



# Réforme du système suisse de santé

**Entreprendre des réformes maintenant**

*Base de discussion pour le congrès du parti du 20 juin 2009*

## **I. Le PDC suisse applique les principes suivants en matière de politique de la santé :**

1. Toute personne, quels que soient son revenu, son âge ou les risques sur le plan de la santé, doit avoir accès à de bons soins médicaux à proximité de son domicile et participer aux progrès de la médecine. Nous tenons à l'obligation de s'assurer.
2. Les cantons qui sont compétents pour la sécurité de l'approvisionnement en soins de la population, mettent en place des solutions régionales dans le domaine de la santé.
3. La compensation sociale des charges (réduction des primes et recettes fiscales) est de mise dans la loi sur l'assurance-maladie. Nous accordons la priorité aux familles avec des enfants et des jeunes adultes.
4. Notre système de santé doit comprendre des éléments concurrentiels et régulateurs.
5. Nous sommes pour la solidarité et de la responsabilité personnelle.

## **II. Nécessité de réformer le système de la santé**

Le système suisse de santé se trouve à un tournant. Si de véritables réformes ne sont pas mises en route, l'assurance-maladie obligatoire va se retrouver dans une situation financière très critique. Dans un avenir prévisible, un nombre inquiétant d'assurés ne pourront plus payer eux-mêmes leurs primes, les fournisseurs de prestations ne seront plus remboursés et les caisses accuseront des déficits.

En raison de l'évolution démographique et des progrès de la médecine et des techniques médicales, les structures, l'organisation et le financement de l'assurance-maladie doivent être adaptés pour répondre aux défis de demain. La responsabilité personnelle, la prévoyance et la prévention doivent être encore renforcées, les potentiels d'efficacité et de rentabilité doivent être épuisés, des nouvelles possibilités individuelles de choix doivent être offertes et des marges de décisions doivent être ouvertes. Le système actuel de santé a besoin de réformes. Nous ne voulons pas que les futures générations soient couvertes de dettes à cause de la poussée des coûts à venir.

Le PDC demande de réformer le système de la santé et propose les mesures suivantes :

- Création de régions de soins
- Renforcement des réseaux de soins coordonnés
- Création de la transparence
- Renforcement de la concurrence qualitative
- Imposition de prix équitables
- Promotion des soins palliatifs

Le PDC présentera ses propositions et les fera passer au niveau fédéral et cantonal.

### **III. Entreprendre des réformes – Le PDC demande une réforme et une nouvelle approche du système de santé**

Pour que la Suisse dispose à l'avenir aussi d'un système de santé performant, la responsabilité personnelle de tous les acteurs doit être renforcée. Il y a lieu d'avoir une nouvelle approche du système de santé et de modifier son comportement.

#### **Renforcer l'approvisionnement en soins**

##### **1. Article constitutionnel en matière de politique de la santé**

###### **1.1 Création de régions de soins**

Le PDC demande d'améliorer la collaboration absolument nécessaire des cantons dans le domaine des soins hospitaliers et ambulatoires avec une compétence fédérale correspondante. Pour ce faire, il envisage une structure à l'échelle suisse avec sept régions de soins qui planifient ensemble l'approvisionnement en soins ambulatoires et la couverture hospitalière. Un nouvel article constitutionnel « Santos » créera la base légale afin de mettre en place ces régions de soins.

Dans un délai de cinq ans, les cantons créent sept régions de soins. Chaque région garantit l'accès aux soins sur son territoire et effectue la planification en conséquence. A cet effet, des mécanismes seront mis en place pour les décisions intercantoniales communes dans le domaine des soins de santé. Une planification commune permet de créer des synergies et de faire des économies sur les coûts.

###### **1.2 Médecine de pointe nationale**

Le PDC demande que la médecine de pointe soit définie et planifiée au niveau fédéral par un article constitutionnel. En 2002, le PDC avait déjà déposé une motion demandant aux cantons de faire cette planification. La planification de la médecine de pointe doit être édictée et mise en place au niveau fédéral. Une utilisation efficace des ressources est indispensable dans ce domaine où les coûts sont particulièrement élevés. La spécialisation des domaines de la médecine de pointe permettra d'accroître la qualité, ce qui profite aux patients. La solution fédérale en matière de médecine de pointe doit être mise en oeuvre jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle liste des hôpitaux et elle doit être ancrée dans la constitution.

