

# **Stéphane Rossini**

## **Conseiller national**

**Conférence de presse PSS – Berne, le 15 mai 2009**

**Systeme suisse de santé**

### **Vision, stratégie et innovations structurelles**

Depuis décembre 2003 et le rejet de la révision LAMal par le Conseil national, le dossier de la santé sombre dans un traitement chaotique, parcellisé, fait de blocages et d'incertitudes. Un pseudo-sommet de la santé de deux heures entre confédération, cantons, médecins et assureurs et une procédure de consultation précipitée à peine plus longue ont caractérisé ces dernières semaines le fonctionnement du partenariat dans le système de santé le plus complexe du monde. On aurait espéré mieux !

L'ampleur annoncée de l'augmentation des primes LAMal pour les années à venir<sup>[1]</sup> est désormais l'occasion de remettre sur l'avant de la scène non seulement les luttes entre les innombrables pouvoirs qui minent le système, mais le courage et l'ambition politiques de celles et ceux qui souhaitent entreprendre concertation et réformes pour innover, rationaliser, utiliser au mieux les ressources publiques et collectives.

Depuis un quart de siècle, et les discussions préliminaires sur la LMAal, plus aucun Ministre de la santé n'a tenté d'élaborer la moindre vision en faveur d'une politique nationale de la santé. Aucune stratégie fondée sur des principes rigoureux et cohérents, dans l'esprit de la sécurité sociale, n'a été proposée. Les mutations qui caractérisent notre société et les systèmes de santé ne sauraient nous satisfaire d'une approche se limitant à des mesures ponctuelles. Il faut remettre sur le métier un ouvrage qui se réapproprie les « fondamentaux » d'un réel pilotage du système de santé. Le jeu des acteurs en quête de pouvoir (assureurs, cantons ou médecins) est à utiliser de manière dynamique. En l'absence de pilote, tous ont les coudées franches pour défendre leurs intérêts ou leurs régionalismes. Il convient de canaliser ces ambitions pour les mettre au profit de l'intérêt général.

Ainsi, il est urgent d'envisager des réformes structurelles, sans quoi les rengaines se poursuivront des années encore, sur le dos des malades et des assurés – contribuables, modestes surtout. La rhétorique, les effets d'annonce et les demi-mesures ont vécu. Il convient d'empoigner les vraies questions, à long terme.

#### **Maux, biais, problèmes**

Parmi les problèmes fondamentaux de notre système de santé, plusieurs maux génèrent des biais et effets pervers qui empêchent une politique de santé efficace et efficiente. Ce sont :

1. **Fédéralisme et gouvernance.** Le fédéralisme, éclaté, cloisonné, aux responsabilités diluées entre la Confédération, 26 cantons, les communes, aux frontières cantonales désuètes, 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 de transparence, inégalités de traitement, décisions contradictoires, lenteur des réformes, concertation et coordination insuffisantes nuisent à l'utilisation optimale des ressources

ressources.

