



## Le courage de prendre un nouveau départ

Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie en 1996, la croissance moyenne des coûts de l'assurance-maladie obligatoire par assuré (c'est-à-dire, les prestations brutes de l'assureur moins la participation aux frais) et l'évolution moyenne des primes ne divergent que légèrement. Toutefois, l'analyse de l'évolution annuelle des coûts et des primes révèle des différences plus significatives. La valeur annuelle maximale pour l'évolution des coûts s'élevait à 7,5 % en 2000 et a atteint son niveau le plus bas (0,9 %) en 2006. Pour l'augmentation annuelle des primes (franchise ordinaire, assurance de base normale), les valeurs extrêmes furent de 9,7 % en 2002 et de 0,5 % en 2008. Les variations marquées de l'évolution moyenne des primes provoquent une agitation certaine.

Sauf miracle, la hausse des primes pourrait également être supérieure à celle des coûts l'année prochaine. Cela s'avère nécessaire car de nombreuses compagnies d'assurance-maladie commencent à entamer leur capital. Cette situation s'explique en partie par l'obligation de réduire les réserves, par les demandes d'approbation des primes inférieures aux besoins pour rester compétitif, et par le manque de produits financiers en raison de la crise.

Ce contexte ne constitue pas un cadre initial idéal pour le nouveau responsable du Département fédéral de l'Intérieur, le conseiller fédéral Didier Burkhalter.

### 2. Pas de rafistolage contradictoire

Le débat actuel sur le programme de mesures urgentes pour la révision de la loi sur l'assurance-maladie part dans la mauvaise direction. Autant l'inquiétude autour de l'évolution des primes est compréhensible, autant il est important de vérifier attentivement la durabilité et la cohérence des mesures proposées. Cela manque actuellement. Au lieu de donner une

chance au nouveau Conseil fédéral, comme le Parlement l'a fait lors de l'entrée en fonction de Pascal Couchepin, on s'est laissé gagner, ces derniers mois, par une sorte de frénésie autour des mesures urgentes. En raison de l'explosion des primes (qui n'est pas la conséquence d'une explosion des coûts !), l'activisme s'est imposé selon le mot d'ordre "Nous devons enfin agir".

Et on agit selon le mot d'ordre "L'Etat doit maintenant intervenir ". Les mesures suivantes sont en discussion : différencier la participation aux coûts pour les médecins de premier recours et les spécialistes, ou intervenir dans les accords entre compagnies d'assurance-maladie et médecins ou hôpitaux pour diminuer les prix; dans le secteur des médicaments, seuls les médicaments les moins coûteux devraient pouvoir être vendus; pour la délivrance de médicaments, des limitations et d'importantes réductions de marges font l'objet de discussions sans tenir compte de leur effet sur la qualité et la sécurité des soins aux patients; l'ancienne idée plusieurs fois rejetée de créer une caisse unique revient également à l'ordre du jour.

Ces projets contraignants sont associés à de nouveaux slogans. Il faut promouvoir les réseaux et les soins intégrés. Pourtant, il n'existe ni représentation claire de ces concepts ni accord sur les objectifs à atteindre ainsi. Pour pouvoir fonctionner, les réseaux et les soins intégrés ont besoin de conditions cadre, qui doivent justement être définies politiquement.

Les soins intégrés ne sont pas encouragés si des participations aux coûts différenciées créent encore plus de distorsions financières. Les principaux bénéficiaires des soins intégrés sont des patients généralement âgés souffrant de maladies lourdes ou chroniques. Il est essentiel qu'ils bénéficient d'un suivi et d'un traitement continu et de qualité. Comment, par exemple, mettre cela en pratique dans le cas d'une femme de 79 ans souffrant d'une maladie chronique et qui a besoin de 12 médicaments par jour si elle doit sans cesse passer à un autre médicament moins cher en raison des variations permanentes des prix ? Il devient alors très difficile pour le médecin traitant et le pharmacien d'effectuer une prescription adéquate. Par ailleurs, les médicaments moins chers ne sont pas nécessairement des médicaments identiques car ils possèdent souvent d'autres excipients et peuvent donc provoquer des interactions indésirables et des allergies.

