

La santé publique suisse est-elle malade?

Document de fond de l'UDC Suisse
sur l'état de la santé publique suisse



Juillet 2012

Table des matières

	page
▪ 1 Introduction et objectif de ce document	3
▪ 2 Santé publique suisse – situation initiale et développement des coûts	4
▪ 3 Tentatives législatives anciennes et actuelles	6
▪ 4 Les vrais problèmes	8
▪ 5 Erreurs systémiques	9
▪ 5.1 Déséquilibre entre les générations	9
▪ 5.2 Rabais excessifs sur les primes	10
▪ 5.3 Rabais disproportionnés par rapport au risque de maladie	11
▪ 6 Incitations contreproductives	12
▪ 6.1 Participation aux coûts et responsabilité individuelle	12
▪ 6.2 Obligation contractuelle et prix administrés	13
▪ 6.3 Mentalité casco complète	13
▪ 6.4 Accès des étrangers	14
▪ 6.5 Augmentation du nombre de médecins	15
▪ 6.6 Plus de marché, moins de réglementations	16
▪ 6.7 Rôle multiple des cantons	16
▪ 7 Idées de solutions en débat	18
▪ 7.1 Desserte médicale intégrée	18
▪ 7.2 Caisse unique	19
▪ 8 Résumé – exigences et idées de solutions de l'UDC	21
▪ 8.1 Financement	21
▪ 8.2 Responsabilité individuelle	21
▪ 8.3 Concurrence	22
▪ 8.4 Conclusion	22

1 Introduction et objectif de ce document

L'UDC défend depuis toujours les valeurs fondamentales que sont la liberté, l'indépendance, la responsabilité individuelle ainsi que la sphère privée et la propriété privée. Dans le contexte économique, elle se reconnaît dans les principes de l'économie de marché libre, de la concurrence et de la liberté économique. Elle soutient les entreprises quelle que soit leur taille et leur activité, des arts et métiers jusqu'aux grandes multinationales, car ce sont elles qui font la prospérité du pays et de sa population. Or, ces valeurs fondamentales et principes tendent aujourd'hui à se diluer dans la société et dans l'économie, un constat qui vaut bien sûr aussi pour la santé publique suisse. La régulation, la bureaucratie et l'interventionnisme de l'Etat progressent et affectent de plus en plus les mécanismes naturels du marché et le développement d'une économie privée créative et prospère. Les interventions et tentatives de gestion de l'Etat conduisent généralement à l'inefficacité et génèrent des incitations contreproductives au détriment des milieux concernés. Ce sont ces développements qui, pour l'essentiel, provoquent la hausse constante des coûts de la santé publique et des primes d'assurance.

Refusant de rester les bras croisés devant ces développements, l'UDC a rédigé ce document de fond sur la santé publique en tenant compte plus particulièrement de l'assurance-maladie sociale. En résumé, l'UDC voit cinq points d'attaque pour optimiser le rapport prestations/prix et pour mieux contrôler, voire freiner la hausse des coûts de la santé publique:

- 1. la concurrence et la liberté contractuelle doivent être admises comme principes de base également dans la santé publique et renforcées;**
- 2. la responsabilité individuelle des assurés, donc la participation aux coûts, doit être augmentée pour couper court à une mentalité de plus en plus revendicatrice à l'égard de la santé publique;**
- 3. le développement quantitatif des prestations couvertes par l'assurance doit être stoppé;**
- 4. il faut mettre un terme aux subventions transversales et redistributions au sein du système;**
- 5. le rôle des cantons doit être redéfini et limité à quelques tâches essentielles de surveillance et de contrôle.**

Ce document de fond ne traite pas en détail des domaines étroitement liés à la santé publique comme par exemple la prévention, la formation, l'assurance-accident et invalidité, etc.

2 Santé publique suisse – situation initiale et développement des coûts

La Suisse possède un des systèmes de santé publique les meilleurs, mais aussi les plus chers du monde. Ce secteur occupe environ un demi-million de personnes (365 000 équivalents plein temps), soit quelque 12% de tous les actifs de Suisse. Cela en fait le troisième secteur économique de Suisse après l'industrie de transformation et le commerce. Durant les seules dix dernières années, 80 000 nouveaux emplois à plein temps y ont été créés.¹

