

Le système de santé suisse écartelé entre les possibilités techniques et les limites financières de faisabilité

Jürg H. Schnetzer
Groupe de travail Economie de l'USML

Faut-il vraiment réaliser tout ce qui est techniquement possible? Peut-on empêcher la mise en œuvre d'une solution techniquement possible et médicalement utile? Les conflits et les controverses sont toujours plus violents. Voici une tentative de visualiser et de mieux comprendre la complexité de notre système de santé.

Un graphique simplifié présente les prestations médicales et de soins du point de vue des groupes d'intérêts concernés. Finalement, c'est le marché qui décide des prestations qu'il va acquérir et qu'il est disposé à payer. Lorsque le progrès est appliqué à la pratique, la demande déter-

miné la valeur de cette mise en œuvre. Mais nous ne nous situons pas dans un système de

logique de marché, d'assurance de base et d'innovation en matière de soins et de médecins. Le rapport coût – utilité est abstrait, les débats sur les coûts dominant.

Faut-il financer de manière solidaire tout ce qui est techniquement réalisable et médicalement utile?

Cette question se pose, dans un environnement où les exigences de qualité, de sécurité et de rapidité de réaction augmentent, à l'ère des patients actifs, des consentements éclairés et de la médecine sur Internet.

Parallélogramme des forces (fig. 1)

Ce schéma présente, de manière simplifiée, les groupes d'intérêts et la structure des relations entre eux. Tous les groupes d'intérêts se composent de personnes qui ne représentent pas systématiquement le groupe en cas de modification des intérêts individuels liée à la situation ou à des raisons tactiques. Une vérité fondamentale explicite ce fait de manière exemplaire: les

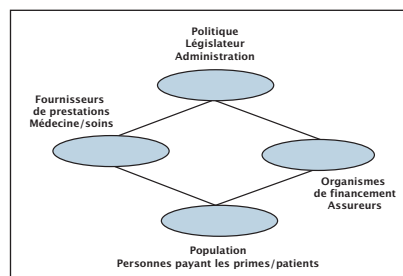


Figure 1. Parallélogramme des forces.

personnes en bonne santé ont mille désirs, les malades n'en ont qu'un ... L'analyse de la relation entre les pôles, c'est-à-dire les groupes d'intérêts, est révélatrice:

Politique – Population (fig. 2)

Un système santé de grande qualité, généralisé à l'échelle nationale et financé de manière solidaire constitue un objectif politique auquel personne ne s'oppose en principe. Formulée de manière aussi abstraite, l'idée convient aux personnes en bonne santé et aux malades, à l'économie de la santé et aux autorités.

Le rapport entre la politique et la population n'est donc pas tendu à première vue!

Mais dans la pratique, cela signifie que le système de santé dont la grande qualité et la couverture nationale sont garanties par l'Etat, s'il est financé de manière solidaire, n'est pas pour autant gratuit! La tension monte.

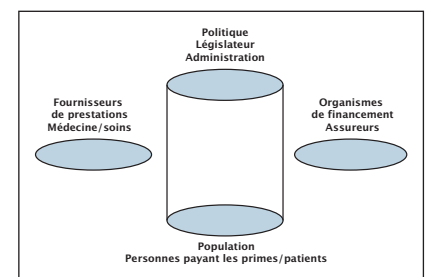


Figure 2. Relation entre la politique et la population.

Organismes de financement – Population (fig. 3)

Les soins doivent être financés. La population est donc sollicitée et doit payer des primes et des impôts. La part d'impôt versée aux hôpitaux inscrits sur les listes n'est pas transparente pour le citoyen normal et ne constitue

mine la valeur de cette mise en œuvre. Mais nous ne nous situons pas dans un système de



Un système de santé dont la grande qualité et la couverture nationale sont garanties par l'Etat, s'il est financé de manière solidaire, n'est pas pour autant gratuit! La tension monte.



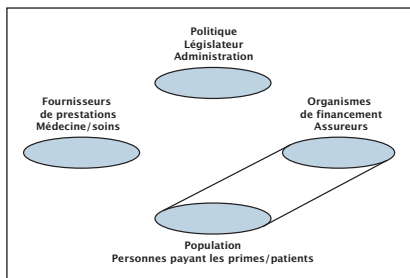


Figure 3. Relation entre les organismes de financement et la population.

pas un sujet. En revanche, le calcul des primes et de la franchise est perçu, il en résulte une tension entre les organismes de financement et les personnes qui paient les primes.

La solidarité a ses limites, l'appel à un blocage de l'évolution des primes se renforce, les assureurs de base cherchent à obtenir une offre meilleur marché. La consommation de prestations de santé doit être limitée par des franchises plus élevées, une sélection des fournisseurs, l'utilisation des bénéfices, des limitations en matière d'interventions chères, etc.

