

Levée de bouclier collective: une chance à saisir?

Fin septembre, l'Office fédéral de la santé publique a annoncé une augmentation moyenne de 4,5 % de la prime standard dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les réactions à cette annonce ont été virulentes, comme chaque année. La presse ne parle plus que du « choc des primes ». Les politiciens de tous bords sont d'avis que « cela ne peut pas continuer ainsi » et les assurés se demandent comment ils vont faire face à cette nouvelle hausse. Quelles solutions y a-t-il ?

Les hausses de primes pour l'année 2017 ont été une fois de plus une « prédiction funeste qui s'est réalisée », un peu sur le mode: « c'est chaque année la même chose ». Les associations d'assurance, les directeurs de la santé, les portails de comparaison et les statisticiens: tous avaient déjà tiré la sonnette d'alarme au début de l'année et averti que les coûts de la santé allaient augmenter. Le mécanisme est immuable et d'une logique imparable: les coûts se répercutent sur les primes.

Levée de bouclier collective à chaque annonce

Il est dans la nature même des choses que l'augmentation annuelle des primes – surtout si elle est massive – fait réagir

tous ceux qui savent ou croient savoir comment mettre fin au cercle vicieux des hausses incessantes des dépenses de santé et des primes. Et si les assurés, les assureurs, les organisations de patients et les politiciens estiment « que cela ne peut plus durer », il faut s'en réjouir. Reste à savoir comment résoudre l'épineuse question de la croissance incessante des coûts. Ou comment cette levée de bouclier collective peut être mise à profit pour optimiser le système. Les propositions sont légion, même si l'on ne peut s'empêcher de constater qu'elles cherchent toujours à désigner un bouc émissaire. Lorsqu'il est question de tarifs médicaux obsolètes ou trop élevés, de prix excessifs des médicaments, de coûts publicitaires inutiles des assureurs-maladie, de planifications hospitalières inefficaces voire d'absence de responsabilité individuelle des patients, les fauteurs de troubles sont vite désignés. Force est aussi de constater que les propositions pour réduire les coûts reflètent toujours des programmes de partis politiques et les positions d'une branche, d'une organisation ou d'une corporation professionnelle.

Pas de changement sans risques ni effets secondaires

Reste donc à savoir ce qu'il convient de faire. Est-il possible de mettre à profit ce sursaut de révolte collectif contre

Photo: Pisma



De nombreux assurés redoutent de ne pas arriver à faire face à de nouvelles hausses des primes.

la hausse incessante des coûts et les envolées des primes? Une analyse des solutions préconisées par les acteurs du système est révélateur: selon le point de vue défendu, elles suscitent à la fois de l'espoir et des craintes. Une chose est sûre: tout traitement s'accompagne de risques et d'effets secondaires. En clair, il ne sera pas possible voire très difficile d'optimiser le système sans approche globale, rap-

prochement mutuel, compromis voire renoncements. Si les acteurs du système de santé ne sont pas prêts à s'y résoudre, les journalistes pourront se contenter de faire un «copier-coller» de leurs articles de cette année en septembre 2017.

SUSANNE STEFFEN

Les solutions envisageables

Les *prix des médicaments* doivent baisser. Personne, à part l'industrie pharmaceutique, ne conteste cette exigence. Il faut simplifier les procédures d'admission, contrôler chaque année les prix des médicaments, introduire un système de prix de référence pour les génériques et accorder un droit de recours aux assureurs et organisations de patients contre les décisions de prix et d'admission.

De nouveaux *tarifs médicaux objectifs*, inspirés de l'économie d'entreprise, doivent être introduits sans incidence sur les coûts. Cette exigence est soutenue par tous les partis politiques, également par les médecins mais sans la neutralité des coûts.

Les prestations stationnaires et ambulatoires doivent être financées de manière identique, il faut introduire un financement *moniste*. Les assureurs-maladie, les économistes de la santé ou les partis du centre demandent un changement de système. Ils contestent le fait que les prestations ambulatoires soient intégralement prises en charge par les caisses-maladie – c'est-à-dire les payeurs de primes – alors que les prestations stationnaires sont financées à 55% par les impôts. Mais cette proposition ne remporte pas l'adhésion des cantons.

La Suisse a besoin d'une *planification plus efficace des hôpitaux*, la médecine hautement spécialisée doit être concentrée sur quelques rares sites comme le demandent les assureurs-maladie depuis longtemps. Cette mesure tombe sous le sens mais ne fait l'unanimité que tant qu'un canton ou une région ne sont pas concernés.

L'*obligation de contracter doit être assouplie*. Les assureurs-maladie doivent pouvoir décider à l'aide de critères de qualité clairement définis avec quels médecins – et notamment spécialistes – et thérapeutes ils souhaitent collaborer. Cette exigence des assureurs et des partis du centre bute sur une opposition farouche des médecins, thérapeutes, organisations de patients et partis de gauche.

Les assurés doivent assumer plus de responsabilité personnelle. Il faut relever la quote-part sur les prestations médicales et les médicaments de 10 à 15%. Des franchises à option plus élevées associées à des primes plus basses permettraient de juguler la spirale des coûts. Cette proposition ne suscite pas l'enthousiasme des partis de gauche et des organisations de patients.

Il faut renforcer la concurrence en matière de qualité. Les assureurs-maladie, les autorités de surveillance et quelques partis du centre demandent une analyse systématique du rapport coûts/bénéfices de toutes les prestations médicales par l'intermédiaire des critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. Il n'existe toutefois pas, pour l'heure, de normes ou d'indicateurs de qualité contraignants ni de mesures correspondantes.

Les caisses de compensation cantonales fixent les primes des assurés et gèrent les réserves: cette exigence récurrente de la gauche, notamment en Suisse romande, suppose une modification de la Constitution, ce qui n'est pas une mince affaire comme on l'a vu par le passé.

Les exigences de santé suisse

Redéfinir le financement

- Introduire un financement identique des traitements ambulatoires et stationnaires (monisme)
- Introduire des tarifs forfaitaires pour les traitements ambulatoires fréquents

Endiguer les coûts

- Contrôler plus systématiquement l'efficacité, l'économicité et l'adéquation des prestations médicales
- Réexaminer les rôles multiples des cantons

Assouplir l'obligation de contracter et améliorer la qualité

- Séparer l'autorisation d'exercer de l'autorisation de facturer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire
- Renforcer la concurrence en matière de qualité dans le domaine ambulatoire