

Contrôle des dépenses : santé

Intensifier la concurrence, responsabiliser les individus, réduire les surcapacités

9 août 2004

Numéro 29

dossierpolitique

Carton rouge pour l'évolution des dépenses en 2001

En 2001, le domaine de la santé a coûté 8,3% de plus aux pouvoirs publics que l'année précédente. Selon le Concept des dépenses d'économiesuisse, ce groupe de tâches pourrait atteindre une évolution des dépenses étatiques consolidées de 2,2% par an. L'évolution effective dépasse largement cet objectif tout comme la tendance de 5,0% par an. Sur une période de deux ans comprise entre 1999 et 2001, les dépenses de santé ont augmenté de 6,1% en moyenne. Cette évolution aussi excède l'objectif et la tendance. La forte augmentation des dépenses dans le secteur de la santé est due aux surcapacités des structures hospitalières, à la consommation élevée de prestations médicales, aux nouvelles possibilités de traitement, à l'attitude des assurés et à l'évolution démographique.

Le présent dossierpolitique fait partie d'un ensemble complet consacré au contrôle des dépenses de l'Etat. Il fait suite au Concept des dépenses publié par economiesuisse en 2002. Nous nous proposons d'actualiser pour chaque domaine l'évolution effective des dépenses. Le but est de montrer si, et dans quels domaines, les dépenses présentent une évolution acceptable sur la durée.

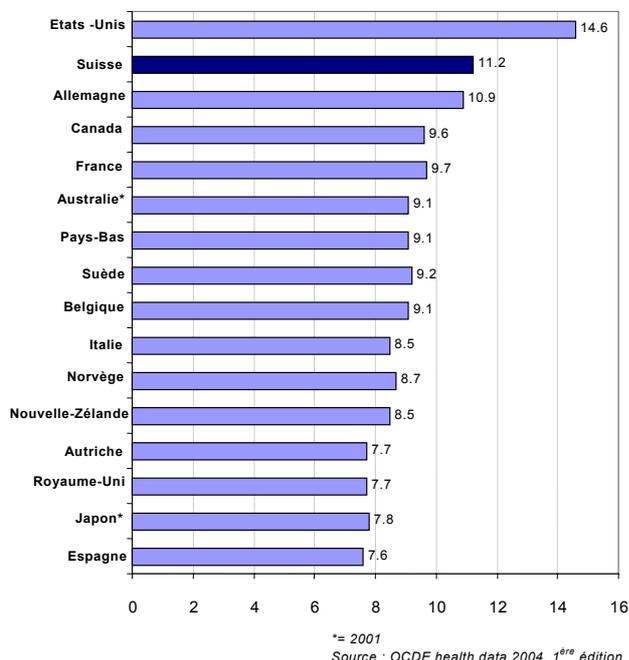
Les dépenses totales consolidées des pouvoirs publics et des assurances sociales ont augmenté de 4,9% en 2001 par rapport à l'année précédente. Les dépenses de santé, qui ont atteint 19,9 mrd fr., ont connu une hausse supérieure à la moyenne. La part de ce secteur à l'ensemble des dépenses publiques est passée de 12,1% à 12,4%. Par-

tant, il absorbe un huitième des ressources de l'Etat. Au début des années 1990, la part de ce secteur était légèrement inférieure : il représentait 11,7% des dépenses de la Confédération. Le Concept des dépenses prévoit un ralentissement de la croissance des dépenses à 2,2% par an d'ici à 2010, ce qui correspond à une augmentation supérieure à la moyenne. L'objectif fixé pour l'ensemble des dépenses est de 1,8% par an.

Dépenses de santé : un record international

Les dépenses publiques dans le domaine de la santé ne représentent qu'une partie de celles du système de santé (en tant que secteur d'activité économique des services). Elles ne correspondent pas non plus aux dépenses – obligatoires et facultatives – dont le financement et la réglementation sont prévus dans la loi sur l'assurance maladie (LAMal). La diversité des contributeurs impliqués (privés et publics), les chevauchements dans la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons et les mécanismes de financement complexes permettent difficilement d'avoir une vue d'ensemble du financement du système de santé. En comparaison internationale, la Suisse figure parmi les pays où le rapport entre les coûts de la santé et le PIB est le plus élevé. En 2002, les dépenses de santé représentaient 11,2% du PIB (2001 : 10,9%), ce qui classe la Suisse au deuxième rang, après les Etats-Unis (14,6%). Les coûts du système de santé ont totalisé 46,1 mrd fr. en 2001, dont 19,9 mrd fr. assumés par les pouvoirs publics. Une autre part de l'ensemble des dépenses du secteur de la santé est financée par les primes individuelles de l'assurance maladie obligatoire. Les institutions d'assurance financées par ces cotisations obligatoires sont considérées comme appartenant au secteur privé, malgré la composante de répartition. Pour cette raison, leurs dépenses, qui se sont élevées à près de 14 mrd fr. en 2001, ne sont pas prises en considération dans la défini-