##### **2. Renforcer la position des médecins de famille**

Le gel des autorisations pour l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux ne doit être encore valable que pour les spécialistes. Les médecins de familles et les fournisseurs de prestations de base ne sont plus concernés par cette réglementation. Grâce à cette mesure, les généralistes et les fournisseurs de prestations de base peuvent être soutenus à court terme et ils peuvent mieux assumer leur tâche médicale.

Le PDC demande la suppression immédiate du numerus clausus pour les études de médecine. Cette règle est discriminatoire pour la jeune génération d'étudiants qui souhaite étudier la médecine en Suisse. Par ailleurs, le maintien du numerus clausus a pour effet que de jeunes médecins doivent venir de l'étranger pour couvrir les besoins en personnel alors même que nous aurions la possibilité de former nos propres jeunes.

Comme mesure à moyen terme pour renforcer la position des fournisseurs de prestations de base, le PDC demande des réseaux coordonnés. Le gel des autorisations doit être levé à moyen terme.

### **3. Réseaux de soins coordonnés en tant que règle générale**

Le recours aux réseaux de soins coordonnés doit être considéré en règle générale comme le modèle de l'assurance de base dans la loi sur l'assurance-maladie car l'objectif visé par la liberté de choix n'a pas été atteint jusqu'à présent. Cette mesure doit renforcer la position des fournisseurs de prestations de base, des pharmaciens et des médecins généralistes en tant que premier service de conseil en cas de maladies bénignes. Concrètement, cela signifie que l'obligation de s'assurer est liée à un modèle de réseaux de soins coordonnés. Les assurés qui ne souhaitent pas avoir recours à ces réseaux paient une surprime. Concernant les réseaux de soins coordonnés, le PDC fixe les exigences suivantes :

- Les exigences légales que doivent satisfaire les réseaux de soins coordonnés sont la sécurité de la qualité et la coresponsabilité budgétaire.
- La liberté de choix de l'assuré est maintenue : chaque assuré peut opter pour le réseau de soins coordonnés de son choix.
- Pour l'assuré, une durée de contrat de trois ans sera définie dans la loi.
- Pour renforcer les réseaux de soins coordonnés, les valeurs des points tarifaires doivent être augmentées pour les médecins généralistes et fournisseurs de soins de base participant à ces réseaux.
- La surprime ne sera prélevée que dans les régions qui disposent de réseaux de soins coordonnés.

## **Créer la transparence**

### **4. Transparence dans les comptes**

Nous demandons de la part des assureurs-maladie une comptabilité transparente et uniformisée. Pour obtenir cette transparence, il est fondamental de séparer totalement les prestations relevant de l'assurance de base de celles de l'assurance complémentaire. Les comptes de l'assurance-maladie obligatoire doivent être répartis comme suit :

- remboursement des prestations
- réduction individuelle de primes
- coûts administratifs
- amortissements
- provisions
- réserves.

L'Office fédéral de la santé doit rendre publiques les données consolidées des assureurs-maladie.

### **5. Carte électronique du patient**

La carte d'assuré doit être introduire en tant que code d'accès à un dossier médical informatisé. En 2002, le PDC avait déjà présenté cette demande en déposant une motion au Parlement (02.3081: carte de santé électronique). Les possibilités techniques actuelles permettent la mise en place de services en ligne modernes et sûrs dans le domaine de la santé. Le Conseil fédéral doit créer aux niveaux législatif et réglementaire les conditions préalables afin que la Suisse puisse elle aussi introduire rapidement le dossier médical informatisé et mettre au point des interfaces pour la stratégie en matière de cybersanté (e-health).

### **6. Pas de gaspillage des médicaments**

Nous demandons que les médicaments soient systématiquement délivrés dans des emballages plus petits. La remise de médicaments doit correspondre à la dose effectivement nécessaire pour la thérapie. En Suisse, environ un tiers des médicaments délivrés sur ordonnance

finissent à la poubelle. La perte annuelle des assureurs-maladie pour des médicaments qui ne sont pas utilisés et qui sont jetés se chiffre à quelque 500 millions de francs.

