

place au  
**dialogue**



# Un système de santé luxueux

En ligne de mire: comment freiner les coûts?

Christian Lohr, conseiller national

## Ressources limitées

«Cette évolution pèse surtout sur la classe moyenne, car elle doit dépenser des parts de revenu de plus en plus importantes pour les primes AOS.»

Motion 16.3949, 07.12.2016

Hansueli Schöchli, journaliste économique

## Pas d'amélioration en vue

«Cette tendance ne peut tout de même pas se poursuivre indéfiniment... Si c'était le cas, les Suisses finiraient par dépenser la totalité de leur revenu pour le système de santé.»

NZZ, 13.06.2017

Département fédéral de l'intérieur

## Technocratie au lieu de démocratie?

«Le DFI a constitué un groupe composé d'experts, chargé d'analyser de nouveaux modèles pour gérer la hausse des prestations.»

Communiqué de presse, 10.02.2017

Pascal Strupler, directeur Office fédéral de la santé publique

## Coût = volume \* prix

«C'est pourquoi il faut plus d'incitations à une réduction du volume des prestations.»

Die Volkswirtschaft, 23.02.2017

Susanne Hochuli, ancien membre du Conseil exécutif

## Surmédicalisation

«Une chose est claire: nous avons trop d'hôpitaux. Nous devons nous demander si nous pouvons encore nous le permettre financièrement et si cela profite à la qualité.»

Blick, 28.05.2017



**Erich Ettlin** est membre  
du conseil d'administration  
de la CSS.

# Redresser la barre!

## Sommaire

- 4 **Comment freiner les coûts**  
de la santé?
- 7 **Point de vue**  
Changement de cap!
- 8 **Pratique**  
Ce qui a marché en Suède fonctionne-t-il  
aussi en Allemagne?
- 10 **On en parle**  
«Il y a deux voies possibles: la véritable  
concurrence ou la réglementation totale»
- 14 **Contexte**  
Analyse rapide: la revendication relative  
à des budgets globaux
- 15 **Un autre regard**  
Quand chaque pensée compte
- 16 **Personnel**  
«Important: un budget doit être réaliste!»
- 18 **Santé!**  
Et personne n'y va
- 19 **Science**  
Contrôle des coûts efficace?

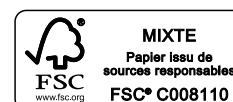
Vous souvenez-vous des objectifs de politique de la santé qui étaient poursuivis avec l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie? Outre des soins médicaux complets et de qualité, l'une des intentions était d'endiguer les coûts. Depuis lors toutefois, ils n'ont cessé d'augmenter. C'est une conséquence de notre système, dans lequel les assurés ont la liberté de choisir parmi une grande offre de prestations médicales et de ne pas tenir compte directement des conséquences financières du volume et de la qualité choisis.

Les conséquences sont connues: selon les estimations, les coûts du système de santé augmenteront de 4 à 5% par an au cours de ces prochaines années. Les salaires des payeurs de primes ne suivent plus. Et les budgets étatiques alloués pour les réductions des primes sont épuisés. C'est donc simplement une question de temps jusqu'à ce que nous menions droit dans le mur notre assurance-maladie sociale telle qu'elle existe actuellement, ou qu'elle ne soit plus abordable pour la majorité des assurés.

Aux pages suivantes, nous vous exposerons le dilemme dans lequel nous nous trouvons. Avec son intervention tarifaire et la mise sur pied d'un groupe d'experts sur le thème de la gestion de la hausse des coûts, le Conseil fédéral a commencé à montrer la voie. Mais la solution n'a pas encore été trouvée. Loin de là: pour que nous puissions peut-être redresser la barre, toutes les parties prenantes doivent discuter ensemble d'une solution loyale et transparente. À défaut, nous risquons d'assister à une croissance des coûts illimitée. Et cela n'est absolument pas une option envisageable.

## Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Éditeur: CSS Assurance, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), Internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), rédacteurs en chef: Judith Dissler, Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel Corporate Media, Christian Schönbächler (texte) et Peter Kruppa (Art Director) | Crédit photos: Raffael Waldner, mäd, iStock/tbd, Daniel Ammann | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg.  
Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



Les coûts de la santé augmentent chaque année, avec la régularité d'un métronome, et avec eux les primes d'assurance-maladie. En fait, les moyens pour y remédier sont connus. Pourtant, plus ils sont efficaces, plus la résistance est grande de toutes parts.

Par Prof. Mathias Binswanger

# Freiner les coûts de la santé?

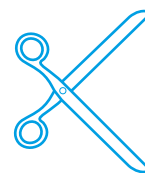
**P**endant l'époque coloniale, à Hanoï (Vietnam), les Français furent confrontés au fléau des rats et de la peste. Pour en réduire le nombre, les autorités décidèrent de mettre en place une récompense pour chaque peau de rat rapportée. Facile de deviner le résultat de cette concurrence mise en scène artificiellement autour du plus grand nombre de peaux de rats: les habitants de Hanoï se mirent à élever des rats, ce qui contribua à aggraver la situation.

## Parallèle avec le système de santé

L'exemple décrit présente un parallèle étonnant avec l'actuel système de santé. On voudrait certes y réaliser des économies, mais en réalité, les systèmes de rémunération existants poussent à la hausse ininterrompue les dépenses de santé. Depuis l'introduction de l'assurance obligatoire des soins en 1996, les primes d'assurance-maladie ont augmenté cinq fois plus vite que les salaires et les coûts de la santé ont crû à un rythme deux fois plus rapide que le produit intérieur brut. Cette évolution ne s'explique que dans une moindre mesure par la démographie et l'amélioration de la qualité des prestations de services de santé. Elle résulte en majeure partie des incitations permanentes en faveur de l'extension du volume, parce que le marché de la santé ne remplit pas certaines conditions essentielles d'un marché qui fonctionne normalement. Précisément parce qu'il s'avère être un marché de croissance idéal pour les prestataires.

## Théorie économique

Un marché qui fonctionne parfaitement selon les manuels d'économie se caractérise par le fait que tous les participants à celui-ci possèdent des informations complètes sur les produits proposés et les besoins spécifiques. Et bien entendu, les acheteurs d'un produit paient eux-mêmes



Depuis l'introduction de l'assurance obligatoire des soins en 1996, les primes **d'assurance-maladie** ont augmenté cinq fois plus vite que les salaires.

## En bref

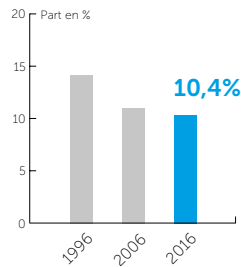
- À cause des effets pervers du système de santé, qui sont bien connus, les coûts de la santé augmentent chaque année.
- L'asymétrie de l'information entre les acteurs du marché empêche que le marché de la santé fonctionne de la manière décrite dans les manuels.
- Plus une solution est efficace pour freiner la hausse des coûts, plus elle doit faire face à une résistance politique importante.

pour cela. Sur le marché de la santé, ces conditions clés ne sont pas remplies. Les personnes qui sollicitent une prestation de santé ne la paient en général pas de leur poche, ou seulement dans de faibles proportions. C'est la collectivité qui doit en majeure partie subvenir à celle-ci par le biais des primes d'assurance-maladie et des impôts. Dans de telles conditions, la conscience des coûts n'est pas particulièrement marquée.

