

Évaluation de projets actuels

→ Pour une nouvelle
politique suisse de la santé

RESPONSABLE DE PROJETS



FRIDOLIN MARTY

est responsable de la politique de la santé chez economiesuisse et préside le groupe de travail sur la santé.

fridolin.marty@economiesuisse.ch

ACCOMPAGNEMENT DU RAPPORT SUR LA SANTÉ

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

- Dominik Banny, JT Japan Tobacco International AG
- Jean-Christophe Britt, Novartis International SA
- Michaela Chvojka, hotelleriesuisse
- Jérôme Cosandey, Avenir Suisse
- Gregor Emch, Accenture SA
- Judith Fischer, vips Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse
- Marc-André Giger, PricewaterhouseCoopers SA
- Jürg Granwehr, scienceindustries
- Bruno Henggi, Interpharma
- Walter P. Hölzle, vips Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse
- Andreas Knöpfli, SWICO
- Christoph Krammer, Accenture SA
- Marcel Kreber, Association suisse des sources d'eaux minérales et des producteurs de soft drinks
- Urs Martin, Hirslanden SA
- Thomas Meyer, Swiss Cigarette
- Stephan Mumenthaler, Novartis International SA
- Markus Nufer, Nufer Consulting AG
- Heinz Roth, Association Suisse d'Assurances ASA
- Heiner Sandmeier, Interpharma
- Stefano Santinelli, Swisscom SA
- Felix Schneuwly, comparis.ch SA
- Guido Schommer, Cliniques privées suisses
- Armin Schrick, Smith & Nephew Suisse SA
- Marija Sommer, Philip Morris S.A.
- Fabian Stadler, FASMED Fédération des associations suisses du commerce et de l'industrie de la technologie médicale
- Ann-Karin Wicki, Association Suisse d'Assurances ASA
- André Zemp, KPMG SA

Sommaire

L'essentiel en bref

02 Analyser de manière transparente des idées de politique de santé

Introduction

04 Une grille d'évaluation pour les idées de réforme

1. Évaluation de projets en cours

Cinq thèmes pertinents sur le plan économique global

06 Transparence et assurance de la qualité

09 Financement

14 Financement hospitalier

16 Promotion de la santé et prévention des maladies

19 Système de l'assurance maladie

2. Synthèse

22 Vue d'ensemble de l'évaluation des projets

Diagrammes

12 Dix diagrammes des différentes réformes

→ Analyser de manière transparente des idées de politique de santé

Les «lignes directrices» peuvent servir de grille de lecture pour évaluer des propositions relatives à la politique de la santé.

Évaluation de projets sur la base de cinq critères

Le document de référence utilisé pour évaluer des projets touchant la politique de la santé est la publication «Pour une nouvelle politique suisse de la santé: lignes directrices de l'économie». Toutes les propositions de réforme sont examinées à travers ce prisme et l'évaluation se fonde sur les cinq exigences clés d'une bonne politique :

- **Le projet est-il conforme aux principes économiques fondamentaux ?**
- **Est-il de nature à stimuler la concurrence axée sur les prestations ?**
- **Est-il favorable à l'innovation ?**
- **Quelles sont les conséquences financières d'une réforme ?**
- **Celle-ci tient-elle dûment compte de la responsabilité individuelle ?**

Si les cinq questions reçoivent toutes une réponse positive, l'économie soutient le projet. Si quelques questions ne reçoivent pas de réponse positive, la position de l'économie est déterminée en fonction d'une pesée globale des avantages et des inconvénients. Au milieu de la présente publication se trouvent les diagrammes correspondant aux différents projets.

Un large choix d'idées concernant le système de santé

Sur l'ensemble des propositions de politique de la santé, celles appartenant à cinq domaines thématiques ont été retenues. Toutes intéressent la stratégie nationale en matière de santé et ont un impact macroéconomique. L'éventail s'étend des questions d'approvisionnement (qualité, collaboration interrégionale, prévention) à celles de l'organisation (système d'assurance maladie, liberté contractuelle), en passant par les questions de financement (financement des hôpitaux).

La stratégie qualité du Conseil fédéral est une approche centralisée qui entrave l'innovation.

Pour expliciter l'approche d'économiesuisse, voyons l'évaluation du premier projet, à savoir la stratégie en matière de qualité du Conseil fédéral. Pour ce qui est de la mise en œuvre de cette stratégie, une appréciation négative doit être portée sur trois des cinq critères mentionnés. En ce qui concerne la concurrence, les éléments positifs sont aussi nombreux que les négatifs. Cela étant, si la stratégie du Conseil fédéral élimine un élément de concurrence important en réduisant les possibilités de différenciation, elle entend tout de même améliorer la transparence. Ceci dynamise la concurrence axée sur les prestations. Pour l'économie, la principale faiblesse se situe du côté des principes économiques fondamentaux et de l'innovation. Telle que prévue, la centralisation vise à renforcer le rôle de la Confédération. Cela nuit à la capacité d'innovation. Plusieurs décideurs décentralisés sont plus aptes à créer un climat innovant. Dans la plupart des cas, un seul décideur en sait moins que plusieurs réunis ce dont on peut tirer parti à notre époque du multimédia (*crowd intelligence*). Cette approche devrait donc faire son entrée dans la stratégie qualité. Pour ce qui concerne la responsabilité individuelle, seule l'amélioration de la transparence permet d'éviter une détérioration encore plus marquée. Des solutions centralisées affaiblissent en effet la responsabilité individuelle. Dans la stratégie qualité, cela implique de se détourner du principe de subsidiarité. Pour ce qui est du financement, une amélioration peut être attendue, car des critères de qualité uniformes peuvent contribuer à la recherche de solutions avantageuses. Cela vaut tant pour l'offre que pour la demande. Cela se produira principalement pour le développement de procédés, au détriment de la capacité d'innovation. Et les innovations feront ensuite défaut quand il s'agira d'organiser plus efficacement, à moyen terme, la fourniture de prestations.

Un système de référence pour l'analyse détaillée

Avec des critères d'évaluation clairs, il est plus simple de relever des défis politiques.

L'approche présentée pour évaluer des projets rend transparente et cohérente la politique de l'économie en matière de santé. Elle permet d'abord de procéder rapidement à une évaluation sommaire et offre ensuite un instrument d'analyse utile pour l'examen détaillé des projets. Grâce à elle, enfin, il est possible de trouver, en toute clarté, des points de convergence entre les intérêts divergents de la bonne centaine de membres que compte economiesuisse. Avec cette approche conceptuelle d'économiesuisse, qui veut apporter sa contribution à la maîtrise des défis à venir dans le domaine de la santé, l'objectif consiste donc à renforcer l'économie suisse d'une manière générale.

→ Une grille d'évaluation pour les idées de réforme

Cinq critères pour évaluer des projets de politique sanitaire

L'approche analytique suivie pour évaluer des projets de politique sanitaire se fonde sur les cinq critères énumérés dans la publication «Pour une nouvelle politique suisse de la santé: lignes directrices de l'économie»:

→ Principes économiques fondamentaux

Le domaine de la santé a besoin de conditions propres à un régime d'économie de marché. L'État ne saurait être à la fois régulateur et acteur; il doit se borner à fixer un cadre général. La fourniture des prestations de santé doit être laissée à des acteurs privés.

→ Concurrence

La transparence et la concurrence réglementée améliorent la qualité du système de santé. Raison pour laquelle les éléments de concurrence doivent être renforcés au profit du patient. Cela passe impérativement par une transparence accrue.

→ Innovation

L'accès à des méthodes thérapeutiques de qualité et novatrices est important. Il doit être garanti pour tous les patients. Ainsi seulement les innovations peuvent-elles s'appliquer et se développer sur une large échelle. Cela se traduit par un climat favorable à l'innovation.

→ Responsabilité individuelle

La responsabilité individuelle doit être renforcée afin que chacun évite les risques pour sa santé et utilise à bon escient les ressources sanitaires à sa disposition. La population n'est disposée à se préoccuper du système de santé qu'à partir du moment où chacun a l'occasion d'exercer sa responsabilité personnelle dans ce domaine.

