

Position

Janvier 2019

DU GROUPE MUTUEL

Mesures visant à piloter les coûts de la santé

En bref

En réponse à l'augmentation constante des coûts de la santé, le Conseil fédéral a mis en consultation un premier paquet des mesures visant à freiner la hausse des coûts à la charge de l'AOS en 2018. Une des recommandations prévoit un pilotage obligatoire des coûts par les partenaires tarifaires ainsi que des sanctions en cas de dépassement. A la différence d'un budget global qui serait imposé par l'Etat, cette mesure offrirait aux partenaires tarifaires la possibilité d'agir eux-mêmes pour canaliser la hausse des coûts. Le Groupe Mutuel est en principe favorable à la disposition proposée. Un pilotage des coûts peut contribuer de manière importante à la réduction des traitements médicalement non-nécessaires et ainsi participer à la maîtrise des coûts.



Votre personne de contact au Groupe Mutuel

Daniel Volken

Tél. 058 758 31 71

dvolken@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® Entreprise®



Situation initiale

L'augmentation constante des coûts de la santé tant au niveau global qu'au niveau de l'AOS a amené le Département fédéral de l'intérieur à mettre sur pied fin 2016 un groupe d'experts chargé de proposer des mesures pour maîtriser les coûts. Une des recommandations phares du rapport publié par ces experts était d'introduire un plafond contraignant pour limiter l'augmentation des coûts à charge de l'AOS.

Suite à ce rapport et l'initiative parlementaire «Pilotage des coûts dans le cadre de la LAMal par les partenaires tarifaires» (17.402) de la CSSS-N, le Conseil fédéral a envoyé en consultation, le 14 septembre 2018, un premier paquet de mesures de maîtrise des coûts de la santé. Une des mesures consiste à obliger les partenaires tarifaires à convenir d'un pilotage des coûts AOS et des sanctions en cas de dépassement (art. 47c P-LAMal).

Pourquoi faut-il introduire un pilotage des coûts AOS?

Jusqu'à présent, il n'y a pas de pilotage de l'évolution des coûts AOS au niveau global en Suisse¹ comme c'est le cas dans d'autres pays, par exemple en Allemagne, aux Pays-Bas et en France).

Les coûts de la santé peuvent-ils aujourd'hui vraiment augmenter de manière illimitée?

En principe oui...

Les coûts de la santé résultent de la quantité de prestations fournies multipliée par leur prix. L'augmentation des coûts de la santé des dernières années a été due à l'évolution de la consommation des soins plutôt qu'à celle des prix. Aujourd'hui, on ne dispose d'aucun plafond contraignant pour limiter la quantité de prestations qui peuvent être fournies et facturées au titre de l'AOS. Cela signifie que les coûts dans l'AOS peuvent en principe continuer à augmenter indéfiniment.

...mais:

Selon la loi, le prestataire de soins doit limiter ses prestations à ce qui est dans l'intérêt de la personne assurée et aux besoins du traitement médical (art. 56 al. 1 LAMal). Toutefois, le niveau relativement élevé des coûts de la santé, le fait que les coûts augmentent continuellement et les résultats des recherches sur la surmédicalisation et les soins inappropriés en Suisse laissent penser que ces critères ne sont pas toujours respectés. Ainsi, il arrive que des prestations médicales soient fournies inutilement.

Puisqu'en raison de la complexité de la prise en charge médicale, il n'est guère possible et réalisable de définir la prise en charge de chaque cas individuellement dans des directives médicales ou dans la législation et de le contrôler dans le cadre du contrôle des coûts des assureurs maladie, il est nécessaire de prévoir des incitations financières. Cela devrait rendre inintéressant pour les fournisseurs de prestations d'augmenter leur volume des prestations afin d'augmenter leurs revenus.

¹ Aujourd'hui, les cantons peuvent fixer un budget global pour le financement des hôpitaux (art. 51 LAMal) et, selon la jurisprudence, maîtriser les volumes de prestations dans le domaine des soins somatiques aigus. Les cantons de Genève, de Vaud et du Tessin ont fait usage de cette possibilité.

Quelles sont les incitations financières qui existent aujourd'hui?

Depuis 2012, dans le domaine stationnaire, les forfaits par cas veillent à ce que les hôpitaux aient un intérêt à optimiser les coûts. Toutefois, il est toujours intéressant pour les hôpitaux de traiter le plus grand nombre de cas possible, notamment concernant l'utilisation de leur infrastructure. Seuls quelques cantons sanctionnent déjà le dépassement du nombre de cas prévus en ne les remboursant plus intégralement.

Dans le domaine ambulatoire, les prestations fournies par les médecins sont rémunérées par un tarif à l'acte (TARMED). A l'avenir, des forfaits doivent être convenus pour différentes prestations. Le tarif à l'acte rend intéressant pour les prestataires de soins de facturer autant de prestations par consultation que possible.