Coûts de la santé en % du PIB, 2002



tion officielle de la quote-part de l'Etat, ce qui déforme le tableau des interventions étatiques.

Les contributions des pouvoirs publics aux établissements médicaux (hôpitaux, homes, centres et cliniques psychiatriques) se montent à 15,5 mrd fr. et sont assumées par les cantons et les communes. Elles constituent la part du lion des dépenses publiques dans le domaine de la santé. Une partie du financement des hôpitaux est restituée aux cantons par les assureurs à titre de participation aux coûts en vertu de la LAMal. Dans le système actuel, les cantons et les communes financent entièrement les investissements des hôpitaux publics. Le coût d'exploitation de ces derniers est, en revanche, couvert par les assureurs à concurrence de 50% au maximum, les cantons et les communes assumant le reste.

En 2001, l'Etat a dépensé un peu plus de 3 mrd fr. sous forme de réductions de primes d'assurance maladie (LAMal). Un tiers environ de la population ou près de 2,4 millions de personnes en profitent. A l'heure actuelle, la Confédération assume les deux tiers des dépenses pour les réductions de prime et les cantons un tiers. Cependant, la contribution des cantons est pondérée en fonction de leur capacité financière. Ils ont, en outre, la possibilité de réduire leur contribution de 50% au maximum, mais cela suppose une diminution équivalente de la contribution de la Confédération. Conformément à la statistique officielle, cette aide aux personnes est rattachée au secteur d'activité prévoyance sociale, mais elle est analysée, tout comme la LAMal, en lien avec le système de santé afin de garantir l'exhaustivité des informations relatives aux dépenses publiques dans ce secteur.

Le poste « autres » regroupe en particulier les soins ambulatoires, la lutte contre les maladies (recherche et prévention) et le contrôle des denrées alimentaires. Ces dépenses s'élèvent à 1,3 mrd fr. et sont principalement assumées par les cantons et les communes.

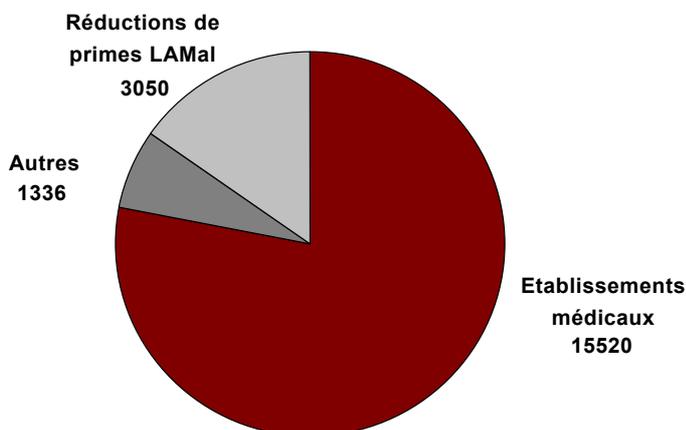
Evolution des dépenses : les coûts des hôpitaux dominent

Evolution à ce jour

Les coûts totaux du système de santé se sont multipliés par 2,3 entre 1985 et 2000. Cette hausse des dépenses a eu un impact sur les primes d'assurance maladie qui augmentent chaque année et sur les dépenses des pouvoirs publics dans le domaine de la santé qui se sont alourdies. Plusieurs facteurs expliquent cet accroissement : l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation correspondante de la demande de soins, les innovations médicales et techniques, la densité accrue de médecins et la hausse de la demande de prestations médicales des assurés. Ils entraînent une augmentation de la consommation de services et de produits médicaux. Ainsi, les surcapacités, principalement dans les hôpitaux, entraînent une hausse des coûts. En revanche, l'augmentation des prix des traitements médicaux ambulatoires et des médicaments est restée modérée. Pour les pouvoirs publics, l'évolution des coûts des hôpitaux, qui ont augmenté bien plus que proportionnellement ces dernières années, reste le facteur de coût déterminant.

