



Résolution

Systeme de santé

suisse: une

médecine de

qualité au meilleur

prix

Adopté par le Congrès du PDC suisse du 24 avril 2010 à Coire

Introduction

Le PDC demande **une médecine de qualité au meilleur prix**. Nous misons sur **des soins de santé de qualité à l'échelle nationale**. Pour y parvenir des contrôles réguliers de la qualité et des prestations s'imposent, de même qu'une comparaison régulière des prix et qu'une transparence accrue. Ce n'est qu'en combinant concurrence et régulation par l'Etat que nous pouvons garantir une médecine de qualité au meilleur prix.

Quels défis le système de santé suisse doit-il relever ?

- En Suisse, non seulement les femmes et les hommes deviennent plus âgés, mais l'espérance de vie croissante s'accompagne d'une qualité de vie élevée. Les femmes vivent en moyenne encore 22 ans passé l'âge de 65 ans, les hommes encore 18,7 ans. Selon une comparaison internationale, la Suisse occupe la deuxième place en ce qui concerne l'espérance de vie. En outre, la Suisse présente un des taux de mortalité des nourrissons les plus bas du monde.
- Plus d'un tiers des adultes présentent une surcharge pondérale en Suisse.
- Dans notre pays, quelque 100'000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence.
- Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en Suisse. L'infarctus est le principal problème cardio-vasculaire.
- Le cancer représente la deuxième cause de décès en Suisse.
- Le marché de la santé est l'un des principaux employeurs de Suisse. Une personne active sur neuf travaille dans le secteur de la santé, ce qui représente environ 523'000 personnes. En janvier 2008, on comptait dans les hôpitaux 133'026 postes à plein temps. Le nombre de médecins a passé durant les 40 dernières années de 5'500 à 15'090.

- Les 318 hôpitaux ayant fait l'objet d'analyses statistiques¹ ont effectué 1,2 millions de traitements stationnaires.
- En Suisse, les coûts de la santé publique se montent actuellement à 55 milliards de francs, ce qui correspond à 10,8 pourcent du produit intérieur brut².
- Les citoyennes et citoyens paient juste deux tiers des 55 milliards de francs sous forme de primes, d'impôts et de paiements directs. Le tableau ci-dessous donne un aperçu des divers coûts, des partenaires financiers ainsi que de l'évolution durant les 15 dernières années:

Indices	1996	2007	2008 / 2009
Coûts de la santé en mia. de CHF³	37,5	55,3	60,8 mia.⁴
Nombre d'actifs au total	377'147 (1995)	482'316 (2005)	523'000 (2008)
Pourcentage du PIB	9,9 %	10,8%	11,8% ⁵
Pourcentage des coûts pris en charge par les caisses-maladie en comparaison avec le total des coûts de la santé publique	31,3%	35,2 %	encore inconnu
Dépense des caisses-maladie par tête en CHF	1'723	2'863	plus de 3'000

Le système de la santé suisse se trouve à un tournant. Si des réformes fondamentales ne sont pas lancées, l'assurance maladie obligatoire va se retrouver dans les années à venir dans une situation financière très critique. La hausse des coûts dans le domaine de la santé grèvera trop les budgets des ménages privés, de

¹ L'Office fédéral des statistiques dans: Santé publique en Suisse, édition 2009/2010, Interpharma, Bâle, 2010.

² La valeur de toutes les marchandises et prestations produites en Suisse.

³ Pronostic établi par le KOF en 2009, Institut de recherches conjoncturelles (KOF) de l'EPFZ, <http://www.kof.ethz.ch/>.

⁴ Pronostic établi par le KOF, op. cit.

sorte que les pouvoirs publics devront assurer le financement par le biais des impôts qui sont à leur tour payés par les privés.

Déjà en 2007, 39 pour cent des ménages ont bénéficié de réductions de primes à l'échelle suisse. Un enfant sur deux bénéficie aujourd'hui d'une réduction des primes. En 2009, la contribution de la Confédération pour les réductions de primes a passé de 1,78 à 1,81 milliards de francs. Si l'on y ajoute les contributions des cantons, ce sont environ 3,5 milliards de francs qui ont été distribués aux ménages en 2009. Sans redressement de la situation, près de la moitié des ménages ne seront plus en mesure de payer leurs primes d'assurance par leurs propres moyens.

Le PDC s'engage en faveur d'une médecine de qualité au meilleur prix. Nous sommes persuadés qu'il est possible d'utiliser plus efficacement les moyens disponibles dans le domaine de la santé publique et que certains prix peuvent être diminués.