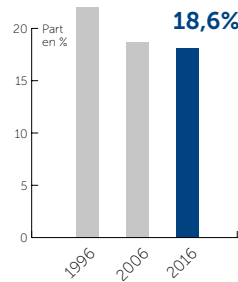
À cela vient s'ajouter la forte asymétrie de l'information entre les prestataires et les consommateurs. Les médecins et les hôpitaux, mais aussi les fabricants de produits pharmaceutiques, sont en général beaucoup mieux informés sur leurs offres que les consommateurs de ces prestations et produits, autrement dit les patients. Cette asymétrie de l'information associée à leur faible conscience des coûts crée les conditions essentielles d'une extension permanente des prestations. Car la demande peut en grande partie être contrôlée par l'offre. En permanence, de nouvelles maladies sont «découvertes», des méthodes thérapeutiques et des médicaments «améliorés» sont développés, de nouveaux programmes de prévention voient le jour ou de nouvelles applis de surveillance de l'état de santé sont proposées. Et toutes ces évolutions nous sont présentées comme des améliorations impérativement nécessaires, qui nous donnent accès →

# Le budget des ménages suisses et l'évolution des coûts de la santé

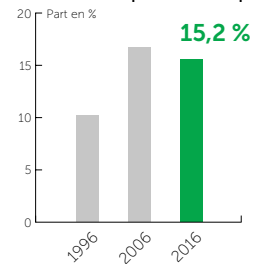
## Aliments et boissons sans alcool<sup>6</sup>



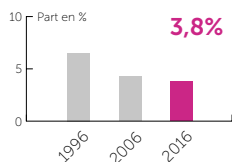
## Loyer<sup>6</sup>



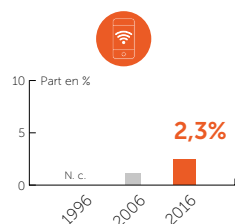
## Soins de santé<sup>6</sup> (y c. médicaments, prestations ambulatoires et prestations hospitalières)



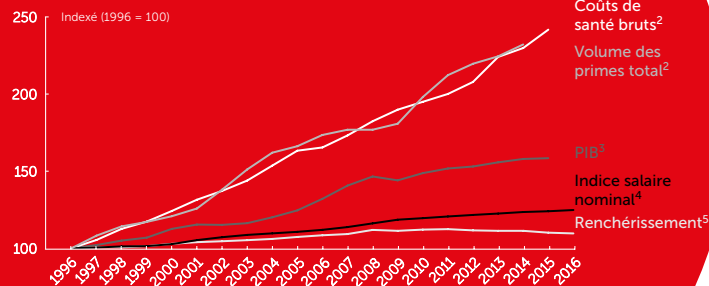
## Habillement et chaussures<sup>6</sup>



## Communication réseau mobile<sup>6</sup>

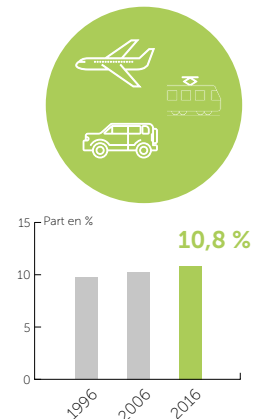


## Les coûts de la santé augmentent de façon disproportionnée

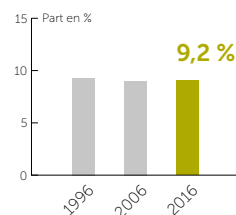


Depuis 1996, les coûts de la santé bruts ont augmenté du facteur 2,4 comparativement aux performances économiques (PIB) de la Suisse. Le volume des primes a même quintuplé par rapport au salaire nominal.

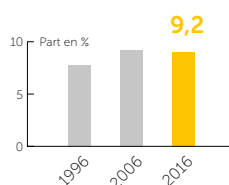
## Transports<sup>6</sup>



## Restaurants et hôtels<sup>6</sup>



## Loisirs et culture<sup>6</sup>



## Le panier de la ménagère suisse<sup>1</sup>

L'indice suisse des prix à la consommation (IPC) mesure l'évolution des prix dudit «panier de la ménagère». Ce dernier comporte une sélection représentative de biens et de services consommés par les ménages privés. Chaque groupe principal est pondéré en fonction de la part qu'il représente dans les dépenses des ménages privés.

## Dépenses de santé et performances économiques

Comparaison indexée (1996 = 100) de la croissance des coûts de la santé bruts, du volume des primes, du PIB, de l'indice des salaires nominaux et du renchérissement.

Sources et indications:

<sup>1</sup> Office fédéral de la statistique, indice suisse des prix à la consommation  
<sup>2</sup> OFSP, statistique de l'AOS 2015 et statistique de l'assurance-maladie 2001  
<sup>3</sup> OFS, comptes nationaux  
<sup>4</sup> OFS, indice suisse des salaires

<sup>5</sup> OFS, indice suisse des prix à la consommation  
<sup>6</sup> La structure du panier-type de l'IPC est

régulièrement adaptée. Afin de mieux pouvoir comparer les différents groupes de marchandises, les articles et prestations de

services n'ont pas tous été pris en compte.

**«Même si personne ne veut l'admettre, il y a un intérêt pour que la conscience des coûts reste faible et que l'asymétrie de l'information soit importante.»**

→ à une qualité de vie encore meilleure, à une vie encore plus longue et sans douleur. Les personnes qui se sentent encore en bonne santé compte tenu de ces conditions cadres paraissent presque un peu suspects.

Il est vrai qu'en comparaison avec autrefois, nous vivons effectivement plus longtemps et jouissons d'une meilleure santé. Pourtant, si l'on y regarde de plus près, il s'avère que les procédures «objectives» d'essais de nouveaux médicaments, les valeurs limite fixées «objectivement» à partir desquelles une personne peut être considérée comme malade, ainsi que les indicateurs de qualité «objectifs» de mesure de la qualité des traitements, sont souvent influencés par des motivations économiques. Par des informations ciblées, on essaie d'inciter les patients à augmenter consommation de médicaments, traitements, opérations ou thérapies. La majorité des acteurs du système de santé n'a donc aucun intérêt à ce que les dépenses soient maîtrisées. Même si personne ne veut l'admettre, leur intérêt est plutôt que la conscience des coûts reste faible et que l'asymétrie de l'information soit importante.

**Des forfaits par cas traîtres**

Dans de telles conditions, des mesures initialement conçues pour juguler les coûts se transforment rapidement en nouveaux instruments d'optimisation. Les forfaits par cas (SwissDRG) introduits en 2012 dans le domaine hospitalier constituent un bon exemple. Ils avaient pour but d'initier une mise en concurrence des hôpitaux entre eux. En effet, si la même somme d'argent (forfait par cas) est payée partout pour un cas précis, par exemple une appendicectomie, il devrait y avoir une incitation pour que ce cas soit traité au plus faible coût possible, ou qu'il ne soit plus proposé où cela n'est plus rentable en raison des coûts trop élevés. C'est tout au moins l'argumentation des adeptes de ce système.

Toutefois, comme le montrent les expériences réalisées à l'étranger sur de nombreuses années, les forfaits par cas n'entraînent pas de réductions des coûts. Premièrement, l'introduction des forfaits par cas génère surtout des économies pour les hôpitaux du fait qu'ils réduisent leurs coûts à la charge des centres de réadaptation, des EMS et des soins ambulatoires, qui enregistrent quant à eux une hausse correspondante des coûts. Deuxièmement, les hôpitaux essaient de

créer le plus grand nombre possible de cas lucratifs. Cela débouche sur une augmentation des prestations pour les opérations et les traitements rémunérateurs, et donc aussi sur une hausse des coûts de la santé en général. Dans ce contexte, le système compliqué du codage des cas favorise encore l'asymétrie de l'information. Seuls les spécialistes peuvent encore y voir clair sur la manière dont certains cas sont précisément codés et sur ceux qui sont effectivement rentables.

Le tarif TARMED introduit en 2004 pour la rémunération des prestations individuelles dans le domaine ambulatoire incite lui aussi à augmenter le volume. Dans celui-ci, les prestations techniques sont rémunérées selon des tarifs élevés, ce qui rend particulièrement attrayante leur augmentation constante. Et ce système ne se caractérise pas non plus par la transparence des informations. À la fin, le patient reçoit certes des pages de décompte de toutes les prestations facturées avec exactitude à cinq minutes près. Mais à quoi sert ce volume d'informations pour le patient moyen? Il ne peut que rarement savoir quelles prestations ont ou non été nécessaires. Le manque de transparence peut aussi provenir de l'excès d'information, dans la mesure où on bombarde le patient avec un volume de données inutile.

De tels exemples montrent que des systèmes de rémunération d'abord vantés en tant que moyen de freiner les coûts, ou tout au moins sans impact sur ceux-ci, tels que les forfaits par cas ou le tarif TARMED, se transforment rapidement en de nouveaux instruments d'optimisation des recettes sur le marché de la santé réel, qui accélèrent la hausse des coûts au lieu de la ralentir. Et cela est d'autant plus le cas que l'on exerce une pression financière sur les hôpitaux et les médecins et qu'on les compare entre eux. Car plus cette pression est grande, plus on essaie d'exploiter les marges d'optimisation qui existent à l'intérieur des systèmes pour générer le plus possible de traitements et de cas rémunérateurs. Car aujourd'hui déjà, le résultat financier d'un hôpital est de facto son principal objectif, au moyen duquel est mesurée sa performance.