Dépenses de santé

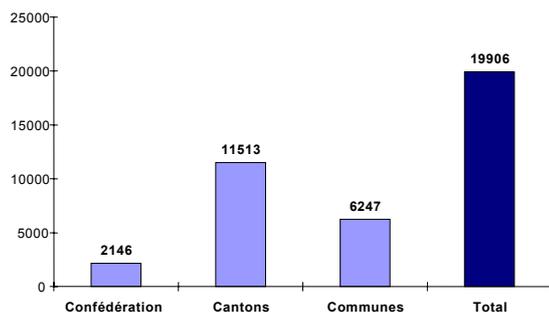
Ventilation des dépenses par fonction (2001, en mio.fr.)



Source : DFF, Finances publiques en Suisse 2001

Dépenses de santé

Ventilation par niveau étatique (2001, en mio.fr.)



Source : DFF, Finances publiques en Suisse 2001

Entrée en vigueur en 1996, la LAMal a séparé clairement l'assurance de base obligatoire des assurances complémentaires privées et a marqué le début de l'aide aux personnes dans le secteur de l'assurance maladie (sous la forme de réductions de primes individuelles). Conformément à la LAMal, les primes de l'assurance de base sont calculées en fonction des coûts et non du risque, ce n'est donc pas une assurance au sens strict. Le choix de la prime unique pour l'assurance obligatoire répond à des préoccupations sociales dans la mesure où il provoque une redistribution en fonction de la santé (des personnes en bonne santé aux malades), de l'âge (des jeunes aux personnes âgées) et du sexe (des hommes aux femmes). Les primes des assurances complémentaires, quant à elles, sont calculées sur une base actuarielle et tiennent compte du risque.

Tendance

Les facteurs favorisant une augmentation des coûts, qui ont dominé l'évolution jusqu'ici, sont toujours présents. La tendance à une hausse prononcée des dépenses de santé publiques et privées devrait perdurer. Plusieurs réformes sont en préparation, mais il n'est pas certain qu'elles freinent beaucoup l'évolution des coûts.

Le 18 mai 2003, le peuple a rejeté à une écrasante majorité l'initiative-santé du PS. Cette initiative exigeait que l'assurance maladie soit financée par la TVA ainsi que par une prime calculée en fonction du revenu et de la fortune. Une telle formule aurait supprimé toute incitation à l'économie. L'UDC s'engage sur une autre voie. L'initiative « pour la baisse des primes d'assurance maladie dans l'assurance de base » qu'elle a lancée le 1^{er} février 2003 vise à intensifier la concurrence et donc à améliorer l'efficacité du système de santé. La suppression de

l'obligation de contracter pour tous les acteurs du système de santé doit y contribuer. De plus, elle réduit le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire afin que la couverture imposée par l'Etat ne soit pas excessive. Enfin, l'initiative exige la fixation de la participation de l'Etat (50% au maximum) des dépenses totales de l'assurance de base.

Le 3 juillet 2002, le Conseil fédéral a gelé à titre de mesure d'urgence, pour trois ans au maximum, l'admission de nouveaux médecins en attendant une éventuelle suppression de l'obligation de contracter entre les assureurs et les médecins. Cette mesure peut être reconduite avec l'accord du Parlement. Il est peu probable que le gel des admissions contribue à réduire les coûts, car une avalanche de demandes avait précédé l'entrée en vigueur de la mesure. De plus, il n'est pas certain que la levée de l'obligation de contracter ait lieu à la mi-2005. Dans ce cas, le gel des admissions continuerait d'affecter uniquement les jeunes médecins formés dans les hôpitaux conformément à l'état actuel des connaissances, ce qui freinerait l'innovation.