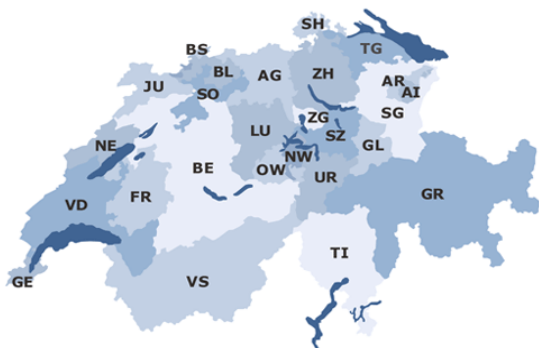
Le PDC s'est fixé l'objectif suivant : l'évolution des coûts payés par les caisses-maladie doit correspondre à celle du produit intérieur brut. Cela signifie que les périodes de croissance zéro représentent aussi un plafonnement des coûts assumés par l'assurance maladie. Aujourd'hui, la hausse des coûts supportés par les caisses-maladie est nettement supérieure au PIB.

Nous voulons redresser, à l'aide d'un programme en 6 points, le système de santé suisse sur le plan qualitatif et le rendre à nouveau abordable.

1. Des régions de soins de santé à la place des frontières cantonales

Le PDC demande que la couverture et la planification des soins médicaux soient organisées par des régions de soins de santé (à la place des cantons comme jusqu'ici).

Avant: 26 systèmes cantonaux



Après: régions de soins de santé



De véritables régions de soins de santé à la place des 26 systèmes de santé différents

Les régions de soins de santé sont formées d'après les critères suivants : taille de la région, hôpital du centre existant et collaboration intercantonale actuelle entre les hôpitaux. Ces régions se chargeront d'assurer les prestations de soins de qualité requises à des prix raisonnables. Au centre de chaque région se situera, soit un hôpital universitaire, soit un hôpital offrant une médecine de qualité à haut niveau (hôpital du centre). Les autres hôpitaux dans la région de soins de santé offrent les prestations médicales comme par exemple la médecine interne classique, les interventions chirurgicales quotidiennes, la médecine d'urgence, l'anesthésie et la radiologie, la médecine intensive, les prestations de soins ainsi que différentes thérapies.

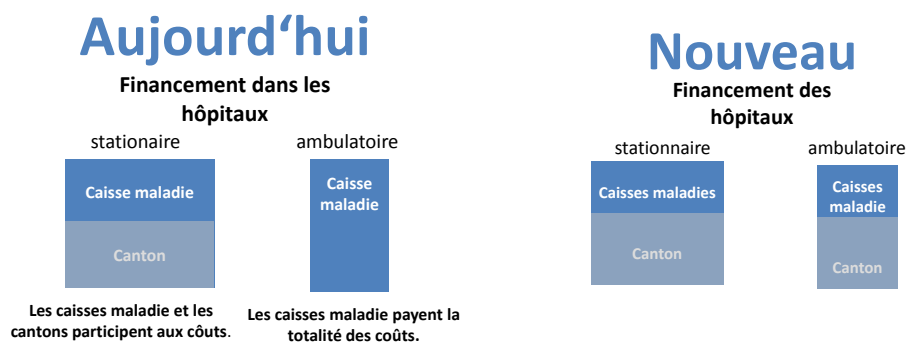
Les soins médicaux de base seront assurés par les cabinets médicaux, les centres de santé, les hôpitaux régionaux, ainsi que par d'autres fournisseurs de prestations. Ces soins seront garantis grâce à une étroite collaboration entre médecins de famille, pédiatres, pharmaciens et autres fournisseurs de prestations de base, tels que les services d'ASAD (d'aide et de soins à domicile) et d'autres offres de soins. Ces professionnels de la santé forment les réseaux de soins et garantissent les soins médicaux de base. Contrairement aux formes de cabinets médicaux classiques avec un médecin qui prédominent à l'heure actuelle, les cabinets de l'avenir sont des « centres de santé » qui proposent des heures d'ouverture très différentes et répondent aux besoins des patientes et des patients (par exemple de 6h00 à 24h00).

Ces réseaux de soins coordonnés placent l'être humain, qui requiert des soins médicaux de qualité à des prix raisonnables, au centre de leurs préoccupations.