→ Financement

Un mode de financement durable est indispensable pour un système de santé stable et efficace. La part des prestations de santé financée solidairement ne doit pas croître davantage que la part privée.

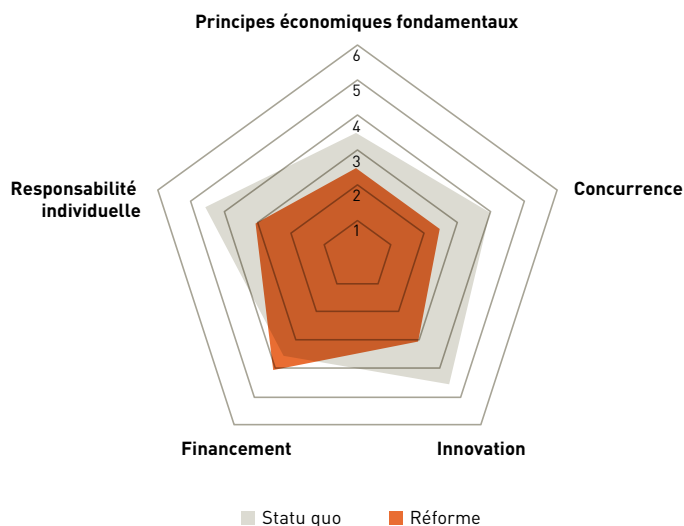
La grille d'évaluation permet d'exposer clairement pourquoi l'économie soutient ou refuse un projet politique lié au secteur de la santé.

Les initiatives, projets de loi et propositions – «projets» ci-après – peuvent être analysés et visualisés sur la base de ces éléments. Les cinq critères des lignes directrices de la politique de la santé servent donc de référence à EconomieSuisse pour évaluer les réformes visant le système suisse de santé.

Grâce à cette grille d'évaluation, il est généralement possible de déterminer si des projets de politique de la santé sont susceptibles d'être soutenus par l'économie. Quand un projet ne satisfait pas à tous les critères, une évaluation globale doit permettre de définir la position de l'économie suisse. La politique d'EconomieSuisse en matière de santé est ainsi transparente et cohérente. Les évaluations sont actualisées en permanence.

Représentation graphique de la grille d'évaluation

Les diagrammes correspondant aux différents projets analysés se trouvent aux pages 12 et 13.



Dossier en ligne du marché de la santé

La présente publication ne peut analyser qu'une partie des nombreux projets de politique de la santé sur lesquels le Parlement se penchera pendant la législature 2015–2019. Pour plus d'informations et des évaluations actuelles, consulter :

 www.economiesuisse.ch/fr/marche-de-la-sante

→ Cinq thèmes pertinents sur le plan économique global

JAUGÉS À L'AUNE DES LIGNES DIRECTRICES DE L'ÉCONOMIE, DE NOMBREUX PROJETS DE RÉFORME DE LA POLITIQUE SUISSE DE LA SANTÉ SONT CRITIQUABLES

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

Critères de sélection

La sélection des projets de politique de la santé s'est fondée sur les trois exigences suivantes :

1. Le projet touche les thèmes clés des principes économiques fondamentaux, de la politique de concurrence, de la politique en matière d'innovation, de la politique financière et de la responsabilité individuelle.
2. Le projet a un impact économique global.
3. Le projet entre dans le cadre de la politique nationale de la santé.

Dix projets répondant à ces critères sont présentés et évalués ci-après.

Les documents y relatifs sont accessibles sur les sites Internet suivants :

- Office fédéral de la santé : www.bag.admin.ch
- Curia Vista Base de données des objets parlementaires : www.parlament.ch
- Dialogue de la politique nationale de la santé : www.santenationale.ch

1 Transparence et assurance de la qualité

1.1 Stratégie qualité de la Confédération

La loi sur l'assurance maladie (LAMal) constitue, au niveau fédéral, le texte principal dans le domaine de la santé. Dans tout le pays, la LAMal garantit aujourd'hui l'accès à des soins médicaux de base de haute qualité ainsi qu'à des méthodes diagnostiques et thérapeutiques spécialisées. La Confédération exerce une fonction de surveillance pour garantir et améliorer la qualité de ces prestations médicales. Par la révision de la LAMal, le Conseil fédéral souhaite à présent étendre ses compétences en la matière. Son objectif est de créer un réseau national dédié à la qualité, chargé de coordonner et de renforcer les activités existantes pour l'assurance de la qualité.

L'assurance de la qualité exige une plus grande transparence. La qualité ne peut cependant pas être gérée de manière centrale.

Appréciation générale

Le système suisse de la santé manque de transparence en ce qui concerne les données sur la qualité et les résultats des prestations médicales. Les débats portent généralement sur les coûts. Aujourd'hui encore, rien ou presque ne motive les fournisseurs de prestations de la santé à collecter et à publier des données sur la qualité. Plutôt que d'améliorer le système incitatif en agissant sur les prix et les tarifs en tenant compte de la qualité,

des appels s'élèvent en faveur d'une intervention fédérale. Centraliser la gestion de la qualité ne permettra cependant pas d'atteindre le but. Il est essentiel de maintenir le principe de subsidiarité dans l'assurance de la qualité. C'est dans les lois et ordonnances que doivent être aménagées les conditions-cadre qui permettront de réaliser les objectifs au moyen d'incitations efficaces sur le plan de la concurrence et de sanctions le cas échéant. Les cantons, chargés de l'admission des fournisseurs de prestations, peuvent ainsi imposer des normes de qualité minimales obligatoires, tandis que la Confédération s'en tiendrait à garantir les conditions-cadre nécessaires compatibles avec les assurances sociales. La mise en œuvre de la stratégie qualité avec des incitations relevant du domaine de la concurrence incombe avant tout aux acteurs et notamment aux prestataires, à leurs fournisseurs et aux assureurs. Il convient donc de les impliquer activement dès le départ. Nul besoin pour cela d'un institut national pour la qualité ni d'un organe de contrôle central sous l'égide du Conseil fédéral. Même le réseau fédéral prévu n'est pas sans risques : centraliser les mesures devant améliorer la qualité tend à rallonger le chemin jusqu'aux fournisseurs de prestations. Il faut impliquer les acteurs de manière décentralisée pour leur permettre d'appliquer efficacement les normes de qualité.

C'est aux fournisseurs de prestations qu'il revient de fournir de la bonne qualité, et de la financer.

La Confédération peut prendre des mesures afin d'harmoniser les indicateurs de qualité appliqués à l'échelle de la Suisse, mais elle devrait le faire en étroite collaboration avec les acteurs. La transparence au regard de la qualité (*outcome*) peut aussi être améliorée à l'aide de *health technology assessments (HTA)*. Dans un souci de transparence accrue du système de la santé en général, il faut investir davantage dans la recherche sur les services de santé afin de pouvoir, à moyen terme, définir des objectifs en la matière. Les registres pour des maladies spécifiques, les tumeurs par exemple, peuvent se révéler fort utiles dans cette optique. Ces mesures devraient être financées via le budget fédéral ordinaire. L'économie refuse un financement additionnel à travers les primes d'assurance maladie. Fournir de la bonne qualité est la tâche des fournisseurs de prestations et c'est donc à eux qu'il revient de la financer.



Diagramme
«Stratégie qualité»
à la page 12

Position d'économiesuisse

économiesuisse salue les efforts de la Confédération pour coordonner l'assurance de la qualité dans le système de santé, mais refuse la création d'un institut national pour la qualité ou d'un réseau institutionnalisé dans l'OFSP selon la proposition du Conseil fédéral.

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

Le système suisse de la santé possède 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 une meilleure coordination des politiques de la santé fédérale et cantonales. Parallèlement, par la signature de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), les cantons se sont engagés à planifier et à attribuer ensemble la médecine hautement spécialisée (MHS).

Dans un hôpital, le faible nombre de cas dessert le développement de la qualité.

