

«Le système de santé n'est pas en crise, mais il exige des choix»

INTERVIEW. Elisabeth Baume-Schneider défend la LAMal, système confronté à une explosion des coûts. La conseillère fédérale promet aussi de l'innovation dans l'AVS.

Jonas Follonier et Nathalie Praz

Quelque 100 milliards de francs: c'est le montant qu'atteignent, chaque année en Suisse, les dépenses globales de santé. Lors de l'adoption de l'extension du catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) le 14 janvier, le Conseil fédéral annonçait 150 millions de francs d'économies annuelles s'ajoutant aux 303 millions annoncés en octobre – un montant bien maigre au regard des inefficiences estimées à 19 milliards par an dans un rapport du Contrôle fédéral des finances paru en 2023.

A l'occasion des 30 ans de l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), la cheffe du Département fédéral de l'intérieur (DFI) Elisabeth Baume-Schneider tire le bilan d'un texte qui a permis d'instaurer une couverture universelle et de renforcer la solidarité, mais pas de maîtriser la hausse des coûts et, partant, des primes. La Jurassienne explique également la stratégie de l'exécutif pour adapter le système de retraites aux nouvelles réalités démographiques. Entretien.

Bilan et réformes du système de santé

■ Trente ans après son entrée en vigueur, la LAMal n'a atteint que deux de ses cinq objectifs espérés – la solidarité et l'accès aux soins –, mais pas la maîtrise des coûts, et partiellement la transparence et la qualité, selon une analyse d'experts relayée par L'Agefi. N'est-on pas face à un échec structurel du système?

Je ne dirais pas que c'est un échec. Il faut se souvenir d'où l'on vient. Au moment de l'introduction de la LAMal, il y avait une absence quasi totale de solidarité, une médecine à plusieurs vitesses avec une pénalisation des «mauvais risques», en particulier les femmes. Le Parlement et le peuple ont choisi un modèle de compromis. Quand on fait le bilan aujourd'hui, deux éléments centraux sont en effet atteints: l'accès à des soins de qualité et la solidarité. En revanche, on ne pouvait pas anticiper à quel point l'évolution du monde de la santé allait s'accélérer. Les technologies, les traitements personnalisés onéreux, le vieillissement très rapide de la population ont fait exploser les coûts. Même si la hausse de l'espérance de



Elisabeth Baume-Schneider. «On ne pouvait pas anticiper à quel point l'évolution du monde de la santé allait s'accélérer. Les technologies, les traitements personnalisés onéreux, le vieillissement très rapide de la population ont fait exploser les coûts», souligne la conseillère fédérale.

«Renoncer à s'assurer est une position très théorique. Que se passe-t-il quand la maladie grave arrive et qu'on a épuisé ses économies? Ce n'est pas un système plus responsable, mais simplement un transfert de charges.»

Elisabeth Baume-Schneider
Conseillère fédérale
en charge de la Santé

vie est globalement une bonne nouvelle, ces années supplémentaires sont extrêmement exigeantes financièrement. Le système reste fondamentalement en phase avec la volonté de l'époque, mais il fait face à une complexité nouvelle qui nécessite des adaptations continues.

■ Le Conseil fédéral a récemment annoncé des économies à hauteur d'environ 450 millions de francs. A l'échelle d'un système dont les coûts

augmentent de plusieurs milliards par an, n'est-ce pas purement cosmétique? Ne serait-il pas plus judicieux de s'attaquer au vrai sujet, l'extension continue du catalogue des prestations? Oui et non. Si l'on raisonne uniquement en volume financier, toutes les mesures d'économie que nous adoptons, dont le deuxième volet de mesures de maîtrise des coûts et le réexamen régulier des prix des médicaments par l'Office fédéral de la santé publique, doivent paraître marginales. Toutefois, l'extension du catalogue n'est pas un «nice to have». Ce sont des prestations évaluées sur leur efficacité, leur adéquation et leur économicité. Certains ont l'impression qu'on ajoute sans jamais retirer. Or, cela est faux. Des médicaments et dispositifs médicaux sont retirés lorsqu'ils sont remplacés par des traitements plus efficaces. Cela dit, je pense qu'il y a davantage à économiser ailleurs, par exemple en évitant les doublons, en corrigeant les incitations négatives et en renforçant l'ambulatoire.

