

Mise au Point

Politique de la santé 4/14

Le gel des admissions contribue à une mauvaise planification future

La révision actuelle de la LAMal pour le secteur ambulatoire inscrit dans le marbre la gestion inefficace des admissions du passé. santésuisse rejette les propositions du Conseil fédéral qui devraient être soumises au Parlement au printemps prochain.

Le débat sur la croissance des coûts est indispensable. Mais pour la freiner, il faut des méthodes plus efficaces que des politiques de planification à courte vue. La révision du «gel des admissions» n'est ni libérale, ni efficace et encore moins durable.

Inutile voire contreproductive

La proposition de la Confédération pour le pilotage des admissions dans le secteur ambulatoire est en contradiction avec notre système de santé libéral et n'est pas pérenne. Une telle gestion planifiée imposerait d'intervenir sans cesse pour corriger ses propres erreurs. Le «gel des admissions» mis en œuvre par le passé n'a permis de réduire ni la croissance du nombre de prestations¹ ni l'offre médicale. De 2004 à 2012 où il a été appliqué sans interruption, le nombre de médecins facturiers a augmenté de 24% pour passer de 18262 à 22587.

Les domaines de compétence des cantons croissent le plus fortement

Le pilotage cantonal prévu du secteur ambulatoire s'avère fastidieux, à trop petite échelle et contraire au principe

de la concurrence. Les conflits d'intérêts des cantons risquent d'aboutir à une gestion motivée par des considérations politiques au détriment d'une évolution économique saine. Permettre aux cantons d'appliquer le gel des admissions au secteur hospitalier ambulatoire frise l'ironie puisque la plupart des hôpitaux leur appartiennent et qu'ils gèrent le secteur responsable de la plus forte croissance des coûts depuis de longues années. Ces coûts, en concurrence directe avec les médecins libres praticiens, ont en effet progressé de 7,2% par an entre 2003 et 2013², contre une hausse modérée de 3,8% par an pour les cabinets médicaux.

Plus d'incitations de marché

De plus, le pilotage proposé par le Conseil fédéral protégerait les fournisseurs de prestations déjà établis et pénaliserait systématiquement les jeunes médecins. De telles barrières à l'entrée sur le marché doivent être évitées pour de multiples raisons. Seules des incitations de marché et la libre concurrence garantissent l'égalité des chances à tous les médecins tout en maîtrisant les coûts de la santé – et donc les



Verena Nold, directrice de santésuisse

Pourquoi le gel des admissions n'est-il pas le moyen le plus efficace pour freiner la croissance des coûts de l'assurance-maladie sociale? Pourquoi des rabais doivent-ils rester autorisés dans la Loi sur les produits thérapeutiques (LPT), mais en étant transparents et en profitant aux patients? Et pourquoi la révision du tarif médical «TARMED» ne doit-elle en aucun cas entraîner une explosion des coûts? santésuisse répond à toutes ces questions dans l'édition Mise au point pour la session d'hiver 2014.

primes. C'est pourquoi santésuisse est favorable à des instruments de marché permettant de promouvoir une meilleure prise de conscience des coûts et de la qualité de l'assurance-maladie sociale. L'assouplissement de l'obligation de contracter ainsi que des tarifs dégressifs en cas de surapprovisionnement dans les zones urbaines sont des solutions envisageables.

(DH, ARE, CME)

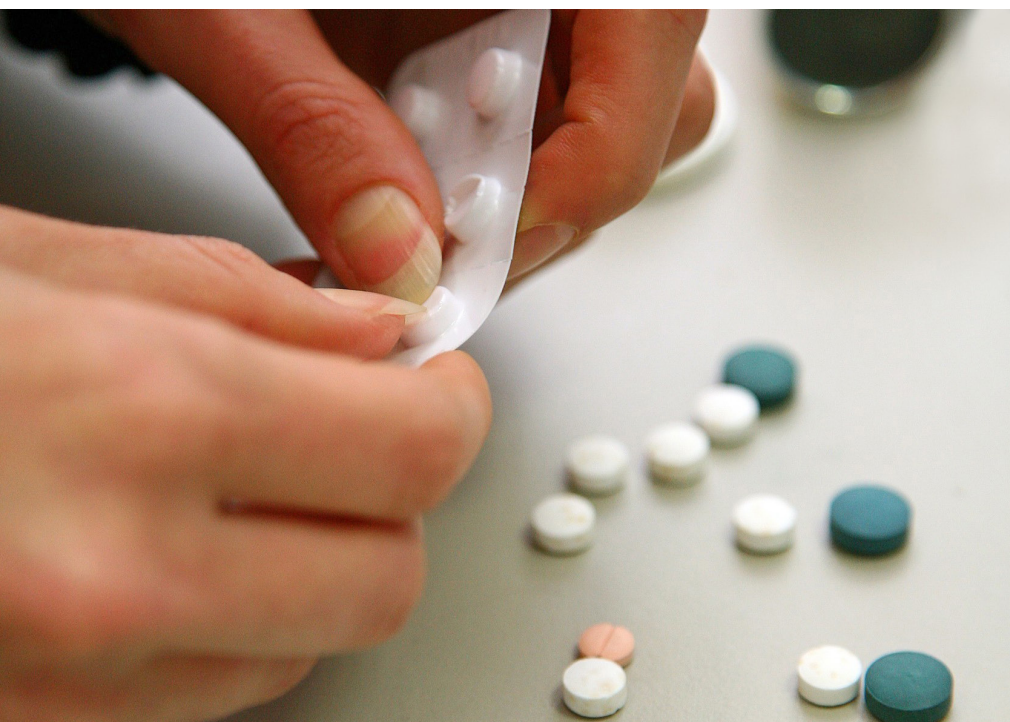
¹ Mengen und Preise der OKP-Leistungen: Eine statistische Analyse der Jahre 2004 bis 2010, Prof. Dr. Reto Schleiniger et al., Dezember 2012. N'existe qu'en allemand.