En décembre 2003, le Parlement a rejeté la 2^e révision de la LAMal. La révision aurait introduit progressivement la liberté de contracter dans le domaine ambulatoire et aurait augmenté la participation aux coûts des assurés. En outre, elle aurait limité la charge de la prime pour les personnes à faible revenu et les familles conformément à un but social. Le projet prévoyait également que les cantons et les caisses maladie financent les hôpitaux à part égale. L'estimation faite par la Confédération dans le plan financier de la législature 2005-2007 d'une évolution des dépenses à 2,1% en moyenne par an entre 2003 et 2007 est une conséquence de l'échec de la 2^e révision de la LAMal. Cette croissance des dépenses est modique en comparaison avec l'augmentation moyenne de l'ensemble des dépenses (2,8% an). L'arrêt fédéral du 17 septembre 2003 sur les subsides fédéraux dans l'assurance maladie, qui fixe un plafond de dépenses de 9,6 mrd fr. pour les années 2004 à 2007 reste provisoirement en vigueur. Si les innovations en matière de réduction de primes que contenait la 2^e révision de la LAMal devaient entrer en vigueur (essentiellement l'assouplissement du but social et la réduction des primes pour les enfants), « une forte augmentation des dépenses serait inévitable » selon le programme de la législature 2005-2007.

Afin d'améliorer les chances de réforme, la LAMal sera révisée par étapes : trois séries de mesures et sept messages individuels devraient être soumis au Parlement encore cette année (cf. annexe).

Les cantons aussi souhaitent freiner l'évolution des coûts du système de santé. Les mesures qu'ils envisagent comprennent la fermeture d'hôpitaux, l'endiguement de

la croissance des effectifs et le regroupement des hôpitaux pour acheter le matériel et les médicaments à meilleur compte. Une mesure à long terme consiste à renforcer la coopération entre les hôpitaux. Seul un petit nombre d'hôpitaux seraient responsables de certaines spécialités de la médecine. Il s'agit aussi d'éliminer les structures redondantes.

Le thème des réductions de primes préoccupe aussi les cantons. Ils peuvent réduire leur participation de 50% au maximum, sachant que la part de la Confédération serait réduite dans la même proportion. Les efforts multipliés en vue d'augmenter le degré d'épuisement de la part cantonale (en 2002, les Zurichois ont accepté une initiative « pour des primes acceptables pour tous ») font augmenter les dépenses des pouvoirs publics. Les initiatives de cette veine n'ont pas toutes connu le même sort.

La décision du Tribunal fédéral des assurances selon laquelle les cantons doivent contribuer aux coûts des traitements hospitaliers relevant de l'assurance obligatoire pour les personnes bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée lorsqu'elles sont soignées dans un hôpital subventionné se traduit aussi par une augmentation des dépenses. Jusqu'ici, ce sont les assurances complémentaires qui ont assumé ces coûts. Un référendum contre la loi fédérale correspondante urgente a été rejeté le 9 février 2003.

Dans ce contexte, il est très difficile d'estimer l'évolution des dépenses. Les nombreuses questions encore sans réponse, les facteurs favorisant l'augmentation des coûts et la pression pour la prise en charge d'une part

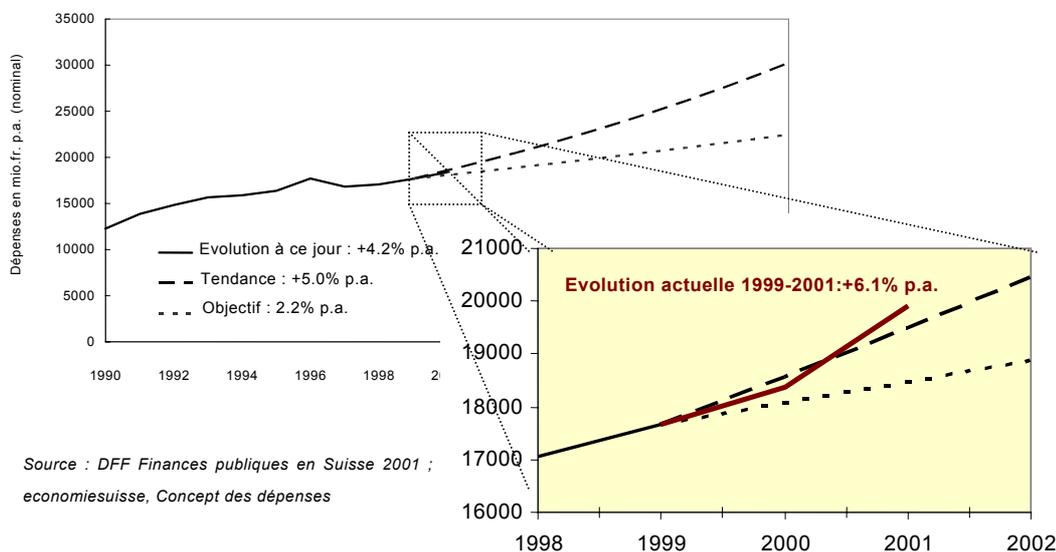
accrue des coûts de santé devraient se traduire par une hausse considérable des dépenses malgré quelques mesures réduisant les coûts. Le Conseil fédéral table sur une augmentation des dépenses de 5% environ par an jusqu'en 2010 pour le financement de l'assurance maladie, une évolution légèrement inférieure à celle de la dernière décennie. Cette valeur est également utilisée pour la tendance affichée par les dépenses de santé des pouvoirs publics. La réalisation des lignes directrices présentées dans le Concept des dépenses en vue de réformer ce secteur permettrait de réduire la croissance des dépenses à 2,2% en moyenne par an.