■ Ne faudrait-il pas aller plus loin, par exemple en envisageant un modèle d'assurance «low cost» comme celui proposé par Philippe Nantermod (PLR/VS), avec un catalogue restreint et des primes plus basses? Non. Parce que ce type de proposition remet en cause une valeur centrale du dispositif, qui est la solidarité. On entend de ce même politicien qu'il faudrait retirer, par exemple, les soins de santé psychique du catalogue de la LAMal, au motif qu'ils coûtent cher. Or des événements comme la récente tragédie de Crans-Montana montrent très concrètement à quel point ces prises en charge sont indispensables – pour les patients, pour le personnel soignant, mais aussi pour les primo intervenants.

■ La solidarité n'est-elle pas devenue un tabou politique, empêchant tout renforcement de la responsabilisation individuelle, y compris des assurés qui consomment le plus de soins?

La solidarité n'est pas un slogan que je brandis en tant que femme de gauche. C'est un principe de base de la LAMal. Et les questions de financement ne doivent pas empêcher ce droit fondamental acquis d'accès aux soins. Je fais partie d'une génération dont les grands-parents n'avaient pas de caisse-maladie. C'était un motif de stress permanent face au risque de maladie ou d'accident. Aujourd'hui, par bonheur, ce facteur d'inquiétude n'existe plus de la même manière. Et c'est ce fondement-là qu'il faut préserver, y compris lorsqu'on parle de responsabilisation.

■ Pourtant, près d'un Suisse sur trois se dit prêt à renoncer à l'obligation de s'assurer, selon un sondage réalisé par Bonus.ch en août. N'est-ce pas là le signe d'une rupture profonde entre la population et le système? Renoncer à s'assurer est une position très théorique. Que se passe-t-il quand la maladie grave arrive et qu'on a épuisé ses économies? On ne laissera jamais personne au bord

du chemin. Et ces personnes pourraient bien se tourner, in fine, vers l'aide sociale ou les prestations complémentaires. Ce n'est pas un système plus responsable, mais simplement un transfert de charges. Ce que je constate avant tout, c'est que les primes sont devenues trop chères. C'est la préoccupation première des ménages. L'important est de savoir qui paie quoi.

■ Donc, pour vous, il n'y a qu'une question de répartition des coûts, et non une question de coûts en tant que tels? Ce sont les deux aspects à la fois. Ce système dont les coûts dépasseront bientôt les 100 milliards de francs, doit être maîtrisé et il y a des volontés pour le faire. Ce n'est pas seulement un marché, c'est un système de santé publique.

«Nous n'avons jamais dit qu'Efas est un moyen d'économiser: il s'agit de mieux maîtriser la hausse des coûts, en favorisant l'ambulatoire.»

Elisabeth Baume-Schneider

■ La faïtière des hôpitaux H + alerte sur le sous-financement des établissements après le refus du Conseil fédéral de compenser automatiquement l'inflation. Le mécanisme de fixation des tarifs, entre prestataires et assureurs, fonctionne-t-il encore? Oui, même s'il nécessite de la régulation. Le système de santé n'est pas en crise, mais il exige des choix. Et je dis cela sans naïveté. Hôpitaux, cantons et politiques doivent prendre des décisions spécifiques à leur région, car les situations financières et les historiques varient énormément d'un établissement à l'autre. La compensation du renchérissement ne peut pas être la variable d'ajustement automatique.

■ Avec le nouveau système de tarification Tardoc entré en vigueur en janvier, certains prestataires redoutent des retards de facturation et des problèmes de liquidités. Ce risque a-t-il été sous-estimé? Non, nous savions que l'introduction du nouveau système tarifaire serait exigeante. C'est un changement de pa-

radigme. S'il a des vulnérabilités, il a aussi de grandes forces, en particulier sa capacité à évoluer. N'oublions pas d'où l'on vient: la grille de tarification Tarmed n'était plus tenable.

