



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 2 | 2018

Les admissions de médecins dans l'impasse

Une opportunité manquée



Le Parlement doit agir

Le Conseil fédéral devrait faire preuve de davantage de courage concernant les mesures censées lutter contre la croissance effrénée des coûts de la santé. Le Parlement doit agir lorsque cela s'avère nécessaire pour rechercher une solution moins coûteuse. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Le Conseil fédéral renonce à édicter des conditions cadres claires pour brider la multiplication incontrôlée de l'offre médicale à la charge de l'assurance de base.

Selon la volonté du Conseil fédéral, les cantons pourront continuer de gérer chacun pour soi les admissions de médecins. Au lieu de prendre au sérieux le mandat du Parlement et de développer de véritables alternatives aux gels successifs des admissions, le Conseil fédéral distribue des pilules aux effets placebo. Même si les patients n'hésitent plus depuis longtemps à se rendre dans un autre canton pour se faire soigner, les cantons pourront continuer de gérer comme bon leur semble un secteur pour lequel ils n'assument aucune responsabilité financière. Le Conseil fédéral a balayé du revers de la main l'assouplissement de l'obligation de contracter en cas d'offre de soins pléthorique de même que les tarifs différenciés. Une politique pertinente et surtout coordonnée des admissions en Suisse est ainsi reportée à un lointain avenir. Les signaux du Conseil fédéral en faveur du financement identique des prestations ambulatoires et

stationnaires doivent néanmoins être salués. Il a toutefois omis d'intégrer dans son projet un garde-fou pour éviter que les cantons ne se soustraient trop facilement à leur responsabilité financière pour le secteur ambulatoire, c'est-à-dire précisément celui qu'ils entendent à l'avenir gérer comme ils l'entendent.

Le projet doit être amélioré

Selon santésuisse, les propositions ne sont pas équilibrées et elles enfoncent encore davantage le système de santé dans l'impasse du surapprovisionnement et de l'approvisionnement en soins inadéquat au lieu de l'en sortir. Le Parlement devra corriger ces propositions si le but du projet est de faire évoluer les choses dans le bon sens et de freiner véritablement la croissance des coûts. •

SOMMAIRE

Imposer enfin la garantie de la qualité	2
Priorités surprenantes du Conseil fédéral	3
En bref	4

Les fournisseurs de prestations sont à la manœuvre

Imposer enfin la garantie de la qualité



Il est temps que la garantie de la qualité des prestations médicales soit enfin imposée dans toute la Suisse. Les assureurs-maladie sont toutefois d'avis que la Confédération doit se contenter de définir les conditions-cadres et les incitations pour une véritable concurrence basée sur la qualité.

L'un des problèmes majeurs du système de santé suisse est son inefficacité qui débouche sur des coûts trop élevés. Selon l'avis d'experts et du Conseil fédéral, 20% des coûts de l'assurance obligatoire des soins sont imputables à des prestations médicales ne présentant aucun avantage pour les patients. Tout particulièrement dans le domaine ambulatoire, les médecins ont refusé jusqu'à présent de mettre en œuvre de manière standardisée les programmes de qualité exigés par la loi et de communiquer les résultats en toute transparence. Or les patients ne peuvent exercer un véritable libre choix que si la qualité des résultats des traitements médicaux fournis par les médecins et les hôpitaux est publiée et peut être comparée.

Les assureurs-maladie sont toutefois d'avis que la Confédération doit se contenter de définir les conditions-cadres et les incitations pour une véritable concurrence basée sur la qualité. La garantie de la qualité – au niveau technique et du contenu – doit être ancrée dans le travail quotidien des fournis-

seurs de prestations et interagir avec les données des patients dans les cabinets et les hôpitaux, faute de quoi les programmes nationaux demeureront un « tigre de papier » coûteux et inutile.

”
La Confédération doit se contenter de définir les conditions-cadres et les incitations pour une véritable concurrence basée sur la qualité.

