

**pour une nouvelle
politique suisse
de la santé :
évaluation de
projets en cours**

Responsable de projets



Fridolin Marty est responsable suppléant Politique économique générale et formation chez economiesuisse et préside le groupe de travail sur la santé.

Groupe de travail

Nous remercions les membres du groupe de travail sur la santé d'economiesuisse de leur collaboration :

- Bettina Baltensperger, hotelleriesuisse
- Christophe Berdat, Swiss Cigarette
- Lars-Olaf Brendel, Swiss Cigarette/PMI
- Melchior Buchs, FASMED Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale
- Urs Brogli, Cliniques privées suisses PKS, jusqu'en avril 2011
- Jean-Luc Delay, vips Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse
- Bruno Henggi, Interpharma
- Walter P. Hölzle, vips Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse
- Andreas Knöpfli, SWICO Association économique pour la Suisse numérique
- Marcel Kreber, Association suisse des brasseries
- Rolf Lüthi, Cliniques privées suisses PKS
- Urs Martin, Cliniques privées suisses PKS, à partir d'avril 2011
- Urs Meister, Avenir Suisse
- Roland A. Müller, Union patronale suisse UPS
- Markus Nufer, Nufer Consulting AG
- Clemens Roggen, SGCI Chemie Pharma Schweiz
- Heinz Roth, Association Suisse d'Assurances ASA
- Heiner Sandmeier, Interpharma
- Iris Schultheiss, Association Suisse d'Assurances ASA
- David Stirnimann, hotelleriesuisse
- Dennis Theis, Association of Management Consultants Switzerland ASCO
- François Thoenen, Swiss Cigarette/PMI

Sommaire

	L'essentiel en bref	3
	Introduction	4
1	Evaluation de projets en cours	5
	1.1 Assurance de la qualité au niveau fédéral	5
	1.2 Qualité des soins (médecine de pointe et coopération interrégionale)	6
	1.3 Financement hospitalier – accroissement de la transparence des coûts	7
	1.4 Introduction du managed care (soins intégrés)	9
	1.5 Compensation des risques	10
	1.6 Liberté de contracter	11
	1.7 Promotion de la cybersanté (eHealth)	11
	1.8 Loi sur la prévention	12
	1.9 Introduction d'une caisse unique	13
2	Synthèse : évaluation de projets en matière de politique de la santé à l'aune des critères définis	14

L'essentiel en bref

Les lignes directrices de l'économie peuvent servir de base pour l'évaluation de projets de politique de la santé

Evaluation de projets sur la base de cinq critères

L'évaluation de projets de politique de la santé se fonde sur les lignes directrices de l'économie. Tous les projets de réforme sont évalués selon le même schéma, lequel s'appuie sur les cinq piliers d'une bonne politique :

- Le projet respecte-t-il les principes de politique économique ?
- Favorise-t-il une concurrence axée sur les prestations ?
- Encourage-t-il l'innovation ?
- Quelles sont les conséquences de la réforme sur la politique financière ?
- Tient-elle compte de la responsabilité individuelle ?

Lorsque la réponse aux cinq questions est oui, l'économie soutient le projet. Si la réponse à certaines est non, une évaluation globale s'impose pour établir sa position.

Vaste choix d'idées pour le système de santé

Nous avons sélectionné neuf projets parmi la multitude d'interventions ayant trait à la politique de la santé. Ils concernent tous la politique de la santé nationale et ont une portée macroéconomique. Leur spectre va de la fourniture des soins (qualité, collaboration interrégionale) au financement (financement des hôpitaux, compensation des risques), en passant par l'organisation (liberté de contracter, managed care, cybersanté). Deux thèmes politiquement sensibles sont également abordés avec l'initiative pour une caisse unique et la loi sur la prévention.

La caisse unique ne satisfait pas quatre des cinq exigences de l'économie

Afin d'illustrer l'approche d'économiesuisse, examinons l'évaluation de deux projets : la caisse unique ne satisfait pas quatre des cinq critères définis. Il n'y a qu'un domaine dans lequel ce projet n'a pas un impact clairement négatif : la politique financière. Sous l'angle des conditions-cadre et de la politique de concurrence, une caisse en situation de monopole aurait des conséquences très négatives. Un monopole étatique empêche le jeu de la concurrence entre les assureurs. En outre, les pouvoirs publics s'immisceraient dans les questions opérationnelles, au lieu de se limiter à établir les règles du jeu et à les faire appliquer. Un monopole restreint aussi la responsabilité individuelle et freine la capacité d'innovation.