Le PDC s'engage pour que les réseaux de soins coordonnés soient inscrits en tant que standard dans la loi sur l'assurance maladie. Avec ce modèle, le patient sera guidé par le médecin de son choix à travers la chaîne des soins nécessaires. Selon le réseau, les assurés choisissent la pharmacie, la permanence téléphonique ou le médecin de famille comme premier recours. Grâce à la création de chaînes de soins à l'intérieur d'un réseau et de l'accompagnement du patient tout au long du processus, il en résulte une meilleure qualité, une efficacité et un traitement à des coûts raisonnables. Les structures actuelles doivent être remaniées afin de les développer en prévision des besoins futurs. Nous passons d'un système cloisonné par des frontières cantonales à de vraies régions de soins de santé.

2. Financement intelligent: une utilisation efficace des impôts

Le PDC veut corriger les fausses incitations qui résultent des mécanismes de financement actuels. C'est pourquoi il est prévu de financer à l'avenir le domaine des soins stationnaires (le financement des hôpitaux) incluant les consultations ambulatoires sur la base de la même clé de répartition des coûts : les pouvoirs publics assument une part identique du financement que les assureurs. Les clés de financement divergentes entre le secteur ambulatoire et stationnaire mènent à des traitements inadéquats des patients et à des déplacements involontaires des flux de patients. La décision de savoir s'il y a lieu de fournir une prestation stationnaire ou ambulatoire ne devrait pas être prise en fonction de la couverture d'assurance, mais en fonction du genre et de la gravité de la maladie.



Le canton paie une partie fixe à tout traitement médical effectué dans les hôpitaux. Les assureurs participent également au financement des coûts dans les hôpitaux. La part des assureurs diminue considérablement. Ceci permet une stabilisation des primes grâce à une prise en charge plus importante par le canton.

Le PDC ne veut pas que les primes dépendent du revenu de l'assuré. Le nouveau financement permettra de stabiliser la charge des primes pour la classe moyenne. Avec le modèle du PDC, les cantons prendront en charge une partie des coûts liés aux prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux. Cela permettra de garder sous contrôle la réduction des primes sous sa forme actuelle. Désormais les réseaux de soins coordonnés seront introduits en tant que standard dans la loi. La réduction des primes s'alignera sur les primes des modèles d'assurance intégrés.

Le PDC considère que l'introduction d'une caisse unique ou de caisses cantonales n'apportera, ni une solution aux problèmes existants, ni un développement de la santé publique axé sur les besoins futurs. Il s'agit plutôt d'une diversion de la prise en considération des vrais problèmes qui sont l'augmentation des coûts et des prestations médicales. Les coûts dans le système de la santé continueront à augmenter et par conséquent les primes aussi. Il y aura de plus en plus de ménages qui profiteront des subventionnements étatiques, car ils ne seront plus en mesure de payer leurs primes. Les familles de classe moyenne vont être touchées de plein fouet par la lourde charge des primes, ce qui va diminuer leur pouvoir d'achat. Le PDC s'engage en faveur d'un mélange de concurrence et de contrôle étatique. C'est la seule manière de pouvoir garantir « une médecine de qualité au meilleur prix » et de stabiliser la charge des primes pour la classe moyenne.

Le PDC s'engage en faveur d'une exonération des primes de caisse maladie pour les enfants et les jeunes. Cette mesure simplifiera considérablement la procédure de réduction des primes et les charges des familles de la classe moyenne seront sensiblement réduites. Ainsi, la répartition dans l'assurance maladie sera plus équitable entre les générations.

3. Une médecine de qualité au meilleur prix

Des centres de santé et les cabinets médicaux individuels vont assurer les soins médicaux de base dans les régions de soins de santé. Les médecins de famille, les pédiatres, spécialistes, pharmaciens ainsi que les services de l'ASAD et d'autres prestataires travaillent de manière coordonnée dans le cadre de réseaux de soins. La Suisse connaît une situation paradoxale en ce qui concerne la couverture médicale: dans les villes et les agglomérations, l'offre suffisante est suffisante – dans la plupart des villes, il y a même une offre qui va au-delà du nécessaire. La situation est très différente et préoccupante dans certaines régions du pays, ou des villages ou vallées ne sont plus en mesure de trouver un médecin pour le cabinet médical du lieu. Pour les personnes habitant dans ces localités, le risque de sous-couverture médicale est un vrai problème. Dans la globalité, la Suisse ne connaît pas de pénurie de médecins. La répartition géographique de l'offre des prestations n'est pas idéale. Raison pour laquelle des réformes s'imposent dans ce domaine.

