ; Modification de la répartition des coûts ; Financement des soins. A ce jour, des décisions ont été prises dans les domaines de la compensation des risques, du financement hospitalier et des soins. Ces mesures entreront en vigueur progressivement : dès juillet 2010 pour le financement des soins, dès 2012 pour le financement hospitalier, avec des phases transitoires qui s'étendront jusqu'en 2017.

Et puis, deux débats ont animé la scène politique. D'abord celui de l'initiative populaire demandant l'introduction d'une caisse-maladie unique et sociale (incluant des primes en fonction des revenus)<sup>[3]</sup> ; puis celui sur la privatisation et la concurrence dans le domaine de la santé<sup>[4]</sup>. Ces votations populaires et surtout les débats parlementaires qui les ont précédés ont mis en exergue deux visions opposées de la politique de la santé : une approche régulée et sociale, une autre privilégiant les principes du marché. Ces projets, trop en rupture avec le système existant, ayant échoué, des aménagements restent impératifs pour accroître la solidarité, l'efficacité et, surtout, l'efficience

de la politique de la santé. Ils devront être conduits dans un esprit qui allie continuité, par une régulation étatique du système, et innovation, par des réformes dynamiques.

## **Actualité et acteurs**

Le contexte des réformes est, institutionnellement et politiquement, difficile. Au printemps 2009, la grève des médecins (suite à la révision des tarifs des laboratoires de cabinet), puis l'annonce de primes 2010 en très forte hausse (de 10 à 20% selon les caisses et les cantons)<sup>[5]</sup> provoquent de vives réactions et exacerbent les tensions entre les acteurs. Confédération, cantons, assureurs ou médecins occupent le devant de la scène. Derrière des enjeux de politique sanitaire sévissent indéniablement des luttes de pouvoir. Un « sommet de la santé » d'environ deux heures entre Confédération, cantons, médecins et assureurs et une procédure de consultation accélérée sur des mesures urgentes ont ponctué le fonctionnement d'un bien fragile partenariat dans un système de santé réputé comme parmi les plus complexes du monde.

S'agissant des coûts du système de santé, en 2007<sup>[6]</sup>, ils se sont élevés à environ 55 milliards de francs, avec une progression nettement plus marquée qu'au cours des cinq années précédentes. La croissance des prestations de l'assurance obligatoire des soins LAMal (AOS) y a été de 4,7% par rapport à 2006 ; croissance poursuivie en 2008<sup>[7]</sup>, plus particulièrement pour les domaines suivants : traitements hospitaliers ambulatoires (+10,4%), laboratoires (+8,5%), aide et soins à domicile (Spitex; +5,5%), médicaments prescrits par un médecin (+5,0%), traitements

médicaux dispensés par un médecin (+4,3%). De 2007 à 2008, les coûts à la charge de l'AOS ont augmenté de 2'863 francs en moyenne par assuré à 2'973 francs (+3,9%).

Dans ce contexte, l'ampleur annoncée de l'augmentation des primes est l'occasion de remettre sur l'avant de la scène non seulement les confrontations qui animent les innombrables espaces de pouvoir, mais l'ambition politique d'entreprendre concertation et réformes pour innover, rationaliser, utiliser au mieux les ressources publiques et collectives, améliorer la qualité des soins. Les acteurs, fussent-ils dans un positionnement spécifique et cloisonné, notamment préoccupés par la défense de leurs propres intérêts, économiques, politiques ou régionaux, ont une responsabilité à assumer pour mener à terme des actions cohérentes.

## **Réformes et innovations**

Depuis vingt ans, et les travaux d'élaboration de la LMAal, aucune décision contraignante dans le sens d'une politique nationale de la santé n'a été prise en Suisse. Aucune stratégie fondée sur des principes rigoureux et une vision d'ensemble, dans l'esprit de la sécurité sociale, n'a été pensée. Or, les mutations qui caractérisent le fonctionnement sociétal, les comportements individuels et les systèmes de santé empêchent de se satisfaire d'une approche cantonnée à des mesures ponctuelles et superficielles. D'où la nécessité de remettre sur le métier un ouvrage se réappropriant les « fondamentaux » d'une réelle gouvernance du système de santé. La quête de pouvoir et d'influence des acteurs (assureurs, cantons ou médecins) comporte aussi une dynamique positive, à exploiter<sup>[8]</sup>. Car, en l'absence de réel pilotage, tous ont les coudées franches pour privilégier leurs intérêts et

les mêmes manières pour privilégier leurs intérêts et leurs régionalismes. Inscrire l'action dans une perspective qui privilégie les réformes structurelles a dès lors tout son sens.

