



santésuisse

4^e Congrès de novembre Santé 2020⁺

Mesures contre la hausse des coûts de la santé: simple activisme ou solution libératrice?

30 octobre 2018

Seul le discours prononcé fait foi

Heinz Brand, conseiller national, président de santésuisse

Mesures contre la hausse des coûts: avons-nous fixé le bon cap?

Madame, Monsieur, chers invités,

Depuis 1996, nous avons vécu dans la certitude absolue que les coûts de la santé augmentaient chaque année de 4% en moyenne. Et tout à coup, cette certitude vacille. La hausse de seulement 1,7% enregistrée l'année dernière semble être une «aberration» quasi inexplicable. Chacun s'emploie à présent à en rechercher les raisons. S'agit-il d'effets purement statistiques? Est-ce le résultat des interventions tarifaires? Faut-il y voir les conséquences d'une modification des flux financiers? Ou alors, l'impensable est-il arrivé, à savoir aurions-nous tout simplement moins recouru aux prestations médicales? Ce besoin d'explications doit nous inciter à ne pas nous réjouir trop vite, compte tenu de la longue tradition d'augmentation des prix d'année en année. Ne dit-on pas qu'«une hirondelle ne fait pas le printemps»?

Dans notre commentaire sur l'évolution des coûts, nous avons aussi appelé à la prudence et avons qualifié cette hausse modérée des coûts de «répit». Un répit dont nous devrions profiter pour préparer notre système de santé à affronter les défis futurs avec des mesures adaptées, mais aussi pour freiner durablement l'évolution des coûts.

Dans cet esprit, je vous invite cordialement à assister au quatrième *Congrès de novembre* de santésuisse, qui – c'est presque une tradition désormais – a lieu cette année aussi en octobre.

Le besoin d'agir est incontesté, mais quelles sont les recettes qui marchent vraiment?

La manifestation de ce jour va s'intéresser aux recettes véritables permettant de lutter contre la hausse incessante des coûts. Avec un brin de provocation, nous nous demanderons si les propositions actuellement en discussion sont réellement efficaces ou si toute cette effervescence ne cache pas plutôt le message suivant: «Nous agissons, mais prenons garde à ne nuire à personne».

C'est un fait incontesté, et même confirmé par des médecins critiques, qu'une part hélas importante des prestations médicales (20% d'après les estimations) est superflue ou inefficace. Ce sont au bas mot quelque 6 milliards de francs qui sont dépensés inutilement chaque année. Dès 2012, l'Académie suisse des sciences a pointé du doigt des déficiences de cette ampleur dans une étude. Celles-ci peuvent par exemple provenir de la limite artificielle qui existe entre traitements

ambulatoires et stationnaires ainsi que de leur financement différent, de la coordination souvent lacunaire tout au long de la chaîne de soins, mais aussi de l'offre pléthorique de prestations dans certains domaines.

Numérisation: une innovation salvatrice? Une thèse peu crédible

Compte tenu de l'ampleur de ces déficiences, il est tentant, et cela est compréhensible, de vouloir résoudre tous les problèmes à coups d'innovations. C'est la raison pour laquelle la numérisation est souvent présentée comme un remède miracle. On peut bien évidemment s'attendre à ce que le dossier électronique du patient contribue à réduire les doublons et à améliorer la coordination des traitements. Mais selon le calendrier actuel, ce dossier électronique ne sera introduit par les hôpitaux qu'en 2020, et par les EMS qu'en 2022. Sans parler des fournisseurs de prestations ambulatoires et des patients, pour lesquels son introduction s'effectuera de toute façon sur une base volontaire. Il semble donc réaliste de dire qu'il faudra encore attendre de nombreuses années avant que toutes les données des assurés soient saisies et qu'un accroissement de l'efficacité puisse être observé, pour autant qu'il ait lieu.

Révision totale ou succession de «réformettes»?

La numérisation ne nous paraît donc pas être d'une grande aide pour l'instant. Dans ces conditions, à quel niveau peut-on et devrait-on agir efficacement dès aujourd'hui? Les expériences passées portant sur de vastes projets de réformes et de mesures d'économies nous ont enseigné que les grandes avancées sont difficiles à réaliser. Voilà bientôt quinze ans que l'on a commencé à «bricoler» les deuxième et troisième paquets de révision de la LAMal et seule une petite partie des mesures prévues à l'époque ont effectivement été mises en œuvre. Un volet de mesures élaboré par le Conseil fédéral pour une révision partielle urgente de la LAMal en vue d'endiguer la hausse des coûts a lui aussi été balayé par le Conseil national en votation finale durant la session d'automne 2010.