Si nous visons une médecine de qualité au meilleur prix, nous avons besoin de règles et de conditions claires : un fournisseur de prestations ne peut conclure un contrat de règlement des factures avec les caisses-maladie que s'il est en possession d'un diplôme fédéral de médecin reconnu ou d'un titre professionnel et s'il remplit les conditions minimales déterminées par les associations professionnelles. Cela permet de piloter clairement l'offre par région de soins de santé. Les centres de santé et, en particulier dans les régions rurales, les cabinets médicaux individuels garantiront au sein de réseaux de soins coordonnés de bons soins médicaux de base dans des régions de soins de santé.

Les fournisseurs de prestations doivent adhérer à un modèle de réseau de soins coordonnés, afin de garantir de bons soins médicaux de base. C'est ainsi que nous permettrons la création de véritables régions de soins de santé offrant localement des soins médicaux de base solides et de qualité.

4. Contrôles systématiques des prestations

Le PDC s'engage au niveau de la politique de santé pour que tout un chacun bénéficie aussi à l'avenir de soins médicaux de base de qualité. Si le catalogue des devoirs et prestations médicales correspond également à l'avenir à un libre-service,

nous ne pourrions freiner l'évolution vers une diminution de l'offre des prestations médicales.

En raison de l'évolution de la médecine, des possibilités de diagnostics et thérapies nouvelles, le PDC demande un contrôle systématique et régulier des prestations relatives à toutes les interventions médicales prises en charge par les assureurs maladie. Selon la loi, les prestations médicales doivent être efficaces, appropriées et rentables. Le PDC demande que ces critères soient concrétisés et mis en œuvre. Nous invitons le Conseil fédéral à agir, spécialement dans les domaines très coûteux suivants:

- Recours avec retenue à des médicaments et à des méthodes de traitement dont l'utilité est minime par rapport aux coûts.
- Examen périodique du catalogue de prestations, y compris des médicaments et autres méthodes thérapeutiques. Si leur plus-value n'est pas confirmée pour les patients (evidence-based medicine), ils seront biffés du catalogue des prestations de l'assurance obligatoire. La plus-value de nouvelles méthodes coûteuses doit être démontrée.
- Pas d'opérations, de radiothérapies ou d'autres médicaments pour des patients gravement malades qui ne les souhaitent pas.
- En cas de prescription controversée de médicaments et de méthodes de traitements onéreux (par ex. Off Label-Use), les médecins, caisses-maladie et autres acteurs concernés s'entendent afin d'élaborer des directives en vue de préparer une législation dans ce domaine.

Le PDC s'engage pour que les personnes atteintes d'une maladie grave soient traitées avec dignité. L'être humain et les valeurs éthiques sont aussi prioritaires en fin de vie. Les médecins doivent décider avec les patients si une thérapie onéreuse est encore nécessaire. Les hôpitaux doivent mettre à disposition du personnel formé aux questions éthiques qui pourra être associé aux décisions dans des cas difficiles.

5. Accès aux soins palliatifs

Une espérance de vie en hausse augmente également la durée de la phase des besoins de soins. La qualité des soins prodigués durant cette dernière phase de la vie varie en Suisse. De fait, un soulagement insuffisant est souvent apporté face aux

douleurs et autres troubles, de même qu'aux problèmes physiques ou psychiques. En Suisse, la majorité des personnes décèdent dans un home médicalisé ou dans un foyer pour personnes âgées bien que la plupart d'entre eux désirent mourir à la maison.

Le PDC demande l'introduction des soins palliatifs à l'échelle nationale: à l'hôpital, dans un centre de soins palliatifs et à la maison (l'aide et les soins palliatifs à domicile et les soins oncologiques à domicile). Le PDC s'engage en faveur d'un accompagnement digne des malades en fin de vie grâce à une médecine palliative performante permettant aux personnes éprouvées d'avoir malgré tout 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. En cas de maladie grave, le PDC demande de renforcer le dialogue entre toutes les personnes concernées – patients, proches, médecins, personnel soignant – sur l'adéquation d'une thérapie ou d'une intervention médicale. 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.

Nous sommes appelés à faire en sorte que la demande de prestations de soins puisse être couverte. Sur la base des brefs séjours à l'hôpital, on estime qu'en 2030 le besoin de soins à domicile aura doublé ou triplé par rapport à aujourd'hui. Il faut également prévoir qu'à l'avenir les gens seront en général de moins en moins disposés à soigner leurs proches à la maison, parce qu'ils n'en auront pas ou qu'ils ne pourront pas renoncer à leur activité professionnelle.