Sans agir sur les mécanismes fondamentaux qui régissent le système, aucune inversion des tendances à l'évolution massive des primes n'est envisageable ces prochaines années. Le temps des demi-mesures semble avoir vécu. Quand bien même la discussion institutionnelle est politiquement peu porteuse pour celles et ceux, élus ou autres, qui récoltent les fruits des dysfonctionnements du système.

## **2. Problèmes structurels**

En regard de l'évolution des dépenses de santé et de l'explosion des primes d'assurance-maladie, nous considérons que les problèmes fondamentaux à résoudre relèvent de la structure même du système suisse de santé. Les modalités d'organisation et mécanismes de fonctionnement produisent des biais et effets pervers ayant des répercussions sur la gouvernance et les coûts. Ce sont autant de ressorts montés, qui font obstacle à une politique de santé efficace et efficiente.

- 1. Le fédéralisme et l'impossible gouvernance.** Le fédéralisme, éclaté, cloisonné, aux responsabilités diluées entre la Confédération, 26 cantons, les communes, aux frontières cantonales désuètes, aux multiples conventions intercantionales et régionales, atteint les limites de son efficacité. Sans cohérence et sans pilotage effectif, cette décentralisation cantonale s'avère de plus en plus problématique. Manque de vision d'ensemble et d'objectifs communs, de stratégie, de transparence, inégalités de traitement, décisions contradictoires, lenteur des réformes, concertation et coordination insuffisantes

nuisent à l'utilisation optimale des ressources.

2. **La concurrence.** Une stricte rationalité économique « de marché » dans le système de santé serait une aventure périlleuse. Dans ce domaine, l'offre de prestations induit la demande, alors que les moyens sont limités<sup>[9]</sup>. De plus, le « client » est particulier : atteint dans sa santé, mal ou pas informé, incapable de choisir seul le traitement opportun. Garantir des critères de justice sociale implique l'introduction de mécanismes de régulation induisant de facto des distorsions de concurrence. Quant aux caisses, avec une assurance obligatoire et des prestations identiques, leur concurrence comporte plus de désavantages et d'effets pervers systémiques que d'avantages (compensations de risques, réserves, sélection des risques, par exemple). Enfin, la concurrence entre hôpitaux, entre médecins ou entre cantons est irréalisable, incompréhensible pour l'assuré, dispendieuse.
3. **La multitude de caisses.** La pluralité des assureurs, les inégalités de traitement et de pratiques qui en découlent, les effets indésirables ou pervers qui sévissent (lien coûts de la santé – primes, conséquences financières des changements de caisses, transparence) sont coûteux pour les assurés (fortes variations des réserves, franchises et primes, selon et entre les cantons). De plus, la confusion effective entre assurance sociale obligatoire et assurance complémentaire privée est incongrue.
4. **Le financement par tête.** Les primes d'assurance-maladie par tête, déterminées indépendamment de la situation économique de l'assuré ou du ménage, avec des distinctions régionales sont une spécificité

avec des distinctions régionales sont une spécificité helvétique et un non sens social. De plus, les pratiques disparates en matière de réduction des primes instituent des pluralités cantonales injustes pour les assurés.

5. **Le financement différencié des traitements.**

Les soins, selon qu'ils sont dispensés en cabinet ambulatoire privé, en hôpital, en EMS ou à domicile, sont financés selon des principes différents, soit par l'assurance-maladie, seule ou avec les cantons, soit par les cantons et/ou les communes, soit par les bénéficiaires via les caisses-maladie. Une telle organisation des financements est, d'une part, complexe et, d'autre part, source de biais, les comportements de soins pouvant être influencés par le mode de financement. Ils empêchent aux pouvoirs publics une intervention régulatrice cohérente dans les divers secteurs de prise en charge.

6. **La pluralité des lois.** Plusieurs législations d'assurances sociales (LAMal, LAA, LAI, militaire) financent les soins, avec des problèmes de coordination et des différences de traitement (tarifs, accès aux prestations, par exemple). Cette situation provoque, d'une part, une grande complexité, d'autre part, des inégalités de traitement, de moins en moins acceptables<sup>[10]</sup>.

Dans un tel environnement systémique, la discussion sur l'évolution des coûts de l'assurance-maladie ne renvoie donc qu'à une problématique partielle, certes importante, du débat sur les développements à venir du système suisse de santé. La critique et la réflexion prospective sont à appréhender au-delà des marges d'action ponctuelles et immédiates. Rigueur scientifique, analyse objective des faits et espaces

d'innovation donneront une perspective dynamique aux réformes. Réformes qu'il convient non seulement de penser sans l'angle de la « Realpolitik », mais avec l'ambition de reformuler les fondements qui permettront de gouverner une politique publique essentielle à la qualité de vie de la population, tant par son importance sanitaire et sociale que son rôle économique majeur (emploi, investissements, etc.).