**Solutions possibles**

Toujours est-il qu'il existe quelques effets pervers spécifiques dans le système de santé suisse, qu'il serait relativement simple d'éliminer. Une réorganisation du tarif TARMED permettrait ainsi d'atténuer la préférence pour les prestations techniques ou la discrimination des médecins de famille par rapport aux spécialistes. Et grâce à un financement homogène des prestations dans le domaine hospitalier, il y aurait moins de transferts inutiles de traitements du domaine ambulatoire vers le domaine stationnaire. Toutefois, même si de tels effets pervers manifestes sont éliminés, le problème de l'incitation à l'augmentation des prestations reste entier.

Pour le résoudre, il faut soit que les patients eux-mêmes se remettent à prendre en charge davantage les prestations effectivement sollicitées, soit que l'on limite le nombre des prestataires ou des prestations fournies. La première piste proposée est toutefois confrontée à certaines limites. Les franchises supérieures dans le domaine obligatoire de l'assurance-maladie permettent en effet aux patients de mieux prendre conscience des coûts, ce qui est en principe positif. Pourtant, une augmentation substantielle des



**Philomena Colatrella** est présidente de la direction générale du Groupe CSS.

Le budget des ménages est limité, celui de l'État aussi. Pour éviter que notre système de santé ne croule sous les dépenses, nous devons renverser la vapeur.

## Changement de cap!

**Depuis l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, les coûts ont plus que doublé dans l'assurance de base. Pourquoi?**

Le marché de la santé est un marché de croissance et de commodité. Il faut malheureusement reconnaître que peu d'acteurs ont un intérêt pour la maîtrise des coûts. Une chose est claire toutefois: le budget des ménages, comme celui de l'État, n'est pas illimité. C'est pourquoi il est temps de marquer une pause et de s'interroger sur le but de l'assurance de base sociale (AOS). Quel doit être notre but: laisser couler le navire vers des dépenses abyssales ou le faire prendre un nouveau cap?

**Qu'est-ce que cela implique précisément?**

Les acteurs du système de santé, et surtout les politiques, se perdent souvent dans des débats idéologiques au lieu de s'attaquer concrètement aux problèmes de l'assurance de base sociale. Pas très commode, en effet. Le vent tourne peu à peu, et les idées pour stabiliser les coûts deviennent plus concrètes et radicales. Pour la révision du TARMED, le Conseil fédéral annonce clairement la couleur. Elle doit générer des économies. Au sein du Parlement aussi, on se demande s'il faut

rattacher les coûts à certains facteurs tels que l'évolution des salaires. Ce sont en effet des mesures d'urgence importantes, dont il convient de discuter ouvertement dans chaque cas et qu'il convient de mettre en œuvre avec détermination dans le cas du TARMED. Toutefois, les problèmes ne sont pas traités à la source.

**Que propose la CSS?**

La CSS veut des soins médicaux de qualité abordables pour tous. Pour garantir durablement cet objectif, un changement de cap est nécessaire. Il faut établir clairement ce que la communauté solidaire doit financer via l'assurance de base. Souvenez-vous: l'AOS est une assurance sociale qui couvre les frais de guérison à la suite d'une maladie. Le catalogue des prestations à la charge de l'AOS doit être mis en œuvre avec détermination selon les critères EAE stipulés dans la LAMal. Une importance plus grande doit notamment être accordée au principe du caractère économique. Pour diminuer les soins excessifs et inadéquats, améliorer la qualité et réduire les dépenses. Notre assurance solidaire ne doit pas servir à financer le supermarché et son offre pléthorique. Pour une bonne qualité, un magasin de quartier suffit amplement. Il serait bon que les responsables politiques nous apportent plus de soutien à ce niveau.

franchises compromettrait l'objectif de soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population de notre pays, car une partie de cette population renoncerait à consulter le médecin pour des raisons financières. Dans le même temps, il faut que nous sachions que plus d'un quart de la population bénéficie de réductions des primes et verse de facto une contribution faible, voire nulle, pour les prestations médicales.

Les restrictions restent donc des mesures certes impopulaires, mais relativement efficaces. Ainsi, toute une série de propositions ont déjà été mises en œuvre, qui vont d'une limitation du nombre des médecins (limitations de l'autorisation de pratiquer) et du nombre des hôpitaux (listes des hôpitaux) au rationnement généralisé de certains traitements et médicaments (contrôle du volume par rapport au nombre de cas) en passant par la restriction au niveau des traitements dispensés de façon stationnaire (listes des examens et traitements à réaliser en ambulatoire). De telles mesures peuvent freiner la hausse des dépenses de santé,

notamment si elles sont combinées. Néanmoins, on se retrouve vite face à un dilemme. Car plus de telles limitations sont efficaces, plus elles entrent en conflit avec la qualité des soins, et plus elles sont confrontées à la résistance des politiques. Ainsi, de manière générale, les restrictions ne sont mises en œuvre que de manière très hésitante et à la manière douce, en conséquence de quoi leur impact reste faible. C'est pourquoi une jugulation efficace des coûts dans le système de santé se fera encore attendre.

**Mathias Binswanger** est professeur d'économie nationale à la Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse à Olten et enseignant privé à l'Université de Saint-Gall. Ses domaines de recherche prioritaires sont la macro-économie, la théorie des marchés financiers et le lien entre le bonheur et le revenu.

En 1992, la Suède a donné un nouveau cap à son système de santé. À l'époque, une commission parlementaire avait été mise sur pied. Sa mission: prioriser les prestations médicales.

Par Roland Hügi

# Ce qui a marché en Suède fonctionne-t-il aussi en Allemagne?

**T**out pour tout le monde, et si possible encore un peu plus. Telle est la description que l'on pourrait faire du système de santé suisse, en étant un peu hérétique. Les chiffres qui en résultent parlent d'eux-mêmes: les coûts du système global de santé augmentent par tranches de milliards toujours plus grandes et ont atteint CHF 77,8 milliards en 2015. Aucun renversement de tendance n'est en vue jusqu'à nouvel ordre. Le principe de la solidarité est peu à peu remis en cause, ce qui est une évidence.

## Le modèle suédois

Au cours de ces 25 dernières années, la Suède a démontré qu'elle avait peut-être trouvé une solution. En 1980, des considérations financières l'avaient incitée à instituer une commission parlementaire: cette année-là, ses dépenses de santé avaient atteint le plus haut niveau jamais enregistré de 9,1% du PIB. «Sa mission était d'examiner une approche systématique de priorisation en matière de santé, et de l'introduire le cas échéant», affirme Heiner Raspe\*. Dans le cadre d'un projet de recherche de l'Université de Lübeck, ce dernier a observé à la loupe le modèle suédois avec d'autres chercheurs. «Notre objectif était entre autres de voir si l'approche était transposable à d'autres pays, notamment l'Alle-

magne, et de lancer le débat sur le thème de la priorisation.» En ce qui concerne l'Allemagne tout au moins, ce projet s'est soldé par un échec.

## Les trois principes éthiques

En Suède, l'idée de la priorisation a pu être mise en œuvre peu à peu à partir de 1995. Les trois principes éthiques qui sous-tendent au final les prestations médicales constituent son point de départ essentiel. En premier lieu, il y a le principe de la dignité humaine. Il exclut explicitement que des prestations soient associées à des caractéristiques personnelles ou des fonctions dans la société. Il s'agit donc d'une interdiction de discrimination. Le principe du besoin et de la solidarité implique que les moyens disponibles parviennent aux personnes en ayant le plus grand besoin, en tenant notamment compte des enfants, des personnes atteintes de démence, des patients dans le coma, par exemple. En troisième lieu vient le principe de l'efficacité des coûts. Il vise un rapport adéquat entre le coût et le bénéfice d'un traitement. «Ces trois principes sont au cœur du système et permettent de prioriser les prestations», explique H. Raspe.

## Une grande acceptation

Sur la base de ces principes, des directives de priorisation concrètes ont été développées pour certaines pathologies au cours de ces dernières années. «Néanmoins, ce ne sont pas les prestations individuelles qui sont priorisées, mais plutôt les associations par rapport à une situation médicale et à une intervention médicale adéquate», précise H. Raspe. «Au final, des listes sont dressées, qui attribuent une priorité entre 1 (élevée) et 10 (faible) à ces associations entre problème et prestation.»