En ce qui concerne la prévention, une loi-cadre intelligente permettrait de remettre de l'ordre dans ce domaine

L'évaluation de la nouvelle loi sur la prévention dépend largement de sa transposition concrète. Le principal élément négatif est la création d'un institut pour la prévention, problématique au regard des conditions-cadre et de la politique de concurrence. Elle instaurerait un monopole dans ce domaine. Un modèle trop paternaliste aurait en outre pour effet d'affaiblir la responsabilité individuelle. En revanche, une loi-cadre intelligente pourrait contourner ces écueils et remettre de l'ordre dans le domaine de la politique de prévention.

Un compas pour une analyse détaillée

Avec ce modèle d'évaluation, la politique de la santé de l'économie est transparente et cohérente. Il permet une évaluation sommaire rapide des projets et est utile pour leur analyse détaillée. Enfin, cette approche autorise un équilibrage des divers intérêts des plus de cent associations de branche membres d'économiesuisse.

Introduction

Une grille d'évaluation pour les projets de réforme

L'approche analytique utilisée pour évaluer les projets dans le domaine de la santé se fonde sur les cinq critères présentés dans la publication « Pour une nouvelle politique suisse de la santé : lignes directrices de l'économie » :

1. Conditions-cadre
2. Concurrence
3. Innovation
4. Responsabilité individuelle
5. Politique financière

La grille utilisée par *economiesuisse* pour évaluer les projets dans le domaine de la santé compte cinq éléments

Les initiatives, projets de lois et interventions – appelés ci-après « projets » – dans le domaine de la santé peuvent être analysés à l'aune des cinq critères des lignes directrices. Ceux-ci servent de fil conducteur à *economiesuisse* pour évaluer les projets de réforme dans le système suisse de la santé.

La grille d'évaluation permet en règle générale de vérifier rapidement si un projet de politique de santé obtient l'assentiment de l'économie. Ce faisant, il peut tout à fait arriver qu'un projet ne remplisse pas tous les critères. Dans ce cas, l'économie détermine sa position sur la base d'une pesée globale des intérêts. Les positions d'*economiesuisse* dans le domaine de la santé gagnent ainsi en transparence et en cohérence. Les évaluations sont actualisées en permanence.

1 Evaluation de projets en cours Jaugés

à l'aune des lignes directrices de l'économie, les projets de réforme de la politique suisse de la santé ne se révèlent pas tous convaincants

Neuf projets de politique de santé ont été sélectionnés et évalués sur la base des lignes directrices de l'économie

Critères de sélection

Pour être sélectionnés, les projets de politique de santé doivent satisfaire à trois exigences :

1. Le projet touche aux thèmes-clés que sont les conditions-cadre, la concurrence, l'innovation, la politique financière et la responsabilité individuelle.
2. Le projet a une portée macroéconomique.
3. Le projet entre dans le cadre de la politique nationale de la santé.

Neuf projets, qui satisfont à ces exigences, sont présentés et évalués ci-après.

1.1 Assurance de la qualité au niveau fédéral

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) représente la principale loi au niveau fédéral dans le domaine de la santé. La LAMal garantit un accès uniforme à des prestations de soins de très haute qualité dans l'assurance de base et à des méthodes diagnostiques et thérapeutiques spécialisées (art. 25 et art. 43⁶ LAMal). La Confédération exerce une fonction de surveillance pour garantir et améliorer la qualité des prestations médicales (art. 21⁴ LAMal). Conformément à l'art. 58 LAMal, il est possible de prévoir des mesures pour garantir la qualité des prestations dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Assurance de la qualité dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=fr
- Rapport relatif à la stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé
www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=29743

Rien n'incite les fournisseurs de prestations de santé à collecter et à publier des données sur la qualité