### **3. Réformes : la pluralité des actions**

Un réel espace d'actions pour relever les défis posés au système de santé et contribuer à l'accroissement de son efficience existe. La résignation ou la passivité ne sont pas de mise, pas plus que le maintien du statu quo par crainte de « démantèlement social ». L'heure est aux responsabilités, politiques et professionnelles. Aux acteurs d'entreprendre avec célérité des réformes dont les contours et les contenus possibles sont pensés, dessinés depuis des années, et qui ne pourront s'exprimer – ou être exploités – qu'à partir du moment où les arguments et positionnements dogmatiques des uns et des autres perdront de leur intensité.

#### **3.1. Principes et alliances**

L'appréhension et la compréhension des principes fondamentaux de la sécurité sociale évolue. Il en est ainsi des principes d'assurance et d'assistance, dangereusement confondus ces dernières années non seulement dans le champ politique mais, pire encore, dans celui de certaines administrations responsables de la sécurité sociale<sup>[11]</sup>. Il en est de même de la notion de responsabilité individuelle qui, derrière le slogan, ignore dans son application les conséquences des réalités vécues par les catégories socio-professionnelles de niveau inférieur, voire moyen, aux taux d'invalidité et de mortalité prématurée élevés. aux revenus bas.



de la mercuriale pharmaceutique élevée, aux revenus bas, aux conditions de vie défavorisées, à l'état de santé péjoré.

Cinq conditions s'imposent pour entreprendre le développement du système de santé et finaliser des propositions concrètes d'action et d'innovation :

1. la **solidarité**, la justice sociale et l'égalité de traitement en matière d'offre, d'accès et de financement des prestations du système de santé, notamment par l'assurance sociale ;
2. la **régulation de service public** et non le renforcement de la libéralisation et de la privatisation de l'offre et des couvertures des prestations ;
3. la **qualité** des prestations pour l'ensemble de la population, indistinctement de la couverture d'assurance ou du lieu de domicile ;
4. la **réduction des inégalités** en matière d'offre et de financement des prestations sanitaires,
5. l'**innovation** dans la prise en charge.

Ces conditions ne vont pas de soi. Les débats de politique sanitaire et sociale l'attestent, marqués de plus en plus par une banalisation des principes fondamentaux et la confusion des genres. Il n'est ainsi pas inutile de rappeler que « réforme » ne signifie pas « économies ». Pourtant, cette équation réductrice caractérise la vision des nombreux acteurs politiques en matière de sécurité sociale.

Et puis, une stratégie intégrant les médecins est incontournable, car ils doivent être les alliés de toute réforme de politique sanitaire qui entend aboutir. Les conflits entre autorités politiques, administratives et

médecins ne servent pas les intérêts de la population, encore moins la crédibilité des autorités et des médecins eux-mêmes. Ces derniers ne sont pas des dispensateurs sans scrupule et grassement payés. La vision est réductrice. La consommation médicale expliquant les coûts, c'est elle qu'il convient de maîtriser. Au cœur du processus thérapeutique, le médecin est au centre de la maîtrise des coûts. C'est l'acteur clé du système. De grandes responsabilités leur sont attribuées (coordination optimale des soins ; économicité du traitement). Leur pouvoir inévitablement « dominant » devra s'exercer au service du respect de l'adéquation « soins de qualité, quantité et coûts adéquats ». Le médecin s'avère un agent déterminant dans la lutte contre la surconsommation, contre les interventions inappropriées, contre les gaspillages. Le renforcement des réseaux, l'introduction d'une véritable carte de santé, la finalisation des soins coordonnés passent par les soignants. Une confiance nouvelle, au service de la qualité et de la maîtrise des coûts, doit rapidement voir le jour.

### **3.2. Revisiter les structures et innover**

Revoir les structures qui fondent la politique sanitaire est un passage obligé. De ces mécanismes dépendent les conditions d'allocation des prestations, l'organisation et la gouvernance du système. Moderniser et innover cet environnement sont des défis essentiels, qui supposent engagement, volontarisme et idées claires. Leur réalisation implique une intense concertation et un processus inscrit dans la durée.