Carton rouge pour l'évolution effective des dépenses

Les dépenses des pouvoirs publics pour le groupe de tâches santé ont atteint 19,9 mrd fr. en 2001, une hausse de 8,3% par rapport à 2000. Cet accroissement est nettement supérieur à l'objectif de 2,2% par an défini dans le Concept des dépenses et à la tendance estimée alors à 5%. Une telle évolution mérite un carton rouge. Un autre carton rouge sanctionne l'évolution de la période de 1999 à 2001 pendant laquelle les dépenses de santé se sont alourdies de 6,1% en moyenne par an. Cette évolution des dépenses excède également la croissance moyenne des dépenses de 4,1% par an entre 1990 et 2000. Les hôpitaux ont enregistré la plus forte augmentation des coûts en 2001 par rapport à l'année d'avant : leurs dépenses se sont accrues de 1,15 mrd fr. (+8,0%). Les cantons assument 63,7% des coûts hospitaliers facturés aux pouvoirs

Dépenses de santé entre 1990 et 2020, en mio.fr.

Contrôle des dépenses sur la base du Concept des dépenses



publics sur un total de 15,5 mrd fr. et les communes 36,3%. La Confédération prend à sa charge moins de 0,1%.

En 2001, les coûts totaux du système de santé suisse se sont montés à 46,1 mrd fr., une progression de 6,4%. Cette augmentation était la plus importante depuis l'introduction de la LAMal en 1996. Il n'est donc pas étonnant que les prestations des assurances maladie par assuré aient augmenté de 2 238 fr. ou 5,1% en 2001 par rapport à l'année précédente.

L'évolution actuelle des dépenses n'atteint pas l'objectif, aussi, les lignes directrices formulées dans le Concept des dépenses restent-elles valables pour des réformes visant à doter le secteur de la santé de bases financières durables.

Renforcer la responsabilité individuelle et la concurrence pour freiner les coûts

L'assurance maladie obligatoire et la solidarité sont un des piliers du système d'assurances sociales suisses. Elle n'a pas été conçue sur la base de principes actuariels purs. Dans le système de santé, des considérations éthiques fixent des limites à la rationalité économique. Cependant, dans l'optique d'un système de santé progressiste, il faut vérifier constamment et, le cas échéant, adapter les possibilités médicales et techniques et leur « finabilité ». Il convient également d'utiliser les potentiels d'efficacité des progrès médicaux et techniques. L'Etat, pour sa part, doit renoncer à fournir certaines prestations et doit établir des réglementations aussi efficaces que possible reflétant les préoccupations sociopolitiques. Il faut localiser et réduire les inefficacités ainsi que créer des incitations en faveur d'une prise de conscience accrue des coûts de tous les acteurs concernés. A cet effet, il est indispensable de simplifier le système et d'accroître la transparence des flux financiers. C'est le seul moyen pour que le libre accès de tous les assurés à l'offre de base indispensable sur le plan médical puisse être financé à l'avenir aussi. Il s'agit d'éviter l'émergence d'un système de santé à deux vitesses.

Pour cela, il faut accorder encore plus d'importance à la responsabilité individuelle des assurés. Aussi faut-il continuer de soutenir le modèle financier de l'affiliation obligatoire à l'assurance maladie de base et le système des primes individuelles fondées sur les coûts et si possible le risque. Ce modèle doit être accompagné de réductions de primes en fonction du revenu. Cela implique de renoncer à des primes basées sur le revenu ou financées par les impôts. En vue d'une application la plus ciblée possible, il faut que le système des réductions des primes soit financé par les cantons. Il faut en faire bénéficier uniquement les personnes qui en ont réellement besoin. L'octroi

de réductions de primes doit permettre d'éviter les cas de rigueur. L'offre de prestations proposée dans l'assurance de base doit être conçue de telle façon que les primes restent abordables. L'obligation de contracter une assurance maladie doit donc porter seulement sur des prestations essentielles, limitées et nécessaires d'un point de vue médical, mais de qualité. C'est le segment des assurances complémentaires privées individuelles qui doit couvrir la demande en termes de choix et de luxe. Enfin, la participation aux coûts des assurés doit jouer un rôle prépondérant.

