

Pour des primes stables et la fin de l'explosion des coûts !

Résolution adoptée par l'Assemblée des délégué-e-s du 22 octobre 2005
consacrée à la santé : lignes directrices pour le débat de fond

1. Situation initiale difficile :

Depuis des années, la réforme de la loi sur l'assurance-maladie est en suspens. Trop peu de mesures visant à maîtriser les coûts ont été mises en œuvre à ce jour. Le succès de la révision en cours est plus qu'incertain car :

- Le ministre de la santé a repris la réforme globale qui avait échoué pour en tirer de nombreuses mesures séparées. C'est une invitation faite à tous ceux qui défendent des intérêts particuliers à réduire l'efficacité de ces mesures. Quant à la réduction des primes qui va en résulter, elle est incertaine.
- Les partis des pôles n'ont aucun intérêt à ce que la réforme soit efficace. Ils veulent avant tout maximiser leur potentiel électoral. En cas d'échec de la révision, les pôles avec leurs initiatives populaires se présenteront comme les « sauveurs » pour sortir de l'impasse. Une nouvelle fois, pèse la menace d'une alliance contre nature et d'un blocage des réformes et ceci à des fins électoralistes. Mais les deux initiatives populaires sont inopérantes :
- A première vue, l'exigence du PS qui demande la création d'une caisse unique peut paraître intéressante mais elle ferait augmenter les primes. Depuis 1996, les caisses maladie ont réduit leurs coûts administratifs de 30 %. La concurrence entre les caisses a fait baisser ces coûts à 5,6 % du chiffre d'affaires. Une caisse unique nationale nécessiterait la création d'un énorme appareil administratif et pourrait déboucher sur une intransparence « à la SUVA ». Une caisse unique n'aurait aucun effet sur l'origine des coûts et leur minimalisation. Elle ne réduirait aucune prime mais modifierait le système de remboursement des prestations fournies. Les nouveaux systèmes novateurs que les caisses offrent aujourd'hui (franchises, réseaux de médecins) seraient supprimés en cas de caisse unique. Les personnes étant assurés dans le cadre de ces modèles verraient leurs primes augmenter massivement. Les cantons ayant des coûts de santé peu importants seraient punis alors que les cantons ayant un retard dans leurs réformes et des surcapacités seraient récompensés. Ceux qui feraient encore des économies sur les coûts seraient alors les « dindons de la farce ».
- L'initiative de l'UDC qui préconise une limitation des prestations remboursées par l'assurance-maladie obligatoire constitue un démantèlement direct et général pour les patients. Les principaux postes de coûts (soins hospitaliers ambulatoires et stationnaires) ne seraient aucunement touchés. L'effet d'économie resterait bien en deçà des promesses. A ce jour, on ne sait toujours pas quelles prestations devraient être supprimées du catalogue de l'assurance de base pour faire des économies considérables. L'initiative ne prévoit plus une réduction des primes, elle n'est pas sociale.
- L'extension constante des prestations et par voie de conséquence l'augmentation permanente des coûts de la santé et des primes font que de plus en plus de jeunes, de familles, de personnes âgées et malades se heurtent à leurs limites financières. Les causes des augmentations des coûts sont connues:
 - Chaque nouvelle augmentation des primes accroît les exigences des patients : si l'on doit déjà payer très cher, on veut aussi consommer en étant une fois malade. Nous souffrons d'une explosion quantitative des prestations.
 - Chaque année, l'espérance de vie augmente en Suisse. Nous ne pouvons pas et ne voulons pas contrer cette évolution. Mais personne ne peut dire aujourd'hui comment nous maîtriserons les conséquences des changements importants intervenus dans la structure des âges en 2020.
 - Les progrès de la médecine et des techniques médicales sont énormes. Notre économie, nos emplois et de nombreux patients profitent directement de cette évolution. De l'autre côté, la qualité veut être financée. Là aussi, une intervention de l'Etat est difficile. Qui peut, d'un point de vue éthique, définir correctement

quelle personne doit pouvoir ou non bénéficier de ces progrès ? Il s'agit là du volet qualitatif de l'explosion des prestations.

