

Stéphane Rossini
Conseiller national
Vice-président du PSS

Les problèmes du système de santé

Allocution – Assemblée des délégués du PSS, Olten 25 juin 2011

Le système de santé, dans son organisation, ses modalités de fonctionnement et de gestion, ses pratiques professionnelles, ses développements technologiques, mais encore dans ses réponses aux attentes de la population et aux contraintes politiques, est en constante évolution.

Si, en Suisse, l'offre et la qualité des prestations de santé sont d'un très bon niveau, la solidarité du financement est faible et l'organisation du système complexe et cloisonnée, provoquant un déficit de cohérence, une grande diversité des pratiques et un pilotage politique éclaté. En terme d'efficacité, les potentiels d'optimisation sont importants. Pour y remédier, des réformes en profondeur et à long terme sont nécessaires, et non seulement des aménagements ponctuels et partiels. C'est le sens de l'initiative populaire Pour une caisse nationale publique d'assurance-maladie.

Le Peuple devra trancher, car les marchands d'illusions qui occupent souvent le devant des scènes politiques devront voir plus loin et appréhender au plus large les questions du système de santé pour véritablement ouvrir la voie, étroite, de la maîtrise de coûts. Les slogans du marché, de la concurrence et les tentatives de prise de pouvoir ne sont que de la poudre aux yeux, tant il y a encore de problèmes à résoudre.

Sur les principes

La sécurité sociale s'inscrit dans une triple perspective : la solidarité, l'égalité de traitement, l'accès aux prestations. Force est de constater que plus particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie, en Suisse, ces principes ne sont pas tous réalisés.

Qu'il s'agisse des modalités de financement du système de santé. de l'organisation des caisses en concurrence. de l'offre de

soins des cantons, du mélange des genres entre assurance sociale et assurances complémentaires privées, du niveau des primes, de la sélection des risques ou de la qualité de la prise en charge, ces principes fondamentaux posent encore problème. Tous ne sont pas encore acquis. Tous méritent encore des combats politiques engagés pour que les mécanismes de la sécurité sociale soient réels et produisent leurs effets pour les citoyens, assurés, contribuables de ce pays.

Sur les lacunes systémiques

Ces questions de principe doivent donc être traitées concrètement. C'est l'essence de notre action politique. Concrètement, plusieurs lacunes inhérentes au système peuvent être dénoncées :

1. Le fédéralisme et l'impossible gouvernance. Le fédéralisme, éclaté, cloisonné, aux responsabilités diluées entre la Confédération, 26 cantons, les communes, aux frontières cantonales désuètes, aux multiples conventions intercantionales et régionales, atteint les limites de son efficacité. Sans cohérence et sans pilotage effectif, cette décentralisation cantonale s'avère de plus en plus problématique. Manque de vision d'ensemble et d'objectifs communs, de stratégie, de transparence, inégalités de traitement, décisions contradictoires, lenteur des réformes, concertation et coordination insuffisantes nuisent à l'utilisation optimale des ressources. Le fédéralisme doit être revisité, modernisé.

2. La concurrence. Une stricte rationalité économique « de marché » dans le système de santé serait une aventure périlleuse. Dans ce domaine, l'offre de prestations induit la demande, alors que les moyens sont limités. De plus, le « client » est particulier : atteint dans sa santé, mal ou pas informé, incapable de choisir seul le traitement opportun. Garantir des critères de justice sociale implique l'introduction de mécanismes de régulation induisant de facto des distorsions de concurrence. Quant aux caisses, avec une assurance obligatoire et des prestations identiques, leur concurrence comporte plus de désavantages et d'effets pervers systémiques que d'avantages (compensations de risques, réserves, sélection des risques, par exemple). Enfin, la concurrence entre hôpitaux,

entre médecins ou entre cantons est irréalisable, incompréhensible pour l'assuré, dispendieuse.

3. La multitude de caisses. La pluralité des assureurs, les inégalités de traitement et de pratiques qui en découlent, les effets indésirables ou pervers qui sévissent (lien coûts de la santé – primes, conséquences financières des changements de caisses, transparence) sont coûteux pour les assurés (fortes variations des réserves, franchises et primes, selon et entre les cantons). De plus, la confusion effective entre assurance sociale obligatoire et assurance complémentaire privée est incongrue.

4. Le financement par tête. Les primes d'assurance-maladie par tête, déterminées indépendamment de la situation économique de l'assuré ou du ménage, avec des distinctions régionales sont une spécificité helvétique et un non sens social. De plus, les pratiques disparates en matière de réduction des primes instituent des pluralités cantonales injustes pour les assurés.

5. Le financement différencié des traitements. Les soins, selon qu'ils sont dispensés en cabinet ambulatoire privé, en hôpital, en EMS ou à domicile, sont financés selon des principes différents, soit par l'assurance-maladie, seule ou avec les cantons, soit par les cantons et/ou les communes, soit par les bénéficiaires via les caisses-maladie. Une telle organisation des financements est, d'une part, complexe et, d'autre part, source de biais, les comportements de soins pouvant être influencés par le mode de financement. Ils empêchent aux pouvoirs publics une intervention régulatrice cohérente dans les divers secteurs de prise en charge.

6. L'engagement des pouvoirs publics cantonaux. La guerre fratricide des cantons en matière de concurrence fiscale est nuisible pour toutes les politiques publiques et donc pour la santé. Les cantons ne doivent pas se désengager. Au contraire ! Avec des primes par tête antisociale, car indépendantes du revenu, le financement par l'impôt est plus juste, plus équitable. Il faut donc que les cantons continuent d'investir dans la politique de santé. Il est préférable que le système de santé soit financé par l'impôt que par les primes.

7. La pluralité des lois. Plusieurs législations d'assurances

sociales (LAMal, LAA, LAI, militaire) financent les soins, avec des problèmes de coordination et des différences de traitement (tarifs, accès aux prestations, par exemple). Cette situation provoque, d'une part, une grande complexité, d'autre part, des inégalités de traitement, de moins en moins acceptables.

8. Le manque de transparence. Malgré les efforts, beaucoup reste à faire. Pensons aux réserves et aux flux entre les cantons, à la séparation assurance sociale et privée, aux frais administratifs, à la fixation des primes. La situation n'est toujours pas satisfaisante et cela n'est plus supportable !

La caisse nationale publique

Dans ce contexte, la CNP est un pas important dans le cadre d'une réforme des structures d'application de l'assurance-maladie. Une caisse nationale publique d'assurance-maladie contribuera **à simplifier le système, à le rendre cohérent et plus transparent**. Elle favorisera la maîtrise des coûts par un instrument moderne de régulation dans l'esprit du service public. Elle posera les bases d'une plus grande égalité de traitement des assurés, supprimant les inégalités crasses qui existent actuellement. Et puis, elle pourra s'inscrire dans une politique nationale de santé, qui reste à mettre en œuvre autour d'acteurs forts et solidaire. Ce n'est pas le cas des assureurs actuels obnubilés par le profit. Ce sera le cas de la caisse nationale publique.

[Retour](#)