On ne dispose actuellement d'aucune donnée au sujet de la qualité dans le système suisse de la santé. Aucune transparence n'existe en la matière. Les discussions se focalisent sur la question des coûts. Rien n'incite les fournisseurs de prestations de santé à collecter et à publier des données sur la qualité. Cette situation n'est pas satisfaisante. Différentes initiatives ont donc vu le jour au niveau fédéral pour instaurer la transparence au niveau de la qualité

des soins. Ce faisant, il est important de maintenir le principe de subsidiarité. Dans la loi et les ordonnances, les conditions-cadre devront être aménagées de manière à garantir des règles efficaces et conformes aux principes de la concurrence en matière d'incitations et de sanctions. La Confédération associe ainsi des conditions-cadre irréprochables et des éléments de concurrence. Elle se borne à garantir les conditions-cadre nécessaires, à édicter des prescriptions de planification d'intérêt national et à accomplir des tâches de contrôle et d'information. L'exécution de la stratégie en matière de qualité demeure avant tout une tâche incombant aux acteurs du système de santé, à savoir les fournisseurs de prestations et les assureurs. Ces acteurs doivent être associés dès le départ à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de qualité.

Position d'economiesuisse

- economiesuisse approuve les efforts de coordination entrepris par la Confédération pour améliorer l'assurance de la qualité dans le système de la santé.

1.2 Qualité des soins (médecine de pointe et coopération interrégionale)

Le système suisse de la santé se caractérise par une structure fédéraliste. En 1998, un processus intitulé « Dialogue de la politique nationale de la santé » a été lancé à l'initiative du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Il vise à mieux coordonner les politiques de la santé de la Confédération et des cantons. En parallèle, en signant la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), les cantons se sont engagés à planifier et à attribuer en commun la médecine hautement spécialisée (MHS).

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Dialogue de la politique nationale de la santé
www.nationalegesundheit.ch/fr/le-dialogue/index.html
- Communiqué de presse du 28 mai 2010 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Premières décisions dans la planification de la médecine hautement spécialisée
www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Medienmitteilungen/MM_HSM_20100528_def_f.pdf

La coopération interrégionale ne doit pas s'arrêter aux frontières cantonales. C'est le seul moyen de créer des pôles de soins et d'augmenter le nombre de cas.

La structure fédéraliste du système de santé nuit à la qualité des soins. Dans de nombreux hôpitaux, le très petit nombre de cas menace la qualité à long terme. Des coopérations interrégionales qui ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales permettront de créer des pôles de soins. Le nombre de cas par unité de soins augmentera, ce qui améliorera la qualité et la transparence. L'amélioration de la transparence profitera aux patients qui pourront mieux exercer leur liberté de choix. Il s'agit-là d'une condition importante pour assurer une saine concurrence entre les prestataires. En outre, les coûts

d'infrastructure seront répartis entre un plus grand nombre de patients, ce qui générera des gains d'efficacité dans le système de santé. Au chapitre de la médecine de pointe, il faut créer des centres nationaux si l'on veut que nos structures de soins se rapprochent de celles des pays voisins. Dans des Etats comparables, les centres spécialisés par région sont beaucoup moins nombreux. Pourtant, leurs indicateurs de santé sont comparables. Les infrastructures actuelles en Suisse coûtent cher et sont peu efficaces. Ces coûts pèsent tant sur les assurés que sur les pouvoirs publics.

Position d'economiesuisse

- ▶ economiesuisse est favorable à un allègement des infrastructures dans le domaine hospitalier. Cet allègement doit s'effectuer sur la base d'une concurrence axée sur les prestations. La médecine de pointe fait exception. A ce niveau, des décisions politiques, axées sur des paramètres de qualité, sont aussi nécessaires pour parvenir à une concentration rapide des ressources. Il sera ainsi possible de maintenir un réseau de soins performant dans la médecine de pointe à des coûts financièrement supportables.

