



Présentation de Claude Ruey, Député au Conseil national et Président du Parti libéral suisse, Ancien ministre de la Santé du Canton de Vaud (1994-1998), le jeudi 18 mai 2006, à Montréal. Seules les paroles prononcées font foi.

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de m'avoir invité à venir m'exprimer devant vous aujourd'hui.

Votre Institut a pour mission de proposer des solutions originales et innovatrices afin de susciter l'élaboration de politiques publiques optimales en s'inspirant, notamment, de réformes appliquées avec succès ailleurs dans le monde. C'est donc un immense honneur et également un grand bonheur de pouvoir contribuer ainsi à vos réflexions.

Le système suisse de santé: un exemple pour le Québec?

Lorsque j'ai voulu ajouter modestement un point d'interrogation au titre que me proposait l'Institut économique de Montréal, on m'en a dissuadé. Et pourtant, paradoxalement, lorsqu'on parlait du Canada dans mon ministère cantonal de la santé il y a quelques années, c'était pour le citer en exemple et y organiser un voyage d'études! «Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà!» disait déjà Pascal; il a toujours raison. Merci dès lors de prendre mes propos avec ce même sens du relatif.

Je vais donc tenter de vous dresser un bref panorama du système suisse de santé. Je vous décrirai tout d'abord ses caractéristiques, soit son partage de compétences, son organisation et son financement. Je vous livrerai ensuite mon analyse et le bilan que j'en tire en mentionnant quelques pistes de solutions possibles pour son amélioration.

1. Les caractéristiques du système de santé suisse: compétences, organisation et financement

Avant toutes choses, rappelons que la Suisse est un petit pays de 7,4 millions d'habitants possédant une économie forte avec un PIB de 457 milliards de francs suisses, soit 409 milliards de dollars canadiens.

La Suisse est restée un pays complexe, puisqu'il est pluriculturel – on y parle quatre langues – et pluri religieux, et qu'il est la réunion de 26 États cantonaux ayant formé ensemble la Confédération helvétique.

Cette situation de la Suisse n'est donc pas sans conséquence sur son système de santé. Le système de santé suisse appartient à la catégorie des systèmes de santé qualifiée de «pluraliste» par l'OMS.

En bref, le système de santé suisse, qui représente le deuxième secteur économique du pays avec un montant de dépenses de l'ordre de 50 milliards de CHF et 460'000 employés, est:

- Un système construit de bas en haut, les structures de soins, hospitalières et résidentielles pour personne âgée, ayant été créées sur le terrain, soit par les communes et les cantons, soit par des privés, l'État central n'intervenant pas directement dans ce domaine des infrastructures, mais seulement dans le domaine de l'assurance-maladie.

- Un système mixte combinant économie privée et économie publique ou parapublique, autonomie des acteurs et planification étatique, concurrence et dirigisme.

1.1. Compétences et acteurs

Les compétences sanitaires sont donc partagées entre cantons et Confédération.

- **Les compétences des cantons:** Notre système politique fédéraliste veut que la Confédération suisse ne dispose que des prérogatives qui lui sont expressément attribuées par la Constitution fédérale. En matière de santé publique et d'organisation du système de soins, ce sont en principe les cantons qui détiennent les compétences principales. En vertu de ce partage, les cantons sont ceux qui pourvoient à l'organisation du système de santé – hôpitaux, EMS, soins à domicile –, qui en planifient le réseau pour les hôpitaux publics et parapublics et qui exercent la haute surveillance sur l'activité des prestataires de soins. Il en résulte donc 26 systèmes (pour autant de cantons et de demi-cantons) plus ou moins proche les uns des autres.
- **Les compétences de la Confédération:** En matière de santé, la Confédération s'est vu confier la législation relative aux assurances maladie, accident et invalidité (de même que l'assurance vieillesse), ainsi que de la réglementation de l'admission et du contrôle des médicaments. Le «marché» de la santé devient de plus en plus fédéral. La Constitution fédérale garantit d'ailleurs à tous les prestataires de soins le droit de s'établir et de pratiquer partout dans le pays.

