



La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) fête ses 25 ans

Des acquis et un potentiel encore inexploité

Si notre système de santé compte aujourd'hui parmi les meilleurs au monde, c'est en grande partie à la loi sur l'assurance-maladie entrée en vigueur il y a 25 ans que nous le devons. Pour ne pas mettre en péril ces acquis – et pour que cette position de leader reste financable – des réformes sont toutefois indispensables sans relâche.

En 1994, la Suisse a vécu une campagne de votation passionnée autour de l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les partisans de la nouvelle assurance sociale promettaient davantage de solidarité et la possibilité de maîtriser les coûts, alors que les opposants mettaient en garde contre une explosion à la fois des coûts et des primes. Le OUI à la nouvelle loi l'a finalement emporté à une faible majorité de 51,8%. Entrée en vigueur il y a 25 ans, elle ne cesse depuis de faire l'objet d'ajustements: on la réforme, on la révise et on l'optimise, avec plus ou moins de succès, mais en règle générale toujours dans le but d'améliorer encore davantage un système qui a fait ses preuves.

Une solidarité effective, des coûts trop élevés

Excellent – un qualificatif régulièrement associé au système de santé suisse. Vu de l'extérieur, le catalogue de prestations très complet de l'assurance obligatoire des soins fait des envieux à l'étranger; notamment s'agissant de la solidarité – promise lors de la cam-

pagne de votation – entre bien-portants et malades, jeunes et personnes âgées, hommes et femmes, hauts et bas revenus. La prime unique non calculée sur le revenu et l'accès rapide, sans discrimination, aux prestations médicales de haut niveau, y compris le libre-choix du médecin et de l'hôpital, sont d'autres avantages souvent cités. Pour autant, ce système de santé a aussi ses inconvénients. Ainsi les coûts, et partant les primes, n'ont pas diminué ces 25 dernières années comme promis. Au contraire, les primes ont augmenté en continu de 4% par année. En 1996, l'assurance-maladie sociale facturait en moyenne 1539 francs par personne assurée et par année; en 2019, ce montant était d'environ 3772 francs par année. Les causes de cette tendance haussière sont bien connues: la croissance démographique – et le développement sociodémographique concomitant –, combinée au progrès médical technique et à une constante augmentation des attentes, a provoqué une croissance ininterrompue du volume des prestations depuis 1998 (cf. graphique). S'y ajoutent les incitations négatives, pour les médecins, les hôpi-

taux et les pharmacies, tout comme pour les patients. Les conséquences de cette évolution sont également connues. Aujourd'hui, un bon tiers des assurés dépend des réductions individuelles de primes financées par les recettes fiscales de la Confédération et des cantons. Avec une tendance à la hausse.

Révision sur révision

Peu de temps après son introduction, l'assurance obligatoire des soins, dont peu de gens contestent l'utilité, a commencé à évoluer dans le mauvais sens au regard des coûts et des primes. Dès 1998, le Conseil fédéral a donc décidé de procéder à une première révision de la loi au vu de la hausse effrénée des primes. Révision qui est entrée en vigueur en 2001, entraînant des réductions de primes pour les jeunes adultes, l'autorisation, sous conditions, des génériques ainsi qu'un premier frein à l'afflux de médecins. Une seconde révision partielle, visant notamment la levée de l'obligation de contracter faite aux assureurs et aux médecins ainsi qu'une limitation des primes en fonction du revenu, a échoué au Parlement en 2003. Il

fallut attendre 2011 pour que des mesures concrètes soient prises pour soulager les payeurs de primes sous la forme de l'introduction du nouveau régime de financement des soins. Depuis, l'assurance obligatoire contribue sur une base forfaitaire aux prestations de soins dans le secteur ambulatoire (aide et soins à domicile) ou en établissement médico-social, le solde des coûts étant à la charge des pouvoirs publics et des assurés. Dans le domaine stationnaire, ce sont les forfaits par cas qui ont fait leurs preuves en rendant les coûts transparents. D'où l'importance – en particulier compte tenu de la forte croissance des coûts – d'introduire des forfaits par cas dans le domaine ambulatoire également.