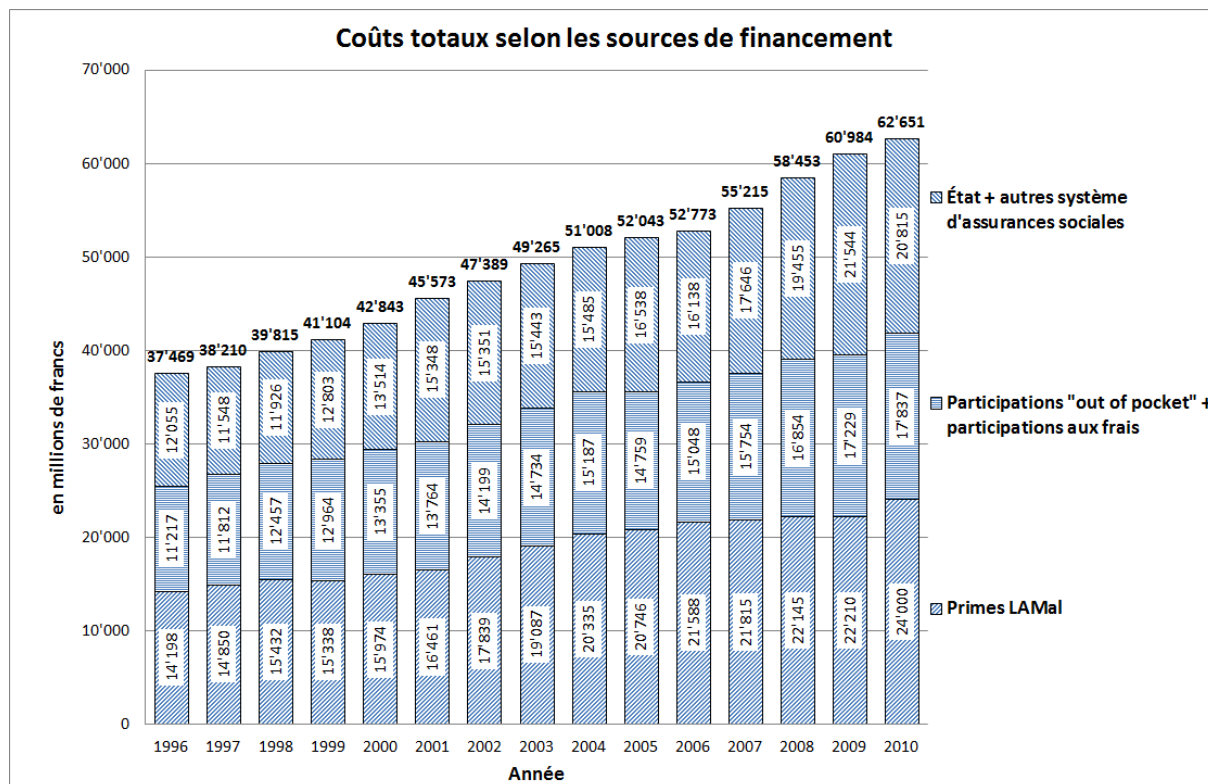
Entre 1996 et 2010, les coûts de la santé publique suisse ont progressé de 37,5 à 62,5 milliards de francs, soit une hausse de 69%. Durant cette même période, la part des dépenses pour la santé au PIB a passé de 9,5 à 11,5%.² Seuls les Etats-Unis et la France connaissent une croissance plus importante. Alors que le PIB suisse s'est accru en moyenne de 2,7% par an entre 1996 et 2009, ce taux était de près de 3,9%/an pour les coûts de la santé.³ Conséquence de ce développement: une mise à contribution croissante de ressources économiques et une augmentation correspondante de la charge pour les citoyens.⁴ L'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) affiche la même tendance. Dans ce domaine également, les coûts ont presque doublé en 14 ans depuis la mise en vigueur de la LAMal. La croissance annuelle des coûts est de l'ordre de 4,3% et rien ne permet de prévoir une inversion de cette tendance dans les années à venir. Le schéma suivant illustre ce développement et indique comment la hausse constante des coûts de la santé est financée.

¹ Etude Crédit Suisse : Santé publique suisse: la desserte régional résiste à la pression des coûts

² KOF, institut de recherche conjoncturelle de l'EPFZ.

³ Office fédéral de la statistique, produit intérieur brut selon l'indice de production 1990-2009, calcul

⁴ Source: OECD Health Data 2010; état des données juin 2010



Source: Office fédéral de la santé publique (OFSP) (BAG), Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2010, juin 2012

Ce développement charge directement les ménages des assurés par le biais des primes d'assurance-maladie, des coûts "Out of Pocket" (médicaments que les assurés paient de leur poche parce qu'ils ne sont pas couverts par l'assurance) ainsi que de la participation aux coûts via les franchises et les participations.

En faisant le bilan de la période qui a suivi l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie en 1996, on constate que le comblement des lacunes dans les prestations ainsi que la meilleure accessibilité des prestations pour les assurés ont permis d'atteindre l'objectif visé, à savoir la constitution d'un système de santé publique de grande qualité. En revanche, la nouvelle législation n'a pas répondu ou n'a répondu que partiellement⁵ aux attentes en ce qui concerne le renforcement durable de la solidarité entre les assurés ainsi que le ralentissement de la hausse des coûts dans le secteur de la santé et de l'assurance-maladie. L'extension de l'offre de prestations aurait dû s'accompagner d'un renforcement de la responsabilité individuelle qui a cependant été compromis par l'obligation contractuelle faite aux assureurs ainsi que par diverses dispositions légales comme la limitation des franchises et participations.

⁵ Informations générales Loi sur l'assurance-maladie (LAMAL), OFSP, 10 février 2010, p. 2.

De l'avis de l'UDC, les causes de ce développement dramatique des coûts doivent être identifiées et présentées en toute franchise, de sorte qu'il sera possible de proposer des solutions valables au peuple suisse.

3 Tentatives législatives anciennes et actuelles

Beaucoup de choses se sont passées au niveau législatif depuis l'introduction de la nouvelle LAMal en 1996. En automne 2003, on a assisté à l'échec de la 2^e révision de la LAMal qui visait avant tout les coûts de la santé – nouvelle réglementation du financement hospitalier, levée de l'obligation contractuelle, conditions pour la réduction des primes, inscription de la compensation du risque et modification des dispositions en cas de non paiement des primes. Au printemps 2004, le Conseil fédéral a soumis au Parlement deux projets de réforme indépendants ainsi qu'un projet séparé concernant le financement des soins. Le but du gouvernement était d'optimiser la LAMal et de renforcer les éléments atténuant la hausse des coûts.

Les deux éléments les plus importants de ces deux projets de réforme sont incontestablement la **nouvelle réglementation du financement des soins** ainsi que le **nouveau financement hospitalier**. En mai 2009, le Conseil fédéral a soumis au Parlement un projet supplémentaire pour une réforme urgente de la LAMal comprenant quelques mesures destinées à endiguer l'explosion des coûts. L'administration estimait l'effet d'économie de toutes ces mesures à quelque 500 millions de francs par an.⁶ Cette intervention a été déterminée par la crainte de voir tomber fin 2009 la réserve minimale des assurances-maladie de 2,5% en dessous du niveau minimal, si bien qu'une forte augmentation des primes aurait été nécessaire. Le développement en sens opposé des coûts et des primes de l'assurance-maladie obligatoire s'explique en premier lieu par la politique du Conseil fédéral en matière d'approbation des primes. S'y ajoutent d'autres effets comme l'optimisation constante de la couverture d'assurance par les assurés (érosion des primes) et le développement négatif des marchés financiers. Cette réforme a finalement débouché sur une solution de compromis qui, d'un point de vue libéral, contenait trop d'éléments entravant la concurrence (par exemple, interdiction faite aux caisses-maladie de faire de la publicité), si bien que cette

⁶ (09.053) Rapport sur la révision urgente de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMAL), p. 11.

tentative a elle aussi fini par échouer au Conseil national durant la session d'automne 2010.

