



Une caisse unique qui ne dit pas son nom ?

Urs Roth, CEO de Visana : non au retrait de compétences visant les assureurs.
Page 2



La valeur de la médecine

Les dépenses de santé sont un investissement qui rapporte.
Page 3



Les vrais générateurs de coûts

Quand la politique de santé à elle seule ne peut pas grand-chose.
Page 4

POLITIQUE + PATIENT

Propositions de réforme

Les médecins au chevet du système de santé

Présentées par des politiques et des économistes, les propositions visant à freiner la montée des coûts de la santé se suivent à intervalles de plus en plus rapprochés. Prenant eux aussi la parole, les médecins réclament davantage d'efficacité, en lieu et place d'économies réalisées sur le dos des patients.



Transformer au lieu de démolir : Pour endiguer l'augmentation des coûts, certains aspects du système de santé doivent être réorganisés.

Photo : Keystone

Les dépenses croissantes du système de santé suisse grèvent tout à la fois les budgets des ménages et ceux des cantons. Les médecins, qui en sont conscients, soulignent toutefois que ni le libre accès aux soins ni la qualité de ceux-ci ne doivent faire les frais des me-

sures d'économies. Ce que permettrait une utilisation plus efficace des ressources. Les mesures proposées à la page 2 pourraient être prises sans aucune baisse de qualité des soins.

Suite à la page 2

14^{ème} année

Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG
Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses
Responsables de la rédaction : Marco Tackenberg, Markus Gubler, Simone Keller ; forum | pr
Mise en page : Claudia Bernet, Berne
Impression : Stämpfli AG

Le mythe du cyberdocteur

L'intelligence artificielle marque également des points dans le domaine de la médecine. Les dermatologues et les neurologues se retrouvent en première ligne. Des études testant l'interprétation d'images montrent que l'homme fait souvent moins bien que la machine. Les machines intelligentes ont pour outil des réseaux neuronaux artificiels capables, à l'instar du cerveau humain, d'apprendre par expérience. S'agissant de diagnostiquer des tumeurs malignes et des pneumonies, il arrive qu'elles en remontent aux médecins.

Pour les adeptes de l'intelligence artificielle, les avantages sont évidents : un logiciel est infatigable, plus efficace et revient moins cher qu'un être humain. Quelques chercheurs vont jusqu'à prédire la disparition des dermatologues et des neurologues.

Cette vision hypertechnologique oublie le fait que l'apprentissage machine ou automatique a des limites. Si « smart » qu'ils soient, jamais les ordinateurs ne couvriront la totalité du spectre des facultés humaines. Les machines intelligentes ne sont pas polyvalentes. Elles excellent toutefois à répondre à des questions spécifiques telles que « cette tache cutanée est-elle inquiétante ? ».

C'est en cette capacité que l'intelligence artificielle se fera une place dans la médecine – comme outil diagnostique capable d'assister le médecin dans son travail. Le cyberdocteur, lui, restera de l'ordre de la fiction. Car seule l'expertise humaine est capable d'interpréter les données fournies par les machines intelligentes. Celui qui explique le diagnostic à son patient et convient avec lui du traitement à appliquer est le médecin.

1. Création de régions hospitalières suprarégionales

Le fédéralisme suisse a fait ses preuves en beaucoup de domaines. Mais 26 systèmes de santé sont plus que n'en peut supporter un pays de huit millions d'habitants. Peut-être serait-il plus judicieux d'avoir en Suisse entre cinq et sept régions hospitalières suprarégionales, de quoi réduire les excès de capacité et éviter la plus grande partie des doublons. La qualité, déjà élevée, des soins ne s'en porterait que mieux. Accueillant davantage de patients, les hôpitaux restants offriraient en effet aux professionnels de la santé un terrain plus propice au développement de leurs compétences.