- La Suisse se permet de disposer de surcapacités uniques au monde en matière d'approvisionnement en soins médicaux. Ceci est dû notamment au fait qu'il n'y a aucune incitation ou de fausses incitations mais aussi aux systèmes de financement peu transparents et à des pièges du fédéralisme.
- Les prestations de soins vont rester un domaine permanent de réformes durant ces 15 prochaines années. Des réformes doivent être entreprises immédiatement et mises en place le plus rapidement possible. Les assurés veulent une réduction sensible de leurs charges.
- Nous voulons un large débat de société sur ce que nous pouvons et voulons nous offrir, où commencent et où finissent la solidarité et la responsabilité personnelle. Par le présent document, le PDC entend apporter une nouvelle contribution au débat.
- ***Nous devons maintenant mettre en oeuvre des réformes fondamentales allant au-delà des différentes mesures actuelles. Les chiffres le démontrent : la santé a besoin d'un nouveau concept global.***

2. Chiffres alarmants

- Un franc sur 8 ou 48 milliards de francs sont dépensés chaque année pour la santé.
- Dans ce contexte, il y a lieu de veiller à tous les coûts de l'ensemble du gâteau qui sont supportés par les assurances sociales et les pouvoirs publics (env. 58 %).
- Il y a 40 ans, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB) était de 5 %. Aujourd'hui, elle est de 11%. Durant la même période, les coûts réels de la santé par habitant ont quadruplé.
- Les caisses maladie couvrent les coûts suivants dans le cadre de l'assurance de base : traitements médicaux : 4.259 milliards de francs; prestations hospitalières stationnaires : 4.139 milliards de francs; pharmacies : 2.608 milliards de francs; prestations hospitalières ambulatoires : 2.532 milliards de francs. Puis on trouve, largement distancés, les établissements médico-sociaux (EMS) avec 1.484 milliards de francs. Tous les autres domaines (physiothérapie, laboratoires, soins à domicile, etc.) ne peuvent que peu contribuer à une réduction sensible des primes.
- Un pour cent des patients génèrent 25 % de tous les coûts de la santé ; quant aux 10 pour cent de patients les plus chers, ils génèrent 60% des coûts.
- Les réductions de primes se montent à 3.5 milliards de francs par an. 2.5 millions de citoyennes et citoyens ou 41 % des ménages bénéficient de réductions de primes. A elle seule, la gestion du système de réduction des primes coûte des millions de francs et requiert des centaines d'employés.
- Les prestations de santé sont fournies par 600 hôpitaux et 15'000 médecins. En Suisse, nous avons deux fois plus de lits d'hôpitaux qu'en Suède. Dans notre pays, nous trouvons en moyenne une institution stationnaire de soins tous les 7 kilomètres.
- Les Suisses restent deux fois plus longtemps dans les lits d'hôpitaux que les Scandinaves. On constate de très grandes différences entre les régions : 7 jours à Neuchâtel, 9 jours à Zurich, 12 jours à Bâle-Campagne et 14 jours à Uri.
- 120'000 personnes travaillent dans le domaine hospitalier proprement dit.
- Chaque nouveau cabinet médical entraîne 500'000 francs de coûts par an – sans que les revenus des autres médecins diminuent pour autant.
- Les médecins et les hôpitaux se trouvent en concurrence au niveau de l'équipement. Dans le canton du Valais, par exemple, on trouve 9 appareils d'IRM (imagerie par résonance magnétique), soit dix fois plus qu'en France par habitant.
- La qualité du système de santé suisse bénéficie d'un jugement positif de la part de la majorité des citoyennes et citoyens. Ponctuellement, les personnes interrogées sont toutefois prêtes à assumer davantage de responsabilité individuelle. Ces personnes

demandent en outre qu'un comportement conscient des coûts soit financièrement récompensé.