Au printemps 2003 déjà, l'UDC avait clairement identifié les problèmes qui affectaient la santé publique suisse. Elle a donc lancé son initiative populaire "pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base" qui visait à ancrer l'assurance-maladie dans la Constitution fédérale en y inscrivant des principes comme la liberté contractuelle, la transparence, l'assouplissement de la couverture d'assurance ainsi que la participation en pour-cent de la Confédération et des cantons au financement. Cette initiative a abouti, mais elle a été retirée le 10 janvier 2008 au profit d'un contreprojet direct. De toute évidence, le moment de proposer une solution réellement efficace n'était pas encore venu. Le 1^{er} juin 2008, le contreprojet, qui reprenait certes de nombreux points de l'initiative, mais qui n'était finalement qu'un rapiécage, a échoué en votation populaire. Le 17 juin 2012, enfin, le projet "managed care" mis au point par le Parlement a été rejeté par le peuple. Cette réforme visait l'encouragement et la propagation des réseaux de soins intégrés dans la desserte médicale ambulatoire en poussant un nombre accru d'assurés à rejoindre ces modèles.

Le bilan des tentatives législatives faites ces dernières années dans le domaine de l'assurance-maladie est désastreux. Soit les projets de réforme ont échoué, soit elles n'ont pas répondu ou n'ont répondu que très partiellement aux espoirs fondés en eux parce que certaines idées de réformes ont été complètement désagrégées dans le courant des débats parlementaires. Il semble que les problèmes posés par la hausse des coûts de la santé ne soient pas encore assez douloureux pour que des mesures efficaces puissent passer la rampe. Nonobstant cette situation bloquée, il faut continuer d'examiner soigneusement les rapports de cause à effet dans le système de santé publique, il faut les rendre compréhensibles et en tirer des propositions de solutions – faute de quoi une nouvelle et forte hausse des coûts et des primes sera inévitable.

4 Quels sont les vrais problèmes?

Les motifs expliquant la hausse constante des coûts de la santé publique sont complexes. Comme cela a été relevé en introduction, la santé publique exige beaucoup de personnel et les possibilités de remplacer des personnes par des moyens techniques sont restreintes. Une hausse des salaires se répercute donc fortement sur le coût global. Parallèlement, une augmentation du revenu des consommateurs, donc des assurés, renforce la demande de prestations de santé.⁷ Les exigences de la population en termes de santé sont élevées tant qualitativement que quantitativement. Le progrès technico-médical n'améliore pas seulement la qualité des prestations, mais apporte aussi des prestations totalement nouvelles qui, au plus tard lorsqu'elles entrent dans la liste des prestations obligatoirement couvertes, provoquent des coûts supplémentaires et, partant, une hausse des primes. Enfin, le développement démographique, c'est-à-dire l'augmentation de l'espérance de vie moyenne et son corollaire, l'augmentation du nombre de malades chroniques exigeant des soins onéreux, sont une raison supplémentaire de l'augmentation des coûts. Ces facteurs ne sont cependant pas ou sont difficilement influençables dans le but de réduire les coûts.

En revanche, on ignore trop souvent les erreurs systématiques de fond et diverses incitations contreproductives qui affectent la santé publique suisse et accélèrent la spirale des coûts alors qu'il serait parfaitement possible de les corriger.

⁷ Pronostic automnal des dépenses suisses pour la santé 2009-2012, KOF, Institut de recherche conjoncturelle de l'EPF Zurich.