2. Scinder les rôles multiples dévolus aux cantons

Avec le système actuel, les cantons sont les planificateurs et les propriétaires des hôpitaux, mais également l'un de leurs donneurs d'ordre et de leurs organismes de financement. Et ils régulent de surcroît la liste ainsi que les tarifs des établissements. Ce cumul de rôles engendre inévitablement des conflits d'intérêts, des inefficacités et des distorsions de concurrence. Pour remédier, ne serait-ce que partiellement, à cet état de chose, il serait bon que les cantons renoncent au moins à leur rôle de propriétaires des hôpitaux.

3. La LAMal et son obsession des coûts

Telle qu'elle est actuellement, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) prend uniquement en compte les frais directs de guérison, laissant à d'autres institutions le financement des pertes de gain et des rentes. Si l'on abolissait cette séparation factice et considérait, parlant des coûts, l'utilité des traitements, la vision des dépenses globales en serait totalement changée. L'argent dépensé pour remettre un patient au travail deviendrait du coup un investissement productif. Ce changement de système ne profiterait pas uniquement au patient, l'économie nationale tout entière en retirerait des bénéfices.

4. Financement uniforme des prestations

On sait depuis longtemps que le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires résoudrait le problème de l'augmentation des coûts de la santé. En reportant sur l'ambulatoire des prestations actuellement fournies en hospitalier, on économiserait un milliard de francs par année, dit la FMH. Or il faudrait justement, pour empêcher les primes des caisses-maladie de s'envoler, un modèle de financement uniforme. Avec le système actuel, les caisses-maladie n'ont aucun intérêt à appliquer le principe de l'ambulatoire avant le stationnaire, qui ne ferait qu'augmenter encore leurs primes.

Le financement uniforme permettrait en outre de profiter pleinement des avantages et des synergies propres

à un modèle de soins intégré, avec lequel les acteurs des différentes disciplines médicales et des différents secteurs (médecins de famille, spécialistes et hôpitaux) travailleraient en réseaux. Selon des études, le secteur des maladies non transmissibles (p. ex. le diabète et les maladies cardiovasculaires), qui représente en Suisse environ 80 % des frais de traitement, dégagerait alors des économies particulièrement substantielles.

5. Smarter Medicine

Soins médicaux de qualité et mesures d'économies ne sont pas antinomiques. À preuve l'initiative «Smarter Medicine», qui soulève la question des traitements inappropriés et de la surmédicalisation. Pour nombreuses qu'elles soient, les possibilités actuelles de la médecine ne sont pas toutes appropriées. Dans certains cas, moins de traitement peut même rimer avec moins de poids pour le patient. Patients et médecins devraient s'habituer à envisager ensemble les options de traitement, en se posant la question de celle qui, en l'occurrence, paraît la plus adaptée. Cela supposerait toutefois un maillage solide de médecins ainsi que d'autres spécialistes de la santé, de même qu'un dialogue d'égal à égal avec le patient.

6. Développer les compétences santé du patient

Une population plus au fait des questions de santé aurait sur la maîtrise des coûts un effet bénéfique. Le patient est souvent insuffisamment informé des bénéfices et des risques de son traitement. Internet est une mine de fausses informations médicales, dont certaines qui sont même intentionnellement fausses. Seul un patient averti de toutes les complications et de tous les effets secondaires possibles d'un traitement est à même de dire si, oui ou non, il le souhaite. Il appartient au médecin de bien l'informer, voire de lui déconseiller un traitement dont le bénéfice ne serait que marginal.

7. Réduire la paperasserie

Les médecins et le personnel soignant gagneraient en efficacité si la paperasserie était moins envahissante. En Suisse, un médecin consacre aujourd'hui un tiers de son temps à des tâches administratives. Et cela ne fait qu'empirer. Les médecins du secteur ambulatoire ne s'en plaignent pas moins que les autres. Cela fait autant d'heures en moins que le médecin peut consacrer à ses patients et génère, de surcroît, des coûts supplémentaires à d'autres niveaux, par exemple à celui de l'administration ou des assureurs. D'où la campagne « Plus de médecine et moins de bureaucratie ! Un tiers du temps de travail consacré au patient, c'est insuffisant ! » lancé par l'Association suisse des médecins assistant(e)s et des chef(fe)s de clinique ASMAC. Or, bien que considérable, ce potentiel d'économies n'a guère retenu jusqu'ici l'attention des milieux politiques.