Appréciation générale

La structure très fédéraliste du système de la santé nuit à la qualité des soins. Dans certains hôpitaux, le nombre de cas est si faible que le développement de la qualité sur le long terme en est compromis. La coopération interrégionale au-delà des frontières cantonales permet de créer des pôles de soins. Le nombre accru de cas par unité de soins améliore la qualité au sein du système et la répartition des coûts d'infrastructure entre un plus grand nombre de patients augmente l'efficacité des soins. Des centres nationaux très attrayants pour les malades étrangers doivent être créés pour aligner les structures de soins helvétiques sur celles des pays voisins. Certains pays comparables possèdent nettement moins de centres par régions et affichent pourtant des indicateurs de la santé proches des nôtres. L'infrastructure en place dans notre pays coûte cher et est peu efficace, grevant tant les assurés que les pouvoirs publics. À moyen et long termes, ce ne sont toutefois pas les coûts qui constitueront le principal problème. C'est le départ des plus grands experts de la médecine de pointe vers des centres médicaux à l'étranger offrant davantage de cas qui mettra en péril la qualité, l'innovation et la position de leader de la Suisse.

Il faut une définition claire des prestations faisant partie du domaine de la médecine hautement spécialisée.

En 2007, le Parlement avait chargé la Confédération d'élaborer des critères de qualité et de rentabilité uniformes, tout en laissant aux cantons la planification à proprement parler ainsi que la coordination de la médecine hautement spécialisée. La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) a ainsi vu le jour et entamé en 2010 son activité opérationnelle. Après quatre ans d'activité, les hôpitaux concernés tirent un bilan critique : le déroulement des processus au sein de la CIMHS est trop peu standardisé, les décisions manquent souvent de transparence et les critères, en plus de ne pas être représentatifs, ne sont pas appliqués systématiquement selon la décision prise dans le cadre d'un monitoring. L'économie estime qu'il faut définir de manière claire et étroite quelles prestations font partie du domaine de la médecine hautement spécialisée, en appliquant comme critères les besoins en matière d'infrastructure, l'expertise et la complexité de la prestation.

Une orientation plus internationale dans le domaine hospitalier aide à absorber les surcapacités et à améliorer la viabilité financière.



Diagramme
« CIMHS »
à la page 12

Position d'économiesuisse

economiesuisse s'engage en faveur d'un réaménagement des infrastructures dans le domaine hospitalier et mise en outre sur l'attrait de personnes solvables de l'étranger pour absorber d'éventuelles surcapacités. L'orientation internationale serait particulièrement bénéfique à la viabilité financière de la médecine de pointe. Celle-ci a besoin d'infrastructures modernes. L'ajustement structurel et l'orientation internationale doivent être induits par le libre jeu de la concurrence, dans la médecine de pointe comme ailleurs. Ici aussi, les acteurs ont besoin de décisions politiques prises avant tout selon des paramètres d'efficacité et de qualité, afin de créer les incitations qui permettront un recentrage rapide. La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée doit s'améliorer sur le plan opérationnel. Il lui faut notamment des critères objectifs pour déterminer ce qui fait partie de la médecine de pointe, dans une acception étroite du terme.

2 Financement

2.1 Liberté de contracter au lieu d'un gel ou d'un pilotage des admissions de médecins

Depuis l'introduction de la LAMal, le Parlement se penche régulièrement sur la question de la suppression de l'obligation de contracter. La dernière motion relative à ce sujet, déposée par le conseiller national Jürg Stahl, demandait une introduction partielle de la liberté de contracter. Formulée sous forme de contre-projet au gel des admissions de médecins, cette motion a été adoptée à une large majorité par le Conseil national le 10 septembre 2014. Le Conseil des États ne semble pas pressé de traiter ce dossier.

Tant que l'obligation de contracter sera en vigueur, les prestataires ne seront guère incités à améliorer la qualité des prestations ni à rationaliser les coûts.

Appréciation générale

En vertu de l'obligation de contracter, les assureurs maladie sont tenus de collaborer avec tous les fournisseurs de prestations admis par les cantons. Autrement dit, chaque fournisseur de prestations a le droit de facturer ses prestations à l'ensemble des assureurs, qui doivent payer les factures dans le cadre de la LAMal. Cette obligation est contraire aux principes d'un régime économique libéral. En effet, elle n'incite guère les fournisseurs à rationaliser leurs coûts ni à améliorer la qualité de leurs prestations. Car, dans le cadre d'une obligation de contracter et d'un catalogue de prestations, les marges peuvent également être augmentées via une optimisation du tarif. Les patients ne s'en rendent pas directement compte, mais les caisses sont obligées de tout payer. Un tel système ne laisse guère de place à un démarchage par des fournisseurs de prestations plus efficaces ni à une véritable liberté de choix pour les patients. Une stratégie de différenciation par les coûts est impossible et la concurrence axée sur la qualité, restreinte. La transparence de la qualité est non seulement mauvaise, mais aussi limitée par les restrictions imposées à la publicité pour les prestations médicales.

Du point de vue des principes économiques fondamentaux et de la concurrence, la suppression de l'obligation de contracter s'impose donc. Pilier important d'un régime économique libéral, la liberté de contracter renforcerait aussi la position des assurés, dans la mesure où le lien du patient avec son médecin est plus étroit que celui avec son assureur. L'offre de soins est garantie lorsque chaque assureur maladie est tenu de contracter avec des médecins couvrant l'ensemble des traitements dans un périmètre raisonnable, avec un contrôle par les pouvoirs publics. L'efficacité de la fourniture de prestations s'accroît lorsque les assureurs maladie ont la possibilité de négocier des tarifs plus spécifiques. Les médecins peuvent alors à leur tour bénéficier de tarifs sur mesure. Le blocage tarifaire actuel pourrait ainsi être levé. En outre, les structures de soins seraient mieux équilibrées : actuellement, il y a pléthore de prestataires dans les grands centres, alors que dans les régions périphériques, l'offre serait plutôt insuffisante. En pratiquant dans les régions à faible densité de médecins des tarifs plus élevés, il serait possible d'équilibrer l'offre de soins et, partant, de diminuer le risque de pénurie de médecins.

En voulant remplacer le gel des admissions de médecins par un pilotage étatique, on risque de se retrouver en situation de pénurie.

Le Parlement en a malheureusement décidé autrement et a introduit un gel des admissions provisoire qui a déjà été prolongé à plusieurs reprises. Cette mesure exclut de jeunes médecins du marché. En prévision de la levée du gel des admissions en juin 2016, le Conseil fédéral a élaboré une nouvelle loi prévoyant son remplacement par un pilotage des admissions. Pour le domaine ambulatoire, cela revient à changer un cheval borgne contre un cheval aveugle : un pilotage étatique est en effet immensément plus compliqué à mettre en œuvre qu'un gel des admissions et présuppose des objectifs en matière d'approvisionnement qui jouissent d'une légitimité démocratique. Car il ne se contente pas de limiter le nombre de prestataires, mais intervient aussi directement au niveau de la fourniture de prestations elle-même. Une telle réglementation freine l'innovation et conduit inévitablement à un volume de prestations inapproprié¹.

economiesuisse est favorable à la liberté de contracter, estimant que celle-ci pourrait contribuer à lever les blocages tarifaires.



Diagramme
« Obligation de contracter
contre liberté de contracter »
à la page 12



Diagramme
« Gel des admissions »
à la page 12

Position d'economiesuisse

economiesuisse préconise la liberté de contracter dans l'assurance de base car, en tant qu'instrument décentralisé, elle est plus dynamique qu'un pilotage centralisé. La pression exercée sur les partenaires pourrait venir à bout des blocages tarifaires, dans la mesure où les assureurs devraient collaborer avec suffisamment de médecins et que ces derniers n'auraient plus forcément de contrat. Les deux parties auraient intérêt à mener à bien les négociations tarifaires. À l'opposé, tant le gel que le pilotage des admissions sont des systèmes lourds et bureaucratiques. Ils empêchent de jeunes médecins de s'installer à leur compte et aggravent la pénurie future de médecins. À moyen et long termes, ils nuiront davantage au domaine ambulatoire et freineront le transfert croissant et économiquement souhaitable du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire, favorisé par les progrès de la technique médicale. Cela étant, le gel des admissions est un moindre mal par rapport au pilotage des admissions.