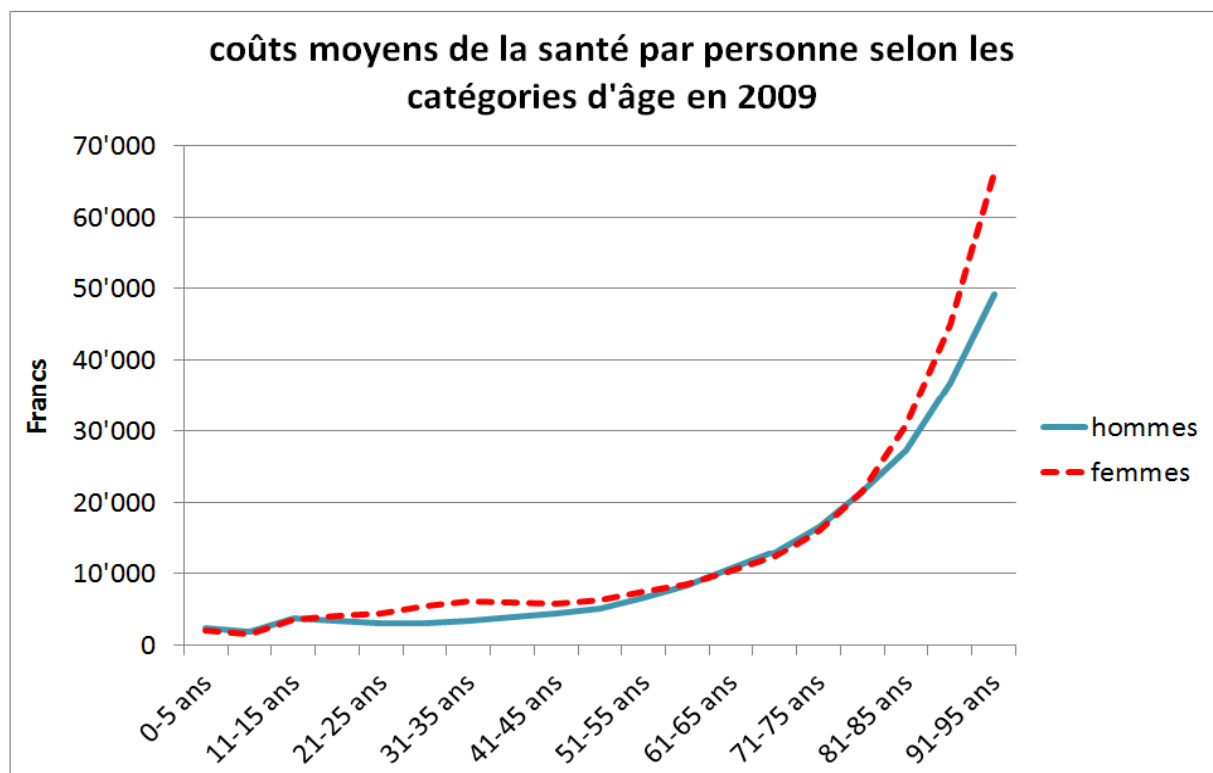
5 Erreurs systémiques

5.1 Déséquilibre entre les générations

La LAMal contraint les assurances-maladie de facturer les mêmes primes à tous les assurés (prime unique ou prime individuelle) avec toutefois les exceptions suivantes:

- lorsqu'il est établi que les coûts varient entre cantons et régions, les assurances peuvent imposer des primes différentes par canton ou par région;
- des primes plus basses peuvent être proposées aux enfants et adolescents (moins de 19 ans) et aux jeunes adultes. Trois niveaux de primes échelonnés en fonction de l'âge sont permis.⁸

L'objectif de cette réglementation des primes est de garantir la solidarité entre les jeunes et les vieux, entre les bien-portants et les malades. Le graphique ci-dessous indique le rapport systématique entre l'âge et le coût de la santé. Un homme âgé entre 21 et 15 ans génère en moyenne des coûts d'environ 3000 francs par an (4300 francs pour une femme du même âge). Ces coûts atteignent environ 27 000 francs par an entre 81 et 85 ans (30 000 francs pour les femmes).



Source: Office fédéral de la statistique OFS: coûts de la santé selon l'âge et le sexe 1997-2009

⁸ LAMal art. 61

Cette différenciation insuffisante de la prime individuelle a un effet pervers: les jeunes adultes et familles paient avec leurs primes les frais de santé des générations anciennes. La population des moins de 55 ans est ainsi triplement pénalisée: premièrement, ses primes sont beaucoup plus élevées que les coûts qu'elle occasionne; deuxièmement, elle subventionne la génération ancienne en contribuant à la compensation du risque; troisièmement, on sait que la majeure partie de la fortune privée est aujourd'hui aux mains des 65 ans et plus.⁹

L'idée de la solidarité entre générations est conduite à l'absurde quand des jeunes adultes et familles reçoivent des contributions pour la réduction des primes parce qu'ils doivent cofinancer les coûts de santé élevés des générations anciennes qui disposent pourtant d'une fortune nettement plus élevée. L'UDC demande donc l'introduction d'au moins deux échelons de primes supplémentaires dans l'assurance-maladie. Les jeunes familles avec enfants et les jeunes adultes seraient ainsi déchargés et le système de réduction des primes retrouverait sa fonction première, à savoir le soutien aux personnes moins aisées économiquement.

5.2 Rabais excessifs sur les primes

Les conditions légales actuelles permettent aux assureurs d'accorder divers rabais en fonction du modèle d'assurance retenu par leurs clients. Ces rabais sont cumulables et durables. Leur cumul peut atteindre 50% de la prime de base (prime avec une franchise de 300 francs). Des rabais aussi importants ne reflètent cependant pas des économies correspondantes, mais représentent clairement une forme de dumping, par exemple dans le but d'inciter les assurés à entrer dans un réseau de soins intégrés (managed care). Or, l'objectif de ces modèles est d'offrir aux assurés une desserte médicale complète et économiquement performante et non pas de garantir des primes bon marché.

D'un point de vue économique, les rabais ne sont justifiés que s'ils sont financés par des économies réelles. Les assureurs ne peuvent constater ces éventuelles économies qu'à la fin de l'année civile. Nous avons donc affaire à un problème inhérent au système si ces rabais sont accordés de manière générale sur la base de simples hypothèses et au début d'une période d'assurance.

⁹ Ce fait ressort des statistiques fiscales des cantons.

Faute de conditions-cadres conformes à l'économie de marché, le secteur de la santé publique doit être soumis à une réglementation légale inspirée de principes économiques élémentaires.

L'UDC demande donc que la législation actuelle soit adaptée de manière à ce que les rabais reposent sur des économies réelles et qu'ils ne soient accordés qu'à la fin de l'exercice, en principe sous la forme d'une participation aux bénéficiaires. En outre, les subventionnements transversaux entre caisses-maladie du même groupe ou entre différents produits doivent être interdits.

5.3 Rabais sur les primes disproportionnés par rapport au risque de maladie

Les rabais accordés dépendent aussi de la franchise choisie. Plus la franchise proposée en option est élevée, plus le risque supporté par l'assuré est grand et plus le rabais accordé par l'assureur doit être important. Or, ce type de rabais est aujourd'hui indépendant de l'âge et du sexe. En clair, une personne de 75 ans, dont le risque de maladie est plusieurs fois plus élevé que celui d'un jeune de 20 ans, bénéficie du même rabais pour une franchise de 2500 francs que le jeune assuré. L'incitation faite à une personne âgée de choisir une franchise élevée en est fortement réduite. Il serait donc judicieux et correcte d'accorder un rabais plus important aux personnes âgées ayant un risque de maladie plus élevé.

L'UDC s'engage à ce que des assurés d'un certain âge (par ex., les plus de 55 ans) choisissant une franchise à option bénéficient d'un rabais plus important compte tenu de leur risque de maladie plus élevé. Cela, bien entendu, à la condition que les deux échelons de primes supplémentaires mentionnés plus haut (en fonction des classes d'âge) soient également introduits.