**Gouvernance.** Les modes de gouvernance découlant du fédéralisme sont inadéquats et désuets. Le système souffre gravement d'inefficiences, en raison d'une absence d'objectifs, de stratégies et d'un réel pilotage du système. Comme le relève le Conseil fédéral<sup>[12]</sup> il

du système. Comme le relève le Conseil fédéral, il convient de réformer ce type de fonctionnement institutionnel. Le domaine de la santé devrait être une priorité pour entreprendre cette redéfinition des compétences, tâches et responsabilités, pour le simplifier, lui donner une cohérence par une gouvernance effective.

**Politique nationale de santé.** La réforme du fédéralisme n'est pas un but en soi. Elle n'a de finalité qu'aspirant à la mise en œuvre d'une véritable Politique nationale de santé. Il y a quelques années, le projet Politique nationale de santé s'est soldé par un échec cuisant, débouchant sur un « dialogue » entre les acteurs Confédération et cantons. Cela s'avère largement insuffisant, car le futur du système de santé suisse n'aura de réelle efficacité que pensé et construit autour d'une vision commune, d'objectifs uniformes, de moyens et d'un agenda.

**Harmonisations LAMal - LAA.** Le système d'assurances sociales est devenu trop complexe, constitué de régimes sociaux « empilés » au gré des développements historiques de la sécurité sociale. Les assurances maladie, accidents, invalidité et militaire interviennent dans le domaine de la santé. Des inégalités de traitement, des difficultés et conflits de coordination, des effets pervers et des incohérences caractérisent les relations entre ces régimes. La refonte des assurances maladie et accidents permettra une modernisation de l'Etat social et évitera la multiplicité des compétences et des régimes, les diversités administratives et de gestion, les lacunes en termes de coordination, de transparence ou de pilotage. Ainsi un régime « Santé et soins » pourrait simplifier le système et en accroître la qualité.

**Uniformisation des financements.** Comme mentionné plus haut, les modalités de financement des

mentionné plus haut, les modalités de financement des soins par la LAMal varient selon l'acteur d'allocation des prestations. Cette pluralité des dispositifs de financement génère de fausses incitations. Il est par exemple moins cher pour une personne de rester à l'hôpital que de séjourner dans un home. Il est impossible pour les cantons de s'immiscer dans le domaine ambulatoire, puisqu'ils ne le financent pas. L'uniformisation des modalités de financement, notamment entre les secteurs stationnaires et ambulatoires limiterait les distorsions de comportement et, surtout, favoriserait la mise en réseau des différents acteurs et fournisseurs de prestations. Il serait plus aisé de procéder à une régulation du système et d'optimiser les soins coordonnés<sup>[13]</sup>.

**Secrétaire d'Etat.** Les résistances au changement sont grandes. Pour activer des réformes et une politique nationale de santé ou revisiter l'agencement des assurances sociales, la création d'un poste de Secrétaire d'Etat à la santé et à la protection sociale constituerait un signal volontariste d'innovation et le premier pas d'un processus. Concrètement, celui-ci serait chargé de mettre en œuvre les collaborations et synergies entre les acteurs pour finaliser les réformes du système de santé, voire de la politique sociale. Il est impératif qu'à l'avenir un acteur politique fédéral fort joue un rôle de rassembleur et de force de progrès. Pour porter et piloter concrètement ces démarches, un Secrétaire d'Etat pourrait judicieusement accompagner le Conseil fédéral et le Chef du Département de l'intérieur, libérant ainsi les Directeurs d'Offices de ces tâches plus politiques et prospectives. Cela au même titre que le domaine de la science, autre secteur fortement marqué par le fédéralisme et donc très dépendant des compétences cantonales.

**Séparation des assurances « sociale AOS » et**

**Séparation des assurances « sociale AOS » et « privée LCA ».** La Suisse est le seul pays procédant à un mélange des genres inhabituel dans les systèmes de protection sociale. Les caisses « sociales » pratiquant également l'assurance privée (les « complémentaires »), on évolue au cœur de conflits d'intérêts évidents. D'une part, une partie des charges administratives de l'AOS finance le secteur privé des assurances. D'autre part, la chasse aux « bons risques », largement facilitée par l'accès aux données de l'AOS, sert les profits des assurances complémentaires. Ces effets « d'aubaine » sont en réalité des effets pervers. Pour des raisons de cohérence, d'indépendance et de transparence, la séparation de ces deux types d'activités doit être effective.

### **3.3. Rationaliser l'offre**

Le système de santé a ceci de particulier que l'offre de prestations génère la demande, dans un environnement où les attentes (donc la demande) sont infinies, alors que les ressources sont limitées. Ces spécificités empêchent une application stricte et adéquate des règles du marché. La régulation de l'offre s'avère par conséquent centrale : d'une part, pour répondre aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire en respectant les principes de la justice sociale ; d'autre part, pour utiliser de manière optimale les ressources publiques et collectives. Le niveau élevé de l'offre et de la qualité des prestations, mais aussi celui des attentes de la population, imposent une action régulatrice constante, fondée notamment sur des indicateurs et une évaluation systématique des prestations et de leurs effets. Plusieurs domaines sont concernés par cette problématique.