Pas de garantie de la qualité sans résultats de mesures

Si des prestations dont la qualité n'est pas démontrée voire est insuffisante sont rémunérées autant que celles ayant un niveau de qualité optimal, ces dernières ne s'imposeront pas comme cela devrait être le cas dans l'intérêt des patients. Afin que le système de santé suisse et l'assurance-maladie se développent sur la base de critères de qualité, il est donc indispensable que l'on puisse imposer aux fournisseurs de prestations de réaliser les

mesures de la qualité prévues dans la LAMal. L'expérience du milieu hospitalier stationnaire a démontré que la mesure de la qualité ne pouvait être imposée sur l'ensemble du territoire qu'en associant au plan légal le tarif et la mesure de la qualité des résultats. Les conventions tarifaires passées avec les hôpitaux et les cliniques les obligent à mettre les mesures de la qualité des prestations fournies en œuvre selon un plan défini. Des progrès notables ont été réalisés grâce à ces dispositions contraignantes tant au niveau de la mesure de la qualité que de la publication transparente des résultats de ces mesures.

Corrections pertinentes de la commission de la santé du Conseil national

Le projet initial du Conseil fédéral mettait la garantie de la qualité entre les mains de l'OFSP. La CSSS-N a procédé aux corrections requises afin d'obtenir un projet équilibré dans le cadre duquel les organisations spécialisées existantes, comme l'ANQ et l'EQUAM, restent des interlocutrices décisives lorsque les programmes nationaux font l'objet d'un appel d'offres. Cela entraîne également plus de transparence et de garantie de la qualité. La CSSS-N a rectifié un autre point, à savoir le financement initialement unilatéral des travaux de coordination et des programmes nationaux par les payeurs de primes. •

Priorités surprenantes du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral exclut les médicaments des mesures de réduction des coûts

Le premier paquet de mesures de réduction des coûts du Conseil fédéral est plutôt décevant pour les payeurs de primes. Le Conseil fédéral ignore en effet les mesures proposées par les experts dans le secteur des médicaments protégés par un brevet.

Dans le premier paquet de mesures prioritaires décidées par le Conseil fédéral pour maîtriser la hausse excessive des coûts de l'assurance-maladie, neuf des dix propositions des experts relatives aux médicaments sont absentes. Les intérêts de l'industrie pharmaceutique à pouvoir vendre des médicaments à des prix surfaits semblent visiblement plus importants aux yeux du Conseil fédéral que l'intérêt légitime des patients et payeurs de primes à payer des prix modérés pour les médicaments.

Originaux non pris en compte

La seule mesure conservée est celle du système de prix de référence pour les génériques dont la mise en consultation était déjà annoncée l'an dernier. Ce système convient tout à fait pour contribuer à réduire les coûts des médicaments tombés dans le domaine public. Il faut toutefois souligner que les préparations originales ou princeps représentent 84% du marché global des médica-

ments en Suisse. Les mesures doivent donc cibler ce secteur. Les nouveaux médicaments admis en Suisse sont notamment très chers. La forte croissance sur le marché des médicaments est avant tout imputable au fait que des produits bon marché, qui ont fait leurs preuves, sont remplacés par de nouveaux médicaments. Il n'est donc pas acceptable que les médicaments sous brevet soient exclus des mesures de réduction des coûts. Le paquet de mesure doit être amélioré et complété par des mesures ciblées qui s'appliquent aussi aux médicaments protégés par un brevet.

Droit de recours contre des médicaments trop chers

Il importe, dans le domaine des médicaments, d'accorder au minimum un droit de recours aux assureurs afin qu'ils puissent contester des prix excessifs devant un tribunal – comme les experts l'ont d'ailleurs proposé. Le droit de recours, que le Conseil fédéral entend accorder aux assureurs pour les listes des hôpitaux et des EMS des cantons, est la voie à suivre. Un droit de recours analogue devrait leur être accordé vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique organisée selon le droit privé. Les autres mesures concernant les médicaments proposées par les experts et ignorées par le Conseil fédéral dans son premier paquet de me-

ures sont également importantes pour maîtriser les coûts. A savoir le principe d'économicité (la comparaison des prix avec l'étranger ou la comparaison thérapeutique croisée doivent être prises en compte pour fixer les prix, le résultat le plus bas étant déterminant), la promotion des importations parallèles ainsi que l'assouplissement du principe de territorialité avec la possibilité de remboursement par les assureurs des médicaments achetés à l'étranger. •

”
Il n'est pas acceptable que les médicaments sous brevet soient exclus des mesures de réduction des coûts.



