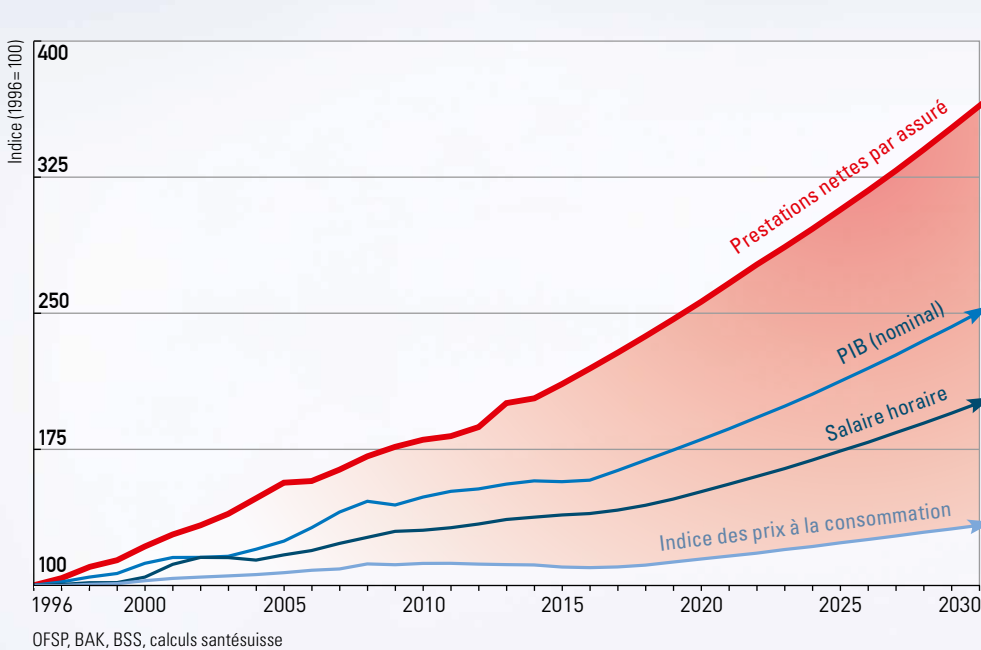


MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 4 | 2015

Nous risquons une débâcle financière

L'assurance-maladie doit rester financiable



L'AVIS DU PRÉSIDENT

Nous bénéficions d'un excellent système de santé. Ses principaux inconvénients: il est inefficace et trop cher. Si nous ne prenons pas des mesures actives, les coûts doubleront tous les quinze ans. Nous devons freiner cette croissance effrénée si nous ne voulons pas nous précipiter délibérément dans une débâcle financière. Des gains d'efficacité, qui ne signifient aucunement une réduction des prestations et peuvent même contribuer au développement substantiel de notre système de santé, sont à privilégier.

Heinz Brand, président de santésuisse

La croissance annuelle excessive de 4,5% en moyenne des coûts de l'assurance-maladie fera doubler les dépenses tous les quinze ans. La croissance économique, les salaires et les retraites n'évoluent pas au même rythme (voir le graphique). Des exigences sans cesse nouvelles aggravent encore la situation.

Depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, ses coûts ne cessent d'augmenter de manière disproportionnée comparés à d'autres indices. Si aucune correction efficace n'est décidée au plan politique, la débâcle financière est programmée.

Le vieillissement de la population et les progrès médico-techniques sont deux facteurs inévitables, qui feront grimper les coûts à l'avenir. En revanche, les inefficacités considérables et les dispositions légales, qui empêchent de gérer les ressources financières de l'assurance-maladie en « bon père de famille » pourraient tout à fait être évitées.

Augmenter l'efficacité plutôt que réduire les prestations

Pour atténuer la croissance effrénée des coûts du système de santé, tous les acteurs concernés doivent consentir à des efforts importants. Il est notamment possible d'améliorer l'efficacité sans réduire voire rationner les prestations en instaurant une concurrence systématique sur le plan de la qualité et des prestations entre les fournisseurs de prestations médicales. Cela suppose à son tour la liberté de contracter entre ces derniers et les assureurs-maladie. •

CONTENU

La concurrence en matière de qualité est indispensable	2
Il faut redistribuer les gains d'efficacité	3
En bref	4

Le système de santé a besoin d'une concurrence en matière de qualité

La transparence des résultats et l'assouplissement de l'obligation de contracter sont indispensables



Proposer un nombre illimité de traitements médicaux à des prix garantis n'est, à long terme, ni finançable, ni économiquement judicieux et encore moins un gage de qualité. Pour devenir plus efficace et améliorer sa qualité, notre système de santé a besoin d'instaurer dans les plus brefs délais une véritable concurrence en matière de qualité.