Pour maîtriser les coûts du côté des fournisseurs de prestations, il est primordial de mettre en place une structure incitative introduisant davantage de concurrence sans provoquer de distorsions. Il faut mettre sur un pied d'égalité les traitements ambulatoires, partiellement stationnaires et stationnaires afin d'inciter les malades à privilégier des traitements partiellement stationnaires ou ambulatoires aux hospitalisations durables et onéreuses. Comme le point de vue économique n'est pas toujours conciliable avec l'éthique médicale, les solutions doivent être développées en collaboration avec les fournisseurs de prestations concernés. Il importe donc d'encourager une concurrence qui honore la coordination des prestations médicales, mais non les prestations inefficaces et inadéquates. A cet égard, il faut considérer comme positive la suppression de l'obligation de contracter. Quoi que l'on décide, il faut garantir la sécurité de l'approvisionnement. En outre, il faut encourager des modèles d'assurance alternatifs et de nouvelles formes de collaboration demandant un travail administratif modéré. Une révision du mode de financement des hôpitaux devrait apporter davantage de transparence, d'efficacité, de concurrence et permettre de mieux réguler le secteur via la demande. Il ne suffit pas de déplacer les charges de la Confédération vers les cantons ou des cantons vers les caisses maladie. Aussi longtemps que la planification hospitalière prévaut, il faut optimiser la structure suprarégionale des hôpitaux. Cela permettrait de garantir une desserte de base dans l'ensemble du pays selon des critères objectifs comme l'accessibilité et d'exploiter les potentiels de synergie. L'objectif doit être d'améliorer la qualité grâce à des spécialisations (en particulier les médecines de pointe) et de démanteler les surcapacités et les structures redondantes. Pour cela, il faut rapidement mettre en place les instruments adéquats (par exemple, regrouper des hôpitaux, procéder à des fusions, créer des PPP).

Commentaire

Les coûts du système de santé continuent d'augmenter à un rythme soutenu. Les primes d'assurance maladie, qui augmentent la majorité du temps au delà du renchérissement, accroissent le coût de la vie, provoquent des revendications salariales et entravent la compétitivité de la Suisse. Parallèlement, la politique peine à enfin prendre des mesures incisives pour contrer cette évolution. Après le rejet par le Parlement de la 2^e révision de la LAMal, à la dernière minute en décembre 2003 et au terme de longs travaux préparatoires et débats, le Conseil fédéral tente de réformer le système de santé via des mesures individuelles. Il a abordé surtout les questions qui n'étaient pas controversées.

Les réformes envisagées contiennent des éléments préconisés dans le Concept des dépenses. Ainsi, la suppression de l'obligation de contracter entre les médecins et les assurances maladie constitue un pilier de la première série de mesures faisant l'objet de quatre messages. Le Conseil fédéral en attend une dynamisation du système qui permettra d'élargir le choix des modèles d'assurance. Cela comporte aussi des avantages aux assurés. La suppression de l'obligation de contracter prendra le relais du gel des admissions qui n'a pas eu d'effet.

D'autres mesures visent à étendre le choix des assureurs et à accroître la prise de conscience des assurés en ce qui concerne les coûts. Dans ce but, le Conseil fédéral souhaite augmenter la participation aux coûts (la participation maximale reste à 700 francs par an, ce qui est important pour les personnes souffrant de maladies chroniques) et relever la franchise maximale. A titre de mesure d'accompagnement, il prévoit la définition d'un but social avec une prime maximale en fonction du revenu. Le but social coûtera 200 mio. fr. à la Confédération. Il faut combattre une uniformisation du système de santé à l'échelle nationale aussi onéreuse. Les cantons ne sont pas non plus d'accord. Ils craignent que l'introduction d'un but social unique augmente leurs dépenses et restreigne leur autonomie.