En dehors des compétences et interventions de l'État, qu'il soit cantonal ou fédéral, les structures de santé sont aussi façonnées par le privé, puisque, s'agissant de l'ambulatoire les structures sont purement privées et s'agissant du stationnaire ces structures sont le fait aussi bien du public et du parapublic que du privé. Les structures du système de santé sont donc mixtes dans notre pays.

1.2. Organisation des soins

Schématiquement, l'organisation des soins peut se diviser en trois domaines:

1. Le domaine des soins ambulatoires
2. Le secteur hospitalier
3. Le secteur des soins aux personnes âgées

Pour ce qui concerne le domaine ambulatoire: Les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) assurent la plus grande partie des soins ambulatoires ou des visites à domicile. Pour le reste, les prestations sont fournies par les services ambulatoires des hôpitaux publics (par exemple policlinique) ou des cliniques privées. Les patients peuvent choisir librement leur médecin et s'adressent directement à des spécialistes sans restriction, sauf s'ils adhèrent librement à un réseau de soins. Les prestations médicales sont facturées aux patients en fonction des tarifs négociés dans le canton entre l'association des assurances-maladie et celles de médecins. Afin d'avoir un semblant de maîtrise des coûts, nous avons introduit le système dit Tarmed qui vise à disposer d'une nomenclature uniforme en Suisse pour la classification des prestations délivrées par les prestataires de soins.

Chiffres

- 15 000 médecins
- 20,5 praticiens en exercice pour 10000 habitants;
 - 6,4 médecins généralistes pour 10000 habitants;
 - 13,8 médecins spécialistes pour 10000 habitants.

Le secteur hospitalier: les soins avec hébergement sont dispensés dans des établissements publics ou privés. Les deux secteurs, public et privé, se différencient sur certains points: étendue des missions, modalités de fonctionnement, équipement, type de clientèle, mode de rémunération des médecins. La majeure partie du secteur hospitalier est formée des hôpitaux publics ou parapublics. Il s'agit d'établissements propriétés des cantons (ou des communes) ainsi que d'établissements subventionnés et garantis largement par l'État. Les CHU

(centres hospitaliers universitaires) sont des hôpitaux publics. L'enseignement, la formation et la recherche sont dispensés dans les hôpitaux publics sauf exception.

À côté des hôpitaux publics ou parapublics existent de nombreux hôpitaux privés, appelés aussi cliniques privées, dont l'équipement peut être aussi performant qu'un hôpital de pointe.

Aussi bien les hôpitaux publics et parapublics que les hôpitaux privés peuvent fournir les soins de base couverts par l'assurance obligatoire de soins, quoiqu'en général ce soit surtout les hôpitaux publics et para publics qui couvrent ce genre de prestations.

On distingue en effet, dans les hôpitaux, les divisions générales des divisions privées, ces divisions pouvant exister dans les deux catégories d'hôpitaux. Les divisions générales assurent tous les soins, y compris les plus aigus, et sont couvertes par l'assurance obligatoire de soins. Les divisions privées sont distinctes par le fait que le patient a le choix de son médecin et que des prestations de confort (chambre individuelle, service hôtelier) s'ajoutent aux prestations de la division générale. La couverture de ces frais se fait par les assurances complémentaires.

Je préciserai plus tard que la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins des prestations des différents hôpitaux dépend de la décision de planification des cantons.

Je relève encore que les cliniques privées pratiquent également une médecine que j'appellerai médecine d'exportation dans la mesure où la réputation desdites cliniques et la qualité des soins prodigués permet d'attirer traditionnellement en Suisse une nombreuse clientèle internationale.

Chiffres fin 2003:

352 hôpitaux = 50 000 lits = 15.6 millions de journées lits.

Le secteur des soins aux personnes âgées: en raison du vieillissement de la population, l'importance de ce secteur de soins dans la politique de santé n'a cessé de croître ces dernières années. Le développement se fait d'une part par le biais de services de soins à domicile, d'autre part par la mise à disposition d'EMS (établissements médicaux sociaux) contribuant tout deux à la prise en charge du 3e et du 4e âge. Les soins à domicile sont la plupart du temps organisés par les cantons et les communes qui délèguent volontiers cette compétence à des associations de droit privé subventionnées. Quant aux établissements médicaux sociaux, ils sont, un peu comme les hôpitaux, aussi bien publics ou para publics que purement privés. L'accès aux soins et l'étendue des prestations varient tant entre les cantons que d'une commune à l'autre.

