

Coûts de la santé: une réforme des structures est incontournable

Les prestations assurées sont actuellement fournies à un prix trop élevé ou en trop grande quantité en raison d'incitations inopportunes. Celles-ci sont également présentes chez les assurés. En effet, ceux qui ont opté pour la franchise minimale et qui bénéficient de la réduction des primes se font une image déformée des coûts de la santé, qu'ils estiment très avantageux. À l'origine, l'assurance-maladie devait permettre de surmonter les difficultés financières du moment; elle est pratiquement devenue une assurance tous risques. Certes, l'opinion publique réagit lorsqu'elle apprend par les médias que les personnes ivres sont dégraisées à l'hôpital à charge de l'assurance obligatoire des soins ou encore que celle-ci rembourse les séquelles causées par des opérations de chirurgie esthétique ratées. L'essentiel n'est-il pas, en fin de compte, d'optimiser, sans perte de qualité, l'approvisionnement en soins des 20% d'assurés qui occasionnent 80% des coûts?



Stefan Kaufmann
Directeur de santé suisse,
l'association des
assureurs-maladie
suisses, Soleure

D'innombrables propositions de réduction des coûts ont été discutées dans le cadre de la politique de la santé suite à l'onde de choc provoquée par la hausse des primes annoncée pour 2010. Les mesures d'économie proposées de tous bords – notamment par les assureurs-maladie – auraient dû freiner massivement l'explosion des primes. Un groupe de parlementaires présidé par le Conseiller national Otto Ineichen s'était même fixé comme but de réduire les coûts de 1,5 milliard de francs. On est loin d'avoir atteint cet objectif. Dans son paquet de mesures, le Conseil fédéral n'a pas utilisé pleinement sa marge de manœuvre pour faire baisser les prix (par exemple pour les médicaments). En effet, seuls 400 millions de francs, soit l'équivalent de 2% de primes, pourront être économisés l'année prochaine au lieu des 800 millions proposés par Santé-suisse. Lors de la session d'automne, le Conseil national a voté des mesures d'économie urgentes inférieures à 150 millions de francs.

Corriger les incitations inappropriées

Au terme des débats de politique de la santé au sein du Conseil national, force a été de constater avec déception que toutes ces années de vaines discussions pour essayer de réformer la LAMal ne pourront jamais être rattrapées et que l'introduction de mesures urgentes n'y changera rien. Des voix se sont fait de nouveau entendre pour exiger une refonte profonde du système. Une vraie réforme des structures doit, en premier lieu, éliminer les incitations inopportunes introduites du côté des fournisseurs de prestations comme des assurés. Les signes avant-coureurs de la réussite d'une telle réforme existent.

Seules des solutions où la qualité et l'efficacité des coûts sont profitables aux fournisseurs de prestations, aux assurés et aux assureurs sont susceptibles de corriger les incitations négatives. Celui qui fournit des prestations médicales obligatoires de manière avantageuse et de qualité irréprochable doit être récompensé. Tel n'est pas le cas actuellement, au contraire. Les modèles de soins intégrés qui ont fait leur preuve – où les fournisseurs de prestations assument la res-

pensabilité budgétaire et orientent les patients – montrent la voie à suivre. Il n'existe pas encore de solution appropriée pour maîtriser les coûts des hôpitaux, notamment dans le secteur ambulatoire. La statistique des coûts de 2008 indique que, pour ce seul secteur, ceux-ci se sont accrus de 400 millions de francs, ce qui est démesuré. Une intervention accrue de l'État n'est donc pas la bonne recette pour augmenter l'efficacité des coûts étant donné que ce sont les cantons qui influencent les coûts précités.

L'approbation des primes doit être dépolitisée

Au cours des deux dernières années, les assureurs-maladie n'ont pas été en mesure de couvrir les coûts des prestations médicales avec les primes encaissées. Cette situation n'est pas légale et met en péril la sécurité et la stabilité de l'assurance obligatoire des soins. On peut l'affirmer sans ambages: la surveillance doit, sans tarder, appliquer la loi sur l'assurance-maladie et ne plus approuver des primes qui ne couvrent pas les coûts.

La réforme des structures ne peut plus attendre. Rappelons-nous: ce sont quelque 33,5 milliards de francs par an qui sont en jeu; cette somme sert à financer l'assurance-maladie obligatoire des soins par l'intermédiaire de redevances imposées réparties comme suit: primes par tête 20 milliards de francs, participation aux coûts des assurés 3 milliards de francs, réduction de primes 3,5 milliards de francs, subventions accordées par les cantons aux hôpitaux 7 milliards de francs. Eu égard à ces sommes exorbitantes, les contribuables et les payeurs de primes sont en droit d'exiger que leur argent soit utilisé avec efficacité, au profit de soins de base de haute qualité, et que la hausse des coûts s'aligne sur le renchérissement général. Quant à la somme restante de 36,5 milliards de francs sur les 60 milliards que brasse chaque année le marché de la santé, rien ne s'oppose à ce qu'elle augmente fortement, car chaque client en finance la croissance et non la population entière. ■