6 Incitations contreproductives

6.1 Participation aux coûts et responsabilité individuelle de l'assuré

Comme cela a été relevé plus haut, l'assurance obligatoire des soins repose sur un système de primes individuelles avec des franchises à option et une participation aux frais (10% des coûts, au maximum 700 francs par an et par adulte). Lorsque ces limites annuelles sont atteintes, l'assuré a, le reste de l'année, un libre accès à toutes les prestations médicales sans conséquence financière pour lui. Ce type de financement n'est guère propice à la responsabilité individuelle et encourage la consommation puisqu'au-delà d'un certain seuil toute consommation médicale est gratuite, donc rentable du point de vue de l'assuré. L'effet de cette incitation contreproductive s'aggrave du fait que l'assuré peut adapter sa franchise au début de chaque année civile. Dans la perspective d'une intervention médicale planifiable, l'assuré aura donc tendance non seulement à optimiser sa franchise, mais aussi à consommer d'autres prestations médicales auxquelles il a renoncé auparavant en raison d'une franchise trop élevée. En outre, un grand nombre de fournisseurs de prestations médicales facturent directement à l'assureur (tiers payant). Dans ce cas, l'assuré ne reçoit que le décompte de la franchise et de la participation aux coûts, mais ne se rend fréquemment pas compte des coûts qu'il a occasionnés. Voilà donc encore un élément qui n'est pas favorable à une prise de conscience des coûts.

L'UDC plaide pour plus de responsabilité individuelle et propose que la franchise soit adaptée tous les cinq ans à l'évolution de l'indice national des prix à la consommation. L'assuré ne doit pouvoir la modifier que tous les trois ans. De plus, le montant maximal de la participation doit être porté de 700 à 1400 francs. Il y aurait également lieu d'étudier une augmentation générale de la participation aux coûts (montant minimal de la franchise de par ex. 2500 francs), de sorte qu'une baisse substantielle des primes serait possible. Cette intervention permettrait également de réduire les contributions à la réduction des primes. Dans les cas où ces charges dépasseraient les possibilités financières d'un assuré, le canton concerné pourrait intervenir par un paiement direct des prestations. Le soutien de l'Etat ne serait donc déclenché que si une intervention médicale est réellement nécessaire et si l'assuré ne peut pas supporter la participation aux coûts.

6.2 Obligation contractuelle et prix administrés

Des incitations contreproductives produisent également des effets nocifs au niveau des fournisseurs de prestations médicales, donc des médecins, hôpitaux, etc. Dans le système actuel, l'obligation contractuelle contraint les assureurs de collaborer avec tous les fournisseurs de prestations et de payer les prestations facturées à condition qu'elles soient médicalement et économiquement justifiées. L'unique barrière dans ce système est l'autorisation de pratiquer ou d'exploiter délivrée par le canton. C'est dire que la concurrence souvent demandée entre fournisseurs de prestations est inexistante ou insuffisante. Elle est aussi entravée par les prix imposés par l'autorité de surveillance. Conséquence: la concurrence au niveau des prix entre les acteurs du marché ne joue pas et les assurés, respectivement les assureurs doivent payer les prestations qui leur sont facturées selon des prix fixés par ordonnance. Des **prix négociés** entre assureurs et fournisseurs de prestations médicales animeraient une concurrence déficiente à ce niveau, augmenteraient la pression sur les prix et apporteraient des économies substantielles à l'assurance obligatoire des soins.

Les systèmes de bonification actuels (tarif basé sur les prestations individuelles) contribuent également à l'augmentation constante des coûts de la santé publique. Ils permettent en effet aux fournisseurs de prestations d'adapter leur mode de décompte dans le but d'augmenter leur revenu. On ne sera donc guère surpris de constater que la hausse annuelle des coûts provienne à raison d'un tiers de hausses de prix et de deux tiers d'augmentations quantitatives.

Dans le but de renforcer la concurrence dans la santé publique, l'UDC s'engage donc en faveur de la suppression de l'obligation contractuelle et de l'interdiction des prix administrés par l'autorité de surveillance.

6.3 Mentalité casco complète

Le catalogue plus que complet des prestations de base participe lui aussi à la progression constante des coûts de la santé. A côté de maladies graves comme les affections cardiaques et circulatoires ou le cancer, l'assurance-maladie doit aussi assumer des coûts provoqués par des cas bénins comme des gripes ou de simples refroidissements. Les obligations des caisses-maladie vont si loin que même des traitements comme des avortements et fécondations assistées ou encore des prestations en rapport avec des alcooliques et des drogués sont imposées à l'assurance-maladie sociale. Cette couverture complète du risque de ma-

ladie génère auprès de la population une mentalité casco-complète qui annihile toute responsabilité individuelle.

Ainsi, l'assurance-maladie obligatoire actuelle n'intervient plus seulement en cas d'événements graves aux conséquences financières menaçant l'existence des assurés, mais aussi pour garantir à tout le monde la poursuite sans changement du mode de vie habituel. Ce système correspond à une assurance-santé casco complète obligatoire dont les primes sont de surcroît protégées (dans le domaine automobile il existe au moins un dispositif bonus/malus). Du coup, la santé publique devient de plus en plus en self-service où chacun peut se servir à sa guise indépendamment de la gravité de sa maladie.

6.4 Accès aux étrangers

La Suisse connaît une des proportions d'étrangers les plus élevées du monde. Conséquence de la libre circulation des personnes et des accords Schengen/Dublin, l'afflux d'étrangers ne cesse de croître depuis quelques années. Comme pour les autres institutions sociales, les étrangers accèdent très facilement aux prestations de l'assurance-maladie. D'une part, cette possibilité ouvre la porte aux abus en ce sens que des étrangers gravement malades sans domicile en Suisse s'assurent temporairement auprès d'une caisse-maladie helvétique, demandent des traitements médicaux onéreux et quittent ensuite le pays. Ce procédé leur permet de profiter d'une infrastructure médicale onéreuse sans avoir eu à participer à son financement et aux coûts qu'ils occasionnent. Ces personnes ne paient en effet des primes que pendant une courte durée.