Une véritable concurrence sur le plan de la qualité met le bien-être des patients au centre des préoccupations car les fournisseurs de prestations cherchent à leur offrir les meilleurs soins. La possibilité pour les patients de choisir leurs fournisseurs de prestations est un élément décisif de cette concurrence. Les fournisseurs de prestations voudront se démarquer de leurs concurrents par la qualité de leurs soins. Cela permettra d'une part d'améliorer la qualité et d'autre part de stabiliser les coûts en évitant des mesures ultérieures de piètre qualité. Il n'est actuellement pas possible de sanctionner une qualité insuffisante ou non démontrée, notamment dans le domaine ambulatoire. La transparence totale des résultats et l'assouplissement de l'obligation de contracter sont donc indispensables pour garantir une concurrence efficace.

La transparence des résultats : incontournable

La transparence des résultats est une condition essentielle pour une véritable concurrence en matière

de qualité. Seule une information transparente de la qualité des traitements médicaux permet aux patients de faire un vrai choix, tant pour trouver un hôpital qu'un médecin. Le système de santé suisse en est encore très éloigné. Les partenaires tarifaires ont néanmoins fait un pas important en matière de transparence dans le domaine stationnaire avec les mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ). Dans le secteur ambulatoire en revanche, la transparence de la qualité des résultats est encore quasi inexistante. Les patients ont besoin de données transparentes, pertinentes et comparables sur la qualité des prestations pour pouvoir faire un choix éclairé, à la fois d'un praticien ou d'un traitement.

»

Les patients ont besoin de données transparentes, pertinentes et comparables sur la qualité des prestations.

Assouplissement de l'obligation de contracter

L'un des éléments marquants de l'assurance-maladie suisse actuelle est l'obligation de contracter. Tous les fournisseurs de prestations reconnus peuvent facturer quasiment sans limites à la

charge de l'assurance-maladie obligatoire. Les cantons établissent les listes des hôpitaux pour les prestations stationnaires. Si un hôpital figure sur cette liste, ses prestations sont prises en charge par le canton de résidence et l'assurance de base. Hormis dans les « formes particulières d'assurance » (contrats managed care), les assureurs-maladie n'ont pas la possibilité de faire dépendre les prestations à rémunérer de leur qualité. L'assouplissement de l'obligation de contracter est donc un autre élément crucial, en plus de la transparence, pour non seulement établir une concurrence basée sur la qualité entre les fournisseurs de prestations, mais aussi l'imposer. La possibilité de lier la rémunération à la qualité des soins inciterait les fournisseurs de prestations à se démarquer de leurs concurrents. •

Céder les gains d'efficacité à l'assurance-maladie

La révision du TARMED ne doit pas faire grimper les coûts

Pour que notre assurance-maladie reste finançable à long terme, il sera indispensable à l'avenir de réduire les coûts par des gains d'efficacité. Or actuellement, ces derniers finissent majoritairement dans la poche des fournisseurs de prestations.

Le tarif médical TARMED repose sur une conception libérale: un fournisseur de prestations peut facturer un nombre quasi illimité de mesures médicales à des tarifs définis. Le système n'applique pas de limitation ou de rationnement. Tandis que les salaires n'évoluent que faiblement depuis des années et que beaucoup de prix sont même en baisse, les coûts de l'assurance-maladie obligatoire poursuivent leur hausse excessive ininterrompue. Le secteur ambulatoire est depuis toujours le principal

facteur de la croissance des coûts. Il faut donc s'intéresser tout particulièrement à la révision en cours du tarif médical TARMED.

Oui à la révision, non à l'explosion des coûts

Alors que la nécessité d'une révision n'est pas contestée, santésuisse mais aussi le Conseil fédéral exigent qu'elle ne donne pas lieu à une hausse des coûts comme cela a été le cas en 2004, lors de l'introduction du TARMED, et en 2012, avec le nouveau financement des hôpitaux. Les associations de fournisseurs de prestations s'y opposent mais semblent vouloir accepter enfin, bon an mal an, une «nouvelle structure sans incidence sur les coûts», tout en refusant une application neutre du TARMED révisé. santésuisse en conclue que les associations de fournisseurs de prestations ne sont pas prêtes à céder les gains d'efficacité à

l'assurance-maladie voire aux assurés, et veulent en plus augmenter leur chiffre d'affaires. Cela entraînerait inévitablement un renchérissement qui se répercuterait sur les primes.

Ne pas céder à la pression

santésuisse n'entend pas céder et exige des outils de correction si les coûts devaient, comme redouté, exploser lors de l'introduction du tarif médical révisé. Les assurés subissent actuellement déjà une hausse incessante et excessive des coûts de l'assurance-maladie. On ne peut pas faire supporter une hausse supplémentaire aux assurés par une révision unilatérale du TARMED. •

Le tarif médical TARMED

Entré en vigueur en 2004, le TARMED permet de facturer des positions au temps consacré ou à l'acte fournies dans les cabinets médicaux ou les services ambulatoires des hôpitaux. Chaque année, 8,5 milliards de francs sont ainsi dépensés. Suite au progrès médico-technique, de nombreux minutages (durée des traitements), et par exemple aussi les prix des appareils sont excessifs. L'utilisation des appareils d'imagerie numérique comme les scanners n'a par ailleurs pas été actualisée dans le TARMED. Les gains d'efficacité qui en résultent, surtout lors des interventions très techniques, sont considérables

depuis des années sans que les médecins ne les aient reversés jusqu'à présent aux payeurs de primes et aux patients.