Une caisse unique qui ne dit pas son nom?

S'il est une mesure du rapport du groupe d'experts sur la maîtrise des coûts dans le système de santé qui fait la perplexité et l'incompréhension des assureurs, c'est bien la création d'un organe de contrôle des factures. En quoi cet organe serait-il plus apte à le faire que le sont les assureurs-maladie ? Où le Conseil fédéral veut-il en venir en brandissant ouvertement dans son projet de consultation la menace d'un retrait de compétences ? Je vais tenter de répondre.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, les assureurs-maladie ont mis en place pour garantir une vérification systématique, compétente, efficiente et relativement bon marché des factures et des prestations médicales une infrastructure hautement professionnelle et sophistiquée. Il est douteux que, à l'abri de toute concurrence, les centaines de fonctionnaires d'un organisme étatique soient capables d'assurer un contrôle des factures aussi efficace qu'eux. Il faudrait commencer par constituer et le savoir-faire et l'infrastructure nécessaires et, ensuite, que la Confédération finance un système informatique hautement complexe et assure la sécurité des données. Et tout cela pour un organe de contrôle qui ne ferait que compléter celui des assureurs, ceux-ci continuant d'avoir compétence pour la vérification des prestations fournies dans le cadre de l'assurance complémentaire. Tout compte fait, cela ne représenterait que des coûts exorbitants à la charge du citoyen ainsi que des années de travail. Mieux vaudrait, selon moi, que celui qui cherche vraiment à améliorer le contrôle des factures du régime de l'AOS laisse ce contrôle là où il est et mette de l'argent pour en optimiser les conditions-cadres, permettant ainsi aux assureurs-maladie de faire encore mieux leur travail. Par exemple, grâce à un échange de données numérisé entre partenaires tarifaires ou à une e-carte de santé obligatoire.

Serait-il par hasard inconvenant de supposer que la Confédération est en l'occurrence plus soucieuse d'accroître son pouvoir que de protéger les assurés ? En dépouillant les assureurs d'une de leurs tâches les plus importantes et en les réduisant à l'état de simple poste comptable, le Département de l'intérieur n'aurait-il pas en vue une caisse unique ne disant pas son nom ? Il doit être permis de poser ce genre de question et d'en faire un critère obligé de l'appréciation politique du paquet de mesures que propose le Conseil fédéral.



Urs Roth
est le CEO de Visana.

La valeur de la médecine

Qui consomme des prestations médicales en retire une grande utilité personnelle. Et l'économie nationale est, elle aussi, gagnante.



Service gratuit à la famille – et à l'économie nationale ! En Suisse, des grands-parents alertes et bien portants consacrent 160 millions d'heures par an à la garde de leurs petits-enfants, indique l'Office fédéral de la statistique (2016).

Photo: iStockphoto

Médecin et membre UDC du Grand conseil lucernois, Beat Meister s'est beaucoup fait remarquer l'an dernier en demandant à celui-ci que le canton supprime toute participation à l'implantation de prothèses artificielles chez les plus de 90 ans (lentilles ophtalmiques, articulations, pacemakers cardiaques, etc.). Une médecine dont nous n'avons plus les moyens, avait-il lancé en guise de justification. Si l'on entend maîtriser les coûts de santé, l'État ne peut se permettre de tout prendre en charge jusqu'à la fin de la vie, il a l'obligation de supprimer certaines prestations, avait-il ajouté.

Un robuste rentier

L'argument voulant que la population suisse renonce à certaines prestations médicales pour abaisser le coût de la santé est devenu fréquent. Mais, apparemment logique à première vue, est-il vraiment pertinent ? Prenons le cas d'un monsieur de 92 ans vivant seul dans une maison sans ascenseur de deux étages et inversons la perspective. Bien que souffrant parfois des genoux, ce monsieur fait son ménage et prend soin de son jardin. Peu à peu, cependant, son état s'aggrave. Et, se déplaçant à grande peine, arrive le jour où il ne peut plus sortir de chez lui. L'arthrose est telle qu'une opération est médicalement indiquée.