### **7. Examen et établissement d'une liste des prestations**

Le PDC demande d'établir une liste des prestations de l'assurance obligatoire (catalogue positif) et de l'examiner strictement sur la base de critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE). Des nouvelles prestations ne seront intégrées dans le catalogue que si l'on peut démontrer de façon convaincante qu'elles constituent un atout supplémentaire. L'autorité compétente veillera tout particulièrement à ce que de nouvelles prestations ne soient pas prises en charge par l'assurance de base si :

- a) elles ne sont pas directement liées à une thérapie ou au traitement d'une maladie,
- b) elles vont au-delà de ce qui est nécessaire du point de vue médical,
- c) elles ne répondent pas aux critères EAE,
- d) elles ont un caractère de confort,
- e) la demande de ces prestations présente une grande élasticité par rapport à leur prix.

Le catalogue des prestations doit être examiné tous les 2 ans.

### **8. Contrôle des prestations : utilité et qualité**

Le PDC demande au Conseil fédéral d'étudier les solutions de la Suède et de la Norvège dans le domaine du rationnement et de présenter des propositions concrètes pour la Suisse. Ces pays ont fixé des critères précis pour la fourniture de prestations médicales. La fixation de critères transparents permet d'éviter un rationnement masqué et constitue un avantage pour la population, les prestataires et les responsables politiques.

En comparaison internationale, le catalogue de prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire est généreux. En Suisse, il n'existe pas encore de système uniformisé pour évaluer la qualité, ce qui est déjà le cas depuis longtemps à l'étranger. Il n'y a ni contrôle de l'utilité des prestations fournies, ni de leur qualité. La transparence est nécessaire et un contrôle de la qualité et de l'utilité s'impose.

### **9. Coût de la réduction des primes – aussi élevé que celui de l'armée**

Le PDC demande un examen des critères pour le versement de la réduction des primes. En 2007, 39 pour cent des ménages ont bénéficié de réductions de primes à l'échelle suisse. Les différences entre cantons sont très importantes : dans cinq cantons (Uri, Nidwald, Thurgovie, Genève et le Jura) plus de la moitié des ménages ont été subventionnés – le taux le plus faible est de 24 pour cent à Appenzell Rhodes extérieures. En 2008, la Confédération et les cantons ont versé – selon une évaluation réalisée par l'Office fédéral de la santé - 3,4 milliards de francs pour les réductions de primes d'assurance-maladie accordées aux ménages à revenu faible et moyen. En 2009, la contribution de la Confédération va passer de 1,78 à 1,81 milliards de francs. Si l'on y ajoute la contribution des cantons, ce sont environ 3,5 milliards de francs qui seront versés cette année.

Ces subventions ne profitent pas de loin pas seulement aux moins fortunés – parfois elles sont distribuées selon le principe de l'arrosoir. Il est inadmissible que des personnes aisées qui réduisent volontairement leur temps de travail ou qui par des déductions optimisent leur revenu imposable encaissent aussi ces réductions de primes. Des critères restrictifs pour bénéficier de ces réductions doivent être fixés comme par exemple la participation à un réseau de soins coordonnés.

Afin que l'affectation des réductions de prime soit liée, celles-ci doivent être versées directement aux assureurs-maladie. Ainsi, il est exclu de détourner les deniers publics.

### **10. Nouvelle structure de prix dans le secteur des soins hospitaliers ambulatoires**

Le PDC demande une réduction immédiate des prix dans le secteur des soins hospitaliers ambulatoires. Pour ce faire, les valeurs des points tarifaires pour les hôpitaux et les médecins indépendants doivent être uniformisées au niveau cantonal. Concrètement, cela signifie une adaptation de la valeur des points tarifaires pour le secteur des soins hospitaliers ambulatoires afin qu'elle soit équivalente à la valeur des points Tarmed appliquée pour les médecins indépendants.

Afin d'améliorer à moyen terme le pilotage du secteur des soins hospitaliers ambulatoires, le PDC demande que le financement de ce secteur soit identique à celui des soins stationnaires. Le prix par cas doit être identique pour les mêmes prestations hospitalières que celles-ci soient ambulatoires ou stationnaires. Par conséquent, les prix par cas (swissDRG) seront aussi appliqués pour les traitements ambulatoires.