² Taux de croissance annuel moyen des prestations brutes totales.



LPT_h : LES ASSURÉS DOIVENT AUSSI PROFITER DES RABAIS !

La Loi sur les produits thérapeutiques (LPT_h) est en révision au Conseil des Etats. Sur un marché juteux qui aigüise les appétits, les assurés et patients peinent à se faire entendre. Preuve en sont les difficultés rencontrées pour leur faire octroyer un droit de requête et de recours en matière de prix et d'autorisations. La rétrocession des rabais constitue un autre enjeu de taille : des centaines de millions de francs profitent aujourd'hui aux distributeurs et dispensateurs.



Les assurés doivent aussi profiter des rabais.

En interdisant les avantages matériels dans la LPT_h, le Parlement visait à éviter «l'enrichissement» des fabricants, importateurs, grossistes et fournisseurs de prestations : ces derniers ne devaient plus vendre en priorité les produits sur lesquels ils réalisaient la marge la plus importante grâce à l'octroi de rabais par leurs fournisseurs, mais bien ceux dont l'efficacité et le coût étaient optimaux pour le patient. Les rabais restaient permis, mais devaient profiter à l'acheteur, donc au patient ou à l'assuré.

Ce qui tombait sous le sens n'a pourtant jamais été suivi du

moindre effet. En autorisant les rabais usuels à l'article 33 al. 3b LPT_h sans obliger les vendeurs et dispensateurs à les répercuter, pour tout ou partie, sur les assurés, le législateur a créé une faille juridique largement exploitée. Ainsi, et avec la bénédiction du Tribunal fédéral en 2012, les importateurs, grossistes, pharmaciens, médecins dispensateurs et hôpitaux peuvent capter en toute opacité l'intégralité des rabais négociés sur le prix ou les volumes de médicaments, sans en faire bénéficier directement les assurés.

En l'absence de base légale autorisant les contrôles, des centaines

de millions de francs échappent chaque année aux assurés. Les réseaux de soins les réinvestissent p.ex. dans l'assurance qualité et la formation continue. Les pharmaciens et médecins dispensateurs se contentent souvent d'augmenter leur bénéfice. Enfin les hôpitaux peuvent intégrer leurs rabais à leur compte d'exploitation, baissant ainsi leurs coûts. Par ailleurs, l'effet net de ces rabais hospitaliers sur les assurés est discutable, sachant que les fabricants les octroient afin de créer des patients captifs qui, une fois sortis de l'hôpital, resteront fidèles à la marque de médicament. Ou comment donner d'une main ce que l'on reprend de l'autre.

Il n'existe toutefois aucune procédure contraignante qui permettrait de faire toute la transparence sur l'étendue et l'utilisation des rabais. Etant donné la charge des primes sur le budget des ménages, ce manque de transparence et ces incitations négatives ne peuvent plus être tolérés. Entre qualité et efficacité de la prise en charge d'un côté, et secret des affaires ainsi que liberté économique de l'autre, un équilibre peut et doit être trouvé. C'est ce que visent les projets d'article 57a, 57b et 57c. santésuisse, qui s'engage activement aux côtés des assurés, souhaite que ces rabais soient documentés de façon transparente et répartis équitablement entre fournisseurs et assurés.