- Les contrôles d'économicité des assureurs-maladie ont un effet autant bien préventif que correctif contre les extensions de volume. Ils analysent si les quantités facturées par prestataire de soins selon le tarif TARMED sont conformes aux prévisions et, si nécessaire, font des demandes de rétrocessions.
- En outre, un accord de pilotage des coûts des prestations facturées selon TARMED, appelé la convention sur les prestations et les prix (CPP) a été conclu entre les partenaires tarifaires en 2006, qui prévoit des ajustements tarifaires en cas de dépassement ou d'insuffisance du volume prévu. Toutefois, étant donné qu'il ne s'agit que d'une recommandation, sa mise en œuvre s'avère difficile. Jusqu'à présent, les partenaires tarifaires n'ont toujours pas réussi à se mettre d'accord sur un mécanisme futur.

Malgré les instruments et les dispositions en vigueur, des mauvaises incitations, associées à la surcapacité de l'offre médicale, continuent d'entraîner une augmentation indésirable des volumes. Un pilotage contraignant des coûts pourrait compléter utilement les instruments existants. L'incitation à augmenter inutilement les volumes serait directement freinée

et la responsabilité des acteurs en matière de coûts serait renforcée. En outre, un grand nombre d'autres mesures s'imposent, qui précisent explicitement où des économies doivent être réalisées et qui s'attaquent de manière ciblée aux causes profondes des augmentations de volume indésirables, telles que la réduction des surcapacités dans la planification hospitalière.

Différentes propositions pour introduire un pilotage des coûts

Rapport du groupe d'experts: instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS (Mesure M01)

Proposition d'un plafond contraignant avec les éléments suivants:

- Le Conseil fédéral serait chargé de fixer l'objectif global de maîtrise des coûts, après consultation des cantons et «éventuellement» des partenaires tarifaires.
- Une fois que le Conseil fédéral aura fixé l'objectif global (croissance maximale des dépenses), les objectifs devraient être fixés par domaine de prestations (stationnaire, ambulatoire, médicaments etc.) et par canton.
- Sanctions: si l'objectif n'est pas atteint, le Conseil fédéral (ou les acteurs) pourrait limiter les dépenses de l'année suivante à un budget global fixe. Comme alternative, des réductions tarifaires linéaires ou ciblées pourraient être envisageables.

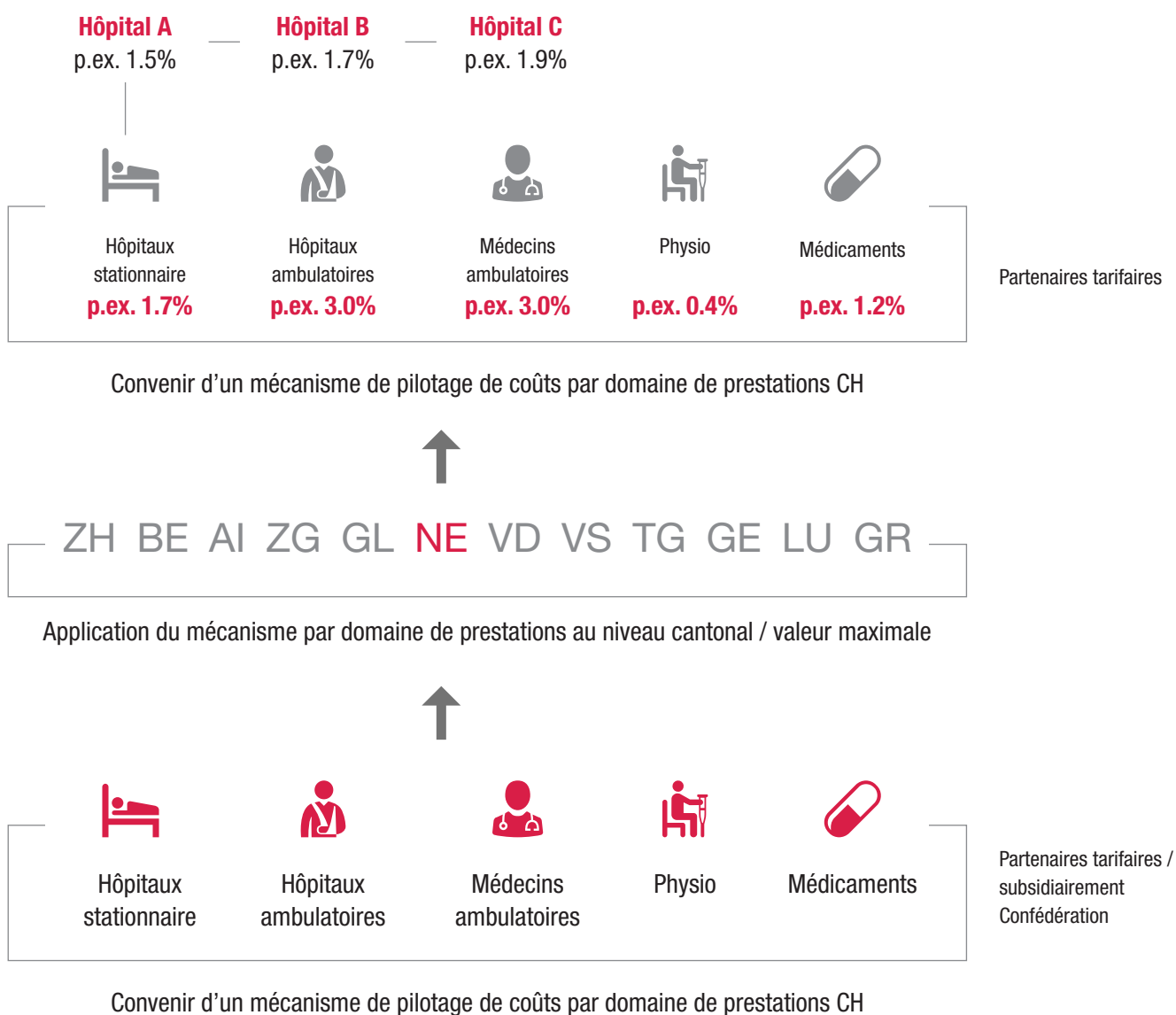
1^{er} paquet de mesures: projet de loi sur le contrôle des coûts