1.3 Financement hospitalier – accroissement de la transparence des coûts

La motion Humbel charge le Conseil fédéral de reprendre les travaux de révision de la LAMal visant à instaurer un système de financement moniste et à élaborer un modèle en la matière. Les forfaits par cas (DRG) seront introduits dans toute la Suisse à partir du 1^{er} janvier 2012. L'actuel financement par établissement sera remplacé par le financement des prestations. Ce changement de système se fonde sur l'arrêté de l'Assemblée fédérale du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Motion CN Humbel : Instauration du système moniste dans la LAMal
www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20093275
- Objet du Conseil fédéral. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier.
www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20040061

Le financement hospitalier manque de transparence et ne respecte pas le principe de la vérité des coûts. Par conséquent, il est question depuis longtemps de remplacer l'actuel système dual par un système moniste. Dans un tel système, un seul bailleur de fonds finance toutes les prestations. Ce principe s'applique aujourd'hui déjà dans le domaine des prestations ambulatoires. Ce n'est pas le cas des prestations des hôpitaux, qui sont financées tant par les assureurs maladie que par les cantons. L'actuel financement dual dans le domaine hospitalier doit être abandonné au nom des conditions-cadre, de la concurrence et de la politique financière.

Le double rôle des cantons est problématique sous l'angle des principes économiques : ils sont à la fois fournisseurs et financeurs de prestations et tiennent lieu d'arbitre en cas de litige sur les tarifs

En ce qui concerne le critère des conditions-cadre, le double rôle des cantons pose problème. Ces derniers sont à la fois fournisseurs et financeurs de prestations et tiennent lieu d'arbitre en cas de litige entre un hôpital et un assureur sur la question des tarifs. Pour ce qui est des critères de la politique financière et de la concurrence, le non-respect du principe de la vérité des coûts dans le domaine hospitalier – alors que ce principe s'applique dans le domaine ambulatoire – est problématique pour les assureurs maladie. Dans le domaine hospitalier, 45% environ des prestations sont financées par l'assurance obligatoire des soins, alors que le reste est à la charge des cantons. Dernier élément critiquable : le double rôle des cantons lors de l'établissement des listes d'hôpitaux. En étant à la fois autorités de régulation et fournisseurs de prestations, les cantons peuvent restreindre la concurrence entre les hôpitaux publics et privés.

Position d'economiesuisse

- Une condition essentielle pour permettre des gains d'efficacité dans un système moniste est de supprimer l'obligation de contracter dans le domaine hospitalier. Dans un système de financement moniste, les listes d'hôpitaux sont une aberration. Le pilotage du système doit être axé sur la demande. economiesuisse est favorable à un financement moniste qui, associé à la liberté de contracter, se traduira par des gains d'efficacité considérables.

L'introduction, prévue pour 2012, des groupes de cas (Swiss-DRG) améliorera la transparence du financement hospitalier. Les prestations des différents hôpitaux pourront mieux être comparées entre elles. Il sera alors possible de mettre l'accent sur la qualité des prestations. Les hôpitaux performants offrant un rapport coût-prestation intéressant pourront se profiler. Le paysage hospitalier gagnera en transparence et la concurrence entre les prestataires augmentera. Cette mesure présente toutefois un risque au regard des conditions-cadre : des cantons tenteront de faire figurer les hôpitaux publics sur les listes sans comparer leurs prestations avec celles des hôpitaux privés. Les listes d'hôpitaux ont pour but d'assurer l'offre de soins. Une planification minimale est en effet nécessaire. Mais les listes d'hôpitaux ne doivent pas réduire le nombre de cas par hôpital, car cela entraverait la concurrence.

Lors de la mise en œuvre au niveau cantonal, il faudra éviter de réduire à néant les incitations positives introduites par la LAMal

Lors de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, il faudra éviter quelques écueils, tels que le fonds de compensation du canton de Zurich ou les nombreuses prescriptions aux airs d'économie planifiée du canton de Vaud. Ces dispositions auraient pour effet d'affaiblir les hôpitaux privés rentables. L'introduction de Swiss-DRG et le nouveau financement hospitalier ne peuvent à eux seuls résoudre tous les problèmes. Les lois d'application cantonales ne devront pas réduire à néant les incitations positives introduites par la LAMal. Il faudra en particulier tenir compte des effets du nouveau système de financement sur les incitations. Pour que l'introduction de Swiss-DRG ne réduise pas les incitations à l'innovation, par exemple, des modèles de soins intégrés devront être introduits. Une prise en compte globale permettra ainsi de montrer l'efficacité de méthodes de traitement innovantes.