D'autre part, des étrangers – notamment de pays AELE et UE – touchent de manière régulière une dite entraide en matière de prestations de l'institution commune LAMal qui peut ensuite demander un remboursement auprès des assureurs étrangers ou des pays d'origine. Entre 2003 et 2009, ces cas d'entraide en matière de prestations ont passé de 35 800 à près de 136 000, soit une augmentation annuelle de presque 25%. L'Institution commune LAMal estime que cette hausse se poursuivra.¹⁰ A la fin 2009, les factures non payées atteignaient un montant de 183 millions de francs, somme qu'il a fallu financer avec des crédits. Le frais de capital, soit plus de 4 millions de francs, sont assumés par la Confédération. Là encore, le contribuable et assuré suisse doit effacer l'ardoise. Il s'avère une fois de plus que les accords excessivement généreux dans le do-

¹⁰ Institution commune LAMal; <http://www.kvg.org/default.htm>

maine de la libre circulation des personnes et des assurances sociales comportent de gros risques pour les assurances et assurés suisses, notamment à une époque où nombre d'Etats UE ont de grosses difficultés financières.

Les cantons attribuent de surcroît aux assurances-maladie les requérants d'asile sans autorisation de séjour et les personnes admises provisoirement et en assumant les primes. Ces assurés sont cependant exclus de la compensation du risque. Il arrive fréquemment que ces personnes soient en mauvaise santé et exigent des soins onéreux. Les cantons choisissent des caisses pratiquant des primes basses et travaillant de manière efficiente. Leur seule possibilité de réduire les coûts est de limiter le choix des fournisseurs de prestations. Globalement, les requérants d'asile et personnes admises provisoirement constituent un groupe générant des coûts de santé supérieurs à la moyenne. Ce collectif doit donc être traité à part.

L'UDC soutient la création d'un catalogue de prestations de base obligatoires limité aux besoins sanitaires essentiels et pouvant être complété par des prestations optionnelles financées par l'assurance complémentaire. Les qualités et les capacités du système de santé publique suisse ont l'effet d'un aimant sur les patients étrangers. Le risque de factures non payées qui en résulte doit être éliminé et les abus doivent être combattus. Les requérants d'asile et les personnes admises provisoirement doivent être traités en dehors du système LAMal et leurs frais de santé doivent être supportés directement par la Confédération. Cette dernière devra afficher de manière transparente les charges qui en résultent pour les contribuables suisses.

6.5 Augmentation du nombre de médecins

L'augmentation du nombre de médecins pratiquant est un autre facteur qui provoque une augmentation quantitative, donc une hausse des coûts. Après la levée du blocage des admissions, on a assisté à une explosion du nombre de demandes d'autorisation de pratiquer. Depuis le début de cette année, plus de 1000 médecins ont demandé un numéro de décompte pour un effectif total de quelque 30 000 médecins. On relève surtout une forte progression du nombre de médecins spécialisés étrangers qui s'installent en Suisse. Chacun de ces médecins provoque des coûts supplémentaires de l'ordre d'un demi-million de francs par an pour le système de santé publique. Après la levée du blocage des admissions, on constate ici également les effets de la libre circulation des personnes.

L'UDC demande l'examen de systèmes d'admission et de limitation basés sur des critères de besoin et de qualité. Il faut également encourager la formation de médecins suisses en nombre suffisant.

6.6 Plus de marché, moins de réglementation

Les caisses-maladie se livrent aujourd'hui, comme cela était souhaité, une âpre concurrence qui, ces dernières années, se déroule surtout au niveau des charges administratives et des prestations. Diverses caisses ont exploité assez largement la marge de manœuvre que leur accorde la loi. Certaines ont non seulement soumises à l'autorité d'approbation des primes trop basses, donc ne couvrant pas les charges, mais elles ont de surcroît financé, comme mentionné plus haut, des rabais par des canaux parfois inadaptés. Conséquences de ce comportement: l'Office fédéral de la santé publique a l'intention d'intervenir par une loi excessivement régulatrice dans la liberté économique des assureurs en assurance-maladie. Dans sa réponse à la consultation du 10 mai 2011 sur le projet de nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, l'UDC a donc clairement rejeté ce projet.

L'autorité de surveillance dispose aujourd'hui déjà avec la loi sur l'assurance-maladie et son ordonnance d'application d'instruments permettant d'exercer une surveillance étroite et de mettre fin à des pratiques douteuses. Ce qui compte, c'est que les primes soient calculées sur base de la technique et de la mathématique des assurances, qu'elles couvrent les coûts et que tout subventionnement transversal entre caisses du même groupe et entre produits de la même caisse soit évité.

L'UDC s'engage pour une concurrence saine entre les caisses-maladie avec des primes couvrant les coûts et un minimum de réglementation et d'intervention de l'Etat.

6.7 Rôle multiple des cantons

L'UDC s'est rendu compte il y a longtemps déjà des problèmes posés par le rôle multiple des cantons. Dans le domaine hospitalier, les cantons sont à la fois planificateurs, propriétaires, autorités d'approbation des tarifs, fournisseurs de prestations et arbitres. Cette situation ne peut que déboucher sur des conflits d'intérêts. Elle a pour conséquence le maintien de surcapacités à la suite d'une planification avant tout inspirée par le souci de conserver des structures cantonales et

de promouvoir l'économie ainsi que par des considérations de prestige. Autres conséquences: des tarifs surfaits et des décisions d'investissement qui compromettent la rentabilité du système. Cette politique provoque non seulement une hausse des primes d'assurance-maladie, mais aussi une augmentation des prestations hospitalières financées par l'argent des contribuables ainsi que des contributions fédérales et cantonales à la réduction des primes.