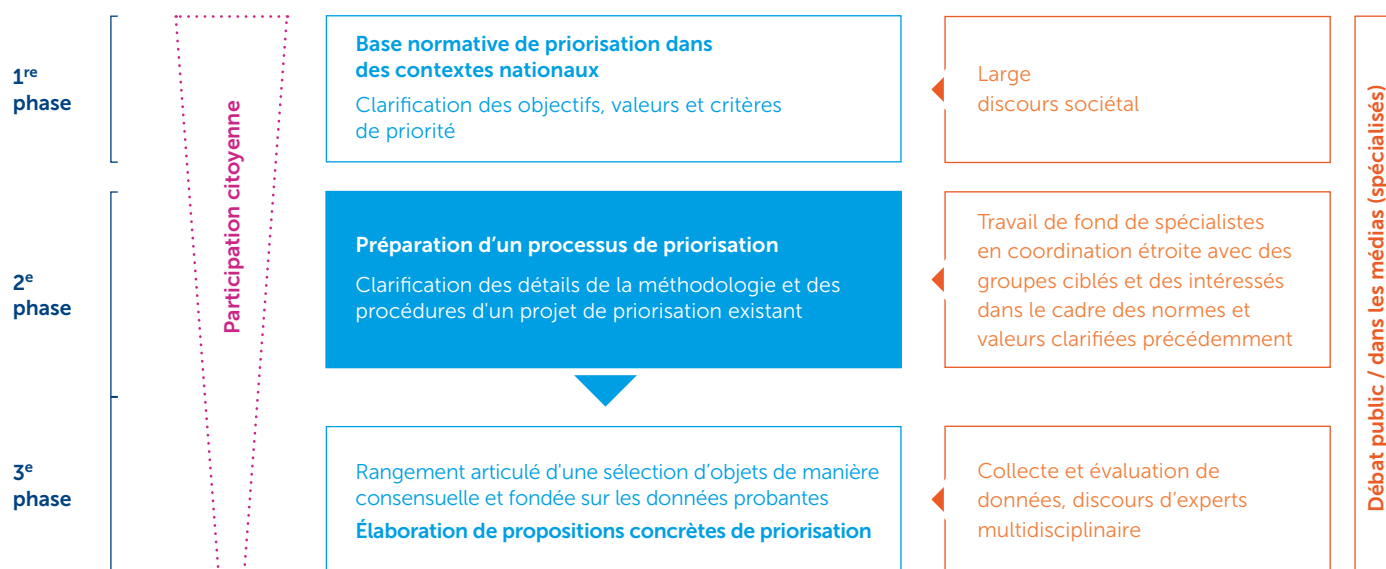
## En bref

- Les dépenses du système de santé suisse ont atteint près de CHF 78 milliards en 2015.
- En Suède, les prestations médicales sont priorisées depuis plus de 20 ans.
- Des études réalisées en Allemagne le montrent, fixer des priorités aide à lutter contre la croissance des coûts. Néanmoins, le modèle n'a pas été adopté dans ce pays.

**«Le point de départ essentiel: les trois principes éthiques qui sous-tendent au final les prestations médicales.»**



## Les 3 phases d'une discussion sur la priorisation



Source: Raspe et al. (2014): Priorisierung in der medizinischen Versorgung am Beispiel der kardiologischen Anschlussrehabilitation, Lage.

En Suède, cela n'a pas provoqué un tollé dans la population. Selon H. Raspe, cela s'explique d'une part par le fait que les gens ont été impliqués dès le début dans tout le processus, par exemple dans le cadre d'enquêtes ou de conférences. «D'autre part, le principe de la solidarité commune y est ancré plus profondément dans l'esprit de la population que dans la plupart des autres pays.»

### Aucun intérêt suscité en Allemagne

Malgré les résultats complets de l'étude du groupe de recherche autour de H. Raspe, les milieux concernés n'ont fait et ne font preuve d'aucun intérêt pour une introduction d'un modèle de priorisation en Allemagne. Les chercheurs ont pourtant présenté l'approche systématique et ses avantages à la Bundesärztekammer (Chambre des médecins). Mais le processus a échoué avant même d'avoir vraiment démarré. «Et actuellement, le sujet a été enterré», concède H. Raspe avec un certain réalisme. «J'en prends maintenant acte avec frustration mais sérénité.» L'essentiel est que la population ait compris que la priorisation n'a rien à voir avec le rationnement. «Le système suédois se contente de donner des directives, qui n'entraînent pas de sanctions, contrairement aux prescriptions», affirme H. Raspe.

### Quels enseignements pouvons-nous en tirer?

Selon H. Raspe, l'implication de toutes les parties prenantes, de la population aux responsables politiques en passant par les fournisseurs de prestations, est un facteur de succès fondamental. «De plus, il est impératif» que les initiatives en faveur d'une priorisation soient prises au niveau politique. Tout le reste est voué à l'échec. Si des propositions étaient faites du côté médical, quel qu'il soit, cela déboucherait plutôt sur un débat envieux plutôt que sur des échanges raisonnables. Il suit aussi avec un certain scepticisme la campagne «smarter medicine» lancée en Suisse (cf. place au dialogue 1/2017). Cette dernière est soutenue par des organisations médicales spécialisées et des organisations de patients et remet en question certains traitements médicaux.

\* De 1989 jusqu'à sa retraite en 2010, Heiner Raspe, docteur en médecine humaine et sociologue, dirigeait l'Institut für Sozialmedizin de la Faculté de médecine de Lübeck. Il y a ensuite été titulaire d'une chaire de professeur senior en médecine de la population jusqu'en 2015. H. Raspe est le cofondateur et le président fondateur du réseau allemand de médecine fondée sur les données probantes.

Créer des centres spécialisés ou réduire le régime obligatoire LAMal à un minimum? Quelles sont les mesures efficaces pour réduire les coûts de santé? La conseillère nationale PS Prisca Birrer-Heimo, présidente de la Fondation pour la protection des consommateurs, et le conseiller national UDC Sebastian Frehner, conseiller d'entreprise, croisent le fer.

Interview: Patrick Rohr

# «Il y a deux voies possibles: la véritable concurrence ou la réglementation totale»



**Patrick Rohr (PR):** Selon les chiffres les plus récents du KOF, le Centre de recherches conjoncturelles de l'EPF, les coûts de la santé devraient largement franchir la barre des CHF 80 milliards l'année prochaine, se montant ainsi à plus de CHF 10 000 par tête par année. Les dépenses de santé sont-elles trop élevées en Suisse?

*Sebastian Frehner (SF):* Oui. Non seulement nous dépensons trop, mais aussi, nous n'obtenons pas la qualité qui serait nécessaire.

**PR: Comment voyez-vous les choses, Madame Birrer-Heimo?**

*Prisca Birrer-Heimo (PB):* Nous avons un système de santé de qualité, mais la charge des primes est devenue trop lourde pour de nombreux citoyennes et citoyens. Cela ne peut pas continuer ainsi.

**PR: Nous devrions donc plafonner, voire baisser les dépenses de santé?**

*PB:* Le mieux serait de bénéficier de bons soins à moindres coûts. Je suis convaincue que c'est possible, par exemple avec les centres spécialisés.

*SF:* Ce serait une mesure socialiste: des centres ordonnés par l'État!

*PB:* Non, il s'agirait d'une mesure favorable aux consommateurs et aux patients.

*SF:* Ce qu'il nous faut, c'est plus de concurrence: soit nous supprimons entièrement le régime obligatoire, soit nous acceptons de n'assurer à titre obligatoire que des soins de base minimaux. Chacune de ces voies entraînerait une réduction massive des coûts.

**PR: Vous supprimeriez le régime obligatoire?**

*SF:* Une telle mesure n'est pas susceptible d'obtenir la majorité sur le plan politique. Le problème réside dans le fait que notre système fonctionne actuellement selon une économie planifiée avec des éléments de l'économie de marché. Sur ce marché réglementé, les différentes parties prenantes se font concurrence. Chacun maximise ses gains, ce qui est tout à fait normal dans une économie de marché. C'est pourquoi il n'y a que deux voies possibles: le plus de concurrence possible avec un régime obligatoire LAMal minimal ou inexistant, ou un maximum de réglementation pour atténuer les dépenses. Je suis pour le modèle libéral.