En bref



santésuisse soutient le financement uniforme des prestations médicales

La commission de la santé du Conseil national (CSSS-N) s'est déclarée favorable au principe d'un nouveau régime de financement de l'assurance-maladie obligatoire. Elle entend ainsi responsabiliser les cantons pour qu'ils participent à l'avenir à tous les coûts de la santé. Ce serait dans l'ordre des choses car les cantons, qui établissent les listes des hôpitaux et des EMS en plus de délivrer les autorisations de pratiquer aux nouveaux fournisseurs de prestations, jouent un rôle déterminant au niveau des coûts. Le nouveau régime de financement garantirait une répartition équitable durable des coûts entre les payeurs de primes et les cantons.

Les hôpitaux se livrent depuis des années une course aux équipements sans que les cantons ne participent aux dépenses de santé ambulatoires, celles-ci étant intégralement supportées par les payeurs de primes et partant par les assureurs-maladie. Seul le financement uniforme de l'ensemble des prestations médicales de l'assurance de base permet de l'éviter et de mener à un financement équitable durable.

Transparence du modèle basé sur les coûts

santésuisse est favorable à une répartition fondée sur les coûts des sommes versées par les cantons. Celle-ci tient compte des dépenses effectives de l'année en cours. Le financement basé sur les coûts

correspond au système actuel dual-fixe pour les soins stationnaires, dans le cadre duquel les participations des cantons sont réparties en fonction des factures effectives. Avec le nouveau régime de financement, 75% des coûts seraient à la charge de l'assureur et 25% à celle du canton concerné. santésuisse se félicite que la commission du Conseil national envoie la variante basée sur les coûts en consultation. •

Prestations complémentaires – primes d'assurance-maladie imputables

Alors que les propositions au Parlement concernant les primes imputables sur les prestations complémentaires s'éloignaient de plus en plus d'une solution applicable, la commission de la santé du Conseil des Etats vient de donner une lueur d'espoir: la prime imputable devra à l'avenir correspondre au maximum à la prime cantonale moyenne ou à la prime effective si elle est inférieure. La CSSS-E a ainsi optimisé une nouvelle fois la proposition déjà bonne du Conseil fédéral. Reste à espérer que l'élimination des divergences entérinera la proposition de la CSSS-E. •

L'intervention tarifaire de 2014 du Conseil fédéral était licite

Le Tribunal fédéral a décidé que le Conseil fédéral pouvait appliquer des réductions linéaires lors de l'adaptation de la structure tarifaire ambulatoire TARMED. La clinique privée lucernoise St. Anna, qui appartient au groupe Hirslanden, avait contesté cette intervention décidée en juin 2014 par le Conseil fédéral au détriment des spécialistes aux motifs qu'elle serait non conforme au droit et non applicable. Suite à quoi, la clinique avait continué de facturer les prestations ambulatoires selon l'ancien tarif, plus élevé, à l'assureur-maladie Assura qui avait porté l'affaire devant le tribunal arbitral. Ce dernier a jugé que l'assureur-maladie était tenu de payer les factures plus élevées. Or le Tribunal fédéral vient de donner raison à Assura, qui avait recouru contre cette décision.

La plus haute autorité judiciaire a en effet statué que le Conseil fédéral pouvait appliquer des réductions linéaires lors de l'adaptation de la structure tarifaire TARMED. Il lui est permis à cet égard de tenir compte de considérations politiques – dans ce cas la revalorisation de la médecine de premier recours. santésuisse se réjouit de cet arrêt qui garantit non seulement la sécurité juridique aux assureurs-maladie, mais empêche également des demandes de remboursement supplémentaires des hôpitaux. •