■ **L'abandon du dossier électronique du patient (DEP) au profit du dossier électronique de santé (DES) a surpris les cantons et plusieurs prestataires, comme l'a relayé L'Agefi. Pourquoi cette décision stratégique a-t-elle été prise sans consultation approfondie, alors même que la Confédération leur demande ensuite de la mettre en œuvre?**

C'est faux, il y a eu une consultation. Et le Conseil fédéral avait déjà adopté et communiqué les principes généraux de la révision en septembre 2024. L'affirmation selon laquelle les cantons auraient appris cette nouvelle le jour même de la conférence de presse n'est pas exacte. Certains ont pu se sentir froissés lorsque nous avons mis en doute l'utilité d'ouvrir un DEP actuellement. En fait, ça en vaut la peine, dans la mesure où un DEP pourra être transféré dans le DES. Il faut cependant admettre que l'ancien modèle n'a pas rencontré le succès attendu, malgré les efforts des cantons et les fonds supplémentaires accordés par le Parlement. Le DES est un changement de paradigme: interopérabilité, obligation pour les prestataires de fournir les données, ouverture automatique d'un dossier pour tous les citoyens qui ne s'y opposent pas... C'est un outil de santé, pas seulement de maladie.

■ **Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) est présenté comme une réforme clé. Cependant, plusieurs cantons redoutent une hausse de leurs dépenses. N'est-ce pas, au fond, un transfert de charges déguisé, plutôt qu'une véritable réforme de maîtrise des coûts?** Nous n'avons jamais dit qu'Efas est un moyen d'économiser: il s'agit de mieux maîtriser la hausse des coûts,

en favorisant l'ambulatoire. Cette réforme apporte aux cantons davantage de leviers d'orientation politique, ce qui leur permettra par exemple de maîtriser les subsides accordés. Il y aura effectivement un transfert dans les flux financiers, mais aussi davantage de transparence et d'accès aux données pour les cantons. Je ne pense pas qu'ils soient surpris, car ce projet a été approuvé par le peuple en 2024, après 14 ans de discussions au Parlement.

■ **Le Parlement souhaite que la planification de certains soins relève à l'avenir davantage de la Confédération, ce qui réduirait le rôle des cantons qui peuvent être des moteurs d'innovation au niveau local. Une plus grande centralisation ne risque-t-elle pas de brider cette créativité – et d'amplifier les conséquences, au niveau national, de solutions inefficaces?**

La coordination entre les cantons doit être renforcée. Je salue le fait que la Conférence des directeurs cantonaux de la Santé (*ndlr: la CDS regroupe les ministres de tutelle des 26 cantons*) s'y attelle. La question n'est pas centralisation contre fédéralisme, mais comment réguler intelligemment, en tenant compte des réalités régionales et des limites du système.

Adaptation de l'AVS à la nouvelle donne démographique

■ **La réforme visant à stabiliser les finances de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) pour la période 2030-2040, qui sera mise en consultation en fin d'année, repose sur des leviers déjà connus – allongement de la durée de travail, hausse des prélèvements... Pourquoi ne pas explorer des modèles plus innovants, comme celui du Centre patronal, avec des annualités plutôt qu'un âge de référence?** Le Conseil fédéral s'intéresse aux modèles alternatifs.

Mais, aussi surprenant que cela puisse paraître, la Confédération manque de données, à savoir des indications biographiques complètes sur les parcours professionnels. Par exemple, nous savons si une personne a cotisé ou non, mais pas à quel taux d'activité, ou quel degré de pénibilité. Sans ces éléments, il est impossible de modéliser de manière fiable des systèmes fondés sur les années de cotisation ou le volume de travail.

« Je suis préoccupée par la difficulté à trouver un consensus parlementaire sur le financement des prestations. Une décision populaire implique aussi une responsabilité financière collective. »

Elisabeth Baume-Schneider

■ **Le Conseil fédéral souhaite-t-il remédier à ce déficit d'informations?** Oui, cet élément fait partie intégrante du projet de réforme. Ces données documenteront les analyses de différents modèles, inspirés notamment des pays voisins. La pénibilité des métiers, par exemple, mérite une réflexion approfondie. Sa définition ne peut plus se limiter à l'effort physique, mais doit inclure le stress, la charge psychologique ou encore l'ampleur des responsabilités. Ce genre de critères existent déjà dans certains pays, comme l'Autriche. Le projet de réforme du Conseil fédéral comporte aussi des mesures pour combler les lacunes de cotisation, qui ont des conséquences très importantes, en particulier pour les bas revenus.