L'application de la nouvelle planification et du nouveau financement hospitaliers donne une idée de la gravité de ces problèmes. Le but de cette réforme est de garantir le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse, d'accroître la transparence, de permettre la comparaison de la qualité et de l'économicité des établissements et, finalement, d'accroître la concurrence entre les hôpitaux. L'effet souhaité de cette réforme est un assainissement des structures et une optimisation du secteur hospitalier pour en réduire les coûts. Or, force est de constater aujourd'hui que de nombreux cantons abusent de cette réforme pour conforter leur prédominance et leur influence. A cet effet, ils introduisent par exemple des budgets globaux, des forfaits dégressifs par cas, des nombres minimaux de cas, voire des limitations quantitatives (par exemple, nombre de lits) à l'intérieur du canton ou pour certains hôpitaux. Par ces interventions et réglementations étatiques, ces cantons minent la nouvelle planification et le nouveau financement des hôpitaux dans le seul but de maintenir le statu quo.

L'UDC plaide donc pour une claire répartition des rôles et la réduction des conflits d'intérêts. Dans cet esprit, les hôpitaux doivent gagner en indépendance, les questions tarifaires doivent être négociées par les partenaires tarifaires et éventuellement tranchées par une instance judiciaire indépendante. Ces exigences ne peuvent cependant être réalisées que si l'obligation contractuelle des assureurs est levée. Il faut aussi garantir l'application correcte de la nouvelle planification et du nouveau financement des hôpitaux par un organe de surveillance adéquat (task-force) qui accompagne et, si nécessaire, corrige le développement dans les cantons.

7 Idées de solutions en débat

7.1 Desserte médicale intégrée

Aujourd'hui déjà, des produits d'assurance basés sur un nombre limité de fournisseurs de prestations médicales jouissent d'un succès croissant en raison de leurs primes intéressantes. Ces réseaux de soins intégrés ont aussi été considérés au niveau politique comme un moyen de régler le problème des coûts. La coordination optimale des prestations au sein des réseaux de soins ainsi que la coresponsabilité budgétaire permettraient non seulement de ralentir la hausse des coûts, mais même de faire des économies. Pour encourager une forte proportion d'assurés à rallier ce système, le Conseil fédéral et le Parlement ont préparé un projet de révision de la LAMal réduisant la franchise et la participation des membres de réseaux de soins. Un référendum a été lancé avec succès contre ce projet et le 17 juin 2012 le peuple l'a enterré.

Voici quelques raisons – la liste n'est pas exhaustive – qui ont sans doute conduit à cet échec: le renchérissement du libre choix du médecin a été présenté par les adversaires comme une perte totale du libre choix. On a même affirmé que le projet managed care conduisait à une médecine à deux classes alors que les réseaux de santé promettaient au contraire une meilleure qualité de la desserte médicale. D'un point de vue libéral, on pouvait effectivement critiquer que cette promotion des réseaux de santé passait par une nouvelle réglementation légale, ce qui est contraire au principe de la libre concurrence et d'une économie libérale. La réforme légale proposée comportait en outre plusieurs risques: en exagérant les mesures de promotion, on retire trop d'argent du système et cette lacune doit ensuite être compensée par une hausse des primes des assurés ordinaires ou par des économies réelles. Cette dernière mesure compromettrait la qualité du modèle et le rendrait moins attractif, ce qui n'est évidemment pas souhaitable. On a par ailleurs tort de se référer aux réseaux de soins existants pour déterminer le potentiel d'économie. En effet, le collectif de personnes assurées actuellement selon le système managed care est composé en majeure partie de personnes jeunes et bien portantes qui consomment en moyenne moins de prestations médicales que le reste de la population. Dans le système de l'assurance-maladie, les prestations sont financées selon le principe de la répartition, si bien que les primes payées par un collectif de personnes correspondent aux coûts de ce même collectif. Les primes calculées pour un portefeuille d'assurés jeunes à

faible risque de maladie sont plus basses que celles imposées à un collectif plus âgé. Il est donc trompeur de parler d'un potentiel d'économie à ce niveau.

Pour contrôler durablement la spirale des coûts, ces modèles d'assurance restent, aux yeux de l'UDC, une démarche prometteuse nonobstant le récent échec du projet managed care. Ce qui compte, c'est que les 20% d'assurés qui provoquent 80% des coûts de la santé adhèrent à des systèmes de desserte médicale efficaces comme les réseaux de soins intégrés.¹¹ Ce groupe-cible – il s'agit typiquement de personnes âgées ou polymorbides (personnes souffrant de plusieurs maladies) – ne peut cependant être convaincu des avantages d'une desserte médicale intégrée que moyennant des prestations de haut niveau et non pas simplement par l'argument d'une baisse des primes. Il faut en outre veiller à ce que les réseaux de soins intégrés – donc les fournisseurs de prestations médicales – puissent assumer leur responsabilité budgétaire indépendamment des assureurs. D'un point de vue libéral, il y a lieu de renoncer à toute mesure de contrainte pour pousser les assurés dans ces modèles. Il faut cependant se réserver la possibilité de prendre des mesures d'incitation en faveur des réseaux de soins (par ex., des franchises et participations différenciées). Ces incitations doivent cependant être modérées pour ne pas dégrader les réseaux de soins au niveau de modèles "bon marché".

7.2 Caisse unique

Bien que le peuple ait massivement (plus 70% de non) rejeté le projet de caisse-maladie unique, les milieux de gauche s'entêtent à considérer cette idée comme un moyen de contrôler la hausse des coûts de la santé. Une telle institution permettrait certes d'économiser des dépenses de marketing et publicitaires, mais celles-ci sont trop peu importantes pour que les assurés puissent profiter d'une baisse significative et durable des primes. Affichant des charges administratives de l'ordre de 5% seulement, cette branche est plutôt efficace à ce niveau. On ne voit donc aucune raison plausible qu'une caisse unique soit financièrement plus avantageuse que le système actuel. C'est le contraire qui est vrai. La concurrence pousse les caisses à travailler de la manière la plus rentable possible tout

¹¹ H+, PALAIS FÉDÉRAL, mai 2010 + no 2, „Une desserte optimale signifie bien soigner des patients gravement malades”.

en tentant de conserver les clients grâce à une qualité élevée des prestations. Cette pression tomberait complètement avec une caisse unique.