Mieux vaut chez soi qu'en EMS

Après la pose d'une prothèse du genou, il récupère son autonomie et vaque sans douleur à ses occupations habituelles. Son opération lui a été physiquement et psychologiquement bénéfique. Elle a été pour lui d'une grande utilité personnelle, doublée d'un impact économique certain. Sans elle, le besoin de soins aurait massivement augmenté. Tenir une maison de deux étages lui serait devenu impossible et son transfert dans un établissement pour personnes âgées aurait sans doute été inévitable. Le coût en aurait rapidement dépassé celui de l'intervention, séjour en clinique de réhabilitation compris. Chez une personne de 92 ans, il suffit qu'ils retardent l'entrée dans une institution de six mois pour que les frais de traitement soient, économiquement parlant, « rentables ».

Payer tout de suite, économiser plus tard

L'exemple ci-dessus montre que les solutions de maîtrise des coûts du type « prêt-à-porter » sont inefficaces. Si les argumentations de ce genre trouvent néanmoins une audience, c'est surtout parce que le débat en vient toujours à la question des coûts, lesquels, contrairement à l'utilité, sont clairement chiffrables. On chercherait en vain des statistiques sur l'utilité économique des traitements médicaux.

Le fait que l'on ait des prestations fournies aux patients une vision économique n'est pas une raison de passer sous silence l'augmentation de l'utilité, qui, au contraire, est à mettre en regard des frais de traitement. En évitant le recours aux soins ou les cas d'incapacité au travail, on génère une plus-value économique considérable. Exemple : À sa naissance, une femme aujourd'hui adulte souffrait d'une grave surdité des deux oreilles. À l'âge de deux ans, lui est posé un implant cochléaire qui lui permet de rattraper le retard qu'avait pris chez elle l'acquisition du langage. Elle suivit ensuite un parcours scolaire normal et termina son apprentissage avec succès. Cette jeune femme est aujourd'hui professionnellement et socialement intégrée. L'implant avait coûté 50 000 francs. Sans celui-ci, les coûts se seraient élevés à plusieurs fois ce montant. L'intervention a permis d'éviter les enseignements spécialisés et les reconversions ainsi que le versement de rentes et d'autres formes de soutien.

Méfions-nous des conclusions hâtives

Que le système actuel présente des inefficiences et des incitations inappropriées est indéniable. Face à ce fait, la profession médicale ne reste pas les bras croisés. C'est elle qui a lancé l'initiative « Smarter Medicine » pour lutter contre les traitements inappropriés et la surmédicalisation (voir P+P 2/2018). Son but est d'encourager la discussion entre les médecins, les patients et le public et de parvenir ainsi à des décisions intelligentes. La question est au fond la même que celle qui a motivé l'offensive de Beat Meister : Quelle doit être en Suisse l'ampleur de l'offre médicale ? L'approche, en revanche, n'a rien de la brusquerie de l'intervention du parlementaire lucernois. Les généralisations du genre des siennes sont discriminatoires et ne mènent à rien. La signification des mots « guérison » ou « soulagement » n'est pas la même pour tous les patients. Chaque situation est unique et appelle un traitement adapté et individualisé.

Un ouf de soulagement pour les vieux

Comme le montrent les exemples ci-dessus, on doit aux progrès de la médecine des diagnostics plus précoces et des traitements plus efficaces, générateurs d'une qualité de vie accrue et d'une réelle utilité économique. Les dépenses de santé sont un investissement qui rapporte. Peut-être pas le jour même, ni le lendemain, mais sur la durée d'une vie, oui. Prétendre qu'un rationnement des prestations permettrait de maîtriser les coûts du système de santé est aller un peu vite en besogne. Ce dont ce système a besoin, c'est de solutions de fond, agissant sur la durée, ce qui suppose une perspective mûrement réfléchie.