2. **L'illusion de la concurrence.** Une stricte rationalité économique « de marché » dans le domaine de la santé ne prévaudra jamais. L'offre de prestations induit la demande alors que les moyens sont limités. De plus, le « client » est particulier : atteint dans sa santé, mal ou pas informé, incapable de choisir seul. D'où, pour garantir la justice sociale, des distorsions de concurrence et une régulation étatique. Quant aux caisses, avec une assurance obligatoire et des prestations identiques, leur concurrence comporte plus de désavantages que d'avantages. Enfin, la concurrence entre hôpitaux, entre médecins ou entre cantons est irréalisable, malsaine, dispendieuse. S'obstiner à brandir ce principe comme impératif relève du pur dogmatisme.
3. **Caisses-maladie.** La pluralité des assureurs et les inégalités de traitement et de pratiques qui en découlent, provoquent de plus en plus d'effets indésirables ou pervers, coûteux pour les assurés (réserves, franchises, niveau des primes, offre, etc.). De plus, la confusion pratique et effective entre assurance obligatoire « sociale » et assurance complémentaire privée est scandaleuse. L'assurance sociale doit être clairement séparée de l'assurance complémentaire privée. Elle n'a pas à servir de « pompe à profits » pour les assurances privées.
4. **Financement par tête.** Les primes par tête sont une aberration. Traiter tous les assurés de la même manière n'est plus supportable ; les pratiques disparates en matière de réduction des primes sont injustes. Des primes selon la capacité économique des ménages doivent rester un but. Aucun ménage de ce pays ne devrait allouer plus de 8% de son revenu aux primes.
5. **Financements différenciés des traitements.** Les soins, selon qu'ils sont dispensés en cabinet ambulatoire privé, en hôpital, en EMS ou à domicile, sont financés de manière différente, soit par l'assurance-maladie, seule ou avec les cantons, soit par les cantons et/ou les communes, soit par les bénéficiaires. Cela provoque des effets pervers et des biais, les comportements de soins pouvant être influencés par le mode de financement.
6. **Multiplication des lois de référence.** Plusieurs législations d'assurances sociales financent les soins, avec des problèmes de coordination et des différences de traitement (tarifs, par exemple). Cette situation provoque, d'une part, une grande complexité, d'autre part, des inégalités de traitement de moins en moins acceptables.

### Clés pour une vision stratégique

Trois conditions sont à privilégier afin de poursuivre le développement du système de santé et développer des propositions concrètes d'actions et d'innovations :

- 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 ;
- la **régulation de service public** et non le renforcement de la libéralisation et de la privatisation de l'offre et des couvertures des prestations ;
- la **qualité** des prestations pour l'ensemble de la population, indistinctement de la couverture d'assurance ou du lieu de domicile.

Lines générales d'actions

## **Toutes les autres propositions du PSS figurent dans le document de presse principal**

### **1. Au niveau institutionnel**

#### **Réformer le fédéralisme**

- Le fédéralisme du système de santé souffre gravement d'inefficiences. Comme le relève le Conseil fédéral dans ses « Défis 2007 – 2011 », 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 et une véritable gouvernance.

#### **Une Politique nationale de santé**

- La réforme du fédéralisme doit aboutir à la mise en œuvre d'une Politique nationale de santé. Il y a quelques années, le projet Politique nationale de santé s'est soldé par un échec cuisant, ne débouchant que sur un « dialogue » entre les acteurs Confédération et cantons. Le futur du système de santé suisse n'aura de sens que dans une vision commune, des objectifs uniformes et par des instruments de gouvernance modernes.

#### **Création d'un poste de Secrétaire d'Etat**

- Pour activer et animer la réforme du fédéralisme et la mise en œuvre d'une politique nationale de santé, il convient de créer rapidement un poste de Secrétaire d'Etat à la santé (voire à la protection sociale). Celui-ci sera 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 urgent qu'un acteur politique fédéral fort joue un rôle de rassembleur et de force de progrès et d'innovation. 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.

### **2. Alliance thérapeutique et politique**

#### **Les médecins : des alliés incontournables !**

- Les conflits entre autorités politiques, administratives et médecins ne servent pas les intérêts de la population, encore moins la crédibilité des autorités. Les médecins ne sont pas des dispensateurs sans scrupule et grassement payés. Cette vision est étriquée. La consommation médicale expliquant les coûts, c'est elle qu'il convient de maîtriser. Ainsi, le médecin est au cœur du processus thérapeutique et au centre de la maîtrise des coûts. C'est l'acteur-clé du système. De plus grandes responsabilités doivent lui être 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 est donc l'agent de lutte contre la surconsommation. Le renforcement des réseaux, l'introduction d'une carte de santé, la finalisation des soins coordonnés passent par les soignants. Une confiance nouvelle, au service des

couts et de la qualité, doit rapidement voir le jour.