L'UDC est convaincue que dans le secteur de la santé publique l'offre et le demande ainsi que la qualité et le prix (coût) harmonisent le mieux dans un système de libre marché et de concurrence. Elle est donc clairement opposée à la solution factice d'une caisse unique.

8 Résumé des exigences et idées de solutions de l'UDC

8.1 Financement

- Le financement de la santé publique passe principalement par les caisses-maladie (primes), la participation des assurés aux coûts et l'argent des contribuables. Il doit être transparent.
- Le financement via l'argent des contribuables ne doit pas déclencher des incitations contreproductives (par ex., pour réduire les primes ou les participations aux coûts).
- Les primes doivent obligatoirement couvrir les coûts.
- Les rabais de toutes sortes sur les primes doivent reposer sur des économies effectives et confirmées.
- Les rabais sur les primes ne sont pas accordés au préalable, mais versés à la fin de l'année civile sous la forme de participations aux excédents.
- Les subventionnements transversaux moyennant les primes entre différents secteurs d'activité ou produits d'une même caisse-maladie doivent être empêchés.
- Les jeunes familles avec des enfants ainsi que les jeunes en formation doivent être déchargés par l'introduction d'au moins deux classes d'âge supplémentaires.
- Le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins doit être adapté et subir un réexamen de principe régulier.
- Les requérants d'asile et personnes admises provisoirement doivent être couverts en dehors du système LAMal et directement aux frais de la Confédération, voire des cantons.
- Les éventuels effets négatifs d'une forte augmentation des patients étrangers en raison de la libre circulation des personnes ou des accords de sécurité sociale doivent être combattus par des mesures adéquates.

8.2 Responsabilité individuelle

- Les rabais sur les primes pour des franchises à option doivent être fixés en fonction du risque effectif de maladie dans chaque catégorie d'âge. Les catégories de personnes plus âgées doivent bénéficier de rabais et de franchises plus élevés.
- Les assurés ne peuvent changer que tous les trois ans la franchise choisie.
- Le montant maximal de la participation doit passer de 700 à 1400 francs.

- Il faut étudier si, en lieu et place de la réduction des primes, une augmentation de la participation aux coûts (notamment de la franchise) combinée avec le paiement direct des prestations dans certains cas ne permettrait pas de stopper la hausse des coûts grâce à une responsabilité individuelle renforcée.
- L'obligation contractuelle devrait idéalement être supprimée. L'UDC avait déjà noté lors du débat sur la nouvelle LAMal que cette obligation provoquait une hausse des coûts. Il serait cependant difficile aujourd'hui de trouver une majorité politique approuvant sa levée. Tant que cette situation perdure, il faut veiller à réduire sensiblement le volume des prestations obligatoirement couvertes et le limiter à l'essentiel.

8.3 Concurrence

- Refus strict de l'idée d'une caisse unique.
- Supprimer l'obligation contractuelle entre assureurs et fournisseurs de prestations médicales.
- L'Etat (Confédération et cantons) est en premier lieu autorité de surveillance et d'autorisation. Il doit se concentrer sur cette tâche et éviter de nouvelles interventions sur le marché. Il doit en particulier renoncer à son rôle multiple.
- Les cantons doivent être contraints de respecter les objectifs de la nouvelle législation sur le financement hospitalier.

8.4 Conclusion

Les problèmes de la santé publique suisse sont de nature diverse. Il serait faux de chercher la faute uniquement auprès d'un seul acteur. Le système de santé publique doit bien plus être considéré globalement. Il faut tenir compte de la volonté de la population suisse de bénéficier d'un système de santé de haute qualité. Un tel système sera forcément cher et ne peut en aucun cas être "bon marché". Un rationnement des prestations médicales ne correspond sans doute pas non plus à la volonté et aux besoins des citoyennes et citoyens. Les solutions proposées doivent définir clairement la manière dont les prestations sont financées et désigner ceux qui en supportent la charge. On constate cependant dans le système actuel le développement d'une mentalité exagérément revendicatrice et on oublie volontiers que la santé publique n'est pas seulement composée de

malades ayant besoin d'aide et de fournisseurs de prestations médicales apportant cette aide, mais aussi d'acteurs finançant le tout et qu'on ne saurait mettre excessivement à contribution.

Les principes-clés d'une amélioration du système sont la concurrence, la transparence, la liberté de choix et la responsabilité individuelle. Les démarches choisies par l'UDC tendent vers la suppression des erreurs systémiques et des incitations contreproductives. L'UDC s'engage pour une mesure aussi élevée que possible de marché libre et de concurrence, surtout au niveau des fournisseurs de prestations et des assureurs. Il faut donner à ces acteurs la possibilité de travailler rentablement et de réaliser des bénéfices. Le rôle de l'Etat doit être limité au strict nécessaire, c'est-à-dire à la fonction d'autorité de surveillance et d'autorisation. Il faut éviter absolument que le financement soit focalisé sur des canaux étatiques (par exemple, mesures de réduction des primes, autres assurances sociales, etc.) parce que ces derniers sont en fin de compte alimentés par des impôts, redevances et déficits publics.

Renforcer la responsabilité individuelle des assurés signifie limiter l'offre de prestations obligatoires au minimum nécessaire tout en donnant aux assurés la possibilité de compléter leur éventail personnel de prestations médicales en fonction de leurs préférences et de leurs possibilités financières par le biais d'assurances complémentaires. L'introduction de la nouvelle planification et du nouveau financement hospitaliers portent actuellement les espoirs d'un développement de la santé publique dans le domaine stationnaire. Même s'il ne faut pas en attendre des miracles concernant la réduction des coûts, ces idées et objectifs doivent être poursuivis et concrétisés sérieusement. **L'UDC réclame plus d'économie de marché et de libéralisme dans la santé publique afin d'obtenir un rapport prestations/prix optimal et accepté par tous. Elle s'oppose par conséquent aux tendances régulatrices et d'étatisation dans ce secteur.**