**Médecine de pointe.** Les facultés de médecine et les établissements hospitaliers universitaires sont des

établissements hospitaliers universitaires sont des acteurs essentiels du système de santé. Relevant à la fois des domaines de la formation, de la recherche et des soins, ils s'inscrivent dans un environnement institutionnel essentiellement cantonal caractérisé par un esprit de concurrence et des luttes de prestige. Ce secteur doit être davantage coordonné, rationalisé. L'autorité fédérale ayant jusqu'ici renoncé à une intervention allant au-delà des bonnes intentions, il convient de positionner la médecine de pointe dans une perspective nationale, avec une meilleure répartition des tâches et un développement des synergies entre hôpitaux universitaires, mais aussi entre hôpitaux universitaires et régionaux. Cela non seulement dans une optique financière, mais dans la perspective d'un renforcement de la qualité des soins, de la recherche, de la formation.

**Secteur hospitalier.** Seuls des standards de planification intercantonaux et des objectifs temporels clairs pour les atteindre permettront d'accélérer la rationalisation du secteur des soins somatiques aigus.

La LAMal ouvre cette perspective<sup>[14]</sup>. Reste au Conseil fédéral d'exploiter cette disposition. Davantage qu'une ingérence fédérale dans un secteur de compétence cantonale, cette disposition doit être considérée comme un soutien aux cantons, confrontés aux contraintes de la démocratie locale, laquelle s'érige fréquemment en obstacle à toute rationalisation, pour des raisons de régionalisme sanitaire ou économique. Sans lignes directrices, il sera très difficile d'accéder à une cohérence dans la définition de l'offre. Or, une planification globale peut produire des effets par une meilleure allocation des ressources et par une réduction des surcapacités. Les écarts entre les cantons sont énormes. Ainsi, en 2006, pour 1000 habitants, le nombre de lits en soins somatiques aigus variait de

2.04 (ZG) à 6.19 (BS) (VS 2.61, LU 2.86, ZH 3.46, VD 4.08, TI 4.44, BS 6.19).

**Etablissements médico-sociaux.** L'offre de prise en charge en établissements médico-sociaux est très disparate selon les cantons. Elle dépend de leurs réponses en matière de vieillissement démographique et de prise en charge des personnes âgées. Devant la forte augmentation de la population de plus de 80 ans, une stratégie dynamique serait judicieuse. Elle permettrait d'éviter soit le laxisme, soit l'alarmisme (sous- ou sur-capaciés) dans le développement des EMS. Les investissements dans la pierre sont coûteux et agissent sur des dizaines d'années. Cette réflexion doit être appréhendée en regard des planifications hospitalières et du développement des soins à domicile et des structures intermédiaires de prise en charge.

**Soins à domicile et structures intermédiaires.** Pour éviter des investissements massifs et coûteux dans le domaine stationnaire liés aux besoins résultant du vieillissement de la population, les soins et soutiens à domicile doivent se développer encore, partout dans le pays, de même que des structures intermédiaires (appartements protégés, par exemple). Les inégalités d'offre en matière de soins à domicile sont grandes selon les régions. Elles sont encore à un stade expérimental ou embryonnaire pour les offres intermédiaires de prise en charge. Un programme national d'impulsion en faveur des structures intermédiaires pourrait être une action dynamique et innovante, qui ouvrirait les perspectives de nouvelles approches des soins et de la prise en charge des personnes très âgées et des malades chroniques. Ces investissements seraient largement compensés par une diminution des besoins en investissements « dans la pierre » et des charges d'exploitation à long terme qui en découlent

en accordant.

**Maîtrise du progrès technologique.** La hausse des coûts dépend pour une grande part de l'évolution des progrès technologiques. Or, ce progrès n'apporte pas systématiquement des résultats pertinents sous l'angle de la qualité et de l'efficacité (dont sur les indicateurs démographiques : mortalité ou espérance de vie, par exemple). Des mesures doivent intervenir pour que seuls les progrès générant une meilleure efficacité et une qualité accrue soient soutenus. La régulation palliera la surabondance d'offre d'équipements médico-techniques de pointe, à la fois dans les secteurs public et privé. Les bases juridiques font actuellement défaut au niveau national et dans quasiment tous les cantons.