Position d'economiesuisse

- ▶ economiesuisse salue l'introduction des groupes de cas. Il faudra contrer les éventuels effets négatifs sur l'accès aux traitements innovants par le biais de mesures de régulation. La concurrence (réglementée) souhaitée par le Parlement ne doit pas être entravée par des prescriptions cantonales relatives à l'établissement des listes d'hôpitaux.

1.4 Introduction du managed care (soins intégrés)

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a posé les bases légales de formes particulières d'assurance. Diverses formes particulières d'assurance fondées sur ces dispositions sont apparues. Une fois que la dynamique initiale s'est estompée, les effectifs d'assurés de ces modèles d'assurance particuliers ont eu tendance à stagner. La révision partielle relative au managed care doit permettre, selon la volonté du législateur, de définir les réseaux de soins comme une forme particulière d'assurance, de les ancrer dans la législation et de les encourager.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Objet du Conseil fédéral. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed Care.
www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20040062

Les modèles de managed care pourraient devenir le modèle standard de l'assurance de base – même s'ils ne sont pas obligatoires. Les personnes qui souhaiteraient disposer d'une totale liberté de choix devraient en payer le prix.

Les modèles de managed care (soins intégrés) dans l'assurance de base encouragent la transparence et créent des synergies. Il en résulte une amélioration de la qualité des soins. L'accès à des méthodes de traitement innovantes n'est pas restreint. Pour que la concurrence puisse fonctionner, la Confédération ne devrait prescrire aucune obligation, ni spécifier trop précisément les modèles de soins intégrés. Seules des conditions-cadre doivent être fixées dans la loi. Il suffit qu'un tel modèle satisfasse certains critères prédéfinis, comme la participation du fournisseur de prestations à la responsabilité budgétaire. Les modèles de soins intégrés pourraient devenir le modèle standard de l'assurance de base. Les personnes qui souhaiteraient disposer d'une totale liberté de choix devraient en payer le prix. Cela aurait pour effet de diminuer les coûts à la charge de la collectivité et d'encourager les modèles de soins intégrés.

Position d'economiesuisse

- ▶ economiesuisse juge opportun d'introduire largement les modèles de soins intégrés dans l'assurance de base.

1.5 Compensation des risques

La modification du financement hospitalier s'est accompagnée d'une modification de la compensation des risques. Le critère déterminant un risque de maladie accru est un séjour dans un hôpital ou un établissement de soins d'une durée de plus de trois jours durant l'année précédente. Cette nouvelle disposition vise à limiter la sélection des risques par les caisses. Le Parlement envisage aussi, dans le cadre du projet sur les soins intégrés, une nouvelle extension de la compensation des risques.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Objet du Conseil fédéral. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Financement hospitalier. www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20040061
- Objet du Conseil fédéral. Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed Care. www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20040062

Le système actuel de compensation des risques tient compte uniquement de l'âge et du sexe des assurés – et ne couvre qu'insuffisamment les risques effectifs de maladie

Dans le système actuel, des soins intégrés et efficaces (managed care) intéressent peu les assurances, car la compensation actuelle des risques – basée sur les seuls critères de l'âge et du sexe – ne couvre qu'insuffisamment les risques effectifs de maladie. C'est pourquoi des efforts sont entrepris depuis longtemps pour améliorer la compensation des risques. Les variables susceptibles d'entrer en ligne de compte sont, par exemple, le nombre de journées d'hospitalisation, la remise de médicaments spécifiques ou les maladies (indicateurs de morbidité). La situation concurrentielle entre les assureurs s'améliorera, car la chasse aux bons risques n'en vaudra plus la peine.

Position d'économiesuisse

- ▶ economiesuisse est favorable à une extension qualitative de la compensation des risques. Le volume de la redistribution ne doit cependant pas augmenter de manière disproportionnée par rapport au volume des coûts, car les assureurs maladie risquent, le cas échéant, de ne plus assumer la responsabilité des coûts. Il en résulterait un affaiblissement de la concurrence entre les assureurs.