Dans l'article 47c P-LAMal, le Conseil fédéral propose le dispositif suivant:

- Les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs) sont tenus de prévoir des mesures de pilotage des coûts. Selon le rapport explicatif, il s'agit par exemple de réductions tarifaires, de tarifs dégressifs, ou de remboursements.

- Les mesures sont à intégrer dans des conventions tarifaires valables au niveau national ou dans de nouvelles conventions valables au niveau national à convenir et à soumettre au Conseil fédéral pour approbation.
- Les mesures comprennent au moins:
 - Surveillance de l'évolution quantitative des différentes positions tarifaires;
 - Surveillance de l'évolution des coûts facturés;
 - Règles de correction des augmentations injustifiées des quantités et des coûts par rapport à l'année précédente.
- Si les fournisseurs de prestations ou leurs associations et les assureurs ou leurs associations ne parviennent pas à un accord, le Conseil fédéral détermine les mesures à prendre pour maîtriser les coûts.
- Le rapport explicatif clarifie que la correction doit se faire en ajustant les tarifs et non en limitant la quantité des prestations fournies. Des ajustements de la structure tarifaire ou des ajustements de prix seraient envisageables.

Le graphique suivant illustre comment un pilotage des coûts selon l'art. 47c P-LAMal pourrait-être mis en œuvre.



Position du Groupe Mutuel

Pour le Groupe Mutuel, la primauté des négociations des partenaires tarifaires doit être conservée/garantie. Par conséquent, le Groupe Mutuel rejette les propositions fondées sur la fixation de plafonds budgétaires par l'État et dans lesquelles les partenaires tarifaires ne jouent qu'un rôle mineur. Ainsi, le Groupe Mutuel rejette également la mesure M01 du rapport d'expertise.

Par contre, le Groupe Mutuel est en principe favorable à la disposition proposée par le Conseil fédéral avec l'article 47c P-LAMal qui permet aux partenaires tarifaires de négocier ces plafonds. Selon cet article, le Conseil fédéral ne dispose que d'une compétence subsidiaire de définir le modèle de pilotage des coûts. Cependant, le Groupe Mutuel rejette les dispositions suivantes de l'art. 47c P-LAMal:

- Art. 47c al. 5 P-LAMal: «Le Conseil fédéral peut définir les domaines visés à l'al.3 et établir les principes régissant la définition des mesures visant à piloter les coûts». Cette disposition devrait être supprimée, car elle limite considérablement la marge de négociation des partenaires tarifaires, qui devraient se conformer aux spécifications du Conseil fédéral lors de la définition du mécanisme.
- Art. 47c al. 6 P-LAMal: la phrase «Les fournisseurs de prestations et les assureurs communiquent gratuitement au Conseil fédéral, sur demande, les données nécessaires à cette fin» devrait être, de notre point de vue, supprimée, car aucune donnée supplémentaire n'est nécessaire pour que le Conseil fédéral puisse déterminer les mesures à prendre.

Conclusion

Pour le Groupe Mutuel, la primauté des négociations des partenaires tarifaires doit être garantie. En principe, le Groupe Mutuel soutient la proposition de modification de la LAMal du Conseil fédéral dans le premier paquet de mesures (art. 47c LAMal) qui permet aux partenaires tarifaires de négocier ces plafonds et selon laquelle le Conseil fédéral ne dispose que d'une compétence subsidiaire de définir le modèle de pilotage des coûts.

Étant donné que l'augmentation des coûts de la santé est en grande partie liée à l'augmentation du volume des prestations en santé, il serait logique que, dans le cadre de leurs négociations, les partenaires tarifaires mettent en relation les prix avec l'évolution du volume et qu'ils prévoient des mesures appropriées dans leurs conventions. A la différence d'un budget global qui serait imposé par l'Etat, cette mesure offrirait aux partenaires tarifaires la possibilité d'agir eux-mêmes pour canaliser la hausse des coûts.