Des jalons essentiels sont posés

Ces dernières années, le processus continu de réforme de la loi sur l'assurance-maladie a clairement démontré une chose: la réforme décisive, ou la révision de loi, permettant de mettre un terme à la spirale des coûts n'existe pas. Seuls des instruments réglementaires parfaitement harmonisés permettraient une avancée. Vu sous cet angle, le train de mesures lancé par le Conseil fédéral en 2018, et validé par la majorité des assureurs-maladie, est un pas dans la bonne direction. Davantage d'efficacité et d'économie, une meilleure qualité des prestations, des partenariats tarifaires probants ainsi qu'une concurrence accrue et une coordination appropriée de l'offre de prestations, doivent remettre notre système de santé sur les rails. Le temps presse. Car le Conseil fédéral et les économistes de la santé estiment que près de 20% des prestations médicales fournies en Suisse sont inutiles, voire nuisent aux patients. Cela signifie que sur les 34 milliards de francs actuellement à la charge de l'assurance obligatoire, près de 7 milliards pourraient être économisés. Il convient de localiser, nommer et combattre cette coûteuse surabondance de l'offre.

Progresser sans se prendre les pieds dans le tapis

25 ans de LAMal l'ont montré: dans le domaine de la santé, les propositions de réformes radicales – quel que soit le camp dont elles émanent – sont vouées à l'échec. Les imposer serait laborieux tant les intérêts des

acteurs de la santé sont parfois diamétralement opposés. Progresser sans se prendre les pieds dans le tapis est tout sauf évident. Les débats parlementaires au cours desquels les deux chambres se renvoient, sans parvenir à un accord, des projets de réformes présentant un potentiel évident d'économie ou d'efficacité, n'y échappent pas non plus. Le dernier exemple est le système de prix de référence dans le domaine des médicaments. Son rejet incompréhensible par le Parlement est une opportunité manquée de poursuivre l'amélioration d'une loi qui, sur le principe, a fait ses preuves. Nous n'avons

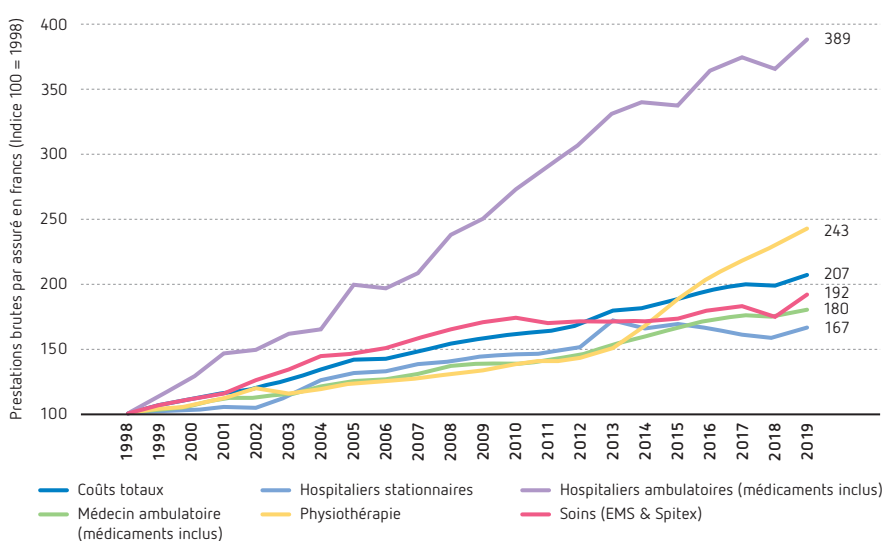
en effet pas le choix: si les coûts devaient continuer à croître comme lors des 25 dernières années, le système de santé ne pourrait bientôt plus être financé. Des réformes sont donc nécessaires. Réformes qui doivent tenir compte des besoins des patients plutôt que des nombreux acteurs qui profitent actuellement du système – sans contribuer à la renommée dont nous pouvons toujours nous vanter. Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrions encore nous payer l'actuel système éprouvé dans 25 ans.

Susanne Steffen

La spirale des prestations entraîne une spirale des coûts

A l'origine de la spirale des coûts se trouve la spirale des prestations. Plus les médecins, hôpitaux, physiothérapeutes ou professionnels des soins facturent de prestations à la charge de l'assurance obligatoire et plus le nombre de médicaments prescrits augmente, plus le système devient coûteux. Le graphique illustre l'évolution des prestations brutes par assuré depuis l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.

L'énorme augmentation des prestations hospitalières ambulatoires saute aux yeux. Les causes résident dans le transfert des traitements de premiers recours vers le domaine hospitalier ambulatoire, la multiplication des thérapies ambulatoires coûteuses pour les patients atteints d'un cancer ainsi que le transfert incessant d'interventions chirurgicales du stationnaire vers l'ambulatoire grâce aux progrès technologiques. A souligner aussi la croissance particulièrement forte des prestations de physiothérapie et des soins de longue durée.



NB: en raison des adaptations annuelles de la clé de répartition, la croissance dans le domaine hospitalier ambulatoire entre 2012 et 2017 est sous-estimée.

Source: OFSP, Statistique de l'assurance obligatoire des soins.