→ ¹ Le 18 décembre 2015, le Conseil national a refusé le projet à une courte majorité lors du vote final. En janvier 2016, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-E) a adopté un postulat chargeant le Conseil fédéral de présenter un rapport et de proposer plusieurs scénarios pour un pilotage du domaine ambulatoire, y compris dans un cadre hospitalier, adapté aux besoins. Les médecins généralistes ne seraient pas concernés par la restriction des admissions.

2.2 Participation aux coûts

Même si nul ne conteste qu'une participation aux coûts élevée va de pair avec une responsabilisation accrue des assurés, la responsabilité individuelle est un sujet qui divise depuis longtemps les camps politiques : si certains la considèrent comme un élément central d'un système de santé efficace, d'autres craignent qu'une franchise plus élevée ne favorise une désolidarisation, les assurés riches et en bonne santé payant moins de primes que les assurés pauvres et malades. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est rangé à l'avis des seconds : afin d'améliorer la transparence, il entend simplifier le système des franchises ou, en clair, réduire la participation aux coûts.

L'Office fédéral de la santé publique regrette que les assurés en bonne santé utilisent les franchises à option élevées pour réduire leur prime d'assurance de base.

Appréciation générale

L'Office fédéral de la santé publique écrit : « *L'objectif des franchises à option était d'encourager un comportement responsable des assurés en leur faisant supporter une participation plus importante aux coûts en échange de primes plus basses. Il s'avère pourtant qu'une participation plus élevée aux coûts ne conduit aujourd'hui qu'en partie à un recours plus parcimonieux aux prestations. Les assurés en bonne santé utilisent notamment les franchises à option pour payer des primes moins élevées, ce qui peut affaiblir la solidarité dans l'assurance maladie sociale².* » Pour cette raison, l'OFSP souhaite réduire le nombre des franchises à option.

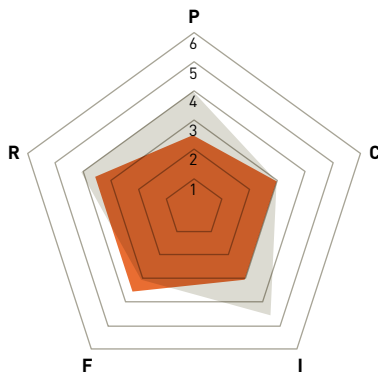
La participation aux coûts se compose d'une franchise et d'une quote-part. La franchise est le montant que l'assuré doit payer avant que l'assureur maladie ne commence à prendre en charge les coûts. Près de la moitié des assurés choisissent une franchise supérieure au minimum légal. La quote-part ne s'applique quant à elle qu'à partir du moment où l'assureur intervient. Elle correspond normalement à un pourcentage des frais de traitement, qui est de 10 % dans l'assurance de base, mais 700 francs par an au maximum. Dès lors, la participation aux coûts n'est plus due à partir du moment où les coûts totaux atteignent 7000 francs, plus la franchise. Ainsi, pour une franchise de 300 francs ou de 2500 francs, la participation aux coûts s'élève respectivement à 1000 francs ou 3200 francs. Au cours des dix dernières années, la part de la participation aux coûts a reculé de 1 point environ, et n'a que légèrement progressé (de 13,5 à 13,9 % des coûts) depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996. Cette évolution est remarquable lorsque l'on sait que la part des dépenses de l'assurance de base aux coûts totaux de la santé ne cesse d'augmenter. Il serait donc judicieux de renforcer la responsabilité individuelle dans le domaine toujours plus sollicité de l'assurance de base. Ce n'est qu'à cette condition que le degré de responsabilisation des assurés pourra à peu près être maintenu dans le système de santé global. D'où l'intérêt de relever la participation aux coûts dans l'assurance de base. Dans ce but, on pourrait par exemple introduire des contrats pluriannuels combinés à des franchises à option élevées, qui contribuent à renforcer la responsabilité individuelle et, par là même, augmenter les possibilités de choix. Une hausse des franchises minimales devrait également être envisagée pour tenir compte de l'importance croissante de l'assurance de base.

→ ² Office fédéral de la santé publique (OFSP) : Moins de franchises à option (factsheet)

→ Diagrammes des différentes réformes

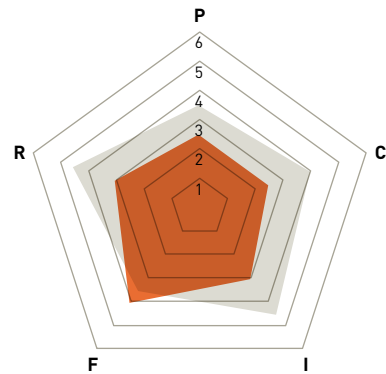
Pour chaque projet de réforme, le diagramme indique le degré de satisfaction des cinq dimensions analysées. La surface orange correspond à la réforme, la surface grise au statu quo. Plus une surface est grande, plus le thème est considéré comme favorable à l'économie. Si la surface orange est plus importante que la grise, les milieux économiques approuvent la réforme. Si c'est la surface grise qui l'emporte, alors ils préconisent le statu quo. La caisse unique constitue un exemple extrême : la surface grise est bien plus importante que l'orange. De ce fait, les milieux économiques rejettent fermement cette idée. L'évaluation de la loi sur la surveillance de l'assurance maladie (LSAMa) est plus nuancée mais toujours clairement négative. À l'autre bout du spectre, on trouve la liberté de contracter et le financement moniste, les deux idées de réforme affichant les surfaces orange les plus grandes. Le système DRG nécessite une évaluation différenciée : les surfaces orange et grises révèlent que les deux options présentent des avantages pour les milieux économiques, mais pas les mêmes.

→ Stratégie qualité



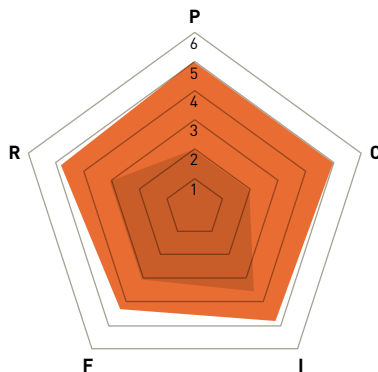
■ Statu quo ■ Réforme

→ CIMHS



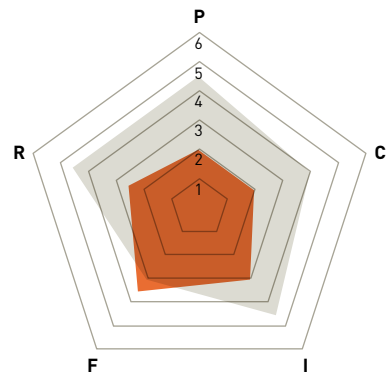
■ Avant la mise en œuvre ■ Après la mise en œuvre

→ Obligation de contracter contre liberté de contracter



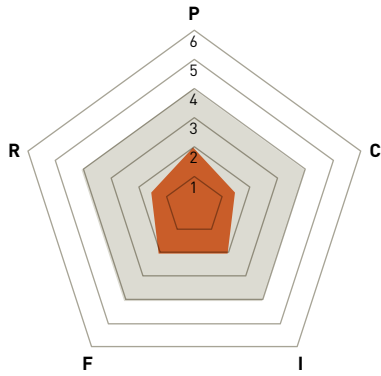
■ Obligation de contracter ■ Liberté de contracter

→ Gel des admissions



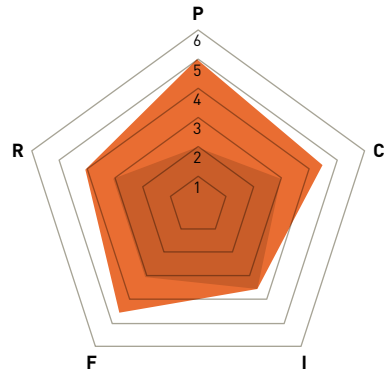
■ Pas de réglementation ■ Gel des admissions