(ASC, VLE)



RÉVISION DE TARMED SANS COÛTS SUPPLÉMENTAIRES

Depuis le 1^{er} janvier 2004, médecins et hôpitaux appliquent la structure tarifaire TARMED pour facturer leurs prestations médicales ambulatoires. Les partenaires tarifaires sont certes unanimes quant à la nécessité d'une révision globale. Mais les fournisseurs de prestations continuent de s'opposer à la volonté du Conseil fédéral et des assureurs-maladie de réviser TARMED sans incidence sur les coûts.

Depuis l'introduction des mesures de pilotage des coûts, les frais occasionnés par TARMED ont connu une forte hausse. Cette hausse découle uniquement de la multiplication des prestations fournies et non d'une majoration des prix.

Une révision impérative

Depuis son introduction, le TARMED n'a jamais été révisé dans son ensemble. Il n'est donc plus à jour et ne reflète pas la situation actuelle des coûts, ni ne couvre les prestations médicales ambulatoires fournies au cabinet du médecin ou à l'hôpital. Le tarif de certaines prestations est, par ailleurs, beaucoup trop élevé. Les partenaires sont unanimes quant à la nécessité d'une révision, mais n'en ont pas encore défini les modalités. En principe, tous les partenaires tarifaires TARMED, en l'occurrence H+ Les Hôpitaux de Suisse, la Fédération des médecins suisses FMH, le Service central des tarifs médicaux SCTM et l'association des assureurs-maladie suisses santésuisse, devraient s'entendre sur les conditions-cadres d'une révision commune du tarif.

La compétence subsidiaire du Conseil fédéral: un risque latent

Or jusqu'à présent, les partenaires tarifaires ne sont parvenus à s'entendre ni sur le contenu, ni sur la forme, ni sur le calendrier d'une éventuelle révision. A défaut d'accord, le Conseil fédéral imposera aux partenaires tarifaires un tarif révisé. Ces derniers en ont déjà eu un avant-goût avec la revalorisation de la médecine de premier recours. Faute de proposition com-

mune des partenaires, le Conseil fédéral a procédé lui-même aux adaptations et décidé une revalorisation à hauteur de CHF 200 millions supplémentaires dès le 1^{er} octobre 2014. Ce sont les partenaires tarifaires qui ont dû élaborer les détails de la mise en pratique de l'ordonnance pour permettre aux médecins de facturer correctement et aussi de garantir l'économicité du contrôle des factures auprès des assureurs.

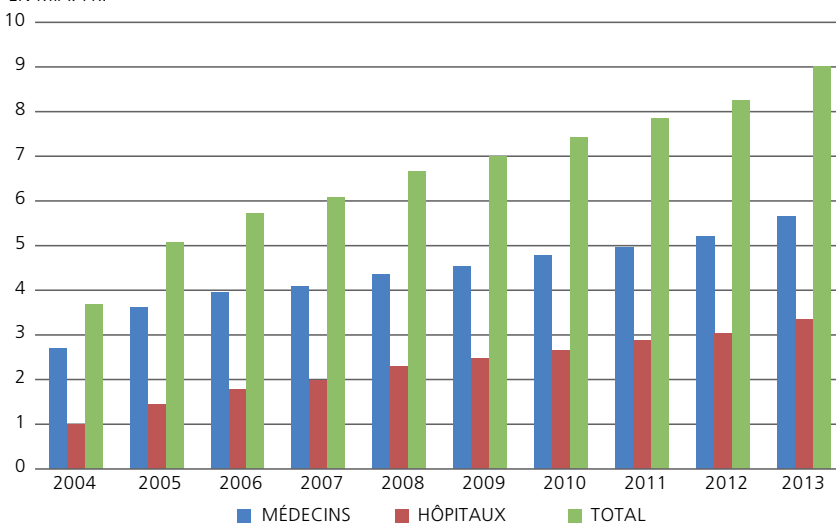
Une révision sans coûts supplémentaires

Le tarif TARMED ne satisfait pas aux exigences légales actuelles de la loi sur l'assurance-maladie. Dans son rapport daté de novembre 2010, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a constaté que les

bases de calcul de TARMED sont lacunaires et qu'il n'existe pas forcément de lien entre le tarif, le prix des prestations et la réalité des coûts. On peut donc partir du principe que la tarification des prestations médicales n'est pas appropriée. TARMED permet en outre aux médecins d'optimiser leurs gains. santésuisse acceptera une révision de TARMED à la seule condition qu'elle n'entraîne pas de coûts supplémentaires pour les payeurs de primes. La neutralité des coûts est cruciale pour maîtriser ces derniers lors de la fixation des tarifs. L'OFSP s'y est également déclarée favorable. Il reste à espérer que la FMH s'engage à la respecter afin que les bases d'une révision commune de TARMED soient enfin jetées. (PRH, MG)

CROISSANCE DES COÛTS TARMED 2004 – 2013

EN MIA. FR.