Suggestions du Concept des dépenses pour optimiser l'efficacité du système de santé

Cinq mesures importantes :

- Démanteler les surcapacités hospitalières. Supprimer les structures redondantes et créer des centres de compétences grâce à la concentration des forces.
- Confier aux cantons les réductions de primes dans le sens d'un véritable désenchevêtrement. Fixer la limite pour les mesures basées sur le revenu le plus bas possible afin de garantir une injection efficace de moyens (pas de but social national).
- Augmenter la participation aux coûts de l'assuré à 20% en moyenne. Echelonner la participation aux coûts (de 5% à 33%) des assurés selon la gravité du cas.
- Adopter un système de financement moniste pour éviter une étatisation rampante à long terme du système de santé. Ainsi, les assurances maladie seraient seules à assumer les prestations médicales relevant de l'assurance maladie. Le passage à un financement moniste des hôpitaux ne doit pas influencer sur les primes.
- Combiner le changement de système et la suppression de l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire et stationnaire. Cela améliorerait les conditions-cadre pour les formes d'assurance alternative (modèle du médecin de famille, HMO).

Les contours du deuxième paquet de mesures pour réformer le système de santé sont aussi connus. Ainsi, les médecins et les pharmaciens devraient remettre aux patients le moins cher de deux médicaments équivalents. Dans l'optique d'une économie novatrice, il faut que la protection des brevets et une rémunération équitable des prestations novatrices soient possibles. Pour cette raison, la présente proposition qui n'impose ni la prescription de médicaments génériques ni la prescriptions de principes actifs est adéquate. Pour ce qui est de la proposition relative aux modèles managed care, l'économie les considère comme un instrument permettant de maîtriser les coûts et d'accroître la qualité des soins médicaux. L'économie suisse salue la stratégie du Conseil fédéral de promouvoir les modèles managed care sur la base du volontariat pour tous les acteurs du secteur (assureurs, assurés et fournis-

seurs de prestations) et grâce à une amélioration de l'environnement.

Le changement de système de financement des hôpitaux repris du projet de réforme abandonné ne fait pas l'unanimité. En vertu du nouveau régime, les cantons et les assurances maladie assumeront chacun 50% des coûts des prestations et des investissements. L'économie suisse exige le passage direct du financement dual, actuel, au financement moniste des hôpitaux. Dans l'éventualité de l'introduction d'une mesure intermédiaire – un financement dual fixe par exemple – la clé de répartition des coûts ne devrait avoir aucune incidence sur les primes.

Il importe de restreindre le catalogue de prestations de l'assurance de base aux soins médicaux absolument indispensables pour que les primes de la LAMal restent abordables. Leur qualité doit être garantie malgré l'optimisation de l'efficacité. Il importe donc d'élaborer des normes claires pour les soins et les traitements.
ER

Pour toute question :
pascal.gentinetta@economiesuisse.ch
menga.sandoz@economiesuisse.ch