→ Participation aux coûts (franchises)



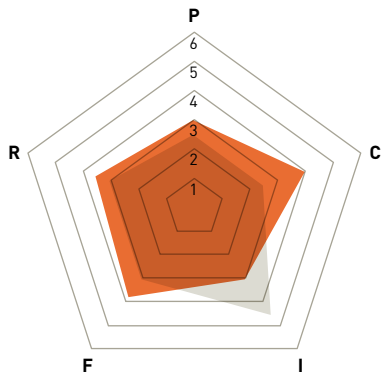
■ Statu quo ■ Projet du Conseil fédéral

→ Financement dual ou moniste



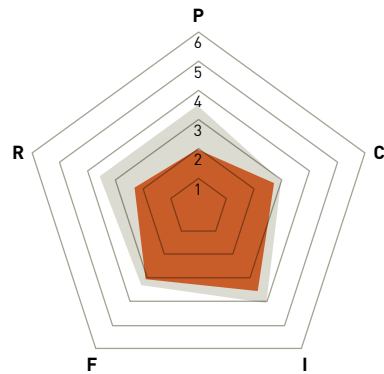
■ Dual ■ Moniste

→ Système DRG



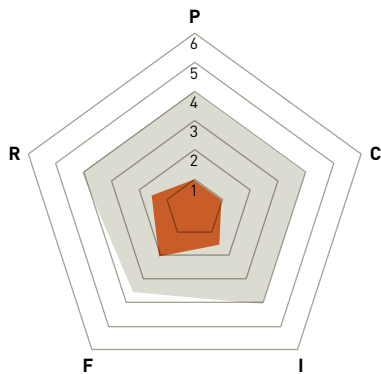
■ Ancien mode de financement ■ Nouveau mode de financement

→ Stratégie MNT



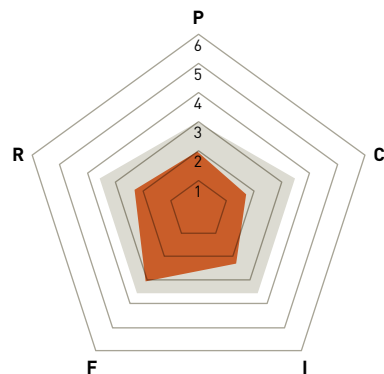
■ Statu quo ■ Projet du Conseil fédéral

→ Caisse unique



■ Statu quo ■ Caisse unique

→ LSAMal



■ Sans la loi ■ Avec la loi

Il serait judicieux d'accorder aux assureurs une plus grande marge de manœuvre en matière de franchises. L'économie s'oppose à une réduction de la participation aux coûts.



Diagramme
« Participation aux coûts »
à la page 13

Position d'économiesuisse

économiesuisse est favorable au système des franchises à option. Selon elle, il faut augmenter et non pas réduire le nombre de franchises. Les assureurs devraient avoir la possibilité de combiner des franchises à option plus élevées avec des contrats pluriannuels. Par contre, l'économie s'oppose fermement à une diminution de la participation aux coûts, préconisant au contraire une hausse de la franchise tant minimale que maximale.

3 Financement hospitalier

Le 1^{er} janvier 2012, des forfaits par cas (DRG) ont été introduits dans toute la Suisse, entraînant le remplacement du financement par établissement par l'actuel financement des prestations. Ce changement de système s'est fondé sur l'arrêté fédéral du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier. Le système moniste, c'est-à-dire le financement des prestations hospitalières par un seul agent payeur, a été évoqué au Parlement à plusieurs reprises. Il appartient maintenant à la plateforme « Dialogue Politique nationale suisse de la santé » lancée conjointement par la Confédération et les cantons d'élaborer une solution moniste. La plateforme attend toutefois l'évaluation du nouveau financement hospitalier pour se mettre au travail.

3.1 Introduction du monisme

Appréciation générale

Le système de financement dual dans le domaine hospitalier affaiblit la transparence et crée des incitations inopportunes.

Le niveau élevé en comparaison internationale des coûts de la santé en Suisse est dû principalement aux coûts des soins hospitaliers. Les raisons en sont les suivantes : planifications hospitalières fédéralistes, pléthore de structures hospitalières, manque de transparence et vérité des coûts insuffisante du côté du financement. Si la transparence a été améliorée grâce au nouveau financement hospitalier (cf. ci-après), le problème de la vérité des coûts reste entier. La faute en revient au système de financement dual, dans lequel, contrairement au domaine ambulatoire financé exclusivement par les assureurs maladie, les prestations des hôpitaux sont couvertes tant par les assureurs que par les cantons. Les premiers ne prennent en charge que 45 % en environ en moyenne des coûts hospitaliers, le reste étant couvert par le canton concerné. Ce financement dual peut inciter les différents acteurs à fournir les prestations en mode soit stationnaire, soit ambulatoire. Or ce sont des raisons médicales ou liées aux structures de soins et non des considérations financières qui doivent motiver une telle décision. C'est pourquoi l'actuel financement dual dans le domaine hospitalier doit être abandonné au nom des principes économiques fondamentaux, de la concurrence et de la politique financière. Dans un système moniste, toutes les prestations sont financées par un seul agent payeur (le moniste). Ce principe, qui s'applique aujourd'hui déjà dans le domaine des prestations ambulatoires, doit également être introduit pour les prestations hospitalières.

Un financement moniste, associé à la liberté de contracter, devrait se traduire par des gains d'efficacité considérables.



Diagramme
« Financement dual ou
moniste »
à la page 13

Position d'économiesuisse

La suppression de l'obligation de contracter dans le domaine hospitalier est une condition essentielle pour réaliser des gains d'efficacité dans un modèle moniste. Dans un tel système de financement, 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, pourrait se traduire par des gains d'efficacité considérables.

Le développement des forfaits par cas liés au diagnostic doit viser une meilleure transparence de la qualité.

3.2 Avantages du nouveau financement hospitalier

Appréciation générale

Les groupes de cas liés au diagnostic (SwissDRG) introduits en 2012 améliorent la transparence du financement hospitalier. Ils facilitent la comparaison des prestations fournies par les différents établissements, permettant à ceux-ci de se démarquer grâce à la qualité de leurs prestations et à un rapport coût-prestation attrayant. Le paysage hospitalier gagne ainsi en transparence, et la concurrence entre prestataires peut pleinement se déployer. Il faut par ailleurs disposer d'indicateurs de qualité susceptibles d'être comparés. Enfin, le développement du tarif doit lui aussi viser une transparence accrue de la qualité.

Du point de vue des principes économiques fondamentaux, les différents rôles joués par les cantons posent problème. Ces derniers sont en effet à la fois planificateurs hospitaliers, fournisseurs et financeurs de prestations ainsi qu'arbitres en cas de litige sur les tarifs entre un hôpital et un assureur. La double casquette des cantons lors de l'établissement des listes d'hôpitaux est aussi critiquable : en étant simultanément autorités de régulation et fournisseurs de prestations, les cantons peuvent restreindre la concurrence entre hôpitaux publics et privés. Il faut savoir que de nombreux cantons sont tentés de faire figurer leurs hôpitaux (publics) sur les listes sans comparer leurs prestations avec celles des fournisseurs privés. En outre, la transparence financière est réduite en ce qui concerne non seulement les infrastructures, mais aussi les prestations d'intérêt public, qui continuent en partie d'être accordées de manière extensive, bien que cela ne soit pas prévu par la loi. Il faudrait donc prendre les mesures nécessaires afin de mettre hôpitaux publics et privés sur un pied d'égalité et, partant, rendre la comparaison intercantonale possible.

Listes d'hôpitaux : les établissements particulièrement prisés ne doivent pas être empêchés de développer leurs capacités.