*PB:* Quand on est malade ou que l'on a un accident, le recours à des prestations médicales ne doit pas être lié au fait d'avoir ou non de l'argent! Dans une société solidaire, une société qui respecte la dignité de chacun, toutes les personnes qui sont malades doivent bénéficier de prestations médicales, selon un financement soli-



**Prisca Birrer-Heimo** (ci-dessus) est conseillère nationale du PS du canton de Lucerne depuis 2010. Institutrice de formation, elle a dirigé par la suite la gestion de projets multiples dans un hôpital cantonal et est l'actuelle présidente de la Stiftung für Konsumentenschutz (SKS).

**Sebastian Frehner** (à droite) représente depuis 2010 l'UDC du canton de Bâle-Ville au Conseil national. Docteur en droit, il conseille les entreprises et fait partie de plusieurs conseils d'administration.



daire. Le modèle de l'assurance-maladie ainsi financé est un pilier important d'une société solidaire.

**PR: Mais précisément, le problème ne tient-il pas au fait que les gens sont trop nombreux à tirer profit de cette approche solidaire, ce qui fait grimper les coûts de la santé?**

*PB:* Non, le problème qui se pose est celui des effets pervers du système: par exemple les nombreuses prestations médicales qui ne seraient absolument pas nécessaires, mais que les médecins prescrivent parce qu'elles sont lucratives. Ou la concurrence que se livrent les hôpitaux. Elle peut être bonne dans de nombreux domaines, mais dans celui de la santé, elle ne fonctionne pas.

*SF:* Il n'y a pas vraiment de concurrence!

*PB:* Bien sûr que si. J'ai travaillé dans un hôpital cantonal pendant des années. À cette époque, de nombreux hôpitaux n'étaient pas encore équipés des appareils de biopsie en cas de pathologie du sein. Une clinique privée du canton disposait d'un tel appareil. Logiquement, il a fallu que l'hôpital cantonal, en concurrence avec cette clinique, en acquière un lui aussi. Puis, il a fallu que ces appareils soient rentabilisés, naturellement.

Ainsi, la concurrence génère plus de prestations.

*SF:* Mais cela, ce n'est pas la concurrence justement! Chaque hôpital peut facturer une prestation, qu'elle soit ou non nécessaire. Bien sûr, les assurances exercent un certain contrôle, mais quand le médecin dit à Madame Muller: «Maintenant nous allons écouter votre cœur», Madame Muller l'accepte. Le médecin peut faire du chiffre. Et le plus beau dans tout cela, c'est que cela ne coûte rien à Madame Muller, hormis la franchise et la quote-part.

*PB:* Oui, mais dans votre système, les

**«Les médecins viennent juste après les paysans. Tous deux défendent bec et ongles leur position.»**

Sebastian Frehner

→



→ prestations médicales seraient réservées à ceux qui ont de l'argent.

*SF:* Laissez-moi terminer au sujet de l'obligation de contracter. Si les hôpitaux devaient avoir passé des contrats avec les assureurs pour pouvoir continuer à facturer des prestations, ils n'auraient d'autre choix que celui d'être qualitativement bons. Aujourd'hui, la qualité n'est pas une obligation dans le système de santé. Bien au contraire: si le médecin soigne mal, son patient reviendra le voir. Pas génial cela? En tant que conseiller d'entreprise, je perds mes clients quand une restructuration se passe mal. Je ne peux pas leur dire de revenir pour gagner le double. Et c'est la collectivité qui paie cela. Ce système est donc pervers.

**PR: La perversion ne tient-elle pas au fait que les médecins touchent des bonus quand ils réalisent un meilleur chiffre d'affaires, autrement dit qu'ils prescrivent le plus grand nombre possible d'opérations et traitements coûteux?**

**«Nous avons un système de santé de qualité, mais la charge des primes est devenue trop lourde pour de nombreux citoyennes et citoyens. Cela ne peut pas continuer ainsi.»**

Prisca Birrer-Heimo

*SF:* C'est exactement ce que je dis: les acteurs ont un comportement d'économie de marché dans un système réglementé qui est malade. J'essaie bien de maximiser le bénéfice de mon entreprise. Comment expliquer à un médecin ou à un directeur d'hôpital qu'il n'en aurait pas le droit?

**PR: À cause de la concurrence?**

*SF:* À cause de la réglementation, au contraire! Si elle n'existait pas, les hôpitaux ne pourraient pas facturer leurs prestations à la charge des assureurs-maladie. Et ils devraient alors fermer dès lors que les patients ne voudraient plus payer leurs prestations.

*PB:* Le bien de la santé ne peut pas être proposé sur le marché comme un téléviseur ou un paquet de riz.

*SF:* Si l'on en reste à de tels arguments, nous allons droit dans le mur et le système de santé s'écroulera d'ici 20 ans.

*PB:* C'est vrai, nous avons besoin de plus de transparence. Pourquoi pratique-t-on p. ex. une fois plus d'arthroscopies du

genou à Bâle qu'à Genève? Ce sont pourtant deux villes comparables, avec une structure de population similaire. Parce qu'il y a manifestement plus de médecins orthopédistes à Bâle! C'est là qu'il faut agir. C'est p. ex. ce que fait l'initiative «smarter medicine» quand elle examine avec le corps médical quelles prestations sont réellement nécessaires sur le plan médical, et lesquelles ne le sont pas. Ainsi, il y a de la concurrence entre les hôpitaux ou les cabinets médicaux. Si je sais en tant que patiente qu'un cabinet veille à attention de ne proposer que des actes médicalement utiles, je vais y aller. Cela fait baisser les prestations.

SF: Cela ne marchera pas.

PB: Si! Nous avons surtout besoin de dialogue. Si le médecin discute avec son patient et lui explique en toute honnêteté: «Si vous vous faites opérer de la prostate, vous vivrez peut-être plus longtemps, mais vous deviendrez peut-être incontinent ou impotent», le patient peut alors décider de ce qui est plus important pour lui: vivre plus longtemps avec une gêne ou moins longtemps, mais avec une meilleure qualité de vie.

SF: Vous pensez que le médecin renoncera de son propre gré à son salaire? Sûrement pas! Comme représentant de l'UDC, je le dis en toute connaissance de cause: les médecins viennent juste après les paysans. Tous deux défendent bec et ongles leur position. Un exemple: le dossier électronique du patient. Pourquoi les médecins n'y participent pas? Parce qu'il les limite et les empêche de faire ce qu'ils veulent. Les assureurs se rendraient subitement compte des doublons dans les actes médicaux.

**PR: Monsieur Frehner, supprimer l'obligation de contracter. Permettrait-il de réduire les coûts?**

SF: Logiquement, oui.

**PR: Pourquoi?**

SF: Plus il y a de médecins et d'hôpitaux, plus les coûts sont élevés.

**PR: Si les assureurs avaient la liberté de choisir les fournisseurs de prestations avec lesquels ils veulent collaborer, y aurait-il moins de médecins?**

SF: Bien évidemment. Et la qualité s'améliorerait parce que les assureurs-maladie pourraient par exemple dire: «Nous ne collaborons qu'avec les médecins qui ont un dossier électronique du patient.»

PB: On transférerait alors tout le pouvoir aux assureurs-maladie. Ils pourraient décider des prestations qu'ils prendraient en charge. Mais selon quels critères? Un médecin qui accepte le dossier électronique du patient est-il pour autant meilleur? Les



assureurs-maladie auraient en plus besoin de médecins pour évaluer la qualité des prestations. Un énorme dispositif serait mis en place, qui occasionnerait à nouveau des coûts.

SF: Nous avons trop d'hôpitaux et trop de médecins; cela serait un moyen d'en réduire le nombre.

**PR: Le moratoire pour les médecins constituerait une autre possibilité, mais l'UDC s'y oppose.**

SF: Oui, un moratoire pour les médecins nuirait à la concurrence.

PB: Pour vous, la barrière est idéologique.

SF: La concurrence engendre toujours de meilleurs résultats que l'absence de concurrence.

**PR: Le moratoire pour les médecins serait pourtant un moyen simple de réduire le nombre des médecins, non?**

SF: Il dégraderait la qualité, car ce ne sont pas les meilleurs qui survivraient, mais ceux qui sont déjà installés et qui défendraient leur pré carré par tous les moyens.