### **11. Participation aux coûts pour contrôler les soins ambulatoires**

Le pilotage du secteur des soins ambulatoires doit être amélioré et il y a lieu d'éviter que les services des urgences soient surchargés par des cas bénins. Le PDC préconise l'introduction d'un « supplément bagatelles » dont le but est de désencombrer les services des urgences des hôpitaux universitaires ou des grands hôpitaux. Les hôpitaux régionaux où les urgences sont prises en charge par des généralistes ne sont pas concernés par cette mesure. Pour mieux piloter le secteur des soins ambulatoires, une contribution de 50 francs sera encaissée lorsque :

- a. pour des cas bénins, les assurés se font prodiguer des soins ambulatoires dans des hôpitaux où les urgences ne sont pas prises en charge par des généralistes.

Les cas bénins peuvent être traités comme suit : médecin de famille ou pharmacie avec service des urgences, cabinets médicaux en amont (permanence à l'hôpital ou avant de s'y rendre), téléphone.

Dorénavant, les assurés qui consultent un spécialiste sans y avoir été envoyés par un médecin devront participer aux coûts. Pour améliorer le pilotage des soins ambulatoires, une contribution de 50 francs sera encaissée lorsque :

- b. les assurés consultent des spécialistes sans y avoir été envoyés par le médecin de famille ou un autre prestataire.

### **12. Adapter la participation aux coûts au renchérissement et augmenter la franchise**

Le PDC soutient l'adaptation au renchérissement du plafond des coûts à 900 francs pour les adultes et 500 pour les enfants. Pour promouvoir les réseaux de soins coordonnés, les assureurs-maladie doivent obtenir la possibilité d'avoir plus de liberté pour introduire de nouveaux modèles de franchises prévoyant, par exemple, un échelonnement au niveau de la participation aux coûts.

### **13. Prix des médicaments**

Le PDC demande d'examiner régulièrement les prix des médicaments (tous les 3 ans également pour l'extension des indications) et d'élargir le panel de pays sur lequel se fonde la comparaison. Dans le domaine des médicaments, il existe un important potentiel de réduction des coûts qui n'est pas suffisamment épuisé par le Conseil fédéral. Le PDC prévoit un potentiel d'économies de 400 millions de francs sur les préparations originales et de 200 millions de francs sur les génériques.

La participation différenciée aux coûts des médicaments doit être appliquée rigoureusement. Dorénavant, la participation la plus élevée doit également être appliquée pour les génériques onéreux. A l'avenir, il ne doit plus être possible d'éviter une participation plus élevée grâce à une baisse unique de prix.

Les prix des génériques doivent être baissés immédiatement de 20 %. En Suisse, ces prix sont nettement supérieurs à ceux pratiqués dans les pays européens. Ces prix doivent être réexaminés tous les 3 ans en les comparant à ceux des autres pays.

## **Développer les soins palliatifs**

### **14. Médecine palliative performante**

Le PDC demande un accompagnement digne en fin de vie grâce à une médecine palliative performante permettant aux personnes éprouvées d'avoir une bonne qualité de vie durant la dernière phase de leur existence. La guérison et le soulagement de la souffrance sont des objectifs éthiquement élevés de la médecine et c'est à la manière de se comporter avec les malades et les personnes en fin de vie que nous reconnaissons l'humanité de notre société.

Afin de couvrir les besoins en matière d'accompagnement en fin de vie, les conditions-cadres du travail au lit du malade et du mourant doivent être améliorées. L'accompagnement en fin de vie n'est pas seulement un défi d'éthique médicale mais aussi un défi de politique de la santé. Lorsque le patient a rédigé des directives anticipées il s'agit aussi, pour des raisons éthiques, de respecter son autodétermination. Car le droit à l'autodétermination est un principe d'éthique médicale qui a fait ses preuves et une expression de la liberté et de la dignité de l'Homme. C'est pourquoi les patients, même en fin de vie, doivent donner leur accord informé avant une intervention médicale.

### **15. Pas de surmédication**

En cas de maladie grave (par exemple de cancer), le PDC demande de renforcer le dialogue entre les personnes concernées – patients, parents, médecins, personnel soignant – sur l'adéquation d'une thérapie ou d'une intervention médicale juste avant le décès. Ce faisant, les besoins individuels du patient doivent être au centre de la discussion. Dans des cas aussi graves, une surmédication et un prolongement de la vie à tout prix sont remis en question. Sur le principe, la médecine palliative doit être davantage développée.