1.6 Liberté de contracter

Depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), le Parlement se penche régulièrement sur la question de la suppression de l'obligation de contracter. La proposition Bortoluzzi du 10 juin 2010 a été rejetée au Conseil national.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Proposition Bortoluzzi
www.parlament.ch/f/suche/pages/ratsunterlagen.aspx?gesch_nr=20040062

L'obligation de contracter n'a pas sa place dans un système de santé d'essence libérale

L'obligation de contracter oblige les assureurs maladie à collaborer avec tous les fournisseurs de prestations. Chaque fournisseur de prestations a le droit de facturer ses prestations à l'ensemble des assureurs maladie. Cette obligation n'a pas sa place dans un régime économique libéral. Du point de vue des conditions-cadre et de la concurrence, la suppression de l'obligation de contracter serait bienvenue.

Position d'économiesuisse

- economiesuisse préconise la liberté de contracter dans l'assurance de base, car celle-ci représente un pilier important d'un régime économique libéral. La sécurité de l'approvisionnement n'est pas menacée si chaque assurance est tenue de contracter avec des médecins couvrant l'ensemble des traitements dans un périmètre acceptable. Le contrôle serait assuré par les pouvoirs publics.

1.7 Promotion de la cybersanté (eHealth)

La Confédération et les cantons ont conclu une Convention-cadre sur la collaboration en matière de cybersanté et constitué un organe de coordination à cet effet. Ce dernier est chargé de définir des objectifs communs et d'assurer la sécurité des investissements et de la planification des initiatives de la Confédération, des cantons et des établissements privés.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Informations de l'organe de coordination Confédération-cantons
www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=fr

Les experts sont unanimes : la cybersanté accroît l'efficacité et la qualité du système de santé

La mise en réseau électronique dans le domaine de la santé a été négligée jusqu'à présent. Tous les experts sont d'avis que la cybersanté permettra d'accroître la qualité et l'efficacité du système de santé. De ce point de vue, l'encouragement de la cybersanté est à saluer. Des prescriptions étatiques sur les objectifs et des incitations financières vont à l'encontre des critères relatifs aux conditions-cadre et à la politique financière établis dans nos lignes directrices. Les réformes doivent plutôt se concentrer sur des soins

intégrés et encourager une concurrence axée sur les prestations de manière à créer un environnement propice à la cybersanté. L'Etat doit définir des conditions-cadre pour assurer la sécurité juridique des fournisseurs de solutions eHealth.

Position d'economiesuisse

- ▶ economiesuisse est favorable à un encouragement de la cybersanté. Les conditions-cadre nécessitent des incitations judicieuses. Des incitations financières étatiques sont à éviter.

1.8 Loi sur la prévention

La nouvelle loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé concrétise le mandat législatif de l'art. 118 de la Constitution fédérale, selon lequel la Confédération légifère sur la lutte contre les maladies très répandues ou particulièrement dangereuses. Elle a pour objectif d'améliorer le pilotage, la coordination et l'efficacité des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Objet du Conseil fédéral : Loi sur la prévention
www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20090076

L'enchevêtrement des compétences et des flux financiers complique la coordination des mesures de prévention

En raison de la modification des charges de morbidité au sein de la population, les bases légales sur les épidémies et les maladies doivent être revues. Aujourd'hui, ce ne sont plus la tuberculose et d'autres maladies infectieuses qui tuent, mais les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Il est par conséquent nécessaire de réorienter la politique en matière de prévention, ce qui requiert une modification législative. Les compétences et les flux financiers sont à tel point enchevêtrés qu'il est pratiquement impossible de coordonner les efforts afin de lutter contre ces nouveaux dangers pour la santé publique. Il est judicieux de créer des bases légales pour regrouper les flux financiers et permettre des mesures de prévention dans le domaine des maladies non transmissibles. La subsidiarité et la responsabilité individuelle doivent cependant rester au premier plan. Nous rejetons par conséquent résolument, au nom des conditions-cadre, des monopoles de prévention étatiques tels qu'ils sont prévus dans l'actuel projet de loi sur la prévention.