- Pour la radiothérapie hautement spécialisée, on tablait autrefois sur une journée de 8 heures à 10 voire 12 patients alors que les appareils modernes travaillent plus rapidement et plus efficacement. Près de trois fois plus de patients par jour peuvent aujourd'hui être traités.
- Autrefois, l'opération de la cataracte prenait deux à deux heures trente par patient contre moins de 30 minutes généralement aujourd'hui. Mais le médecin peut facturer jusqu'à 5 heures s'il veut optimiser son décompte.

Les gains d'efficacité liés au progrès médico-technique sont la principale raison pour laquelle les salaires moyens des professions très techniques (radiologues, orthopédistes, etc.) sont souvent largement supérieurs aux revenus des professions médicales moins techniques (généralistes, psychiatres, pédiatres). Or l'intention initiale du TARMED était justement d'améliorer la situation des médecins de premier recours. En 2014, santésuisse a calculé un potentiel d'économie de 600 millions de francs. Compte tenu des exigences de la FMH posées en 2012, santésuisse s'attend en revanche à des coûts supplémentaires, liés au projet de révision partielle, de l'ordre de 1,5 milliard de francs. •

En bref



L'exclusivité commerciale pour les médicaments freine les innovations et booste les coûts

santésuisse rejette l'introduction d'une exclusivité commerciale pour les médicaments, par exemple pour soigner des maladies rares. En effet, par un gel de la recherche pendant dix ans, celle-ci empêche toute innovation permettant la recherche de nouveaux et meilleurs médicaments. Seule l'entreprise en situation de monopole en profite et peut maximiser ses gains. Les patients sont plus mal lotis et les traitements alternatifs ne sont pas autorisés. Lors de sa session d'automne, le Conseil fédéral a rejeté l'exclusivité commerciale contreproductive qui freine l'innovation. La loi sur les produits thérapeutiques a été transmise au Conseil national dans le cadre de la procédure d'élimination des divergences. •

Médicaments: conserver les rabais et leurs effets incitatifs

De nombreux médicaments sont trop chers en Suisse. Les rabais sont un moyen important pour obtenir des prix plus avantageux. Le Conseil des Etats a approuvé les rabais lors de la session d'automne, mais la formulation voire le domaine d'application restent encore flous. santésuisse considère que l'utilisation des rabais doit être négociée par les partenaires tarifaires et publiée en toute transparence. Les incitations pour négocier des rabais doivent subsister. Leur affaiblissement conduirait de facto à leur fin. •

Démarchage téléphonique : accord préalable indispensable

santésuisse soutient les exigences politiques visant à faire en sorte que les Suissesses et les Suisses doivent donner leur accord explicite pour recevoir des appels publicitaires. Cette solution qualifiée « d'opt-in » correspond à la tendance observée dans plusieurs pays européens et devrait être ancrée dans la loi sur la concurrence déloyale (LCD). Cela devrait également concerner les appels depuis l'étranger par des tiers pour le compte d'opérateurs de télémarketing basés en Suisse. •

Santé 2020 : la mauvaise voie

La stratégie « Santé 2020 » du Conseil fédéral est la mauvaise voie à emprunter pour accroître l'efficacité du système de santé. Contrairement à ce qu'affirme le Conseil fédéral, les mesures ne devraient pas faire baisser les coûts. Quatre des 36 mesures que santésuisse a fait évaluer en externe entraîneraient des coûts supplémentaires de 2 milliards de francs par an, soit 8% de hausse des primes. •

SUR LE BLOG

santésuisse lance un comparateur des hôpitaux

Le nouveau comparateur des hôpitaux de santésuisse permet à la population de se renseigner en toute simplicité sur la satisfaction des patients et la qualité des traitements dans les hôpitaux de soins aigus suisses. Le nombre de cas, la mortalité, la satisfaction des patients, les infections des plaies, les chutes et les escarres sont représentés. Les données reposent sur les indicateurs de qualité publics de l'ANQ et de l'OFSP. •

→ santesu.is/segp5

Séparation inutile de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire

La séparation stricte de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire voulue par le Conseil fédéral renchérirait considérablement les deux domaines d'assurance, avec des coûts supplémentaires totalisant 400 millions de francs par an. L'assurance-maladie dans son ensemble deviendrait plus complexe, le libre choix des assurés serait limité et la concentration des deux assurances dans une même caisse, un service très apprécié des assurés, serait impossible. Le 28 septembre 2014, le peuple suisse a clairement rejeté la caisse unique qui visait cette séparation. •

→ santesu.is/setnw