Chiffres

1 500 établissements médicaux sociaux (EMS)

1.3. Coûts et financement du système de santé

Comme tout pays avancé, la Suisse consacre une part importante de son PIB, de 11% aujourd'hui, au financement de la santé. La Suisse est d'ailleurs, j'y reviendrai, le deuxième pays au monde après les USA quant au pourcentage du PIB consacré à couvrir les coûts de la santé.

En bref, les dépenses globales de santé sont aujourd'hui de l'ordre de 50 milliards de francs suisses (46 milliards de dollars canadiens) pour un pays de 7,4 millions d'habitants.

Pour 2003, ces coûts se répartissaient ainsi:

- traitement hospitalier :: 23'858 mio :: soit 47,8%
- traitement ambulatoire :: 14'647 mio :: soit 29,4%
- médicaments :: 5'230 mio :: soit 10,5%
- prévention/administration :: 3'523 mio :: soit 7,1%
- autres prestations :: 2'623 mio :: soit 5,2%

Pour assurer le financement de ces coûts, nous avons recours principalement à l'assurance maladie sous deux formes, l'assurance sociale, soit l'assurance obligatoire de soins, et l'assurance complémentaire, soit l'assurance privée, ainsi qu'à l'État et aux particuliers selon le schéma suivant (chiffres de 2003):

- assurances sociales :: 20'226 mio :: soit 40,5%
- assurances privées :: 4'478 mio :: soit 9,0%
- ménages :: 15'743 mio :: soit 31,6%
- pouvoirs publics :: 8'949 mio :: soit 17,9%
- autres :: 485 mio :: soit 1,0%

Vous le constaterez, l'assurance maladie joue donc un rôle primordial dans le financement des soins. Nous avons une longue tradition de l'assurance de soins, fondée originellement sur l'idée de secours mutuels. Les compagnies d'assurance maladie exercent deux types d'assurance maladie. Il s'agit d'une part de l'assurance de base, soit l'assurance obligatoire de soins, qui couvre l'ensemble des besoins sanitaires de base des assurés aussi bien pour le domaine ambulatoire que pour le domaine hospitalier; il s'agit d'autre part de l'assurance complémentaire, dite assurance privée, qui couvre les prestations supplémentaires sortant de la couverture de base, en particulier dans le domaine hospitalier. En fait, ces deux activités d'assurance sont juridiquement séparées à l'intérieur de ces compagnies. L'assurance de base correspond à l'assurance sociale sans but lucratif, alors que l'assurance complémentaire ressortit à l'assurance privée et poursuit un but de profit. Certaines compagnies n'agissent que dans l'un ou l'autre de ces deux domaines d'assurance.

Depuis 1911, la Confédération suisse s'est dotée d'une loi sur l'assurance maladie organisant le système social d'assurance. Cette loi a évolué au cours du temps. Dans sa dernière révision globale elle est devenue la LAMal, la loi sur l'assurance maladie, qui date de 1994 et est entrée en vigueur en 1996. Cette loi a les trois buts suivants:

1. Assurer la **solidarité** entre malade et bien-portants bien sûr ainsi qu'entre jeunes et vieux de même qu'entre hommes et femmes.
2. Assurer l'**accès aux soins** pour tout le monde en garantissant une couverture des soins dans l'ensemble du pays.
3. Assurer une **maîtrise des coûts** et l'économicité des traitements.

Les instruments mis en oeuvre par la loi pour atteindre ces objectifs étaient et sont les suivants:

- **obligation générale d'assurance**, chaque Suisse ayant l'obligation de s'assurer avec prime par tête en fonction de la région d'habitat et de l'assurance auprès de laquelle on est assuré.
- **libre passage** intégral d'une caisse maladie à l'autre afin de permettre le choix de la caisse maladie la meilleure marché et la plus efficace, donc **développement de la concurrence** entre les caisses.
- **libre choix** de l'assureur et du médecin.
- fixation par l'État fédéral d'un **catalogue de prestations** couvertes par l'assurance de base aussi bien dans le domaine ambulatoire que dans le domaine hospitalier ainsi que dans les soins pour personnes âgées.
- **obligation pour les assureurs de contracter** avec les fournisseurs de prestation admis par les autorités sanitaires.
- **fixation des prix par conventions** tripartites entre les assureurs, l'État cantonal et les prestataires de soins. En cas de désaccord, l'État cantonal est chargé de fixer le tarif, un recours auprès de l'État fédéral étant possible.
- fixation de **primes par tête**, l'assuré ayant la possibilité de choisir des modèles alternatifs d'assurance comme des réseaux de soins et ayant également la possibilité d'accepter une franchise d'assurance plus élevée que la franchise de base.

- **prise en charge par l'assuré d'une participation aux coûts** lorsqu'il fait appel à l'assurance maladie d'une part par la franchise qui s'échelonne de Fr. 300.- (franchise minimale obligatoire) à Fr. 2'500.- et par la quote-part. La franchise correspond au seuil à charge de l'assuré avant que l'assureur intervienne. La quote-part correspond à une contribution aux frais médicaux et d'hospitalisation d'environ 10% des dépenses.

Part de financement pris en charge par l'assurance de base

L'assurance obligatoire de soins est le principal agent payeur du système de santé. Les prestations assumées sont, sous réserve de la franchise et de la quote-part à la charge de l'assuré:

- le 100% de l'ambulatoire et des médicaments
- le 50% de l'hospitalisation dans les divisions générales (et dans les divisions privées du public et parapublic
- le 100% de la part des soins dans les organisations de soins à domicile et les EMS.

Les assurances de base ont donc un rôle financier très important. Leur rôle ne se limite évidemment pas à acquitter les factures; elles négocient les prix et vérifient la pertinence et l'économicité des traitements prescrits notamment. Elles sont aussi à l'origine de modèles alternatifs d'assurances, tels que les HMO par exemple.

Part de financement pris en charge par l'assurance privée

Chaque patient est autorisé, s'il le souhaite, à conclure une assurance privée complémentaire à l'assurance de base qui lui permet d'avoir un accès libre à l'ensemble des traitements hospitaliers, notamment aux divisions privées des différents hôpitaux de Suisse. Cette forme d'assurance, qui est gérée de manière purement privée, a connu un grand succès précédemment, mais est soumise aujourd'hui à des contraintes liées à l'augmentation des coûts et des primes d'assurance maladie de base, ce qui rend son essor plus difficile. Le financement par les assurances privées correspond tout de même à 9% des coûts globaux de la santé ce qui est loin d'être négligeable, ce d'autant plus qu'il faut savoir que, dans les divisions privées, des hôpitaux privés, à la différence des hôpitaux publics et parapublics, l'assurance complémentaire est seule à payer l'ensemble des coûts, ce qui entraîne d'ailleurs une distorsion de la concurrence entre les divisions privées des hôpitaux publics et les divisions privées des hôpitaux purement privés.

Part de financement pris en charge par l'État

La même loi fédérale prévoit que, s'agissant de l'hospitalisation, les cantons doivent fixer quels sont les hôpitaux admis à pratiquer des soins couverts par l'assurance de base, il s'agit là d'un élément de planification étatique. Les cantons doivent couvrir au minimum le 50% des coûts d'hospitalisation en division générale dans les hôpitaux dont il a admis les prestations (et également le 50% dans les divisions privées des hôpitaux publics et parapublics à l'exclusion des hôpitaux privés).

L'État couvre aussi à ce jour les investissements des hôpitaux publics et parapublics, soit sous forme d'investissements directs, soit sous forme de garantie à l'investissement, il prend à charge de même des financements parallèles concernant les investissements des établissements médicaux sociaux, mais selon des critères différents suivant les cantons. L'État prend encore à sa charge différentes formes d'intervention, par exemple dans le domaine de la prévention.