### **3. Actions sur les structures : rationaliser et innover**

#### **Harmonisations LAMal - LAA**

- Le système d'assurances sociales est devenu trop complexe. Pour le seul domaine de la santé, les difficultés et conflits de coordination entre la LAA et la LAMal sont crasses. La refonte structurelle de ces deux assurances 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 » devrait rassembler la LAMal et la LAA.

#### **Lutte contre les inégalités de traitement**

- C'est un problème majeur. Pour l'atténuer, en matière d'offre de prestations, les cantons devront admettre que la Confédération s'engage plus fortement dans la définition de critères en matière de définition de l'offre (hôpitaux et médecins, réseaux, etc.) et de fixation de seuils sociaux pour la réduction des primes. Les assureurs-maladie devront eux admettre que les écarts de primes soient réduits.

#### **Rationaliser la médecine de pointe**

- Les facultés de médecine et les établissements hospitaliers universitaires sont des acteurs essentiels du système de santé. Ce secteur doit lui aussi être rationalisé. Pour éviter les luttes de prestige, les doublons inutiles et allouer au mieux les ressources, le domaine de la médecine de pointe doit faire l'objet d'une planification fédérale. Depuis des années, les partenaires tergiversent et ne parviennent pas à un accord. Le DFI doit imposer désormais une stricte répartition des tâches.

#### **Rationaliser le domaine hospitalier**

- Seule des standards de planification intercantonaux et des objectifs temporels clairs pourront accélérer la rationalisation nécessaire du domaine hospitalier. Sans lignes directrices, il n'y aura pas de cohérence dans la définition de l'offre. Or, seule la planification fondée sur une approche globale peut produire des effets et générer une meilleure allocation des ressources. Les cantons se doivent de poursuivre leurs efforts de planification afin de réduire leurs surcapacités. Les écarts entre les cantons sont énormes. En 2006, pour 1000 habitants, le nombre de lits en soins somatiques aigus varie 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).

#### **Harmoniser l'offre en EMS**

- L'offre de prise en charge en établissements médico-sociaux est très disparate selon les cantons. Devant le vieillissement de la population et les contraintes liées à la forte augmentation des personnes de plus de 80 ans, il faut une stratégie globale pour éviter une forme d'alarmisme et d'anarchie dans le développement des EMS. C'est que les investissements sont importants. Cette réflexion doit être appréhendée en regard des planifications hospitalières et des soins à domicile.

#### **Innover : soins à domicile et structures intermédiaires**

- Pour éviter des investissements coûteux dans le domaine stationnaire (hôpitaux et EMS), les soins à domicile doivent se développer encore, partout dans le pays, de même que des structures intermédiaires (appartements protégés, par exemple). Les inégalités d'offre sont très grandes selon les régions. Un programme national d'impulsion en faveur des structures intermédiaires pourrait être une action dynamique et innovante.

### **Qualité**

- Il convient d'éviter impérativement que la pression sur les coûts, imposée tant par les agents subventionneurs (les cantons, par exemple) que les agents payeurs (les caisses), ne débouche sur une médecine de base de moindre qualité et une médecine privée de haute qualité. La qualité est non seulement un slogan, mais une orientation politique fondamentale, qui suppose des moyens.

### **Conclusion... 5 ans après !**

Il y a plus de 5 ans (Rossini, 21 janvier 2004), à propos du refus de la LAMal par le Conseil national : « Remplacer le pragmatisme helvétique par le dogmatisme néolibéral conduirait au chaos. Nul n'en sortirait vainqueur. M. Couchepin devra donc rassembler, car en ce domaine, diviser n'est point régner ! En aboutissant à un consensus sur les questions du fédéralisme, de la concurrence et de la place des médecins, toutes les autres problématiques trouveront ensuite des solutions. »

... Cinq années plus tard, tout est encore en suspens !

[1] Qu'il faudra nuancer ! ... Le Groupe Mutuel, par téléphone-marketing (personnellement, 13 mai 2009, 9h20), offre pour 2010 des primes avec 0% (cit.) d'augmentation par rapport à 2009.

[Retour](#)