

Position du Groupe Mutuel

Rapport du groupe d'experts sur la maîtrise de la hausse des coûts dans le système de santé

Situation initiale

La hausse des coûts constitue le plus grand défi à relever dans le système de santé suisse qui, par ailleurs, demeure un système de premier plan. Outre l'évolution démographique et les progrès de la médecine, l'existence de fausses incitations dans ce système est aussi à l'origine des coûts qui augmentent d'année en année. Cette hausse n'influence pas seulement l'évolution du montant des primes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), mais a également un impact sur les coûts du système de santé financés par les impôts ou à titre privé.

Le mandat du Conseil fédéral

Au vu de cette évolution des coûts, le conseiller fédéral Alain Berset a fait appel, fin 2016, à un groupe d'experts nationaux et internationaux dirigé par l'ancienne conseillère aux Etats Verena Diener (Vert'libérale/ZH) et donnée le mandat suivant:

«Après avoir analysé les expériences faites à l'étranger dans le but de juguler la hausse des volumes de prestations, le groupe d'experts est invité à proposer des instruments susceptibles d'infléchir la tendance en Suisse et que les partenaires tarifaires, ou, à titre subsidiaire, les autorités chargées de l'acceptation des tarifs, puissent implémenter. La réflexion pourra porter également sur des instruments exigeant une adaptation du cadre réglementaire, de même que sur d'autres mesures permettant d'éviter des prestations inutiles.»

Le groupe d'experts était composé de 14 membres au bénéfice de connaissances étendues en médecine et en économie de la santé. Il a finalement publié son rapport en octobre 2017.

Le rapport d'experts

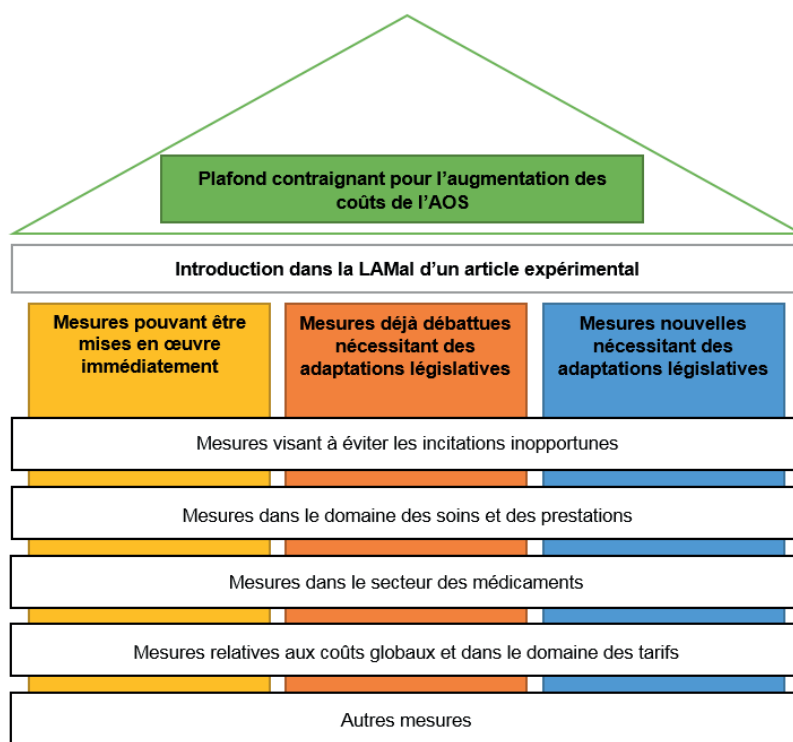
De l'avis des experts, les différents acteurs opérant dans le système de santé, en particulier dans le cadre de l'AOS, disposent d'une marge de manœuvre considérable pour développer des modèles innovants, générateurs d'économies et permettant une amélioration de l'efficacité. Mais

ces modèles sont insuffisamment utilisés, raison pour laquelle les experts proposent des mesures afin d'optimiser le potentiel d'efficacité existant et de parvenir ainsi à freiner l'augmentation des coûts.

Le groupe d'experts a attribué des degrés de priorité aux 38 mesures proposées. Elles ont été regroupées en trois groupes, à savoir:

- > Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement
 - > Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives
 - > Mesures nouvelles nécessitant des adaptations législatives
- Quelques mesures sont en cours de traitement alors que d'autres ont été déjà discutées ou rejetées.

Le graphique ci-après fournit un aperçu de la manière dont le rapport est structuré:



Source: Rapport du groupe d'experts du 24.08.2017, page 28.

Ce faisant, le groupe d'experts a considéré comme prioritaires et fondamentales les deux mesures suivantes:

M01: Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS

À titre de première mesure fondamentale, il est proposé d'améliorer le pilotage global.

Pour ce faire, il y a lieu d'instaurer, en tant qu'instrument d'importance centrale, un plafond contraignant pour maîtriser la croissance des coûts dans l'AOS. Si ces objectifs ne sont pas atteints, des sanctions devraient être prescrites par la loi. Partant, cette mesure correspond de fait à l'introduction d'un budget global, même si le groupe d'experts n'entend pas désigner cette mesure par ce terme.