**PR: D'autres acteurs le font aussi, les assureurs-maladie par exemple. Pen-  
sez-vous que les choses pourront  
évoluer un peu aussi longtemps que des  
lobbyistes des caisses-maladie tels que  
vous-même siègeront au Parlement?**

SF: Oui, bien sûr. Je souhaite faire évoluer les choses, je veux plus de concurrence et moins de coûts.

**PR: Mais vous voulez naturellement aussi que vos finances se portent bien.**

SF: Dans notre système, les défenseurs des intérêts ont le droit de siéger au Parlement, comme par exemple Madame Birrer-Heimo qui cherche à protéger les consommateurs. Dans un autre pays, elle ne le pourrait pas.

PB: Attention: cela est lié aux facteurs de dépendance financière.

SF: Les dépendances sont inhérentes au système. Le problème concernant le marché de la santé est simplement qu'il s'agit de l'argent de la collectivité. Mais plus le système est réglementé et étatisé, plus les deniers de l'État sont au centre des préoccupations.

PB: C'est le point décisif: il s'agit de l'argent de la collectivité, et pour l'argent de la collectivité, il faut un contrôle par la collectivité, donc les politiques, qui devraient être influencés le moins possible par les rapports de dépendance.

SF: Dans ce cas toutefois, vous ne pourriez plus être conseillère nationale. En tant que représentante des consommateurs et des patients, nous n'êtes pas non plus indépendante, en effet. Soit nous acceptons toujours la représentation de certains intérêts, soit nous ne l'acceptons jamais.

**PR: Combien gagnez-vous en tant que présidente de votre fondation, Madame?**

PB: CHF 18 000 bruts par année.

SF: Cela suffit à créer un rapport de dépendance; selon vos critères, vous ne devriez pas siéger au Parlement!

PB: Je ne dépends pas de ce mandat sur le plan financier. Je travaille le plus souvent en tant que bénévole et j'exerce mon mandat de conseillère nationale en toute indépendance, en mon âme et conscience.

SF: Comme membre du comité consultatif du Groupe Mutuel, ma dépendance n'est pas plus grande. Et personne ne me dicte ce que j'ai à faire.

Le journaliste, photographe et conseiller en communication **Patrick Rohr** travaille à titre indépendant depuis 10 ans. Auparavant, il a été pendant 15 ans animateur et rédacteur à la Schweizer Fernsehen (émissions «Arena» et «Quer»).

Plus les coûts de santé augmentent, plus la confiance dans les acteurs du système de santé diminue. Un budget global est-il une issue possible?

Par Heinz Locher, D<sup>r</sup> sc. pol.

# Analyse rapide: la revendication relative à des budgets globaux

**D**epuis peu, le thème du budget global surgit régulièrement dans le débat public. Les premières interventions parlementaires<sup>1</sup> ont été déposées. Celles-ci cherchent à adopter une approche globale: rattachement de la croissance des coûts à la masse salariale nominale. Ces interventions devraient être interprétées comme des mises en garde et comme l'expression de la perte de confiance dans la capacité des acteurs du système de santé à résoudre les problèmes. Si l'on jette un regard critique rétrospectif sur le faire et le laisser faire de ces dernières années dans le domaine de la politique de la santé, cette perte de confiance ne surprend personne, sans aller jusqu'à se rappeler de la débâcle du TARMED. Contrairement au récit biblique de l'inscription sur le mur, le «malheur», ici sous la forme de budgets globaux, n'est pas inévitable.

Que de telles revendications soient formulées est d'autant plus curieux que les budgets globaux n'apportent une solution adéquate ni dans une forme ex ante ni dans une élaboration ex post. L'art. 51 LAMal autorise les cantons à fixer un budget global pour les hôpitaux et les EMS. En fonction de leur aménagement, des résultats à court terme peuvent certes être obtenus avec une telle réglementation ex ante, mais à moyen et plus long terme, cet instrument a pour effet de préserver la structure, empêche l'arrivée de nouveaux fournisseurs de prestations innovants et favorise un rationnement implicite. Il en va de même pour la budgétisation globale exceptionnelle par l'autorité d'approbation à la demande des assureurs (art.

<sup>1</sup> 17.402 Initiative parlementaire CSSS-N.  
16.3987 Motion Ettlin / 16.3949 Motion Lohr.

54 LAMal). La fixation tarifaire par l'autorité d'approbation (art. 55 LAMal) ne peut être comprise que comme une intervention d'urgence. Les formes ex post telles que la réduction proposée de la valeur du point dans l'année qui suit le dépassement du budget spécifié l'année précédente ont l'effet d'une punition collective des fournisseurs de prestations concernés et auront comme conséquence que chacun fournira le plus de prestations possible pour compenser l'effet de prix négatif.

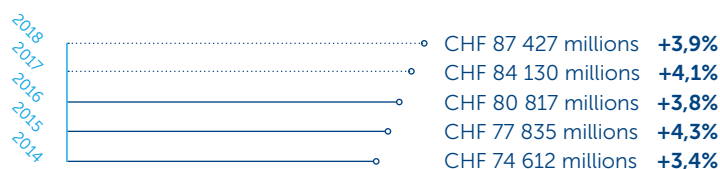
## Une revendication désespérée

Dans l'ensemble, les revendications sur les budgets globaux sont comparables au geste désespéré d'empêcher la soupe de déborder en mettant un couvercle sur la casserole. Mieux vaudrait baisser le feu à temps. C'est ainsi que le retard a été pris dans la politique de la santé. Les propositions d'action sont légion: effets pervers dans les tarifs et les honoraires, défaut de qualité des indications pour les interventions planifiées, prestations inefficaces ou inutiles, conflits de gouvernance des cantons, financement non équitable des prestations ambulatoires et hospitalières, absence de réorientation de la fourniture de prestations en fonction des besoins d'une population vieillissante (p. ex. par le biais de réseaux régionaux). C'est là qu'il faut agir.

Toujours est-il qu'il serait souhaitable de mieux suivre dans le temps l'évolution des prestations et des coûts. Ainsi, le Centre de recherches conjoncturelles de l'EPF (KOF) a présenté le 13 juin 2017 ses prévisions de printemps des dépenses de santé suisses pour la période de 2016 à 2018. Non, ce n'est pas une erreur d'impression. Avec deux ans de retard dans les statistiques, impossible de mettre en œuvre un monitoring des coûts. Des données trimestrielles rapidement disponibles comme dans d'autres secteurs d'activité économique devraient pouvoir être rendues accessibles dans le domaine de la santé, ce qui permettrait aux services compétents d'engager des mesures à temps.

## Prévision des dépenses de santé 2016 à 2018

Total dépenses de santé en millions CHF (état: 13 juin 2017)



Source: prévision KOF des dépenses de santé, études KOF, n° 95, juin 2017

**Heinz Locher, D<sup>r</sup> sc. pol.**, est conseiller d'entreprise et enseignant dans le domaine de la santé. L'année passée, il faisait partie du groupe d'experts du DFI en charge d'examiner les nouveaux modèles pour gérer la hausse des prestations. Le rapport paraîtra à l'automne 2017.

Ma dernière inspiration dure presque vingt secondes. Puis je plonge, et me concentre sur moi-même. Pas de place pour les pensées négatives. Elles me prennent de l'oxygène. Et sous l'eau, j'en ai besoin.

Par Claudia Lukaschek

## Quand chaque pensée compte

**M**es poumons contiennent presque cinq litres d'air chacun. Avec ces cinq litres, j'essaie de rester sous l'eau le plus longtemps possible. Et de plonger le plus en profondeur possible. Une fois que j'ai plongé, je n'ai plus aucune possibilité de respirer et de renouveler l'air de mes poumons. Je dois donc gérer avec parcimonie la ressource qui me maintient en vie.

Je dois être vigilante, ainsi que contrôler délibérément mes idées et mouvements. Ce sont eux qui consomment de l'oxygène. C'est pourquoi j'ai optimisé la succession de mes mouvements pendant des années d'entraînement. J'entre dans l'eau par un plongeon-canard: je tends les jambes dans l'air et j'utilise leur poids pour plonger sans déployer de force. À l'aide d'une monopalme, j'imite les mouvements des dauphins. Mes mains sont tendues. Je nage en ondulant le corps, de la manière la plus aquadynamique possible. Les faux mouvements provoquent une résistance à l'eau inutile et consomment de l'énergie. De plus, ils gaspillent l'oxygène, une ressource limitée.