Part de financement pris en charge par les personnes privées

Les personnes privées couvrent pour 31% soit pour 15 milliards les coûts globaux de la santé en Suisse. En fait, il s'agit, d'une part des franchises que les patients décident librement de prendre à leurs charges contre réduction de leur prime d'assurance maladie, et d'autre part des quote-parts qu'ils se voient obligés de prendre en charge. Dans ces coûts il faut signaler encore que figurent toute la parapharmacie ainsi que tous les soins de médecine naturelle ou parascientifique non pris en charge par l'assurance maladie de base. On peut donc relativiser partiellement cette proportion de prise en charge par les ménages privés en sachant qu'il s'agit pour une part de soins de confort

(chirurgie esthétique, médecine naturelle etc.) qui ne sont pas indispensables à la santé des personnes.

2. Le bilan actuel

Voilà donc 10 ans que la LAMal, la loi qui fixe les règles générales cadres du système de santé suisse, est entrée en vigueur. Il est dès lors possible de tirer un bilan et de porter une appréciation sur notre organisation de santé.

Les objectifs fixés par la loi étaient de favoriser la solidarité entre patients et assurés, d'assurer l'accès aux soins pour tous, et de promouvoir l'économicité des prestations, soit la maîtrise globale des coûts. Qu'en est-il dans les faits?

2.1. Une solidarité réalisée

Le système d'une prime unique pour toutes les classes d'âges (sauf pour les enfants) et l'existence d'une telle prime fixe par région et par assurance a effectivement conduit à rendre efficace la solidarité voulue par le législateur. Tout au plus peut-on signaler qu'aujourd'hui, le fait que les jeunes à risques, globalement plus limités que les personnes âgées, financent largement l'assurance des personnes âgées pose des problèmes sachant que, globalement, les personnes du 3e âge ont une situation financière plus favorable que celle des jeunes. 2e réserve, la compensation des risques entre assureurs, calculée sur le sexe et l'âge des personnes assurées chez chaque assureur, est parfois considérée comme insuffisante et conduit à une «chasse aux bons risques» par les assureurs.

Mais, sous ces réserves, le but de solidarité est atteint.

2.2. Des soins de qualité pour tous

À n'en pas douter, l'accès aux soins est garanti à tous, hommes, femmes, jeunes et vieux en Suisse, et c'est là une véritable victoire de notre système de santé.

Chacun peut se faire soigner facilement et sans délai d'attente. Chacun trouve facilement un médecin ou un hôpital proche de chez lui, l'offre médicale et hospitalière étant d'ailleurs très forte en Suisse, ce qui facilite l'accès aux soins, mais, on le verra, engendre des coûts importants.

Dans ce contexte, les études d'opinions régulièrement opérées chez nous montrent un degré de satisfaction important du public puisque 80% des personnes interrogées sont satisfaites des soins qui leurs sont donnés, ce qui est un indice de satisfaction important.

Sans aucun doute la Suisse est un pays où l'accessibilité aux soins et la qualité des soins sont parmi les meilleurs au monde.

2.3. Les coûts et le financement: une pierre d'achoppement

Jusqu'ici, on pourrait croire, à l'entendre, que le système de santé suisse est idyllique et que le monde de la santé est un lac de tranquillité. Détrompez-vous, Mesdames et Messieurs les Québécois, si nous ne connaissons pas les «Invasions barbares» (ceux qui ont appréciés les films de Denys Arcand me comprendront), ni les débats consécutifs à l'arrêt Chaoulli, nous sommes nous aussi plongé en plein débat politique au sujet de la santé.

La Suisse, je l'ai dit, est l'un des pays qui consacre le plus d'argent à son système de santé puisque nous dépensons plus de 11% de notre PIB pour notre santé, venant ainsi au 2e rang des pays du monde entier, juste après les États-Unis. Plus grave encore, la hausse des dépenses est plus rapide que la hausse du PIB et, dès lors, l'écart s'accroît entre les deux groupes, ce qui ne manque pas d'inquiéter les responsables politiques et les acteurs du système de santé.

Les conséquences de cette absence de maîtrise des coûts sont une hausse continue des primes d'assurance maladie, hausse qui vient frapper de plein fouet les classes moyennes. En effet, les économiquement faibles ne sont presque pas touchés par ces hausses, dans la mesure où notre système social de subventionnement de l'assurance maladie prend en charge totalement ou partiellement les primes d'assurance maladie des économiquement faibles, ce qui leurs garantit un accès aux soins. Cette situation entraîne des débats passionnés au point qu'on voit la gauche proposer la création d'un monopole d'assurance maladie sous forme de caisse unique, ce qui serait sans doute une catastrophe. J'imagine que la gauche suisse n'a pas vu les «Invasions barbares»!