3. L'orientation de réformes possibles

Les délégué-e-s ont la possibilité de contester les différentes mesures du programme et de demander le vote. Dans ce cas, il y a trois options : approbation de la mesure ; refus de la mesure ; renvoi pour examen plus détaillé. Suivant le déroulement de la discussion, les différentes mesures seront concrétisées, suivies et déposées sous une forme adéquate au Parlement. Le présent document a été élaboré sur la base du programme fondamental « Nouveau Suisse » (septembre 2004), des thèses en matière de politique de la santé pour la législature 2003-2007 (août 2003) et du document Stabiliser les coûts de la santé (novembre 2001).

3. 1. Notre parti a un objectif

Nous stabilisons l'évolution des coûts de la santé et veillons à ce que les primes puissent être payées. Pour ce faire, il est nécessaire :

1. de stopper l'extension quantitative dans le domaine stationnaire et ambulatoire ;
2. de faire une totale transparence des coûts et des contrôles des coûts auprès des caisses maladie et des fournisseurs de prestations ;
3. d'adopter un comportement conscient des coûts et des risques ainsi que d'améliorer la coopération des fournisseurs de prestations et des assurés ;
4. de garantir la qualité des prestations de soins – sans pour autant que chaque nouveauté technique soit déclarée comme étant la norme ;
5. de refuser clairement la proposition financièrement trop lourde de la gauche qui demande une médecine d'Etat globale et centralisée ;
6. d'intervenir avec détermination contre les propositions de la droite pure et dure qui veut faire de la santé publique un « produit discount » !

3. 2. Un programme en 20 points qui réduit les coûts

a.) Assurés et assurances:

Patients : plus de responsabilité personnelle pour réduire les primes

Aujourd'hui, la prévention, la responsabilité personnelle et la prise de conscience des coûts ne sont pas assez « rentables ». Comme tout est assuré, il y a trop de visites médicales ou de traitements onéreux qui ne sont médicalement pas nécessaires. Il faut davantage inciter les assurés à adopter un comportement conscient des coûts.

1. Nous voulons un scénario « primes stables jusqu'en 2010 ». Le Conseil fédéral doit indiquer quel devrait être l'augmentation générale de la franchise afin que les primes de l'assurance de base ne pèsent pas davantage sur les budgets des ménages jusqu'en 2010. Parallèlement à ce scénario, des mesures d'accompagnement devraient être prévues pour les personnes en difficulté, les familles et les enfants.
2. Le scénario « primes stables jusqu'en 2010 » va démontrer quelle peut être la contribution d'un « forfait première consultation du médecin » et quel devrait en être le montant. Un tel forfait pourrait aider les patients à assumer une plus grande responsabilité personnelle en cas de maladie bénigne et de légers troubles de la santé (y compris pour les médicaments).
3. Dans le scénario « primes stables jusqu'en 2010 », il faut aussi prévoir de combiner les mesures 1 et 2. Quelle mesure peut contribuer de combien à une réduction des primes ? Par ailleurs, nous proposons que l'option « prime zéro pour les enfants » soit calculée.

4. Le système de réduction de primes génère des frais administratifs se chiffrant en millions. De l'argent qui manque dans le porte-monnaie des assurés. Nous voulons une simplification de grande envergure.
5. L'introduction de la carte de santé s'avère urgente. Lorsque les informations sur l'histoire de la maladie d'un patient seront disponibles, on pourra économiser sur les coûts (par exemple renseignements sur le dernier séjour à l'hôpital, nom du médecin de famille, etc.; on évitera les clarifications superflues). Des examens effectués deux ou plusieurs fois – notamment les examens de laboratoire ou les radiologies – ne devront être remboursés qu'une seule fois par les caisses maladie en cas de diagnostic complémentaire ou de nouvel examen.
6. Les personnes qui consomment des génériques de manière conséquente doivent payer une quote-part moins élevée.