### **3.4. Réorienter les pratiques**

La maîtrise des coûts du système de santé et l'allocation optimale des ressources dépendent de la qualité de la prise en charge. Pour éviter les traitements inappropriés, les répétitions d'analyses, les consultations multiples, un renversement de la philosophie d'accès au système de santé s'impose. En Suisse, aujourd'hui, chaque habitant peut consulter un ou plusieurs médecins simultanément, exiger des examens. Des effets de « consommation » accompagnent les pratiques thérapeutiques. Ils sont source de gaspillages assumés financièrement par les collectivités publiques et les assurés. On ne peut plus s'en satisfaire. Pistes d'actions...

**Managed care et réseaux de fournisseurs de soins.** La maîtrise des coûts et la qualité des traitements dépendent d'une prise en charge rigoureuse et cohérente des patients. Une parfaite coordination des soins constitue une des conditions essentielles pour accéder à l'efficacité et à l'efficacité des soins. Le réseau de soins sera donc au centre de tout le processus thérapeutique. Au-delà d'un produit



tout le processus thérapeutique. Au-delà d'un produit d'assurance marginal, le managed care sera une dynamique nouvelle, une règle de pratique généralisée. Une inversion de perspective garantira une prise en charge intégrée des soins, caractérisée par une mise en réseau systématique des fournisseurs de prestations médicales tout au long de la chaîne de traitement. Les patients profiteront d'un traitement de haute qualité et coordonné. De plus, sous l'angle de son fonctionnement, le réseau permettra d'épargner des ressources, financières et en personnel médical et de soins, ce qui correspond à un besoin croissant du corps médical de se partager le travail et l'infrastructure. Si l'adhésion à un réseau ne produira plus de réductions de primes, la consultation hors réseau engendrera une prime plus élevée pour le patient et un tarif moins avantageux pour le médecin. La logique est renversée. Les incitations financières exerceront un rôle de levier.

**Pool de hauts risques et « disease management ».** Environ 10% de patients, souffrant notamment de maladies graves ou chroniques, induisent plus du trois-quarts des coûts à charge de l'assurance-maladie. Les coûts de ces catégories de population chargent fortement l'ensemble des assurés. L'idée (toujours présente) d'une réintroduction de primes en fonction du risque, donc de facto de l'âge, étant contraire à l'objectif de solidarité entre malades et bien portants et entre les différentes catégories d'âges, une alternative réside dans la constitution, au plan national, d'un pool de hauts risques. Ainsi, lorsque l'état de santé d'une personne exige un volume de soins important, les frais occasionnés seront, au-delà d'une certaine limite, remboursés à l'assureur par le pool de hauts risques, tous les assureurs participant à son financement selon le nombre de leurs assurés<sup>[15]</sup>. De plus, un conseil et un accompagnement étendus peuvent être envisagés

pour certaines maladies, le pool de hauts risques pouvant être complété par des programmes de prise en charge intégrée des soins («disease management»).

**Cybersanté.** Pour simplifier l'accès aux informations personnelles et administratives, renforcer la transparence ou accroître la coordination des soins, une offensive en faveur des nouvelles technologies administratives doit être opérée. La cybersanté (ou e-health) offre des potentiels d'innovation indéniables, à exploiter dans un cadre national cohérent, pour éviter que tantôt les assureurs, tantôt les cantons n'entreprennent des démarches partielles et cloisonnées. Pour classer et échanger les milliards de données administratives, financières et thérapeutiques, pour éviter la multiplication des examens, les diagnostics peu clairs ou le tourisme médical, il s'agit d'exploiter au mieux, dans le strict respect de la protection des données et de la personnalité, les potentiels de l'ère du numérique. Bien qu'une carte d'assuré sera introduite d'ici janvier 2010, il convient d'aller au-delà. Une clé électronique pour permettre aux médecins, aux hôpitaux ou aux pharmaciens d'accéder au bon moment aux informations sanitaires pertinentes devra suivre pour permettre enfin la gestion du système dans son ensemble, notamment entre les fournisseurs des prestations, entre ceux-ci et les caisses et l'administration et les organismes de surveillance. Des gains de qualité thérapeutiques pourront aussi en résulter.

### **3.5. Renforcer la solidarité**

L'offre de prestations, l'accès aux soins et leur financement comportent une dimension sociale. Quelques aménagements sont à envisager sous cet angle.