Position d'economiesuisse

- ▶ economiesuisse reconnaît la nécessité d'adapter les bases légales dans le domaine de la prévention. Les objectifs et les mesures en matière de prévention doivent être définis et réexaminés périodiquement. L'économie s'oppose en revanche à un monopole d'Etat pour la prévention.

1.9 Introduction d'une caisse unique

A intervalles réguliers, des initiatives en faveur d'une caisse unique sont lancées et rejetées par le peuple. La dernière en date a été refusée le 11 mars 2007 par 71,2% des votants. Au printemps 2011, les partisans d'une caisse unique ont lancé une nouvelle initiative populaire en faveur d'une caisse maladie unique.

La prise de position se réfère aux documents suivants :

- Initiative populaire « Pour une caisse publique d'assurance-maladie »
www.admin.ch/ch/f/pore/vi/vis401.html

L'introduction d'une caisse unique priverait les assurés de choix. Les fournisseurs de prestations feraient face à un monopole au niveau de la demande.

La création d'une caisse unique pour l'assurance de base serait déplacée sous l'angle des conditions-cadre. Seul un système qui se fonde sur la concurrence peut garantir la liberté de choix des assurés et une concurrence axée sur la qualité entre les fournisseurs de prestations. L'introduction de la liberté de contracter encouragerait la concurrence. Les assurés pourraient choisir entre des caisses maladie en concurrence, tandis que les caisses négocieraient les prix et les tarifs avec les fournisseurs de prestations. Avec une caisse unique, en revanche, les assurés mécontents ne pourraient plus changer de caisse, tandis que les fournisseurs de prestations feraient face à un monopole au niveau de la demande. Pour des raisons de politique de la concurrence, une telle situation est à rejeter.

Position d'economiesuisse

- Pour ces raisons, economiesuisse s'oppose à une caisse unique.

2 Synthèse : évaluation de projets en matière de politique de la santé à l'aune des critères définis

economiesuisse soutient des idées qui favorisent la transparence et le libre choix, rendant possible une concurrence équitable

L'économie porte un regard très négatif uniquement sur le projet de caisse unique

Oui franc à la qualité des soins et à la liberté de contracter

Aucune des propositions de réforme ne remplit les cinq critères à la fois. L'évaluation des projets relatifs à la qualité des soins et à la liberté de contracter débouche sur un résultat globalement positif, sans risque potentiel majeur. Ces deux projets encouragent la concurrence et l'innovation et déchargent les budgets de la Confédération et des cantons. Leurs effets sur la responsabilité individuelle et les conditions-cadre devraient être neutres s'ils sont bien mis en œuvre. De plus, la liberté de contracter renforce la responsabilité individuelle des différents acteurs. Par contre, l'économie porte un regard très négatif sur l'introduction d'une caisse unique. Ce projet ne remplit pas quatre des cinq critères pris en compte. Le seul critère où l'impact négatif n'est pas absolument clair est celui de la politique financière. Une caisse en situation de monopole a des conséquences préjudiciables sur les conditions-cadre et la concurrence. En effet, un monopole amoindrit la responsabilité individuelle et freine la capacité d'innovation.

En ce qui concerne la loi sur la prévention, l'évaluation dépend fortement de sa transposition concrète. Le projet comporte plusieurs dangers potentiels qui peuvent toutefois être maîtrisés avec une loi intelligente. Le principal élément négatif est la création d'un institut pour la prévention, qui ne serait pas à sa place pour des raisons de conditions-cadre et de concurrence. Un modèle trop paternaliste aurait en outre pour effet d'affaiblir la responsabilité individuelle. En revanche, une loi-cadre intelligente pourrait contourner ces écueils et remettre de l'ordre dans le domaine de la politique de prévention.

L'aménagement concret des mesures sera décisif

Les modèles de managed care allègent la facture des pouvoirs publics, sans nuire à la qualité des soins

L'évaluation des projets de financement hospitalier, de compensation des risques et d'introduction de modèles de soins intégrés est également largement positive. Ces trois projets renferment aussi des risques qui peuvent toutefois être maîtrisés avec une bonne réglementation. La satisfaction ou non d'un critère dépend aussi souvent de la forme concrète des mesures. Ces trois projets doivent être évalués tout à fait positivement sur au moins un critère. Le financement hospitalier et la compensation affinée des risques améliorent la concurrence. Quant aux modèles de soins intégrés (managed care), ils allègent les budgets publics sans nuire à la qualité des soins.