Avec le financement des hôpitaux voté par le Parlement, les hôpitaux sont incités à faire sortir les patients plus tôt. Mais l'accès ambulatoire direct aux hôpitaux devrait maintenant devenir plus difficile. En Allemagne, le développement des soins hospitaliers ambulatoires dans le cadre du nouveau modèle d'indemnisation hospitalière également prévu en Suisse (Diagnosis Related Groups, DRG), s'est révélé être un moteur pour le développement des soins intégrés. Les hôpitaux et les médecins pratiquant dans le domaine privé peuvent coordonner des traitements pré- et post-hospitaliers de manière structurée et sûre. Ce principe s'applique également aux nombreux modèles de soins d'urgence entre médecins de famille et hôpitaux. De tels règlements favorables aux patients sont rendus difficiles par une quote-part différenciée.

Des interventions de l'Etat incorrectes et trop nombreuses sont lourdement responsables de la hausse des primes dans le secteur de la santé. C'est pourquoi nous demandons précisément le contraire : une politique à long terme et moins de régulation, mais mieux pensée.

### **3. Oser une autre politique**

Il faut revenir aux principaux incitatifs qui puissent garantir une médecine optimale. Ces mesures d'incitation doivent être conçues de manière à promouvoir l'amélioration de la

qualité et de l'efficacité au niveau des coûts. Le programme de mesures urgentes ne peut pas atteindre cet objectif. Il doit donc être totalement rejeté.

De quoi avons-nous besoin ensuite ? La première mesure indispensable consiste à améliorer la compensation des risques, en tenant compte de l'état de santé des assurés – et pas uniquement du séjour en hôpital comme c'est le cas dans la réforme déjà adoptée. La chasse aux bons risques pour les compagnies d'assurance-maladie aura donc moins d'intérêt. Par contre, la recherche de soins intégrés de qualité deviendra avantageuse. C'est un facteur indispensable dans le traitement correct des malades chroniques les plus coûteux.

La deuxième mesure vise à introduire le financement des prestations d'une seule source (financement moniste). En principe, différents acteurs (compagnies d'assurance-maladie et pouvoirs publics) peuvent être envisagés comme agent payeur unique. Dans ce type de modèle, il faut tenir compte de la séparation accrue des rôles d'acheteur et de régulateur de chaque acteur. Le financement unique permet de supprimer certaines failles structurelles entre les soins ambulatoires et stationnaires et d'encourager de véritables concepts de soins intégrés. En outre, ce système évite, tant pour les pouvoirs publics que pour les compagnies d'assurance-maladie, les incitations à privilégier ou rejeter tel ou tel type de traitement en raison des différentes répartitions des coûts.

Le nouveau chef du Département fédéral de l'Intérieur doit avoir une chance de prendre un nouveau départ dans le sens présenté ci-dessus, afin d'élaborer pour notre population vieillissante, grâce à davantage de transparence et à de véritables soins intégrés, un système centré sur les patients. Pour ce faire, il convient de rejeter toutes les mesures urgentes actuellement débattues et de définir les conditions cadres nécessaires.

Par conséquent, nous recommandons le rejet du programme de mesures urgentes.

20 novembre 2009

Bradke Sven, Dr. rer. publ. HSG, directeur de l'APA (Ärzte mit Patientenapotheke - Association des médecins pratiquant la propharmacie)

Cueni Thomas, secrétaire général d'Interpharma

Fischer-Taeschler Doris, directrice de l'Association Suisse du Diabète

de Haller Jacques, Dr. méd., président de la Fédération des médecins suisses FMH

Hölzle Walter, président de l'Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse vips

Jordan Dominique, président de pharmaSuisse, la Société suisse des Pharmaciens

Oggier Willy, Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonomische Beratungen AG (économiste de la santé)

Stoffel Urs, Dr. méd., coprésident de la Conférence des sociétés cantonales de médecine

Wegmüller Bernhard, Dr. phil., directeur de H+ Les Hôpitaux de Suisse