**Reduction des primes.** La Suisse applique le principe des primes par tête indépendantes de la situation économique de l'assuré. En regard des fortes augmentations prévisibles pour ces prochaines années, dans certains cantons et pour certaines caisses, dans une perspective de solidarité, il importe d'éviter que les personnes et ménages à revenu modeste et moyen soient pénalisés de manière disproportionnée. Le système de subventionnement reste par conséquent incontournable. Il faut cependant l'assortir d'un objectif clair. Ainsi, aucun ménage ne devrait allouer plus de 8% de son revenu pour s'assurer contre la maladie<sup>[16]</sup>. Un accent particulier pourrait être porté sur la réduction, voire la gratuité, des primes d'assurance-maladie pour les enfants et les jeunes adultes. De plus, une harmonisation des pratiques cantonales semble judicieuse, pour réduire les inégalités de traitement qui caractérisent ce système, tant en ce qui concerne les montants affectés à la réduction des primes que les critères d'allocation.

**Caisses « dumping ».** Les stratégies de sélection des risques des assureurs-maladie pour renforcer leur compétitivité sont discutables. Elles portent préjudice au bon fonctionnement du système de l'assurance sociale obligatoire. En effet, contrairement à l'esprit de la LAMal, les assureurs ont créé des caisses « bon marché » et occasionné par là une désolidarisation croissante entre assurés jeunes (bien portants, aux coûts bas, réunis dans les caisses bon marché) et assurés plus âgés (plus fréquemment malades), fragilisant l'équilibre du financement de l'assurance sociale obligatoire. L'introduction du critère d'hospitalisation au cours de l'année précédente pour déterminer la contribution des caisses à la compensation des risques, à partir de 2012, exacerbera encore les effets négatifs de cette pratique<sup>[17]</sup>. Les

encore les effets négatifs de cette pratique . Les caisses artificiellement « bon marché », généralement plus jeunes contribueront davantage encore à la solidarité et, pour ce faire, devront très certainement augmenter leurs primes. Interdire les caisses « bon marché » pratiquant une forme de dumping de prime peut sembler a priori contradictoire. C'est cependant le système qui est mis en péril par ces stratégies d'assurance.

**Franchises élevées.** La principe de la franchise comporte plusieurs objectifs, dont celui de conscientiser les assurés des coûts générés par les soins. Dans la réalité, l'application des franchises, notamment celles supérieures au minimum, ont permis aux assurés de procéder à des économies de primes et aux caisses d'affiner leurs stratégies de sélection des risques, les personnes contractant des franchises élevées étant en principe plus jeunes et en bonne santé. Aujourd'hui, les franchises élevées et les réductions de primes qui les accompagnent fragilisent l'équilibre du financement de l'AOS. Les lacunes de recettes qui en découlent sont donc problématiques. Dans cette perspective, il apparaît urgent de limiter les franchises élevées, qui permettent aux assurés en général aisés et en bonne santé de bénéficier d'une réduction de primes importante, pour rétablir la solidarité entre assurés. Malheureusement, le choix d'une franchise élevée est parfois la seule manière pour les assurés à revenu modeste, à la limite du seuil de subventionnement, par exemple, de pouvoir assumer le paiement de leurs primes. Or, en cas de survenance d'une maladie, ces personnes se retrouvent dans une situation économique grave. On ne saurait donc postuler ou conditionner l'accès financièrement supportable à l'assurance-maladie pour les revenus modestes au choix de franchises élevées. Cette question de nature sociale doit se régler ailleurs, notamment par l'harmonisation

des pratiques cantonales de réduction des primes.

#### **4. Cohérence et décisions**

Si, en Suisse, l'offre et la qualité des prestations de santé sont d'un très bon niveau, la solidarité du financement est faible et l'organisation du système complexe et cloisonnée, provoquant un déficit de cohérence, une grande diversité des pratiques et un pilotage politique éclaté. En terme d'efficacité, les potentiels d'optimisation sont importants. Pour y remédier, des réformes en profondeur et à long terme sont nécessaires, et non seulement des aménagements ponctuels et partiels. Cela dans l'esprit de la sécurité sociale et avec une double ambition : d'innovation et d'efficacité. C'est que l'on se doit d'utiliser de manière optimale les ressources collectives et publiques.

Les marchands d'illusions qui occupent souvent le devant des scènes politiques devront voir plus loin et appréhender au plus large les questions du système de santé s'ils entendent marquer de leur empreinte la sécurité sociale et véritablement ouvrir la voie, étroite, de la maîtrise de coûts. L'approche ne peut être catégorique ou radicale, encore moins partielle. Les potentiels des mesures à prendre n'auront de pertinence qu'en étant pluriels et complémentaires, inscrits dans une stratégie structurée et cohérente, ordonnée autour d'un agenda politiquement légitimé.