Caisses maladie : plus grande transparence et modèles flexibles pour des primes plus basses

7. Lors de la publication annuelle de leurs résultats d'exploitation, les caisses maladie doivent avoir l'obligation de publier de manière transparente les dépenses et les recettes liées à l'assurance maladie obligatoire et de fournir des informations claires sur la fixation des primes. Les comptes annuels pour l'assurance de base obligatoire doivent préciser le montant des remboursements de prestations, des coûts administratifs, des amortissements, des provisions et des réserves. Par ailleurs, les recettes des primes et les coûts engendrés doivent être répartis par groupes d'âges et par genres de prestations et également être publiés de la sorte. Les assurés ont le droit de savoir comment leurs primes solidaires sont utilisées.
8. Il y a lieu d'améliorer la transparence à l'égard des assurés en ce qui concerne les primes de l'assurance complémentaire. Bien que depuis 2000 ce ne sont plus les assurances mais les cantons qui prennent en charge la part obligatoire en cas d'hospitalisation dans un établissement privé, les primes de l'assurance complémentaire n'ont encore jamais été adaptées.
9. Il faut inciter davantage les assurés à choisir des systèmes alternatifs : modèle de médecins de famille, réseaux de médecins, d'hôpitaux, de pharmaciens, de soins à domicile, de EMS, etc. Les personnes qui optent pour ces modèles doivent obtenir une réduction par rapport aux produits traditionnels des assurances ou avoir une quote-part inférieure.
10. L'assurance maladie obligatoire doit rembourser un traitement et un accompagnement « sans fioritures », efficaces, appropriés et économiques de toutes les maladies. Si pour des raisons propres au patient cela n'est pas le cas, alors ce dernier doit prendre à sa charge un malus ou la différence de coûts. Il n'est pas acceptable par exemple que dans plusieurs cantons il y ait plus de 40 % des enfants qui viennent au monde par césarienne alors que cette mesure n'est médicalement indiquée que dans 16 % des cas.
11. Il faut accroître la concurrence entre tous les fournisseurs de prestations. Aujourd'hui, les caisses maladie doivent collaborer avec tous les médecins et conclure une convention tarifaire avec tous les hôpitaux indépendamment des coûts, de l'efficacité et de la qualité des prestations. Cela ne peut durer et la loi doit être modifiée de manière à permettre de conclure des accords individuels entre fournisseurs de prestations et caisses maladie. De tels accords doivent renfermer des conditions-cadres et des objectifs clairs en termes de qualité, de rentabilité et d'utilité. Lorsqu'un accord est refusé par l'un des partenaires, le refus doit être motivé. La situation particulière des hôpitaux universitaires est réservée.
12. La qualité doit être plus et mieux garantie. Les institutions ayant le meilleur rapport coûts/utilité doivent être connus des caisses, des hôpitaux, des médecins, etc. Les organisations professionnelles de tous les acteurs concernés doivent fixer des critères de qualité uniformes, une sorte de « Gault & Millau » de la santé. Quelle qualité à quel prix et où ? La qualité standardisée présente aussi des avantages au niveau du prix.

b.) Cantons et hôpitaux

Hôpitaux : forfaits par cas et financement clair pour des séjours hospitaliers moins chers

Le financement des hôpitaux et des cliniques est devenu tellement compliqué que personne ne peut plus dire clairement qu'est-ce qui coûte combien dans quel canton. Les incitations n'existent pas ou ne sont pas bien ciblées et les responsabilités ne sont pas clairement définies.