Les coûts TARMED du domaine ambulatoire sont passés de 2,7 milliards de francs en 2004 à 9,0 milliards de francs en 2013.



EN BREF

Ne pas toucher aux réserves

santésuisse rejette trois initiatives cantonales du canton de Genève. La *première* propose de modifier la LAMal afin qu'en cas de changement de caisse, les réserves de l'assuré puissent être transférées dans la nouvelle caisse. santésuisse rejette cette initiative qui déstabiliserait l'assurance de base sociale. Les réserves ne sont pas à disposition de personnes, mais doivent servir à l'ensemble du collectif d'assurés d'un assureur-maladie. La proposition n'est pas justifiable sur le plan actuariel et va à l'encontre du principe de solidarité de la LAMal. Les primes permettent de couvrir les risques de maladie durant l'année en cours, y compris les réserves nécessaires. Emmener les réserves en cas de changement de caisse est contraire au système de répartition de la LAMal. C'est d'ailleurs ce qui le différencie du système de financement par capitalisation des caisses de pension.

La *deuxième initiative* propose de constituer des réserves au niveau cantonal. santésuisse s'y oppose car le peuple et les cantons se sont clairement prononcés contre une « cantonalisation » de l'assurance-maladie obligatoire lors de la votation sur la caisse unique et parce que des réserves cantonales peuvent nuire aux assurés. Les collectifs d'assurés étant plus petits, les réserves minimales cantonales devraient être nettement plus élevées pour couvrir les mêmes risques. Le système défavoriserait notamment les petits collectifs d'un assureur et les assurés des petits cantons.

La *troisième initiative* propose de fixer une limite supérieure pour les réserves. santésuisse rejette aussi cette mesure qu'elle juge dépassée et étrangère au système. Les réserves sont calculées aujourd'hui en se basant sur le risque, un minimum devant être respecté. Les assurés ne doivent pas être protégés contre des réserves trop élevées puisque les fonds ne peuvent être utilisés que pour l'assurance-maladie sociale et demeurent dans le système.

Non à une séparation stricte de l'assurance de base et des assurances complémentaires

La proposition du Conseil fédéral, examinée par la commission de la santé du Conseil national, qui vise à séparer l'assurance de base et les assurances complémentaires renchérirait considérablement les deux domaines d'assurance. A la demande de santésuisse, Boston Consulting Group a calculé que les coûts supplémentaires, compte tenu de la disparition des synergies entre assurance de base et assurances complémentaires, se monteraient à un total de 400 millions de francs par an. Faute d'administration commune, les deux domaines d'assurance seraient sensiblement plus coûteux : les frais administratifs dans l'assu-

Télégramme du blog

Roses et cactus

La caisse unique a fait couler beaucoup d'encre dans les médias et au niveau politique. Dans son blog, santésuisse décerne des roses et des cactus aux différents protagonistes. Les électeurs suisses reçoivent le plus gros bouquet de roses. Les médias privés et publics ont rendu compte du sujet de manière diversement équilibrée. La direction de la campagne reçoit des cactus et du houx pour les graphiques trompeurs utilisés.

Vous trouverez plus d'informations sous : santesu.is/se0sr

Le bouc émissaire du système de santé

Dans le numéro actuel d'infosantésuisse, un acteur invisible du système de santé donne son avis sur des thèmes politiques comme l'explosion des primes, l'utilisation « off label » de médicaments, la loi sur la surveillance, la protection des données, le contrôle des factures, les évaluations d'économicité et les négociations tarifaires.

(GPA)

Vous trouverez plus d'informations sous : santesu.is/se7xi



rance de base augmenteraient de 220 millions de francs, ceux de l'assurance complémentaire de 180 millions de francs. Les assurés de l'assurance de base et des assurances complémentaires profitent donc aujourd'hui de la gestion conjointe des deux branches d'assurance. En outre, près de 80% des assurés complémentaires ne bénéficieraient plus des services fournis par un prestataire unique auquel ils sont attachés, ce qui compliquerait la donne notamment pour les personnes âgées et malades.

IMPRESSUM

ÉDITION santésuisse – Les assureurs-maladie suisses, Ressort Communication, Römerstrasse 20, case postale, 4502 Soleure, Tél. 032 625 41 41, Fax. 032 625 41 51, courriel : redaction@santesuisse.ch, page d'accueil : www.santesuisse.ch, blog : www.monsieur-sante.ch **RÉDACTION** Daniel Habegger, Paul Rhyh, Frédérique Scherrer **LAYOUT** Henriette Lux **PRODUCTION** City-Offset, 2540 Granges **PHOTOS** Keystone/Prisma