Annexe : séries de mesures concernant l'assurance maladie

1^{ère} série de mesures : Mesures urgentes, liberté de contracter, réductions de primes et participation aux coûts	2^e série de mesures : Financement des hôpitaux, managed care	3^e série de mesures : Financement des soins
<p>La majorité des idées ne sont pas nouvelles. Dans l'ensemble, le Conseil fédéral mise sur une intensification de la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie. En effet, la suppression de l'obligation de contracter entre les médecins et les assurances maladie est un élément central de la stratégie adoptée dans le cadre de la réforme. Le Conseil fédéral en attend une dynamisation du système et donc une extension du choix de modèles d'assurance. La levée de l'obligation de contracter doit en particulier contribuer à promouvoir les modèles managed care peu répandus actuellement. Le message prévoit une fourchette sur la base de laquelle les cantons pourraient imposer aux assureurs maladie un nombre minimum de fournisseurs de prestations. Cela pourrait faire changer la situation surtout dans les cantons ayant une densité de médecins supérieure à la moyenne, car les médecins seraient incités à considérer de nouveaux modèles de contrats.</p> <p>Cette réforme mise aussi sur un renforcement de la responsabilité individuelle et la liberté de choix en matière de participation aux coûts et de franchise. Le Conseil fédéral propose d'augmenter la participation aux coûts de 10% à 20% pour les adultes. Le plafond resterait à 700 francs par an. La participation aux coûts des enfants ne serait pas doublée pour éviter d'accroître les charges des familles. De plus, un amendement de l'ordonnance modifiera la franchise maximale au 1^{er} janvier 2005. Elle passerait de 1500 francs à 2500 francs. La prime minimale ne doit pas être inférieure à 50% de la prime ordinaire avec assurance accidents. Ces mesures visent à accroître la conscience des coûts et la responsabilité individuelle des assurés. Elles sont malgré tout controversées parce qu'elle affectent davantage les assurés malades et à bas revenu que les assurés en bonne santé et à revenu élevé.</p> <p>Pour en tenir compte, le Conseil fédéral prévoit un but social unique. Les cantons devront définir quatre catégories de revenu et un revenu maximal pour le droit à une réduction de prime pour les ménages avec et sans enfants. La prime maximale représenterait entre 2% et 10% du revenu des familles avec des enfants. Elle représenterait entre 4% et 12% du revenu chez les familles sans enfant. Dans ce but, il est prévu d'accroître les ressources fédérales disponibles pour les réductions de primes de 200 mio.fr., en plusieurs étapes à partir de 2005. Le Conseil fédéral juge le but social indispensable pour des raisons politiques. Les cantons arguent qu'un but social unique restreint leur autonomie et engendre des coûts supplémentaires.</p>	<p>Une consultation a lieu en ce moment sur la 2^e série de mesures. Le Conseil fédéral souhaite la voir entrer en vigueur au début de 2006. D'après le gouvernement, un médecin devrait prescrire le médicament le moins cher au patient « si plusieurs produits conviennent tout aussi bien dans un cas donné ». Les pharmaciens doivent aussi remettre un produit bon marché quand un médecin prescrit un principe actif et non un produit précis. Ce faisant, le Conseil fédéral souhaite favoriser un usage économique des médicaments. Il a donc renoncé à l'obligation de remettre des produits d'imitation.</p> <p>Une autre proposition de la 2^e série de mesures concerne les modèles managed care. Il s'agit de les promouvoir, mais non de les imposer. Ainsi, c'est aux assurances maladie de décider si elles souhaitent prendre sous contrat des médecins qui adhèrent à des réseaux intégrés assumant une responsabilité budgétaire. Le Conseil fédéral a repris tel quel le changement de système pour le financement des hôpitaux (dual fixe) contenu dans le projet de révision de la LAMal rejeté par le Parlement à la fin 2003. Le nouveau régime prévoit que les cantons et les assurances maladie assument chacun 50% des coûts des prestations et des investissements. Selon les estimations de Santéuisse, cette répartition des coûts implique que les coûts à la charge des cantons resteront identiques et que les assureurs verront leurs dépenses augmenter de 1,1, voire 1,2 mrd fr. Une telle évolution induirait une augmentation des primes de 8% à 10% environ sur trois ans. Le régime actuel de financement des hôpitaux est maintenu jusqu'à la fin 2005.</p>	<p>Pour le financement des soins, il est possible depuis 2003 de facturer à l'assureur la totalité des coûts des prestations fournies, au lieu des tarifs-cadre à condition de disposer d'une facture transparente. Le Conseil des Etats craint que cela n'engendre des coûts supplémentaires de quelque 1 mrd fr. du fait qu'un nombre croissant d'établissements de soins adoptent une facturation analytique. Pour éviter que les primes de l'assurance de base ne prennent l'ascenseur (le coût des soins dans l'assurance de base a augmenté de 40% entre 1998 et 2002), il est question de relever les tarifs (les deux tranches de tarifs supérieures), puis de les geler en attendant une révision du financement des soins d'ici à la fin 2006 au plus tard. Il faut limiter la prise en charge du coût des soins dans l'assurance maladie. La séparation imparfaite des soins dus à une maladie ou à l'âge est la raison pour laquelle l'assurance maladie assume de plus de plus de coûts pour des soins. C'est pour cette raison que les tarifs-cadre ont été introduits en 1998.</p> <p>Le Conseil fédéral a mis en consultation deux projets de révision du financement des soins. La différence réside principalement dans la définition des soins couverts par les assureurs. Le Conseil fédéral a conscience que la stabilisation des coûts des soins visée par la réforme entraînera une augmentation des dépenses pour les ménages. Il propose donc, dans les deux projets, d'étendre à titre de mesure d'accompagnement les prestations complémentaires pour les personnes dans les maisons de repos. D'après les estimations du Conseil fédéral, 236 mio.fr. par an de dépenses supplémentaires en découleraient. Conclusion : les coûts des soins pourraient être stabilisés au prix d'une augmentation des dépenses de l'AVS et des PC.</p>