Population – Fournisseurs de prestations (fig. 4)

Si celui qui paie les primes devient un patient, il tient à disposer de soins de grande qualité. Le fournisseur de prestations doit les proposer et les produire. Ceci est possible, compte tenu de la formation, de l'organisation et des moyens techniques disponibles.

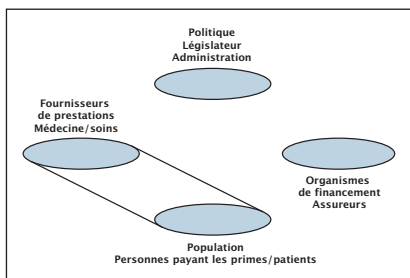


Figure 4. Relation entre la population et les fournisseurs de prestations.

Lorsqu'il en connaît les possibilités, le patient exige les innovations et une médecine de pointe.

Le fait que la population tienne également à un système à l'échelle nationale est confirmé à chaque débat lié à la fermeture d'un hôpital. La population n'est pas, comme nous l'avons précisé, consciente des coûts impliqués par la

densité des fournisseurs ou bien elle admet qu'ils doivent être assumés par la charge fiscale.

Fournisseurs de prestations – Politique (fig. 5)

Les facteurs limitatifs dans ce domaine sont la formation et les moyens techniques.

Une bonne infrastructure, un personnel médical, soignant et technique compétent, une formation permanente sont les conditions politiques de la qualité et de la sécurité. De plus, elles sont indispensables à la pérennité des fournisseurs de services.

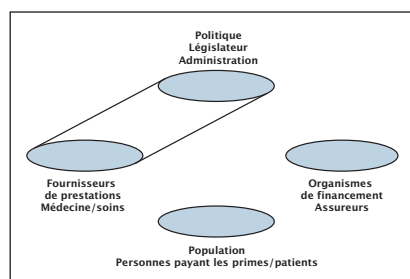


Figure 5. Relation entre les fournisseurs de prestations et le politique.

Le système d'incitation permet de débattre de beaucoup de choses, parfois de manière logique. Le fait est que le système de santé en suisse est de grande qualité et s'est développé sur tout le territoire, en dépit d'incitations parfois erronées. Nous verrons s'il est politiquement sage de rechercher des économies au moyen de mesures individuelles telles que des réductions linéaires ou l'exportation parallèle de patients.

Politique – Organismes de financement (fig. 6)

Par l'assurance obligatoire et la pression au conventionnement, le législateur encourage une situation illogique

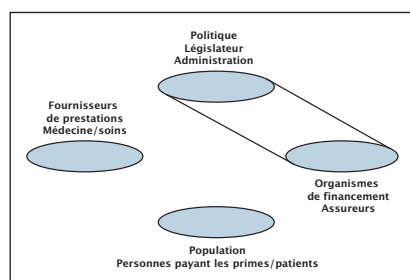


Figure 6. Relation entre le politique et les organismes de financement.

« Si le fournisseur de prestations respecte le principe d'un système de santé de grande qualité, il peut et il doit, dans l'intérêt du patient, y associer les attributs «moderne», «state of the art», «efficace» et «performant.» »

pour les organismes de financement. Les assureurs ne peuvent pas choisir librement leurs clients et leurs cotisations, le patient décide largement lui-même qui doit fournir la prestation promise dans la police d'assurance. Cela génère d'une part des contrats très complexes entre les organismes de financement et les fournisseurs de services et d'autre part un lobbying intensif des assureurs au Parlement et auprès du grand public.

Il est clair également que la charge de la prime individuelle est devenue un sujet politique et que les électeurs attendent des solutions des politiciens.

Critique de la pseudosolution (fig. 7)

Le politique et les groupes d'intérêt ont tenté, par le biais de règles, de normes, de tarifications, de limitation et de contingents, de contrôler le problème

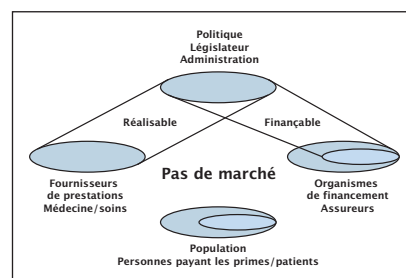


Figure 7. La pseudosolution.

des coûts, apparemment sans succès puisque tout un chacun affirme que les objectifs n'ont pas été réalisés ou que la situation s'est encore dégradée. Avec TARMED et SwissDRG, le problème se pose désormais comme une question de concurrence: on définit les processus et les ensembles de processus et on les met en concurrence de prix. Une concurrence est également

recherchée en matière de qualité, cette dernière étant toutefois difficile à quantifier. Dans cette situation, on oppose ce qui est réalisable à ce qui peut être financé dans l'idée que les lois du marché vont s'appliquer.