M02: Introduire, dans la LAMal, un article expérimental

À titre de deuxième mesure fondamentale, il est proposé d'introduire un article expérimental qui permettrait aux cantons, aux assureurs, mais aussi aux fournisseurs de prestations, de réaliser des projets pilotes, même en-dehors du cadre actuel de l'AOS. Il s'agirait ainsi d'étendre la marge de manœuvre afin d'être en mesure de rechercher et de tester des solutions innovantes de maîtrise des coûts. Si la solidarité est préservée, et si la sécurité du droit de la communauté des assurés ainsi que l'accès aux prestations de santé pour tous sont respectés, des essais de ce genre pourraient être réalisés.

Position du Groupe Mutuel

Juguler l'augmentation des coûts dans le système de santé est une priorité pour le Groupe Mutuel. Aussi soutient-il le mandat du Conseil fédéral, confié au groupe d'experts, visant à corriger les fausses incitations qui existent dans le système actuel.

Le rapport contient un très grand nombre de bonnes propositions que nous soutenons et dont le développement devrait être poursuivi. Malheureusement, parmi ces 38 propositions, certaines d'entre elles donnent lieu à une multiplication des interventions étatiques au lieu de faire pression sur les coûts en introduisant davantage de concurrence. Ce sont principalement des mesures qui favorisent la liberté individuelle qui permettent de juguler les coûts tout en améliorant simultanément la qualité et l'innovation. Et ce sont surtout les deux mesures considérées comme prioritaires dans le rapport qui, outre des opportunités, recèlent également certains dangers ainsi que certains risques:

M01 Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS

Dans certaines circonstances, l'introduction d'un «budget global» peut certes freiner la hausse des coûts, mais elle ne sera pas en mesure de changer le niveau élevé de ces coûts puisqu'il s'agit ici d'une simple lutte contre des symptômes sans s'attaquer à la ra-

cine du problème. Si nous prenons aussi en compte les effets secondaires négatifs prévisibles de l'introduction d'un budget global (liste d'attente, rationnement, perte de qualité, médecine à deux vitesses), il faudrait alors considérer cette mesure comme une mesure de dernier ressort si toutes les autres mesures venaient à échouer ou s'avéraient irréalisables. **Pour les raisons précitées, le Groupe Mutuel refuse l'introduction d'un tel budget global à l'heure actuelle.**

M02 Introduire, dans la LAMal, un article expérimental

Aujourd'hui déjà, les acteurs concernés disposent d'une grande marge de manœuvre pour réaliser des essais pilotes. Néanmoins, l'introduction d'un tel article expérimental pourrait tout à fait jouer le rôle de catalyseur d'autres projets intéressants. Mais afin de prévenir les risques pouvant menacer ces projets pilotes, le respect des critères suivants doit être garanti:

- > économies en matière de coûts
- > garantie de réversibilité
- > sécurité du droit et respect de l'Etat de droit
- > limité dans le temps
- > accompagnement scientifique

Les propositions qui s'attaquent à la cause du problème, à savoir les interventions et les traitements médicaux inutiles, devraient être clairement prioritaires. À cet effet, il faut s'attaquer à l'offre excédentaire qui est responsable de l'approvisionnement excessif en prestations médicales. Parmi les 38 mesures proposées, certaines auraient le potentiel requis qui permettrait de réduire le volume d'approvisionnement excessif tout en ayant un impact efficace sur les coûts. C'est à ces mesures qu'il faudrait désormais s'attaquer en priorité:

1. Planifier les besoins en soins au niveau régional (M14)

Conformément à l'art. 39 LAMal, les cantons sont compétents en matière de planification hospitalière. Toutefois, dans ce même article, on confie également aux cantons le mandat de définir conjointement une planification à l'échelle de toute la Suisse pour ce qui touche à la médecine hautement spécialisée. Si les cantons ne s'acquittent pas de cette tâche dans les délais impartis, le Conseil fédéral doit alors fixer les listes cantonales des hôpitaux en précisant quels hôpitaux devront y figurer et pour quels types de prestations. Cependant, ce n'est guère le cas actuellement parce que de trop nombreux intérêts, comme par exemple ceux de la promotion économique cantonale ainsi que ceux de la promotion de sites d'implantation pour entreprises, influencent la planification hospitalière. Cela crée une offre surdimensionnée qui entraîne à son tour un approvisionnement excessif et des prestations inutiles puisque, dans le domaine de la santé, la demande est induite par l'offre. Aussi longtemps que l'offre stationnaire restera surdimensionnée et qu'elle sera déterminée par des intérêts cantonaux de promotion économique, les essais, qui ont pour but de réduire les prestations inutiles, auront peu de succès.

L'introduction d'un budget global – un système qui accorderait à chaque hôpital le budget de l'année précédente – ne pourrait pas résoudre cette situation sans remettre en question l'existence même de structures de base. Seule une planification hospitalière régionale supracantonale peut éliminer les fausses incitations précitées.