L'économie estime que les listes d'hôpitaux doivent garantir l'approvisionnement en soins et prévenir une insuffisance de l'offre grâce à une planification minimale. Il n'est pas possible d'éviter une offre pléthorique par des mesures de planification sans museler toute concurrence axée sur les prestations. Il ne faut pas que les listes d'hôpitaux empêchent les établissements particulièrement prisés de développer les capacités nécessaires. Ce n'est que dans ces conditions que la concurrence peut fonctionner. Lors de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, il faudra éviter certains écueils tels que le fonds de compensation ou la réglementation sur les équipements médicotechniques lourds actuellement débattue dans le canton de Vaud, qui auraient pour effet d'affaiblir les hôpitaux rentables.

L'introduction de SwissDRG et le nouveau financement hospitalier ne peuvent pas à eux seuls résoudre tous les problèmes. Les lois d'application cantonales ne doivent pas réduire à néant les incitations positives inhérentes au nouveau système de financement. Il convient en particulier de tenir compte des effets du nouveau tarif sur les incitations. Afin que SwissDRG ne compromette pas les incitations à innover, par exemple, il faut mettre en place des modèles de soins intégrés. Une approche globale permet de démontrer l'efficacité de méthodes de traitement innovantes, d'où l'intérêt d'une meilleure intégration de l'économie dans le processus. Les faiblesses connues telles que la représentation insuffisante des thérapies hautement spécialisées ou la péjoration du financement des innovations pourraient être éliminées grâce à des primes à l'innovation et à des rémunérations supplémentaires.

Les exigences cantonales relatives aux listes d'hôpitaux ne doivent pas entraver la concurrence entre les prestataires.



Diagramme
«Système DRG»
à la page 13

Position d'économiesuisse

économiesuisse salue le nouveau financement hospitalier fondé sur les forfaits par cas liés au diagnostic. Des mesures tarifaires doivent être prises afin de contrer les éventuels effets négatifs sur l'accès aux traitements innovants. Il importe d'impliquer davantage l'économie, en particulier lors des révisions des tarifs. La concurrence (réglementée) souhaitée par le Parlement ne doit pas être entravée par les exigences cantonales relatives aux listes d'hôpitaux.

4 Promotion de la santé et prévention des maladies

En 2012, le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé avait buté sur le frein aux dépenses, ce qui l'avait fait échouer de peu. En novembre 2013, le Dialogue Politique nationale de la santé – la plateforme permanente de la Confédération et des cantons – a demandé l'élaboration d'une Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (MNT). La stratégie MNT doit être prête pour la fin de 2016. Elle a pour but de renforcer les compétences de la population dans le domaine de la santé et de créer les conditions-cadre nécessaires pour encourager des comportements plus sains.

La stratégie MNT du Conseil fédéral vise à améliorer l'efficacité des mesures de prévention contre les cancers, les maladies cardiovasculaires et les risques psychosociaux.

Appréciation générale

La modification des charges de morbidité nécessite de revoir les activités de la Confédération dans le domaine des épidémies et des maladies. Aujourd'hui, les plus grandes menaces sur la santé ne sont plus la tuberculose et autres maladies infectieuses, mais les cancers, les maladies cardiovasculaires et les risques psychosociaux. La stratégie contre les maladies non transmissibles du Conseil fédéral vise à mieux coordonner les activités de prévention des collectivités publiques. Pour l'heure, la coordination des mesures de lutte contre ces maladies de civilisation est rendue difficile par l'enchevêtrement des compétences et des flux financiers.

La meilleure des préventions contre les maladies est une économie en bonne santé. La prospérité contribue pour une grande part à la satisfaction et à la bonne santé de la population. Le chômage est un facteur de risque important pour la santé, physique et mentale. La pauvreté et un bas niveau de formation aussi. Par conséquent, les conditions-cadre de l'économie doivent rester aussi favorables que possible. Une société libre et ouverte encourage l'innovation et le progrès qui, à leur tour, profitent directement à la population. Dans un environnement mondialisé de plus en plus dur, tout doit être mis en œuvre pour préserver la compétitivité des entreprises et la bonne santé des travailleurs. En estompant les frontières entre vie professionnelle et vie privée, les nouveaux modes de travail (télétravail) et l'accessibilité permanente changent la donne économique et sociale et exigent autodiscipline et sens des responsabilités. Cette évolution a cependant aussi des côtés positifs, car elle permet de développer la créativité et l'autonomie des employés et d'améliorer la productivité de l'économie.

Il faut améliorer les données épidémiologiques pour utiliser efficacement les ressources disponibles.

L'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés a aussi pour effet de modifier les charges de morbidité. L'incidence des maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires, le cancer et le diabète, est en augmentation. Ces maladies, qu'il est possible de prévenir en partie grâce à une alimentation saine et à une activité physique équilibrée, occasionnent beaucoup de souffrances et des dépenses de santé considérables. Réduire leur incidence serait positif sur tous les plans. Les pouvoirs publics disposent d'une enveloppe de près de 1,5 milliard de francs par an pour la prévention. Cet argent doit être utilisé de manière efficace. La Confédération doit commencer par améliorer les données épidémiologiques. Il faut avoir une vue d'ensemble de la situation pour pouvoir proposer des mesures appropriées. Une fois qu'elles auront été mises en œuvre, il sera possible de vérifier si elles déploient les effets souhaités. Pour cela, il faut définir des objectifs mesurables. Un dispositif de pilotage, d'évaluation et de correction permet d'utiliser les ressources disponibles de manière ciblée et efficace. Des études d'impact de la réglementation devront évaluer les éventuelles conséquences négatives sur d'autres domaines. La bonne santé de la population est certes un objectif important. Mais celui-ci ne doit pas supplanter d'autres objectifs tout aussi importants comme la liberté, la prospérité, la sécurité, la justice, l'égalité de traitement, etc.

La Confédération doit intégrer les différents groupes d'intérêt dans la stratégie et la planification de la prévention.

Il existe une multitude de mesures de prévention qui peuvent être proposées tant par les pouvoirs publics que par des acteurs privés. Des prescriptions trop rigides dans le domaine de la santé publique entravent les initiatives privées et peuvent même les évincer. Il faut absolument éviter d'en arriver là. Pour cela, les acteurs concernés, dont l'économie privée, doivent pouvoir participer à la stratégie et à la planification de la prévention. L'économie doit être davantage vue comme un partenaire dans le domaine de la santé publique. Compte tenu de l'évolution démographique et de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, une population en bonne santé est en effet indispensable au bon fonctionnement de l'économie et à la prospérité.

Dans un ordre économique libéral, toutes les mesures étatiques doivent d'abord encourager l'individu lui-même à adapter son comportement. La responsabilité individuelle est un bien précieux dont il faut prendre soin. Les pouvoirs publics ne doivent intervenir que lorsque l'économie privée ne le peut ou ne le veut pas. Dans le domaine de la prévention, le vieux proverbe « On peut emmener le cheval à l'abreuvoir, mais on ne peut pas le forcer à boire » est particulièrement vrai. Par conséquent, toutes les mesures doivent permettre à chacun de se déterminer en toute connaissance de cause. La responsabilité individuelle ne peut pas être transférée. Des campagnes de sensibilisation, en particulier auprès des jeunes, amélioreront les compétences de la population dans le domaine de la santé. Chaque individu pourra ainsi décider de manière responsable sur la base de connaissances fondées. Des systèmes incitatifs spécifiques permettront d'éviter des comportements à risque. Par contre, une généralisation des bonus-malus au niveau des facteurs de risque n'est pas souhaitable du point de vue de l'économie, car elle est contraire à un ordre économique libéral.

Les campagnes publiques de prévention doivent soutenir et non pas entraver les activités privées.



Diagramme
« Stratégie MNT »
à la page 13

Position d'économiesuisse

economiesuisse est favorable à une meilleure coordination des mesures de prévention et de promotion de la santé. Il faut coordonner et réexaminer périodiquement les objectifs et les mesures financées par la Confédération, les cantons et les ONG. L'économie privée doit être associée à ces travaux. Les activités publiques de prévention doivent soutenir et non pas entraver les activités privées. L'initiative individuelle et l'information sanitaire doivent par conséquent être encouragées de manière ciblée.