Toutefois, le véritable entraînement est mental. Le bon état d'esprit est souvent plus important que la forme physique. En faisant de l'apnée, j'ai appris à contrôler mes pensées, à me détendre sur commande et à croire en moi-même. Pour rester calme sans aucun moyen d'aide à 50 mètres de profondeur, cela est indispensable. Les idées négatives, l'angoisse et les doutes soutirent dangereusement l'énergie. L'apnée m'a permis de mieux me connaître, a assoupli mon âme et renforcé mon esprit.

### Je plonge dans un autre monde

Mon entraînement commence déjà lorsque je me mets en route vers le lac. Dans la voiture, je commence à me détendre. Je mets de côté tout ce qui me préoccupe, chasse lentement mes pensées et fais peu à peu fonctionner mon corps au ralenti. Une fois arrivée à la zone de plongée, je regarde le lac pendant quelques minutes, je profite de la tranquillité sur le reflet de l'eau et je me change. Au plus tard lorsque je sens sur la peau le néoprène de ma combinaison de plongée, je suis dans un autre monde. Je nage jusqu'à la bouée à laquelle est fixée une corde verticale qui m'aide à m'orienter sous l'eau. Lorsque je l'ai atteinte, je commence à me concentrer. De longues



**«Je contrôle délibérément mes idées et mes mouvements. Ce sont eux qui consomment de l'oxygène.»**

inspirations régulières m'y aident. De même que mon partenaire d'entraînement: j'ai confiance en lui. Même quand je suis seule au fond de l'eau, il me rassure. Il m'aide à optimiser mes ressources.

Je remplis entièrement mes poumons, je plonge et je pense exclusivement à mon corps. Je ressens la pression qui augmente au niveau des poumons et des oreilles, et je l'équilibre régulièrement. À une profondeur d'env. 15 mètres, je me laisse tomber dans cette liberté absolue. Dans cette obscurité bleue, je suis dans un tout autre monde, sur le plan physique et psychique. Une fois au bout de la corde, je me retourne pour entamer mon ascension par des mouvements de palme réguliers et constants. Malgré le réflexe respiratoire qui s'enclenche, je reste calme. Je sais que j'ai assez d'air pour remonter. À la surface de l'eau, je prends trois profondes inspirations. Cette expérience unique m'apprend à repousser mes limites.

**Claudia Lukaschek** (49 ans) compte parmi les meilleures apnéistes de Suisse. Elle a remporté plusieurs fois le titre de championne suisse et a fait partie de l'équipe nationale suisse pendant plus de dix ans. Aujourd'hui encore, elle détient les records nationaux (apnée statique: 6 min 2 s, apnée dynamique avec palmes: 154 m).

Andrea Schmid-Fischer conseille les gens sur les questions budgétaires. Son expérience le montre: pour beaucoup de gens, établir un budget et s'y tenir relève du défi. Quand on y arrive, un élément central du quotidien est réglé, ce qui contribue grandement à la tranquillité et à la qualité de vie.

Interview: Judith Dissler

# «Important: un budget doit être réaliste!»

**D**epuis quand le Centre de liaison propose-t-il des conseils en gestion budgétaire?

Le Centre de liaison a été créé en 1961 en tant qu'association neutre sur le plan politique et confessionnel. Voici plus de 50 ans qu'il propose des conseils en gestion budgétaire. Parmi ses autres prestations, il y a le conseil juridique, le service d'intermédiation pour la recherche d'une famille de jour ou d'une nounou, ainsi que l'office spécialisé dans l'entretien des majeurs. Près de 1500 personnes et familles sollicitent chaque année l'une de ces prestations, dont 150 le conseil en gestion budgétaire.

**Aujourd'hui comme hier, la répartition de ses propres ressources n'a-t-elle pas toujours relevé de la responsabilité de tout un chacun?**

En Suisse, une grande importance est en effet accordée à la responsabilité individuelle. Néanmoins, la complexité de notre système nous dépasse de plus en plus. Un entretien-conseil montre la marge de manœuvre qui existe et comment il est ou non possible de tenir son budget et de l'optimiser en faisant preuve de responsabilité individuelle. Le nombre de personnes dont les problèmes ne peuvent pas être résolus, même en étant responsable, augmente.

manière générale, on peut dire que les changements personnels ont des conséquences financières, ce qui nécessite de reconsidérer la situation et de revoir la répartition de son argent. C'est aussi vrai quand les rentrées de fonds augmentent. Il serait dommage que l'argent en plus se volatilise sans être affecté.

**Les budgets ont-ils beaucoup changé au cours de ces 50 dernières années?**

Les principaux postes budgétaires sont plus ou moins restés les mêmes. Cependant, leur montant a subi de grandes modifications. Ainsi p. ex., les dépenses de santé ont massivement augmenté, mais les dépenses alimentaires ont diminué. Parfois, de nouvelles positions viennent s'ajouter. Dans les années 1990, les ménages avaient rarement un ordinateur à la maison. Aujourd'hui, l'informatique est devenue un poste fixe de chaque budget, vu que la formation et la vie professionnelle seraient impossibles sans ces outils.

**Quels postes du budget posent le plus de difficultés aux familles?**

Les coûts du logement, de la santé, de la mobilité, de la formation et les impôts tiennent lieu de casse-tête jusqu'à la classe moyenne, tant du point de vue du montant que de celui de la gestion. Budget-conseil Suisse recommande de ne pas dépenser plus d'un quart du revenu net pour le logement. Mais comment une famille de quatre personnes disposant d'un revenu net de CHF 6000 peut-elle réussir à trouver un appartement au loyer de CHF 1500? Quand on y ajoute les dépenses pour les soins de santé et le foyer, on comprend vite que chaque franc compte.

**Les primes d'assurance-maladie augmentent chaque année, avec un impact sur le budget...**

Elles sont un poste fixe de chaque budget. Comme elles augmentent chaque année, elles sont de plus en plus lourdes à supporter. Une personne âgée ayant un revenu mensuel de CHF 3000 et ne bénéficiant pas de la réduction des primes paie par exemple une prime mensuelle d'environ CHF 450, en conséquence de quoi sa marge de manœuvre est assez faible une fois qu'elle a payé son loyer et qu'elle a subvenu à ses besoins courants.

## En bref

- Le Centre de liaison propose des conseils en gestion budgétaire à de nombreux groupes cibles.
- Le loyer est un poste de dépenses important pour les personnes à faible revenu et de la classe moyenne.
- Un budget permet de planifier ses ressources et de contrôler son argent en connaissance de cause.

**Qui sollicite le conseil en gestion budgétaire?**

L'éventail est large. Nous conseillons des parents qui se cassent la tête au sujet de l'argent de poche de leurs enfants. Les jeunes adultes cherchent à savoir comment financer leur formation. Les familles en cours de séparation ont besoin d'être éclairées sur la nouvelle gestion des finances. Pour les familles recomposées, la budgétisation est complexe et la gestion de l'argent exigeante. De





Andrea Schmid-Fischer, conseillère en gestion budgétaire, connaît toutes sortes d'astuces pour économiser, quel que soit le budget.

### Comment s'organise-t-on? Quelles concessions quand les ressources sont limitées?

Il faut d'abord couvrir les besoins existentiels qui concernent le logement, l'énergie, le ménage, les soins de santé, la formation et la mobilité. Qui dépense combien pour quoi et comment est toujours une question de valeurs, de priorités et de revenu effectivement disponible. La tendance est de dépenser trop pour les repas à l'extérieur sur le lieu de travail, ainsi que pour les sorties et les vêtements, etc. Or, ce sont les dépenses personnelles qui sont précisément les plus faciles à optimiser. On observe des mutations par rapport au sentiment de ce qui doit impérativement avoir sa place dans le budget. De plus en plus de postes budgétaires sont considérés comme des «must have». Pour beaucoup de gens p. ex., passer ses vacances à la maison ou renoncer à une voiture est devenu inimaginable. Les exigences augmentent, ce qui se traduit par des découverts de compte permanents, des petits crédits à la consommation coûteux et des voitures en leasing.

### Quels sont les conseils les plus courants pour y remédier?

Important: un budget doit être réaliste! Dans la durée, on ne peut ni planifier des dépenses systématiquement limitées au minimum existentiel sans prévoir une marge pour les imprévus, ni dépenser des sommes qui ne sont pas en rapport avec son revenu. Ceux qui doivent vivre avec un budget serré et réussissent

**«Nous observons que les attentes augmentent. De plus en plus de postes budgétaires sont considérés comme des «must have».»**

malgré tout à ne pas s'endetter disposent en général de compétences très spécifiques. Il n'y a pas de conseils faciles à suivre, mais un constat est intéressant: les budgets présentent presque tous un potentiel d'économie et avec le temps, cela peut même devenir amusant de l'exploiter sans pour autant devenir étroit d'esprit ou pingre.