Compte tenu de ces expériences décourageantes, il est compréhensible et juste que l'on cherche d'abord à utiliser les marges de manœuvre existant dans la LAMal et ses ordonnances pour apporter des améliorations. Dans de nombreux domaines, de petites interventions peuvent déjà produire de grands effets. Aussi, vu de l'extérieur, est-il assez déconcertant de constater que si la loi impose aux fournisseurs de prestations d'envoyer une copie de leurs factures aux patients, il n'existe aucun moyen de faire respecter cette règle et que son non-respect reste sans suite. De même, l'obligation faite aux fournisseurs de prestations de fournir toutes les données permettant de tenir à jour les structures tarifaires me paraît être une évidence, mais cela n'a pas été le cas jusqu'ici.

38 propositions d'experts: la bonne méthode pour endiguer la hausse des coûts?

Ce matin, les intervenants vont, depuis des perspectives très différentes, exposer leur point de vue quant à l'évaluation et la classification des mesures de réduction des coûts débattues actuellement. Nous aurons ainsi le plaisir d'entendre Thomas Christen, responsable de l'unité de direction Assurance maladie et accidents de l'Office fédéral de la santé publique. Son exposé introductif établira le lien avec la stratégie «Santé2020» conçue par le Conseil fédéral en 2013. Je suis impatient d'écouter ses commentaires sachant qu'à l'époque, SantéSuisse a accueilli avec un certain scepticisme cet état des lieux sur la politique de la santé. Les assureurs-maladie craignaient en effet que certaines des activités envisagées ne fassent grimper les coûts.

Le thème de l'exposé de Jérôme Cosandey, directeur romand d'Avenir Suisse à Genève, est également lié aux précédentes révisions de la LAMal. Le nouveau régime de financement hospitalier de 2012 était effectivement un élément du deuxième paquet de révision de la LAMal, qui a pu être réalisé. Comme nous le savons tous, ce nouveau régime recèle encore un potentiel d'amélioration non négligeable. L'intitulé de son exposé «Plus de transparence, plus de souveraineté du patient, moins de cantonalisme» ne laisse aucun doute quant aux points sur lesquels M. Cosandey, défenseur des solutions libérales, entend mettre l'accent.

Dans un système de santé, l'Homme est au centre de toutes les activités. Or, nous jouons tous un double jeu à cet égard. Lorsque nous avons un problème de santé, nous voulons recevoir le meilleur traitement médical possible – à juste titre. Nous voulons des prestations accessibles à tout moment, à proximité immédiate, que ce soit à domicile ou au travail. Dans le même temps, nous voulons dépenser le moins d'argent possible. Nous nous plaignons de la hausse des primes et sommes convaincus que ce sont les autres qui se rendent trop vite ou trop souvent chez les spécialistes ou aux urgences. Naturellement, cela entraîne des différences entre les acteurs. Ainsi, santésuisse et les organisations de patients s'accordent à reconnaître que la qualité et la mesure de la qualité ainsi que la transparence des résultats sont d'une importance capitale. En revanche, il y a désaccord sur la question de la responsabilité individuelle du patient, qui va souvent de pair avec une responsabilité financière accrue, ou avec la limitation délibérée de la liberté de choix individuelle. Je me réjouis donc tout particulièrement de l'intervention de Madame la Conseillère nationale Rebecca Ruiz, qui nous parlera des mesures contre la hausse des coûts sous l'angle de la protection des patients.

La dernière présentation sera donnée par notre invité néerlandais, le Professeur Patrick Jeurissen. Monsieur Jeurissen enseigne à la faculté de médecine de l'Université de Radboud où il travaille sur les systèmes de santé financés durablement. Il a été membre du groupe d'experts institué par le DFI qui a proposé au Conseil fédéral les 38 mesures visant à freiner la hausse des coûts.

Lorsque l'on compare les systèmes de santé en Europe, celui des Pays-Bas mérite que l'on s'y attarde. Il comporte de nombreuses similitudes avec le nôtre. Il sera donc particulièrement instructif pour nous d'apprendre de M. Jeurissen quelles sont, d'après lui, les conditions à réunir pour qu'un système de santé reste finançable à long terme.