5 Système de l'assurance maladie

Depuis son introduction, le système de l'assurance maladie fait régulièrement l'objet de tentatives visant à l'encadrer plus étroitement. Certaines prévoient de renforcer la surveillance des caisses, d'autres de transférer les caisses dans une organisation étatique. À intervalles réguliers, des initiatives populaires en faveur d'une caisse unique sont lancées et rejetées par le peuple. La dernière en date, qui demandait l'introduction d'une caisse maladie publique, a été rejetée le 28 septembre 2014 par 61,8% des votants. En mars 2007, une autre initiative en faveur d'une caisse unique a été balayée par 71,2% des voix. Au Parlement, une initiative parlementaire demandant de permettre l'instauration de caisses publiques cantonales a été déposée. Enfin, la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance maladie est en train d'être mise en œuvre ; le projet d'ordonnance du Conseil fédéral s'est heurté à un large front de refus. Deux motions à ce sujet ont été déposées au Parlement.

5.1 Caisse unique (cantonale)

Une caisse unique priverait les assurés de leur liberté de choix et instituerait un monopole du côté de la demande.

Une caisse unique remplacerait les 59 caisses maladie³ actuelles. Tous les habitants de Suisse devraient s'assurer auprès de la même caisse. Cette limitation n'a pas sa place dans notre régime économique libéral. Seul un système qui se fonde sur la concurrence peut garantir le libre choix des assurés et une concurrence axée sur la qualité entre les fournisseurs de prestations. Les assurés peuvent ensuite choisir librement entre des caisses maladie en concurrence. Avec une caisse unique, cette liberté disparaît, et les fournisseurs de prestations se retrouvent face à un monopole du côté de la demande. À moyen terme, une telle situation dégraderait le système de santé et, en particulier, entraînerait des délais d'attente comme on en observe aujourd'hui à l'étranger. La concurrence entre les caisses devrait être complétée à moyen terme par l'introduction de la liberté de contracter. Les caisses maladie négocieraient les prix et les tarifs avec les fournisseurs de prestations. Aujourd'hui, les caisses maladie doivent régler les factures de tous les fournisseurs de prestations admis.

Des caisses uniques cantonales rendraient encore plus difficiles les collaborations intercantionales dans le domaine de la santé.

Une initiative parlementaire prône une solution fédéraliste permettant d'instaurer des caisses uniques cantonales. Une telle solution ne ferait qu'empirer la situation. Outre les désavantages d'une caisse unique monopolistique, des caisses uniques cantonales renforceraient les structures fédéralistes et rendraient encore plus difficiles les collaborations intercantionales en matière de fourniture de prestations. Dans la médecine de pointe et le traitement des maladies rares, en particulier, il faudrait pouvoir ouvrir des centres de soins indépendants des frontières cantonales. En outre, l'assainissement structurel général dans le domaine hospitalier ne peut se faire que dans un cadre intercantonal.

→ ³ Plus de 80% des assurés s'assurent auprès des dix plus grandes caisses maladie.



Diagramme
« Caisse unique »
à la page 13

Position d'économiesuisse

economiesuisse s'oppose à des caisses uniques nationale ou cantonales. La concurrence entre les caisses est un moteur important pour assurer l'efficacité du système de santé.

La surveillance des caisses maladie a fonctionné de manière satisfaisante au cours des dernières années.

La fixation des primes doit rester de la compétence des assureurs. La surveillance doit uniquement servir à prévenir les abus.

5.2 Loi sur la surveillance de l'assurance maladie (LSAMal)

L'économie s'engage en faveur d'une surveillance accrue de l'assurance maladie sociale. Une transparence accrue peut améliorer la concurrence entre les assureurs. L'expérience accumulée depuis bientôt vingt ans avec la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) montre que la surveillance de l'assurance de base n'a pas besoin d'être renforcée. Au contraire, avec seulement trois cas de faillite, de petites caisses, la surveillance a largement fait ses preuves. La solidité du système est remarquable compte tenu de l'importante dynamique à laquelle il est soumis depuis 1996. Sur les 145 caisses qui existaient alors, on n'en compte plus que 59 dans l'assurance de base⁴. Grâce à la pression concurrentielle, les assureurs ont cependant toujours pu s'adapter à des exigences de plus en plus élevées. Ces adaptations ont à juste titre été autorisées jusqu'à présent. Dans le cadre de la nouvelle loi fédérale sur la surveillance de l'assurance maladie sociale (LSAMal), les caisses doivent se voir accorder une marge de manœuvre suffisante pour s'adapter. Si les assureurs ne devaient plus pouvoir se différencier suffisamment, cela constituerait un risque. Des solutions d'assurance différentes sont importantes dans un environnement dynamique. Cela permet au système de se renouveler sans sombrer dans l'instabilité. Le marché de l'assurance maladie continuera de connaître d'importantes transformations au cours des années à venir.

Trois éléments centraux doivent être respectés dans la mise en œuvre de la nouvelle loi sur la surveillance. Premièrement, la surveillance ne doit avoir aucune influence directe sur l'activité opérationnelle des assureurs. Selon la LAMal, l'assurance maladie sociale est pratiquée par des assureurs qui définissent eux-mêmes leur mode d'organisation. Ce principe doit également être respecté dans la loi sur la surveillance. La fixation des primes, par exemple, fait partie des tâches centrales des assureurs et ne relève pas de la compétence de la surveillance. La surveillance doit uniquement servir à prévenir des abus. Par conséquent, la volonté du législateur d'interdire les primes qui entraînent des réserves excessives doit être interprétée de manière large. Des réserves élevées sont positives pour les assurés, car elles permettent d'amortir les chocs quand la situation se détériore. Des prescriptions annuelles strictes, par contre, affaiblissent cet effet amortisseur, d'où de fortes fluctuations des primes. Le système deviendrait beaucoup plus instable et les coûts administratifs augmenteraient, car de nombreux assurés changeraient de caisse.

→ ⁴www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=fr

Deuxièmement, la volonté du législateur doit être respectée dans la mise en œuvre de la loi. La LSAMal est une loi très détaillée qui compte plus de 60 articles. L'ordonnance sert à concrétiser la volonté du législateur, et non pas à élargir la portée de la loi. Par conséquent, les dispositions sur le financement, sur les primes et sur les données, en particulier, nécessitent une prudence particulière. Le principe de proportionnalité ne doit pas être perdu de vue. Cela vaut en particulier pour les domaines du contrôle des transactions et des relevés de données.

Troisièmement, les caractéristiques du système de l'assurance maladie doivent être prises en compte dans la mise en œuvre de la loi. La LAMal et la LSAMal définissent un cadre qui permet à la concurrence de jouer dans l'assurance de base. Les caisses maladie ne visent pas le profit, les assurés sont libres de changer de caisse et la compensation des risques garantit une concurrence équitable entre les caisses. Le projet d'ordonnance devrait tenir compte de ces principes fondamentaux. Pour cette raison aussi, le texte ne devrait contenir aucune règle sur les réserves, car cela pourrait provoquer une hausse des primes. Chaque année, les assurés ont la possibilité de changer de caisse. Pour les assureurs, ce risque est une incitation suffisante pour maintenir les primes à un bas niveau et pour ne pas constituer des réserves excessives.

La LSAMal ne doit pas se traduire par une surréglementation qui entraverait la concurrence entre les caisses.



Diagramme
«LSAMal»
à la page 13

Position d'économiesuisse

Les dispositions d'exécution de la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance maladie doivent être modérées pour ne pas entraver la concurrence entre les caisses maladie. Le système de l'assurance maladie est déjà fortement réglementé aujourd'hui. L'économie ne veut pas d'un renforcement du rôle de l'État dans ce secteur.

→ Vue d'ensemble de l'évaluation des projets

ECONOMIESUISSE SOUTIEN LES PROPOSITIONS FAVORISANT LA TRANSPARENCE ET LE LIBRE CHOIX, LES SEULES À PERMETTRE UNE CONCURRENCE ÉQUITABLE

L'économie estime que la liberté de contracter, le dossier électronique du patient et le modèle de financement moniste sont des projets extrêmement prometteurs.