Aujourd'hui, le politique décide s'il faut encourager, seulement observer ou même freiner les activités de pointe, l'innovation et les technologies. Chacune de ces trois options a ses partisans, le lobbying est massif. Aucune solution constructive n'est possible dans le rapport de forces actuel. C'est ce que prouvent les efforts stériles au Parlement.



Mais les choses ne sont pas aussi simples en politique. Il y a trop de choses à régler pour qu'une logique de marché puisse apparaître. Soit on réduit massivement les réglementations pour laisser intervenir les forces du marché, soit on est logique et on réduit le problème à la base, même si cela s'avère très difficile.

Exigences/perspectives

Le pouvoir d'achat du système de l'assurance de base est constitué de manière solidaire. Lorsqu'il n'existe pas de volonté de développer encore le pouvoir d'achat en fonction des exigences et du dynamisme démographique, il faut mettre en œuvre un plan de renonciation portant sur le moyen et sur le long terme. Il s'agit là d'une tâche po-

litique qui exige un sens de la justice, une vision des interdépendances et la volonté de rechercher et de défendre une symétrie des sacrifices.

La politique fédérale doit définir, communiquer et mettre en œuvre une stratégie. Le marché doit jouer là où c'est possible. Il ne faut pas refuser aux personnes financièrement défavorisées l'accès aux soins. Il appartient au législateur de le leur garantir. La solidarité par le biais d'une prime par personne n'est pas contestée. La prochaine votation sur une caisse maladie unique permettra de le vérifier. Mais il faut qu'apparaissent de nouvelles offres d'assurance et que se développe une véritable concurrence entre les assureurs de base.

Transparence (fig. 8)

Tous les groupes d'intérêt doivent pouvoir déterminer clairement les prestations admises dans le cadre de l'assurance de base et celles qui doivent être rémunérées en supplément, de façon individuelle ou par une assurance complémentaire. Ceux qui refusent cette logique constituent également le problème. «Grande qualité et couverture nationale avec un financement solidaire» est une maxime prônée par la politique pour l'introduction de la LAMal. Il est actuellement manifeste que cette situation idéale échouera au contact de la réalité, respectivement des associations.

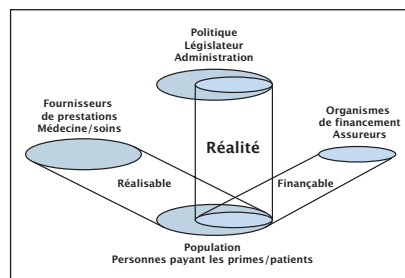


Figure 8. Associations.

Conclusion

Voici encore un point lié à l'innovation et à la médecine de pointe: dans le débat sur les coûts et dans l'optique qui en découle, on cannibalise plus ou moins directement les moyens du système, on réduit les fonds destinés à la recherche, à l'innovation, aux études. L'industrie (qu'il s'agisse de l'industrie pharmaceutique ou de technologie

médicale) ne pourra pas compenser ces baisses si les marges diminuent.

Tout comme il faut stimuler la concurrence entre les assureurs, il est nécessaire et utile d'en établir une entre les prestataires de services. Les fournisseurs doivent toutefois pouvoir continuer à se profiler au moyen de prestations axées sur l'avenir, de publications et d'innovation plutôt que par des services bon marché définis par les assureurs.

Le parallélogramme des forces comme un défi (fig. 9)

Il ressort du parallélogramme des forces que nombre de personnes doivent contribuer à la solution.

Le politique et les autorités compétentes doivent fixer des priorités, reconnaître et développer les atouts de notre système de santé. Il faut pour cela une vision globale du système qui devra continuer à fonctionner pendant l'optimisation.

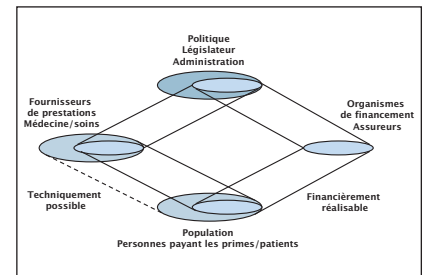


Figure 9. La politique de santé.

Un système de santé toujours plus performant, impliquant des charges plus nombreuses, et destiné à des patients toujours plus exigeants, ne sera pas moins cher. Mais il serait fatal d'adopter une vision à court terme, de diaboliser l'innovation et la médecine de pointe pour des raisons de coûts, et même d'y renoncer. Cela consoliderait des soins à bas niveau, affaiblirait la Suisse en tant que place économique et de recherche et finalement, marginaliserait le potentiel d'optimisation du système par la recherche et l'innovation.

Jürg H. Schnetzer
Avocat, M.H.A.
c/o FASMED
Monbijoustrasse 22
3003 Berne
info@fasmed.ch



Il faut également pondérer l'effet économique du système de santé. Mais cela nécessite que l'on passe d'une pure discussion sur les coûts à un débat sur l'utilité.