Beat Meister lui-même, ayant fini par comprendre que les solutions globalisantes ne menaient à rien, a retiré sa proposition. On observe néanmoins que le terrain des solutions radicales est ensemencé et que d'autres propositions extrêmes sont à prévoir.



La recherche génère du progrès ainsi que de nouvelles possibilités de traitement. Mais en multipliant les possibles, on multiplie également la demande.

Photo: iStockphoto

Création de valeur dans le système de santé

Les vrais générateurs de coûts

Les propositions de mesures visant à maîtriser la hausse des coûts du système de santé se multiplient à un rythme soutenu. Les plans se succèdent alors même que la politique de santé n'a que très peu de prise sur les vrais générateurs de coûts.

En Suisse, près d'une personne sur trois souffre dès l'âge de 15 ans de maladies chroniques au nombre desquelles figurent par exemple les cardiopathies, les cancers ou les affections des voies respiratoires. D'où, à un tel degré de prévalence, des coûts élevés. Les maladies chroniques sont responsables en Suisse d'environ 80 pour cent des frais de santé directs, auxquels s'ajoutent les frais indirects dus aux interruptions de gain et aux soins prodigués par des proches. Et ces coûts augmentent avec le vieillissement de la population. La Suisse n'est pas seule à connaître de tels défis. Les solutions que les politiciens de la santé des autres pays industrialisés préconisent pour la maîtrise des coûts sont, elles aussi, d'une efficacité toute relative. Surtout là où le pouvoir politique à lui tout seul ne peut pas grand-chose. Ce qui est le cas face aux générateurs de coûts ci-dessous, dont la liste n'est pas exhaustive.

Le progrès médical

Le progrès médical est censé faire baisser les coûts. Ce qui est effectivement le cas – tout au moins calculé au

cas par cas – lorsque, à un traitement éprouvé, en succède un autre qui est moins cher. Exemple, le traitement du diabète de type 1, où les pompes à insuline et les capteurs de glucose permettent de mieux réguler le taux de glycémie. Celui-ci étant bien équilibré, on évite des complications et fait du même coup des économies. Parallèlement s'élève toutefois le nombre de cas. Et, lorsque les possibilités de traitement se multiplient et que la demande se renforce, augmentent aussi les coûts (mais également l'utilité, voir page 3). Ce phénomène est encore beaucoup plus marqué lorsque sont trouvés des traitements contre des maladies jusque-là incurables.

Le développement démographique

Sur le plan démographique se manifestent surtout le vieillissement de la société et l'augmentation de la population. Pour ce qui est du premier point, la hausse des coûts qu'il entraîne tient surtout au fait qu'augmentent les années de multimorbidité chronique, lesquelles, s'accompagnant souvent d'un besoin de soins

très élevé, génèrent des coûts eux aussi très élevés. Quant à l'augmentation de la population, il est évident qu'elle fait augmenter les coûts. Plus la Suisse compte d'habitants, plus la consommation de prestations médicales est grande.

La prospérité générale

Que ce soit en chiffres absolus ou par rapport au produit national brut par habitant, les pays riches ont des dépenses de santé par habitant plus élevées que les pays moins prospères. En termes d'économie, la santé est considérée comme un bien supérieur, dont la demande augmente plus vite que les revenus et conduit ainsi à ce que, à augmentation constante de la prospérité, l'on consacre à la santé une part toujours plus grande de son revenu.

Parce que nous le méritons bien

Les défis auxquels notre système de santé doit faire face sont complexes. Les solutions simples, par exemple le rationnement des prestations, n'ont pas l'effet voulu et le public n'en veut pas. Tout le monde s'accorde à dire que le coût de la santé ne peut croître indéfiniment. Or il est une chose que l'on oublie souvent, à savoir qu'à la hausse des coûts correspond une augmentation de la création de valeur. Explication : ce que produit surtout le système de santé est le bien suprême, extrêmement utile et recherché de tous, que nous appelons la santé.