### En tant que maman et conseillère en gestion budgétaire, avez-vous un budget?

Oui, bien sûr. Mais nous ne nous basons pas sur l'année civile, mais sur l'année scolaire. Vivre selon un budget ne veut pas forcément dire devoir renoncer à certaines choses. Grâce au budget, l'argent est effectivement affecté où nous le voulons – nous contrôlons les dépenses en connaissance de cause.

**Andrea Schmid-Fischer** est responsable du conseil en gestion budgétaire au Centre de liaison des associations féminines lucernoises.  
www.frauzentraleluzern.ch



## Et personne n'y va



**Beda M. Stadler**, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

**C**ela ne joue aucun rôle de savoir si la citation «Imagine que c'est la guerre et personne n'y va!» est réellement de Bertolt Brecht. Il importe que chacun puisse s'imaginer que cela pourrait signifier la fin de la guerre. C'est exactement pareil pour la maîtrise des coûts dans le domaine de la santé. Toutes les parties prenantes savent en effet que le problème provient des fournisseurs de prestations eux-mêmes, du genre de prestation et de son coût, sachant que l'on aime bien s'en prendre au patient. Les autres doivent se comporter autrement. Mais comme personne ne le fait, tous finissent par repartir en guerre. Les coûts continuent à augmenter.

Comme les personnes en bonne santé ont jusqu'ici réduit à néant toute maîtrise des coûts, par leur comportement ou aux urnes, quelqu'un devrait enfin avoir le courage de remettre les pendules à l'heure. Mais on dirait que ce «quelqu'un» n'existe pas. En effet, personne n'ose dire à partir de quand une personne est malade et mérite la solidarité. En revanche, chacun est prêt à estomper la frontière entre la maladie et la bonne santé, par exemple en prétendant que la médecine alternative est efficace, que le wellness a un effet curatif, et que si cela ne sert à rien, cela ne nuit pas.

Dans «Santé2020» de l'OMS ou de l'OFSP, on pourrait lire très exactement entre les lignes ce qu'il faudrait faire. La formulation politique correcte est que l'on ne devrait pas partir en guerre et l'on nous explique comment on va venir à bout de la hausse des coûts. Il me vient à l'esprit l'image des prêtres en uniforme qui prêchent la paix derrière l'autel. Néanmoins, l'État n'est pas le seul à avoir des cadavres dans le placard. C'est le cas de toutes les parties prenantes du système de santé. Ainsi, il n'existe tout simplement personne qui aurait assez de crédibilité pour prescrire une ordonnance pour la maîtrise des coûts dans le système de santé. «Santé2020» va donc échouer, nous le savons d'ores et déjà.

L'ordonnance devrait donc s'appeler «Maladie2020». L'avis des personnes en bonne santé au sujet de la santé est sans importance. Dorénavant, nous ne considérerons que les faits liés à la maladie. Supprimons le système de santé et remplaçons-le par un système de maladie. Dans ce système, il sera en priorité question de la solidarité, et chaque personne saine qui en extirpera quelque chose pour sa santé sera punissable. Le droit à la santé signifie en fait que l'on récupère exactement de l'assurance-maladie ce que l'on lui a déjà versé. Pour clarifier la situation, il faudrait plutôt appeler «Santé2020» «Grounding2020», pour que personne ne puisse dire qu'il ne le savait pas, et que s'il l'avait su, il n'y serait pas allé.

**«Personne n'ose dire à partir de quand une personne est malade et mérite la solidarité.»**



[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)

La limitation de l'autorisation de pratiquer des fournisseurs des prestations est pour l'instant le seul outil de contrôle des soins ambulatoires susceptible d'obtenir la majorité sur le plan politique. Son efficacité dépend toutefois de la manière dont il est conçu et mis en œuvre.

Par Christian Rüefli

## Contrôle des coûts efficace?

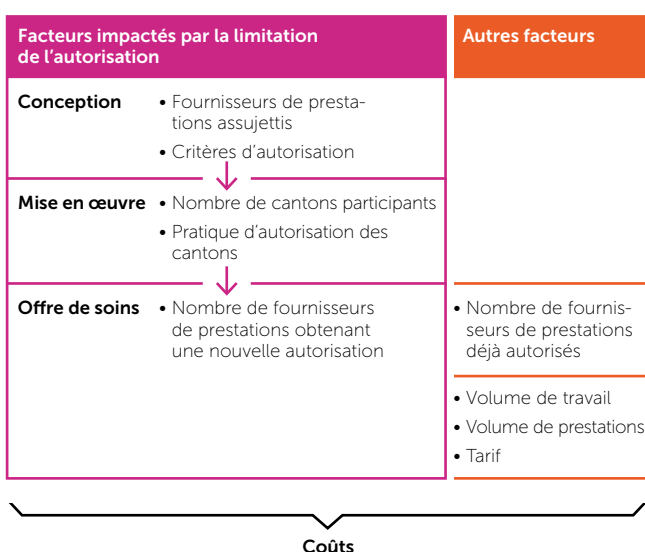
**C**omme cela avait déjà été le cas de 2002 à 2011, les cantons ont à nouveau la possibilité, depuis juillet 2013, de limiter au besoin l'autorisation de pratiquer des médecins exerçant en ambulatoire à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'objectif est de limiter quelque peu la croissance persistante des coûts AOS des prestations ambulatoires.

Les expériences de la plupart des cantons sont plutôt positives, comme le montrent les analyses<sup>1</sup> du Bureau Vatter: la limitation de l'autorisation de pratiquer permet d'influencer l'augmentation de l'offre de soins. Par rapport à un développement de l'offre non contrôlé, cela permet dans une certaine mesure de maîtriser les coûts. Le potentiel d'efficacité de la mesure dépend néanmoins des fournisseurs de prestations concernés, de leur nombre, du nombre de cantons la mettant en œuvre et de la rigueur avec laquelle ils le font.

Le volume de prestations du personnel médical autorisé ne peut pas être contrôlé. De plus, la limitation de l'autorisation de pratiquer ne se prête pas pour réduire l'offre existante ou promouvoir l'établissement de fournisseurs de prestations dans des régions périphériques, ce qui aiderait à remédier à la pénurie sanitaire ponctuelle.

Actuellement, la limitation de l'autorisation de pratiquer se calque essentiellement sur le nombre maximal de personnes exerçant dans un canton. Le degré d'occupation ou le volume de prestations ne sont pas pris en compte. Pour le moment, aucun autre critère objectif n'a pu être trouvé pour une autorisation axée sur les besoins qui soit objectivement adéquate, techniquement reconnue et vérifiable sans trop de complications pour les cantons.

### Paramètres d'efficacité de la limitation de l'autorisation de pratiquer



Source: Bureau Vatter, propre représentation

Le Conseil fédéral a présenté récemment un nouveau modèle relatif à l'autorisation des médecins, qui essaie d'atténuer ses points faibles. Il reste toutefois à savoir si ses propositions seront acceptées politiquement et si elles s'avèrent praticables. De plus, son efficacité dépendra de la mise en œuvre.

**Christian Rüefli**, politologue et évaluateur, dirige le Bureau Vatter, recherche et conseil en politiques publiques, à Berne ([www.buerovatter.ch](http://www.buerovatter.ch)). Il s'est occupé du contrôle des soins ambulatoires dans le cadre de différentes études réalisées sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

<sup>1</sup> Rüefli, Huegli, Berner (2016): «Mise en œuvre de l'art. 55a LAMal par les cantons», étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

## Trop c'est trop!

Oui, le juré a raison. Tous les deux dans cette position désespérée prolongée... La déduction de note, c'est un minimum!

## À sec ou plein aux as?

Stärneföifi, le Glaronais est à nouveau à terre. J'ai misé sur le faux et dépensé tous mes sous – même plus de quoi me payer une bière.

## L'éternel cercle vicieux

Regarde donc: de nouveau une passe indécise. Le combat n'est pas attrayant. Il faut que quelqu'un réfléchisse à la manière dont nous pouvons sortir de ce bourbier.