



Financement moniste du système de santé – évaluation critique

Exposé de Madame Patrizia Pesenti, conseillère d'Etat,
présidente de la commission "Application LAMal" de la CDS,
lors de la conférence de presse de la CDS du 30 mai 2005

La parole fait foi!

F12

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats examine actuellement le passage direct à un système de financement moniste. A ce titre foisonnent des modèles de conception diverse.

Deux modèles de base ont cependant filtré des discussions politiques au cours des dernières années. Le premier s'oriente d'après le système de régulation actuel et ne fait que transférer les flux financiers des cantons aux assureurs. L'obligation de contracter, la planification hospitalière et l'approbation des tarifs ne sont pas touchés.

L'autre modèle de base laisse à la libre concurrence l'ensemble des services de santé et non seulement les soins hospitaliers: l'obligation de contracter et la planification hospitalière des cantons sont abandonnées, les tarifs négociés librement et les assureurs disposent non seulement du produit des primes mais encore des contributions cantonales destinées à la rémunération des dépenses totales de santé.

La CDS a soumis les deux modèles de base à une évaluation critique. Les éléments favorisant la concurrence et leurs effets réducteurs sur les coûts y ont été accueillis favorablement. Mais la CDS a également mis en garde contre un certain nombre de pièges.

A l'instar du financement dual fixe, les deux modèles sont soupçonnés de donner une nouvelle interprétation aux subventions des cantons en tant que contributions au titre des assurances sociales. Or cela est inadmissible dans l'esprit de la CDS. En effet, il n'est pas question de priver les cantons de leur compétence en matière budgétaire ni de transférer à grande échelle des fonds aux assureurs à la manière d'un chèque en blanc. Du point de vue de la politique nationale cela est tout bonnement impensable. Tout comme le financement hospitalier dual fixe, un système moniste allégerait automatiquement l'assurance complémentaire d'un milliard de francs aux dépens de l'assurance de base, car ces prestations seraient financées de la même façon que celles fournies en division commune. Une hausse des primes de cette ampleur est indésirable du point de vue de la politique sociale.

Aujourd'hui, toutes les prestations des hôpitaux sont rémunérées par des contributions du même ordre de l'assurance obligatoire des soins. Mais elles ne couvrent même pas la moitié des charges d'exploitation. Le reste est rémunéré soit par les pouvoirs publics, soit par l'assurance complémentaire.

Si des fonds publics devaient être versés à tous les hôpitaux, ils viendraient alors à manquer dans les domaines qui ne sont pas exploités de manière lucrative, puisque tenus à remplir un mandat de prise en charge. Par un financement moniste, on ferait en plus bénéficier de fonds publics le domaine lucratif des assurés à titre complémentaire. Or, ces fonds publics sont avant tout destinés à garantir la sécurité de l'approvisionnement et la bonne qualité des



traitements relevant de l'assurance de base, c'est-à-dire en compensation à la capacité financière des patients selon qu'ils disposent ou non d'une assurance complémentaire. Si l'on déroge à ce principe et si l'on assimile les fonds publics à des contributions d'assurances sociales, la sécurité de l'approvisionnement et la qualité des prestations dans les domaines non lucratifs des prestations de base s'en trouveraient alors affectées.

Dans le premier modèle de base, seuls les flux financiers sont détournés. On peut s'interroger ici sur le sens même de cette mesure discutable en termes de politique nationale. On ne saurait en tout cas en attendre une réduction des coûts, faute d'incitations dans ce sens.

Outre les problèmes déjà cités, le modèle de base sans planification hospitalière concerne le mandat que le droit constitutionnel attribue aux cantons en matière de prise en charge sanitaire. L'offre sanitaire et par là les prestations elles-mêmes seraient ainsi soumises aux lois du marché. Or ce modèle n'entre guère en ligne de compte actuellement par égard à la sécurité de l'approvisionnement.

Dans son évaluation critique, la CDS en conclut dès lors que les deux modèles de base d'un financement moniste actuellement en discussion ne vont finalement pas dans la bonne direction.

En revanche, le modèle de financement hospitalier de la CDS prévoit des éléments de concurrence laissant libre cours au marché, à savoir dans les divisions privée et semi-privée. Les lois du marché y veilleront à la concurrence, à la qualité et à l'efficacité. Le modèle de la CDS exclut de la concurrence directe les domaines qui répondent à un mandat de prise en charge par les pouvoirs publics à but non lucratif. Ces domaines, autrement dit les divisions communes, seront également financés en fonction des prestations. Les mandats de prestations des pouvoirs publics veillent là aussi à ce que ce domaine soit exploité économiquement.