La garantie de la qualité est une tâche qui incombe aux fournisseurs de prestations. La Confédération doit tout au plus les surveiller et les soutenir ponctuellement.

Les effets de l'assurance de la qualité au niveau fédéral et de la promotion de la cybersanté sont majoritairement positifs. Les deux projets comportent toutefois des risques au niveau des conditions-cadre et de la politique financière. Tous deux peuvent donner lieu à des réglementations excessives. En ce qui concerne l'assurance de la qualité, cette tâche incombe en premier lieu aux fournisseurs de prestations. La mission de la Confédération consiste à surveiller la qualité à l'aide de mesures des résultats obtenus et, le cas échéant, à créer des incitations pour l'améliorer. Des prescriptions seules ne permettent pas d'atteindre cet objectif. Le système de santé doit être aménagé de façon à ce que seuls les prestataires de santé qui fournissent des prestations de qualité tirent leur épingle du jeu. En ce qui concerne la cybersanté, on ne peut imposer la mise en réseau électronique dans le système de la santé à coup de prescriptions. Des conditions-cadre bien pensées sont nécessaires pour que les fournisseurs de prestations investissent plus dans les nouvelles technologies de communication et les utilisent. Un financement incitatif par les pouvoirs publics ne transformera pas un système de santé ayant une faible capacité d'innovation en un système dynamique. Pour cela, il faut que règne la transparence, que tous les acteurs disposent de la liberté de choix et que soient introduits de nouveaux éléments de concurrence.

Vue d'ensemble : la position de l'économie sur les projets évalués

Objet	Evaluation d'ensemble
Assurance de la qualité au niveau fédéral	Approbation sous conditions
Qualité des soins (médecine de pointe et collaboration interrégionale)	Approbation
Financement hospitalier – accroissement de la transparence des coûts	Approbation
Introduction du managed care (soins intégrés)	Approbation
Compensation des risques	Approbation
Liberté de contracter	Approbation
Promotion de la cybersanté (eHealth)	Approbation sous conditions
Loi sur la prévention: coordination des prestations de l'Etat mais sans extension de celles-ci	Approbation
Introduction d'une caisse unique	Rejet

L'économie combattra fermement les projets de politique de la santé qui sur la base de la grille d'évaluation obtiennent une mauvaise note

Le tableau présente l'évaluation globale des différents projets en matière de politique de la santé examinés. Un projet reçoit l'approbation de l'économie s'il est évalué de manière globalement positive selon la grille de critères. Il est toutefois possible que ce projet contienne des éléments ou des développements que l'économie juge défavorables. Ses effets globalement positifs sont toutefois incontestés. Un projet approuvé sous conditions signifie que la proportion de points négatifs est plus élevée ou que le projet sera plus difficile à mettre en œuvre. Quant aux projets rejetés, ils seront combattus par l'économie.

Pour toutes questions :

fridolin.marty@economiesuisse.ch

Cette publication paraît en allemand et en français.
Rédaction: Oliver Steimann, economiesuisse
Composition et production: Wernlis, grafische Gestalter, Zurich
Impression: DAZ Druckerei Albisrieden AG, Zurich
Édition: juin 2011
© economiesuisse 2011

economiesuisse
Fédération des entreprises suisses
Carrefour de Rive 1
Case postale 3684
CH-1211 Genève 3

economiesuisse
Verband der Schweizer Unternehmen
Hegibachstrasse 47
Postfach
CH-8032 Zürich

economiesuisse
Verband der Schweizer Unternehmen
Spitalgasse 4
Postfach
CH-3001 Bern

economiesuisse
Federazione delle imprese svizzere
Corso Elvezia 16
Casella postale 5563
CH-6901 Lugano

economiesuisse
Swiss Business Federation
Avenue de Cortenbergh 168
B-1000 Bruxelles

www.economiesuisse.ch