■ **Comme l'a documenté L'Agefi, les exigences légales du fonds AVS ne sont pas respectées. Dans le capital du 1^{er} pilier d'environ 50 milliards de francs, qui correspond à une année**

de rentes conformément au cadre législatif, 10 milliards correspondent à une créance de l'assurance invalidité (AI). Le Conseil fédéral s'est opposé à plusieurs reprises à l'amortissement de cette dette. Faillit-il à sa mission exécutive?

Le Conseil fédéral n'est pas un collège de gangsters qui n'applique pas les lois! (*Rires*) Plus sérieusement: le législateur a opté à l'époque pour cette solution afin de pallier les difficultés financières de l'AI. En septembre, le Parlement nous a mandatés pour rembourser cette dette. Pour l'instant, les finances de l'AI ne le permettent pas. C'est un problème que nous allons devoir résoudre, d'autant que le financement de la 13^e rente AVS n'est pas encore assuré. Et plus le fonds AVS diminuera, plus il sera difficile de le renflouer.

■ **L'adoption de la 13^e rente par le peuple en mars 2024 s'inscrit dans une demande croissante d'interventionnisme étatique. De façon générale, le secteur public se développe de plus en plus au détriment du privé. En tant que socialiste, vous réjouissez-vous de cette situation?**

Ce qui me réjouit, indépendamment de mon affiliation politique, c'est la vitalité démocratique. L'AVS est une assurance profondément soutenue par la population. En revanche, je suis préoccupée par la difficulté à trouver un consensus parlementaire sur le financement des prestations. Une décision populaire implique aussi une responsabilité financière collective. Le fait que la 13^e rente doive être financée n'a jamais été contesté durant la campagne de votation, ni par les auteurs de l'initiative, ni par ses opposants.

■ **Le plan d'allègement budgétaire du Conseil fédéral prévoit d'augmenter l'imposition des retraits des 2^e et 3^e piliers. Avez-vous songé au signal d'insécurité que cette mesure peut envoyer aux épargnants, alors même que les finances de la prévoyance obligatoire ne sont pas pérennes?**

Dans un programme d'économies, il est légitime d'examiner à la fois les dépenses et les recettes. Cette disposition a été pensée dans ce sens. Il ne s'agit pas de fragiliser l'épargne individuelle, mais de rappeler que les choix personnels ont des conséquences fiscales. Rappelons d'ailleurs que tout rachat dans la prévoyance professionnelle ou tout versement à un 3^e pilier est déductible des impôts, tout comme les intérêts générés. Cela dit, le Conseil des Etats a rejeté ces mesures en décembre. Elles semblent donc désormais compromises.■

Sept moments clés d'EBS au Conseil fédéral

- 1^{er} janvier 2024
- Entrée en fonction de la socialiste Elisabeth Baume-Schneider à la tête du DFI
- 3 mars 2024
- Adoption par le peuple de l'initiative pour une 13^e rente AVS, un texte combattu par le Conseil fédéral, mais soutenu par son bord politique
- 19 juin 2024
- Approbation par le Conseil fédéral du nouveau système tarifaire Tardoc – qui remplacera Tarmed en 2026 – et des premiers forfaits ambulatoires, et fixation au 1^{er} novembre du délai d'acceptation par les prestataires
- 24 novembre 2024
- Adoption par le peuple

- du financement uniforme des prestations de l'assurance de base (Efas), porté par le Conseil fédéral
- 18 mars 2025
- Validation par le Parlement du deuxième volet de mesures de la Confédération pour freiner la hausse des coûts de la santé, porté par le DFI
- 15 mai 2025
- Communication des grandes lignes de la réforme AVS 2030
- 27 octobre 2025
- Présentation d'un paquet de mesures négocié avec les acteurs de la santé visant à économiser 303 millions de francs