



Pour un financement uniforme des prestations de la santé

OPINION

Notre système de santé et d'assurances, une nouvelle fois, vient d'être bien noté, dans son ensemble, par la population suisse. Dans le cadre de l'enquête de l'association Interpharma, 78% des personnes interrogées ont une impression positive à très positive. C'est la cinquième année qu'il en est ainsi.

Les personnes interrogées, à raison de 92%, sont également convaincues que les coûts de la santé continueront à progresser les années qui viennent, mais ne souhaitent pas pour autant, porter atteinte au principe de l'obligation d'assurance, de la solidarité, du libre accès au catalogue de prestations et du libre choix. Partant, elles approuvent des corrections au système mais ne revendiquent pas des réformes en profondeur qui menaceraient les acquis. Elles jugent le système comme étant de haut niveau et efficace.

L'une de ces corrections possibles, sans qu'elle ne menace ce à quoi les gens tiennent, pourrait porter sur le financement uniforme de toutes les prestations LAMal. Cette solution permettrait ainsi de corriger les incitatifs financiers préjudiciables.

Les experts sont unanimes: l'actuelle participation financière des cantons, à raison de 55%, aux seules prestations hospitalières stationnaires est source d'un déséquilibre dans le système de santé. Il en découle plusieurs effets pervers:

- Premièrement, en raison de cette participation cantonale, la prestation stationnaire, qui est globalement la plus coûteuse comparée à la même prestation dispensée en ambulatoire, coûte moins cher à l'assureur que l'acte

ambulatoire financé entièrement par la prime.

- Deuxièmement, les établissements hospitaliers (en particulier ceux figurant sur les listes cantonales) auraient tendance à surcharger l'ambulatoire pour alléger la facture du canton, au détriment des assurés, donc des payeurs de primes.

- Troisièmement, lorsqu'il s'agit d'un assuré détenteur d'une assurance privée complémentaire, il y a une tendance à le traiter de manière

stationnaire pour stimuler les rentrées financières de l'hôpital, voire du médecin opérateur, alors que l'ambulatoire suffirait.

Dans tous les cas de figure, ce sont les aspects économique et financier qui déterminent la prestation, plutôt que le besoin du patient.

La démarche consistant en une répartition uniforme des charges, entre les cantons et les assureurs, pour toutes les prestations de base LAMal annulerait ces effets indésirables et amènerait plus de cohérence dans le système. Cette nouvelle clé de

répartition financière uniforme entre assureurs et cantons représenterait une charge de 77% pour les assureurs-maladie (les payeurs de primes) et de 23% pour les cantons, environ.

L'avantage: la démarche de financement, dans son principe, est connue de tous les acteurs, elle ne suppose donc pas de transformation en profondeur du système. Les effets pervers décrits plus haut seraient annulés et la transparence en sortirait renforcée. Par ailleurs, elle rétablirait l'équilibre entre les divers types de prestations, en mettant tous les assurés sur un pied d'égalité, ceux qui sont traités en stationnaire et ceux qui font appel

Le temps,
6.9.2017/1

à un traitement ambulatoire, quel que soit le prestataire de soins choisi. Enfin, la nouvelle répartition n'occasionne pas de charges supplémentaires pour les cantons ou pour les assureurs, elle est neutre économiquement parlant. Avec cette démarche, les assureurs-maladie factureraient périodiquement aux cantons une quote-part fixe et établie, représentant quelque 23% des coûts AOS. Cette manière de faire a rencontré une certaine ouverture de la part des pouvoirs publics cantonaux. Certes, cette modification du mode de financement n'occasionne pas d'économies, par elle-même. En effet, les dépenses sont appelées à poursuivre leur progression, si aucune mesure n'est prise sur le front des prestations.

Toutefois, avec cette nouvelle clé de répartition financière entre cantons et assureurs, une modération des coûts n'est pas exclue. La cohérence dans la chaîne de soins en serait améliorée, le patient étant dirigé vers l'unité de traitements la mieux adaptée à ses besoins de santé.

Nous sommes d'avis que le système gagnerait en efficience et en qualité: pas de traitements au mauvais endroit. Cette réalité-là, incontestablement, peut être une première étape vers une meilleure maîtrise des dépenses à laquelle tout le monde aspire.

Nous pensons que le jeu en vaut la chandelle. ■

THOMAS J. GRICHTING
MEMBRE DE LA DIRECTION
GÉNÉRALE DU GROUPE MUTUEL



Le temps, 6.9.2017/2