



09.528

Parlamentarische Initiative Humbel Ruth. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus**Initiative parlementaire Humbel Ruth. Financement moniste des prestations de soins**

RODUIT BENJAMIN

Valais

Le Groupe du Centre. Le Centre. PEV. (M-E)

Roduit Benjamin (M-E, VS): Il y a quatre ans, à cette tribune même, je rappelais au nom de notre groupe, qui ne portait pas encore l'étiquette du Centre, l'importance du projet Efas, que notre ancienne collègue Ruth Humbel avait initié dix ans plus tôt. Un brin optimistes, nous souhaitions, à ce moment déjà, voir aboutir ce que l'ensemble des partenaires considérait comme le plus important projet de réforme de notre système de santé. Depuis, beaucoup d'eau a coulé sous les points, mais notre position n'a toujours pas changé. Si nous voulons être crédibles dans notre combat contre l'explosion des coûts de la santé et contre la hausse des primes, thèmes dont tous les partis se sont emparés à la veille des élections fédérales, il nous faut un financement uniforme du système de la santé.

Vous le savez bien: actuellement, les prestations médicales fournies en ambulatoire et en stationnaire sont financées différemment et cela conduit à de mauvaises incitations financières. C'est pourquoi les caisses d'assurance-maladie et les cantons doivent financer les traitements de manière identique, qu'ils soient effectués à l'hôpital ou dans les cabinets, avec ou sans l'intégration des soins.

Ce n'est pas en nous concentrant uniquement sur les subsides – que la gauche juge toujours insuffisants, comme elle l'a martelé hier – que nous pourrions régler durablement le problème de la hausse des coûts et que nous pourrions préserver durablement – et pas seulement cet automne – le pouvoir d'achat de la population. Or, Efas, qui fait partie des 37 mesures d'économie présentées par les experts de la Confédération à l'époque, a gardé toute son actualité. Permettez-moi, avant d'entrer dans le détail de ce premier bloc, de rappeler trois raisons essentielles. Premièrement, Efas oblige tous les partenaires de la santé, et cela de manière encore plus étroite avec l'intégration des soins, à travailler de manière transparente, ensemble, et non plus en silo, pour une répartition équitable de la charge des coûts entre cantons et assureurs-maladie, c'est-à-dire entre contribuables et assurés. Deuxièmement, l'objectif d'un transfert du stationnaire à l'ambulatoire pour certaines opérations ne laisse aucun doute sur le fait qu'il y aura une réduction des coûts. Renseignez-vous auprès des cantons – Bâle et Lucerne, par exemple – qui ont établi une liste de groupes de prestations privilégiant une prise en charge ambulatoire: cela marche.

Troisièmement, Efas donne un réel élan aux soins intégrés et aux modèles alternatifs, ce qui implique aussi – et personne ne peut le contester – des avantages pour les assurés sous forme de rabais sur les primes. De plus, ces modèles permettent aux patients de bénéficier de traitements qui répondent réellement à leurs besoins, et qui sont de plus en plus différenciés dans une société vieillissante. Hier, l'un de nos collègues déplorait le fait que les primes constituent de fait un impôt par tête, mais il oubliait que les prestations se font de plus en plus par tête, à la carte, et c'est heureux.

Sur la base de ces évidences, notre groupe s'est largement investi dans les travaux en commission pour que ce projet aboutisse, tout en gardant son objectif initial, à savoir de s'attaquer aux coûts de la santé sans toucher à la qualité des soins. C'est pour cette raison que nous refuserons toutes les propositions de minorité de ce bloc 1, car elles visent soit à affaiblir Efas – par exemple les propositions de minorité Aeschi Thomas sur l'intégration des soins et sur la suppression d'un examen périodique de la contribution cantonale, ou les propositions des minorités II (Glarner) et III (Weichelt), portant respectivement sur la baisse et l'augmentation de la contribution cantonale. Et également parce que certaines de ces propositions de minorité, au contraire, visent à faire d'Efas un fourre-tout, une sorte de machine complexe vouée à l'échec. On le voit avec la proposition de minorité Sauter, sur l'adaptation des soins aigus et de transition, ou la proposition de minorité I (Gysi Barbara), sur la composition de l'organisation tarifaire, en intégrant le personnel soignant.

En résumé, il s'agit dans ce bloc d'accepter l'intégration des soins, exigée à juste titre et de manière réaliste



par les cantons. Cela doit se faire de manière souple, et à des conditions claires. C'est ce que nous retrouvons dans les dispositions du bloc 1. La principale condition est que la transparence nécessaire soit établie au sujet des coûts obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, dans le même temps, que les prestations de soins soient clairement délimitées par rapport à celles d'assistance. En fin de compte, il ne doit pas y avoir de report des coûts sur les assurés. De plus, il s'agit de procéder à une mise en oeuvre de l'inclusion des soins par étape et d'établir un calendrier réaliste, selon la décision du Conseil des Etats – ce fameux délai de sept ans au minimum. Il s'agit aussi de respecter la volonté populaire et de mettre entièrement en oeuvre l'initiative sur les soins infirmiers avant d'intégrer les soins.

Enfin, nous soutiendrons la motion 22.3372, qui vise clairement les modalités d'évaluation, en particulier du point de vue des conséquences financières du projet; on ne veut pas naviguer à vue.

Au risque de me répéter, toutes ces dispositions ont été réfléchies pour que Confédération, cantons et partenaires tarifaires puissent saisir cette occasion unique d'aborder enfin de manière globale les coûts de la santé. On veut un changement de système, et c'est ce que souhaite la population.