Le système de santé, dans son organisation, ses modalités de fonctionnement et de gestion, ses pratiques professionnelles, ses développements technologiques, mais encore dans ses réponses aux attentes de la population et aux contraintes politiques, est en constante évolution. Le changement fait partie intégrante de la discussion sur l'allocation des ressources [18] Il est le fruit de l'analyse et de

ressources. Il est le fruit de l'analyse et de l'évaluation, de la nécessité d'innover pour répondre positivement aux besoins de la population. Il est le fruit aussi des rapports de force qui caractérisent tout processus politique. Aux politiques, avec le soutien des acteurs professionnels, de tracer des voies pertinentes d'action pour que ce pays soit en mesure de définir des objectifs et des stratégies, et faire de l'innovation institutionnelle dans le domaine des politiques de la santé un acte majeur en faveur de la qualité des soins et d'une allocation optimale des ressources, dans le respect des principes de la justice sociale

[1] La situation n'a historiquement rien d'exceptionnelle. Elle a largement prévalu avant et pendant les débats sur l'élaboration de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal de 1994. Voir : Gilliland P. (et al.) (1990), *Assurance-maladie : quelle révision ?*, Réalités sociales, Lausanne.

[2] Conseil fédéral, messages concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (04.031 Stratégies et thèmes urgents, 04.032 – 04.033 – 04.034).

[3] Initiée par le Mouvement populaire des familles. Rejetée en votation populaire, le 11 mars 2007, par 71.2% des voix.

[4] Contre-projet à l'initiative populaire de l'Union démocratique du centre « Pour une baisse des primes d'assurance-maladie », dit aussi « Pour la privatisation du système de santé », rejeté en votation populaire, le 1 juin 2008, par 69.5% des voix.

[5] Après les effets d'annonce, les augmentations risquent d'avoisiner plutôt les 5 à 10%.

[6] Office fédéral de la santé publique OFSP (2009), *Statistique de l'assurance obligatoire des soins 2007*, Berne.

[7] Office fédéral de la santé publique (2009), *Les coûts de la*

*santé continue d'augmenter*, Communiqué, 24 avril, Berne.

[8] Pensons à la forte représentation des assureurs, via des députés membres de Conseils d'administration de caisses-maladie, au sein de la commission de la santé et de la sécurité sociale du Conseil des Etats. L'incompatibilité entre le mandat de parlementaire et une fonction au sein des caisses a d'ailleurs été relevée par un avis de droit de la Prof. R. Kägi-Diener (3.11.2008, St-Gall).

[9] On pourrait y ajouter la problématique des standards de traitements qui, revus à la baisse, par exemple, peuvent provoquer des volumes énormes d'indications médicales supplémentaires (Domenighetti G. (2009), *Médicalisation de la société et durabilité des systèmes de santé*, in Bulletin des médecins suisses, No. 90:24 Berne, pp. 951-952).

[10] Rossini S. (2007), *Au nom de la Solidarité*, Aire, Vevey, pp. 103-107. Rossini S. (2008), *Für eine neue Vision der sozialen Sicherheit*, in Rote Revue, Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur, Bern, Nr. 1, pp. 2-6.

[11] Rossini S., Baudraz B. (2004), *Les oubliés de la protection sociale*, Réalités sociales, Lausanne.

[12] Chancellerie fédérale (2007), *Défis 2007 – 2011. Evolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale*, Berne.

[13] La commission de la sécurité sociale du Conseil des Etat (août 2005) avait élaboré un projet dans ce sens, projet finalement refusé en raison notamment d'une vive opposition des cantons.

[14] LAMal, Art. 39, 2ter : Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

[15] Office fédéral de la santé publique (2007), rapports explicatifs sur les modèles de soins pour les hauts risques, pour l'accompagnement des personnes vulnérables de la sécurité

l'accompagnement des travaux parlementaires de révision LAMal, Berne.

[16] Cet objectif avait été mentionné dans le message du Conseil fédéral au parlement dans le cadre de l'élaboration de la LAMal.

[17] Sur le sujet : Holly A., Gardiol L., Eggli Y. (2003), *Compensation des risques fondée sur l'état de santé des assurés en Suisse*, Fonds national de la recherche PNR45, Université de Lausanne ; Beck K. (Ed) (2004), *Enlisement de la réforme de la compensation des risques ? Expérience internationales et solutions concrètes pour la Suisse*, Risk Adjustment Network, Luzern ; différents rapports de l'Office fédéral de la santé publique (2005, 2007) accompagnant les travaux parlementaires, Berne.

[18] Voir sur ce sujet les travaux et publications de l'OMS, de l'OCDE et d'auteurs comme Contandriopoulos, Glouberman, Rochon ou Domenighetti.

[Retour](#)