Une prévention efficace favorise l'information sanitaire et l'initiative individuelle.

La liberté de contracter est une option convaincante à tous égards

La liberté de contracter satisfait entièrement aux cinq critères d'évaluation définis par l'économie et se distingue particulièrement du point de vue des principes économiques fondamentaux et de l'encouragement de la concurrence. Le modèle de financement moniste est lui aussi opportun, cohérent et dépourvu de risques potentiels majeurs. Il apporte une substantielle amélioration du point de vue des principes économiques fondamentaux, favorise la concurrence et contribue à un financement durable reposant sur davantage de responsabilité individuelle.

L'économie porte en revanche un regard clairement désapprouvateur sur le projet de caisse unique, mal noté sur les cinq critères. C'est dans le domaine de la politique financière que l'impact de cette proposition est le moins préjudiciable, parce que la limitation des coûts dans un système centralisé est plus simple à obtenir, au détriment de l'innovation et de la satisfaction des patients, toutefois. Une caisse unique en situation de monopole aurait de graves répercussions sur les principes économiques fondamentaux et la politique de concurrence. À moyen terme, il faudrait donc compter avec une élévation des coûts.

L'évaluation de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) dépend beaucoup de sa mise en œuvre concrète. Avec une stratégie avisée, il est possible de venir à bout de divers risques potentiels. Le principal danger de cette stratégie réside dans la centralisation des prestations de prévention, inquiétante du point de vue des principes économiques fondamentaux et de la politique de concurrence. Les activités publiques de prévention ne doivent pas entraver l'initiative privée, mais au contraire la soutenir. Il s'agit donc d'encourager l'initiative individuelle et la promotion de la santé de manière ciblée. Une approche par trop paternaliste affaiblirait la responsabilité individuelle. Une stratégie ciblée et tangible de coordination dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé permettrait d'éviter ces écueils et de contribuer à rendre plus transparente une politique de prévention caractérisée aujourd'hui par son opacité.

L'aménagement concret des mesures sera décisif

L'image qui se dégage de la révision du financement hospitalier (système DRG, autrement dit des forfaits par cas) est essentiellement positive. Les risques potentiels identifiés peuvent être maîtrisés au moyen d'une réglementation circonspecte. Le fait pour un projet de satisfaire ou non à un critère d'évaluation tient souvent aussi à la manière dont les mesures sont organisées concrètement. Le système DRG peut poser des problèmes en matière d'innovation, car le tarif des traitements novateurs ne peut être défini qu'avec un certain retard. C'est dans le domaine de la concurrence que l'on peut en revanche attendre la principale amélioration par rapport à l'ancien système tarifaire.

«Santé2020» : de nombreux projets problématiques

La stratégie globale «Santé2020» du Conseil fédéral, qui compte de nombreux projets, n'a pas été évaluée dans le cadre de la présente publication. Vous trouverez davantage d'informations sur ce sujet dans notre dossier en ligne. Dans l'ensemble, les milieux économiques estiment que cette stratégie est majoritairement préjudiciable. C'est en particulier le cas dans les domaines des principes économiques fondamentaux et de l'innovation. Le pilotage et la centralisation prévus induisent en effet une extension des attributions de la Confédération. Or cela la dessert dans sa fonction de régulateur, car en étant dans la mêlée, elle perd la vue d'ensemble et le recul nécessaires, un élément qui devrait être pris en compte dans la stratégie. Outre le fait de faire obstacle à l'innovation, celle-ci est également dommageable, mais de manière moins marquée, en termes de financement et de responsabilité individuelle. S'agissant de la responsabilité individuelle, justement, le jugement de l'économie est adouci par l'amélioration de la transparence qu'apporte cette stratégie. La centralisation proposée ici permet d'imposer des modèles économiques. Mais si elle permet par conséquent d'alléger le financement public, c'est au détriment de la capacité d'innovation du système. À moyen et long termes, ces innovations feront défaut au processus d'optimisation des prestations. C'est pourquoi la stratégie «Santé2020» est également mauvaise sous l'angle du financement.

Pour les milieux économiques, un grand nombre des mesures de «Santé2020» se révèlent préjudiciables : dans le projet de pilotage du secteur ambulatoire, seul l'aspect de la pérennité du financement se présente sous un jour favorable. Les quatre autres critères, par contre, ne sont clairement pas satisfaisants. Même le «réseau qualité» de la Confédération, tel qu'il est prévu, recèle des pièges par rapport aux principes économiques fondamentaux et à l'innovation et peut induire des économies à court mais pas à long terme. Garantir la qualité incombe en premier lieu aux fournisseurs de prestations. La Confédération a quant à elle pour mission de surveiller la qualité par l'évaluation des résultats obtenus et, au besoin, de l'améliorer par le biais d'incitations. Des directives seules ne suffisent pas à atteindre cet objectif. Le système de santé doit être aménagé de telle façon que seuls les prestataires de santé qui fournissent des prestations de qualité tirent leur épingle du jeu. La suppression des franchises à option par voie d'ordonnance prévue dans ce projet est également très critiquable : la limitation du libre choix et des possibilités de rabais s'obtient sur le dos des jeunes et de la population active. En optant pour cette mesure, la Confédération entend mettre davantage à contribution ces deux groupes de la population. La réduction de l'incitation à un comportement économique inhérente aux franchises à option ne ferait qu'alourdir les coûts de la santé pour l'ensemble de la collectivité solidaire, malades chroniques compris. Et mettre en péril la solidarité

Avec sa stratégie globale «Santé2020», le Conseil fédéral prévoit un pilotage trop centralisé du système de santé.

entre les malades et les bien portants menace en outre le système de l'assurance obligatoire des soins. L'économie souhaite que le gouvernement évite de corriger le système dans le sens d'une médecine d'État, et propose plutôt des réformes respectueuses de notre modèle libéral et propices à l'innovation.

Le gel des admissions de jeunes médecins est et reste une erreur.

Le risque de surréglementation saute aux yeux dans le cas de la loi sur la surveillance de l'assurance maladie (LSAMal). Compte tenu de l'ensemble des points de vue analysés, les milieux économiques rejettent cette loi, en particulier en raison de l'affaiblissement de la concurrence. Les dispositions d'application proposées par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) n'augurent rien de bon. En fin de compte, c'est la marge de manœuvre des assureurs que l'on limite, tout en poussant les frais de gestion à la hausse.

La position de l'économie sur les projets actuels en matière de politique de la santé

Objets	Appréciation générale
Réseau qualité de la Confédération	Rejeter
CIMHS	Approuver sous conditions
Liberté de contracter	Approuver
Gel des admissions	Rejeter
Révision de la LAMal (franchises à option)	Rejeter
Financement moniste	Approuver
Système DRG	Approuver
Stratégie MNT de la Confédération et des cantons	Rejeter majoritairement
Caisse unique	Rejeter
Loi sur la surveillance de l'assurance maladie (LSAMal)	Rejeter

Le tableau récapitule l'appréciation générale des différents projets examinés en matière de politique de la santé. Un projet reçoit l'approbation de l'économie s'il est évalué de manière globalement positive selon la grille d'évaluation. Il est toutefois possible qu'un projet donné contienne des éléments ou des développements que l'économie juge défavorables, mais que ses effets globalement positifs soient 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 tous renseignements:

fridolin.marty@economiesuisse.ch

Cette publication paraît en allemand et en français.

Concept et réalisation: Wirz Corporate AG, Zurich
Responsable de projets: Oliver Steimann, economiesuisse
Impression: DAZ Druckerei Albisrieden AG, Zurich
Édition: Mars 2016

© economiesuisse 2016

economiesuisse

Fédération des entreprises suisses
1, carrefour de Rive
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-3000 Bern

economiesuisse

Federazione delle imprese svizzere
Via S. Balestra 9
Casella postale 5563
CH-6901 Lugano

economiesuisse

Swiss Business Federation
168, avenue de Cortenbergh
B-1000 Bruxelles