3. Les solutions possibles: moins de dirigisme, plus de liberté

L'urgence est donc de lutter pour que la hausse continue des coûts soit enrayée. Comment donc limiter cette croissance des dépenses?

Schématiquement, il y a deux solutions possibles, la solution du dirigisme et celle de la concurrence. La solution du dirigisme, c'est la tentation de facilité: toujours plus de dirigisme, toujours plus de planification, toujours plus d'étatisme, toujours plus d'administration, toujours moins de liberté. Or l'étatisme, nous sortons d'en prendre, si je puis dire, Mesdames et Messieurs, puisque justement la concurrence, voulue depuis 10 ans par la LAMal, n'a pas fonctionné suffisamment, les conditions de la concurrence n'étant d'ailleurs pas complètement remplies.

Il est nécessaire aujourd'hui de poursuivre les premiers pas faits en direction de la concurrence et de rendre plus de liberté à l'ensemble des acteurs du monde sanitaire en Suisse. Il convient dès lors de se retourner vers les mécanismes de marché. Oh, je sais que la concurrence pure n'est pas absolument possible dans le domaine de la santé publique puisque ce n'est pas un marché comme les autres, comme on le dit souvent. Mais l'introduction d'instruments économiques régulateurs, la possibilité de faire jouer le maximum possible de mécanismes d'équilibre des prix sont essentiels.

Il s'agit également d'avoir un État moins gérant et plus garant. Un État garant de la qualité, de la continuité des soins, des urgences; mais un État laissant aux prestataires de soins la compétence et la responsabilité de fournir leurs services librement comme aux patients-consommateurs de soins la possibilité d'assumer leurs choix. Si l'État peut et doit sans doute assurer à chacun un accès équitable aux soins, notamment par des aides, telles que les réductions de primes, il doit éviter d'intervenir directement dans le processus de régulation du système et doit se garder de fausser et déséquilibrer le jeu des acteurs sanitaires. Il s'agit donc de remplacer les décisions administrativo-bureaucratiques par des mécanismes économiques, d'éviter de planifier aveuglément, - à bien des égards, *planifier, c'est remplacer le hasard par l'erreur* - et de respecter l'égalité de traitement entre tous les agents sanitaires.

C'est en tout cas la ligne que je souhaite voir suivie par mon pays. Et, avec mes amis politiques, je me bats dans ce sens pour développer un système de santé que je souhaiterais encore meilleur.

Conclusion

Au terme de mon exposé, je ne voudrais pas vous laisser croire, Mesdames, Messieurs que le système suisse de santé est fondamentalement le meilleur et qu'il doit être un exemple pour le Québec. Je crois par contre pouvoir affirmer que la population Suisse en est globalement satisfaite et que des mesures de tuning ou de lifting sont en cours.

Je suis convaincu que nous devons, la Suisse et le Québec, faire face avec nos propres moyens et notre propre organisation à des problèmes en définitive similaires. Si la Suisse ne connaît pas les files d'attente, il se pourrait qu'elle les découvre en cas d'étatisation trop forte du système. Seule une vision cohérente à l'échelon fédéral et un esprit de libre concurrence entre prestataires de soins ainsi qu'une bonne dose de responsabilité personnelle des acteurs peut conduire au but recherché : la maîtrise des coûts et la qualité au profit d'un état de santé individuel et collectif adéquat.

La voie que je préconise, vous l'aurez compris, c'est la voie libérale, une voie libérale à laquelle je l'espère, vous êtes tout aussi attaché que moi. C'est en tout cas le voeu que je forme pour le plus grand bien de nos systèmes de santé et de nos concitoyens.

Claude Ruey détient une Licence ès science politique et un Doctorat en droit de l'Université de Lausanne. Il est actuellement président du Parti libéral suisse et conseiller national pour ce parti. Il préside le conseil d'administration de COSAMA (la Conférence d'assureurs suisse maladie et accident) et a été, de 1994 à 1998, conseiller d'État au Département de l'Intérieur et de la Santé publique du Canton de Vaud.