6. Responsabilité personnelle et prévention

Le PDC veut récompenser la responsabilité personnelle dans l'intérêt de la société. Nous y parvenons par exemple par l'introduction d'une participation différenciée aux coûts et par l'adhésion à des réseaux de soins coordonnés. Les 6 demandes exposées dans le présent document sont des incitations permettant d'éviter le gaspillage de prestations médicales. D'un autre côté, le PDC veut rester fidèle à une

assurance maladie solidaire obligatoire. Le PDC considère toutefois aussi qu'une prévention pragmatique modérée est par principe un élément important d'une politique de santé équilibrée. L'Etat ne doit cependant intervenir en matière de prévention que si et dans la mesure où cela s'avère nécessaire dans l'intérêt de la santé publique, comme en cas de risques de pandémie ou de maladies contagieuses, telles que le SIDA.

Des mesures de prévention sont également nécessaires afin de lutter contre les maladies les plus fréquentes, citées au début de la résolution et qui dépendent en première ligne du mode de vie. Le but de la prévention n'est pas uniquement d'empêcher des maladies contagieuses mais aussi de prévenir des maladies en forte augmentation comme les problèmes cardio-vasculaires, le diabète, l'ostéoporose, l'asthme et le cancer. Parmi ces maladies, la cause peut être le mode de vie et l'état général de santé. Les mesures pour y remédier sont une alimentation équilibrée et saine, suffisamment d'activités physiques, pas d'excès d'alcools, pas de fumée. La prévention doit être menée là où les gens vivent, travaillent, vont à l'école, chez le médecin, bref: à la base.

L'Etat ne doit cependant intervenir en matière de prévention que si et dans la mesure où cela s'avère nécessaire dans l'intérêt de la santé publique. Il importe d'éviter toute atteinte inutile ou excessive à la liberté personnelle et entrepreneuriale sous le prétexte de la prévention. La coordination entre les efforts déployés par la Confédération en matière de prévention et ceux engagés par les cantons est d'une importance centrale. Contrairement aux campagnes menées jusqu'ici par l'OFSP en faveur de la santé, le PDC ne veut pas couvrir la Suisse d'affiches, mais il veut organiser des actions sur le plan local, dans les cantons et les communes, les écoles et les associations. Nous voulons mettre les gens en mouvement et soutenir les offres d'activités sportives dont tout le monde peut profiter de manière simple et sans grandes dépenses. La sensibilisation pour une alimentation saine doit être réalisée avec des mesures concrètes sur place « une pomme ou une carotte pour les dix heures ».

Liste des membres de la commission « santé » du PDC suisse

Amacker-Amann K.	Conseillère nationale et Présidente de la commission	Pharmacienne	Bâle campagne
Binz J.	Président CA Ebi Pharm AG		Berne
Conti-Läuppi C.	Conseiller d'Etat		Bâle ville
David E.	Conseiller aux Etats		St. Galle
Eggler J.		Juriste LA urologie Hôpital cantonal	Argovie
Eigenmann J.	a. Verfassungsrat	Fribourg	Fribourg
Frick B.	Conseiller aux Etats	Avocat/ Notaire	Schwyz
Güntensperger S.	Délégué du CA RehaClinic		Argovie
Heuberger G.	Collaborateur santésuisse	Juriste	Zurich
Hochreutener N.	Conseiller national	Juriste	Berne
Leuthard D.	Cheffe du Département fédéral de l'économie	Avocate	Berne
Marti F.	Médecin de famille	Médecin	Bâle campagne
Merki Frey M.	Directrice	Trovacon AG	Argovie
Meyer-Kaelin T.	Conseillère nationale Conseiller dans le système de santé	Juriste	Fribourg Niederwangen b. Berne
Moser M.	Secrétaire politique	MA relations internationales	Berne
Perina-Werz A.	Ancienne membre du Grand Conseil		Zurich
Ramer-Stäubli B.	Consigliere nazionale		Tessin
Robbiani M.	Conseiller dans le système de santé		Argovie
Sanader F.	Ancien membre du Grand Conseil	Médecin chef, Hôpital Muri AG	Lucerne
Schönholzer C.	Conseiller aux Etats		Fribourg
Schwaller U.	Conseiller aux Etats		Thurgovie
Stähelin P.	Conseiller aux Etats		Argovie
Stierli P.	Professeur et médecin chef	Chirurgie vasculaire EBSQ VASC	Argovie
Voegtli T.	Membre du Grand Conseil	Pharmacien	Argovie
Wick-Von Arx H.	Ancien Conseiller national	Médecin Médecin spécialisé FMH en chirurgie	Bâle ville
Wicky B.			Zoug