13. Le financement des hôpitaux doit être drastiquement simplifié. Un hôpital ne doit être financé que par une source (monisme) dont le système doit encore être déterminé. Dans tous les cantons, les prestations hospitalières ambulatoires et stationnaires doivent être indemnisées selon le même système tarifaire et la même structure des tarifs. Aujourd'hui, les patients ayant une assurance complémentaire sont hospitalisés et leur séjour est même prolongé car l'hôpital subventionne ainsi transversalement les patients déficitaires n'ayant que l'assurance de base, ce qui leur permet d'améliorer leurs résultats.
14. Les coûts des hôpitaux doivent être remboursés dans toute la Suisse par le biais de forfaits par cas. Ceux-ci se basent sur le diagnostic et seront calculés de manière forfaitaire par patient. L'hôpital sera désormais être indemnisé pour les prestations effectivement fournies aux patients (financement du sujet) au lieu d'être indemnisés pour les coûts engendrés comme c'est le cas (financement de l'objet). Ce système empêche les hôpitaux de se financer avec des patients qu'ils devraient en fait renvoyer à la maison ou dans une autre organisation (par exemple soins à domicile, EMS). Les forfaits par cas vont réduire la durée moyenne des séjours dans les hôpitaux, accroître la transparence et permettre de comparer les prix.
15. Il faut une planification hospitalière au niveau supérieur. Les cantons se regroupent en cinq régions de santé pour améliorer la coopération régionale. La planification hospitalière cantonale ou régionale doit être faite aussi bien avec des institutions publiques que privées. Un mandat de prestations médicales doit être octroyé à l'institution ayant le meilleur rapport qualité/prix
16. Si les cantons ne parviennent pas d'ici à octobre 2006 à un résultat commun en matière de planification hospitalière, la Confédération doit fixer l'offre et les sites pour la médecine de pointe.

c.) Soins

Soins : nouvelles idées contre la menace d'une explosion des primes

Compte tenu de l'évolution démographique de ces prochaines années, les coûts des soins vont augmenter considérablement. Des modèles d'assurances pour les soins qui visent à transférer simplement ces coûts sur l'ancienne génération en augmentant massivement les primes des aînés sont trop simplistes. La simple répartition des coûts sur tous les assurés, que nous connaissons actuellement, n'est pas non plus une solution satisfaisante. Il faut faire une analyse pointue de la situation avec toutes les options et les coûts qu'elles entraînent pour les personnes concernées. Il convient aussi de donner une impulsion afin de réfléchir comment résoudre le problème :

17. La mise en place d'un « service à la communauté » doit être examinée sérieusement. Ce service peut être fourni sous forme de service militaire, de service civile, d'accompagnement et de soins aux personnes âgées ou d'aide au ménage après une hospitalisation. Nous demandons de développer un modèle présentant l'organisation, le flux des coûts et les réductions de charges.
18. Il est aussi important que la solidarité soit de mise au sein de l'ancienne génération : des rentiers en pleine forme doivent pouvoir aider à s'occuper de personnes malades, qu'il s'agisse de voisins ou d'autres personnes dans le cadre des soins à domicile ou des EMS.

19. L'office fédéral de la santé doit présenter d'ici la mi-2006 un aperçu des flux financiers dans le domaine des soins. Aujourd'hui, personne ne sait quelle est la part de l'AI, des prestations complémentaires ou des allocations pour impotents qui est versée pour les soins. Le financement des soins doit être garanti par une répartition équitable des coûts entre les ménages privés, les assurances maladie et les pouvoirs publics. Le financement des soins ambulatoires (soins à domicile) et des soins stationnaires (EMS) doit être clairement régleménté.
20. Les soins ambulatoires (soins à domicile) doivent être organisés de manière à intensifier la coopération entre les médecins, les hôpitaux, le personnel soignant et les établissements qui fournissent des soins ambulatoires et stationnaires.

4. La suite des travaux

1. Après avoir perdu deux ans, la révision de la loi sur l'assurance maladie doit être terminée d'ici la fin 2006.
2. Les différents acteurs doivent contribuer par une réflexion concrète à trouver des solutions au lieu de faire planer des menaces de référendum et de défendre des intérêts particuliers.
3. Au cours de la deuxième moitié de la présente législature, tous les chantiers que nous connaissons aujourd'hui dans le domaine de la santé doivent être achevés et les réformes mises en œuvre.
4. Le dossier « assurance maladie et financement des soins » doit être traité en priorité au Conseil fédéral et doit être conduit avec beaucoup plus de détermination.
5. Le PDC veut concrétiser sa contribution à la réduction des coûts de la santé sur la base de la discussion du plan de mesures présenté et agir en conséquence au Parlement.