2. Instaurer un financement uniforme (M26)

Afin de mettre un terme aux fausses incitations existant dans le système, il est indispensable d'introduire un financement uniforme des prestations de l'AOS selon la LAMal – et ce, non seulement pour les prestations sous forme de forfaits dans le secteur hospitalier ambulatoire, comme le propose le groupe d'experts, mais au contraire de manière générale pour tous les types de prestations de santé. Ce n'est qu'en transférant des milliers de traitements médicaux du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire que des économies pour les payeurs de primes de l'AOS pourront également être générées, et que les cantons pourront être mieux mis devant leurs responsabilités dans le secteur ambulatoire. À l'heure actuelle, en effet, ce sont les cantons qui profitent presque exclusivement de ce transfert – et ce, aux dépens des payeurs de primes – puisqu'ils ne participent pas au financement du secteur ambulatoire.

3. Promouvoir les forfaits dans le secteur ambulatoire (M15)

Il est bien connu qu'une tarification à l'acte incite le corps médical à fournir davantage de prestations que nécessaire et à les facturer. Avec l'introduction d'un système de tarification forfaitaire, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans le secteur stationnaire avec les SwissDRG, ces fausses incitations peuvent être réduites pour la plupart. À cet égard, SantéSuisse a déjà commencé à élaborer des forfaits de ce genre en collaboration avec les fournisseurs de prestations.

4. Introduire une obligation de contracter différenciée (M18)

Nous soutenons clairement l'introduction de solutions libérales afin d'accroître pour les fournisseurs de prestations la concurrence sur la qualité et sur les prix, et d'obtenir une meilleure répartition géographique de l'approvisionnement en prestations médicales.

5. Amélioration de la qualité de l'indication médicale (mettre en place des comités médicaux M11, promouvoir les directives thérapeutiques M12 ou promouvoir le second avis médical M13)

Enfin, il faudrait aussi accorder la priorité à toutes les mesures qui influencent directement la qualité de l'indication médicale (à savoir celles qui influencent le caractère approprié des prestations à fournir). Outre les trois mesures susmentionnées figurant dans le rapport d'experts, il faut aussi saluer à cet égard l'initiative *smartermedicine.ch*. Parallèlement, il faut toutefois veiller à une application stricte des critères légaux EAE (efficacité, adé-

quation, économicité) afin de faire en sorte que ces mesures ne conduisent pas à une «médecine maximale». Il s'agit d'éviter que ces mesures ne soient nécessairement financées par le payeur de primes, et il ne faut pas non plus créer de nouvelles structures étatiques. En cas de non-respect de ces prescriptions, il faut prévoir des possibilités de sanctions.

Le Groupe Mutuel rejette clairement les trois mesures suivantes:

M01: Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS

Comme mentionné ci-dessus, le Groupe Mutuel refuse l'introduction d'un tel budget global pour les raisons déjà expliquées précédemment.

M34: Créer une organisation tarifaire nationale (similaire à SwissDRG)

Les négociations tarifaires constituent une tâche importante qui incombe aux assureurs. Ces derniers s'engagent en effet en faveur d'une baisse des prix dans l'intérêt des payeurs de primes.

M35: Créer un organe indépendant de contrôle des factures

Une telle mesure priverait elle aussi les assureurs-maladie d'une des principales tâches qui leur est dévolue. Le système deviendrait ainsi encore plus étatisé et plus centralisé. Un contrôle des factures efficace est un élément d'importance cruciale qui permet de garantir la concurrence entre les assureurs-maladie qui, précisément pour cette raison, ont un grand intérêt à mettre en œuvre le contrôle des factures de manière systématique.

Conclusions

Le Groupe Mutuel salue les efforts du Conseil fédéral visant à élaborer des mesures de réduction des coûts efficaces et rapidement réalisables puisque, dans le rapport d'experts, il y a aussi quelques mesures qui s'attaquent à la racine du problème et qui ont le potentiel requis qui permettrait de corriger le facteur-clé générateur de coûts, à savoir l'approvisionnement excessif en prestations de santé. Dès lors, il faudrait notamment s'attaquer en priorité à ces mesures:

- > Planifier les besoins en soins au niveau régional (M14)
- > Instaurer un financement uniforme (M26)
- > Promouvoir les forfaits dans le secteur ambulatoire (M15)
- > Introduire une obligation de contracter différenciée (M18)
- > Amélioration de la qualité de l'indication médicale (mettre en place des comités médicaux M11, promouvoir les directives thérapeutiques M12 ou promouvoir le second avis médical M13)

Toutefois, à l'heure actuelle, il y a lieu de refuser l'idée d'introduire un budget global, car cela entraînerait des effets secondaires négatifs massifs et cela ne combattrait que des symptômes. Pour l'introduction d'un article expérimental, il faut fixer des critères clairs.

Le Groupe Mutuel rejette aussi clairement l'idée de créer un bureau national des tarifs ainsi qu'une autorité indépendante de contrôle des factures. Cela ne constituerait en effet qu'un nouveau pas vers un recul de la concurrence et vers une étatisation du système de santé.

Votre personne de contact du Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Responsable Public Affairs

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch