



Pourquoi les primes augmentent plus vite que les coûts

Peut-on faire mieux que fixer artificiellement le niveau des primes ? Page 3



Médecine: quand il vaut mieux en faire moins

Les médecins ont leur mot à dire quand il s'agit d'économiser sur les coûts de la santé. Page 4



5 bonnes raisons de s'opposer au budget global

La relation de confiance médecin-patient est en grand danger. Page 4

POLITIQUE + PATIENT

Édition spéciale

15^{ème} année

Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG, Société Médicale de la Suisse Romande SMSR, Ordine dei Medici del Canton Ticino OMCT

Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses

Responsables de la rédaction : forum | pr, Planète Santé, Tribuna Medica

Mise en page : Claudia Bernet, Berne ; Impression : Stämpfli AG

Les atouts de notre système

Le système de santé suisse en danger

La Suisse passe pour avoir l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, mais aussi l'un des plus chers. Raison de plus pour ne pas tomber dans le piège des fausses économies.

Rédaction : planète santé, SMSR



Le parlement discute de mesures qui, à l'avenir, compliqueront l'accès aux prestations médicales pour les patients.

Photo: Keystone

Faire des économies est un excellent principe. Sauf si les effets négatifs annulent les bénéfices de l'opération. La question se pose actuellement dans le domaine de la santé, avec les mesures de contrôle des coûts proposées par le Conseil fédéral et qui seront discutées par le nouveau parlement.

Efficacité suisse reconnue

Le système de santé helvétique est très bien noté. La Suisse figure ainsi en première position au classement 2018 de l'Euro Health Consumer Index (EHCI), qui inclut 35 pays. En 2017, la revue médicale The Lancet

Suite à la page 2

Editorial

La profession médicale unie

Les médias aiment dépeindre la profession médicale comme un milieu divisé. Il existe de nombreux articles traitant de controverses autour de la révision des tarifs ou du conflit entre les médecins généralistes et les spécialistes. Pour faire la une des journaux, on décrit une situation de discord qui n'a pas grand-chose à voir avec la réalité. Les médecins ne se soucient pas que de leurs propres intérêts.

Si le bien-être du patient est menacé, que le rapport de confiance médecin-patient est altéré ou que la qualité du système de santé est en jeu, les médecins s'allient rapidement pour faire face au problème. Ils trouvent un terrain d'entente et alertent ensemble des conséquences d'une ingérence politique.

C'est également l'objectif de cette édition spéciale de Politique+Patient. Au printemps de cette année, les responsables des organisations médicales faîtières des différentes régions linguistiques se sont réunis : la Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften (VEDAG), la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) et l'Ordine dei Medici del Canton Ticino OMCT.

Ensemble, ces trois organisations régionales ont examiné les idées de réformes actuelles en détail et identifié les failles ainsi que les avantages de notre système. Une enquête nationale a également été menée auprès des candidats au Conseil national et au Conseil des États. Tous les résultats ont été rassemblés dans cette édition spéciale. Elle vise à servir de guide aux parlementaires récemment élus pour les aider à programmer des réformes utiles.

Dr Aldo Kramis, directeur de la commission de rédaction de VEDAG

l'avait placée dans le peloton de tête d'une étude portant sur la performance et l'accessibilité des soins dans 195 pays. L'espérance de vie des Suisses, qui affiche la progression la plus élevée au monde parmi les pays industrialisés (OECD health data 2018) et atteint actuellement 83,7 ans, est le reflet de cette excellence. « Au grand âge, les Suisses sont ceux qui se portent le mieux et qui souffrent le moins de limitations fonctionnelles », précise Philippe Eggimann, président de la Société médicale de la Suisse romande (SMSR).

Le prix de l'excellence

Cependant, un réseau de soins qui comprend plus de 430'000 professionnels de la santé et 350 hôpitaux (soit une moyenne de 4,5 hôpitaux pour 100'000 habitants) a forcément un prix. La Suisse y consacre plus de 80 milliards de francs par année, près de 11 % de son PIB, ce qui en fait l'un des pays avec les plus fortes dépenses médicales au sein de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Il y a une logique simple à cela : tout patient bien soigné souffrira plus tard d'une autre maladie, qui entraînera de nouvelles dépenses. Ainsi, des coûts élevés sont compatibles avec un système de santé efficace ; cela ne signifie pas que les traitements sont erronés. De façon tout aussi logique, la population s'inquiète de la hausse des primes d'assurance-maladie. Dans les sondages réalisés en perspective des élections fédérales du 20 octobre, ce problème apparaît en tête des préoccupations des partisans de quatre partis, à savoir le PS, le PLR le PDC et le PBD.

Propositions dangereuses

Diverses mesures sont à l'examen au parlement pour freiner la tendance, dont l'introduction de budgets globaux qui, dans les faits, conduirait à un rationnement des soins. Or, dans les pays qui ont testé cette solution, comme l'Angleterre, l'Allemagne et les États-Unis, on n'observe pas de stabilisation des coûts de la santé. Au contraire. Dans son édition du 23 juin, le quotidien britannique The Guardian constate que l'espérance de vie de la population anglaise a diminué de six mois depuis 2013, ce qui serait lié à la réduction des budgets de la santé. Les plafonnements budgétaires entraînent presque inmanquablement des délais d'attente, mais tous les patients ne sont pas également touchés : les plus aisés peuvent continuer à se faire soigner grâce à la souscription d'assurances complémentaires ou privées. Ainsi, l'espérance de vie des Américains varie de plus de 12 ans en fonction de leur niveau socio-économique, selon le Journal of the American Medical Association (JAMA). « Avant d'accepter des mesures qui correspondent toutes à une forme de rationnement, il est important d'analyser leurs conséquences dans d'autres pays », estime Philippe Eggimann.

Des solutions de bon sens

En Suisse, les efforts pour maîtriser les coûts de la santé se sont essentiellement traduits par un transfert massif des traitements stationnaires vers l'ambulatoire, plus économique mais entièrement à la charge des assureurs-maladie – d'où la spirale inflationniste des primes. Parallèlement, la facturation de prestations en stationnaire a diminué au point que certains hôpitaux sont entrés dans les chiffres rouges, nécessitant toujours plus de subsides. Des solutions empreintes de bon sens existent pourtant. Citons l'initiative smarter medicine.

La SMSR propose pour sa part de faire participer les cantons au financement du secteur ambulatoire, mais (au moins dans un premier temps) seulement pour six prestations qui ne sont de toute façon plus remboursées qu'en ambulatoire, suite à une récente décision fédérale. Il s'agit d'interventions fréquentes (p.ex. hernies inguinales, varices des jambes, arthroscopie du genou...). Une proposition plus radicale, qui étendrait cette participation des cantons à la totalité des prestations ambulatoires, sera prochainement discutée au parlement. Mais en l'absence de statistiques indépendantes dans le domaine de l'assurance-maladie, il vaut mieux commencer par réaliser une sorte de galop d'essai pour pouvoir mesurer objectivement l'impact de la mesure.

Sondage SMSR, VEDAG, OMCT

Des changements en perspective ?

Cet été, les organisations VEDAG, SMSR et OMCT ont mis à disposition des candidats aux élections fédérales un sondage en ligne leur permettant de se positionner sur différents enjeux du thème de la santé et de ses coûts. Pas moins de 331 candidats de presque tous les cantons et partis ont accepté de jouer le jeu.

Les tendances principales suivantes pour la prochaine législature ont pu être identifiées :

L'écrasante majorité des répondants (94%) souhaitent au moins préserver, voire encore améliorer la qualité actuelle du système suisse de santé. Des améliorations ciblées de l'accès à l'offre médicale et sanitaire pour la population étaient d'ailleurs envisageables pour la majorité des candidats de gauche et de droite.

Seule une minorité de candidats, même à droite, souhaitent à l'été 2019 diminuer clairement les coûts de la santé ou les geler à leur niveau actuel. Une légère hausse des coûts en deça de la progression du PIB semblait l'unique scénario capable de réellement réunir une majorité ces prochaines années.

A gauche comme à droite, une très forte majorité de candidats considéraient qu'il n'est pas acceptable à long terme que les primes continuent d'augmenter de manière plus élevée que les coûts de la santé, avec pour effet de renforcer les réserves des assureurs-maladie au détriment du budget des ménages. Les candidats s'exprimaient d'ailleurs en majorité pour une baisse compensatoire des primes pour 2020, ainsi que pour une participation des cantons aux prestations résultant du virage « ambulatoire ».

Pour maîtriser la hausse des coûts, les pistes suivantes semblaient cet été avoir le plus de chances de séduire une majorité de futurs parlementaires : soutien accru à la prévention et à l'information ; encouragement à la « smarter medicine », réduction des charges administratives pour les médecins (hôpital et cabinet), optimisation des coûts via une réduction des prérogatives des cantons.

Résultats complets du sondage :

www.vedag.ch / www.smsr.ch / www.omct.ch

Les primes dépassent le besoin de financement du système !

Le surplus de richesse des assureurs appauvrit les assurés. Par principe, il est normal que les charges des assurés (primes et participations aux frais) puissent augmenter plus que les coûts bruts de la LAMal. Toutefois, la différence entre la croissance des charges assumées par les assurés et le coût des soins médicaux doit se maintenir dans des limites raisonnables. Ce n'est à ce jour pas le cas.

Rédaction : Tribuna Medica, OMCT (tribune de Bruno Cereghetti, expert santé et socialité et consultant auprès de l'OMCT)

Les primes d'assurance peuvent dépasser les coûts. En effet, les recettes engendrées par les assurés doivent couvrir non seulement les coûts des soins, mais aussi les autres frais d'exploitation des assureurs, tels que les coûts administratifs et de maintien de fonds propres adaptés à leur activité (réserves de sécurité). Mais aujourd'hui, cette différence est excessive !

Réserves minimales disproportionnées

Selon des estimations, fin 2018, les fonds propres des assureurs (les réserves) au niveau national dépassaient le minimum légal de 4,3 milliards de francs suisses si l'on tient compte des critères plus que généreux de la Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSA-Mal), et de 5,1 milliards selon les critères bien plus raisonnables fixés en 2006 par M. Pascal Couchepin, conseiller fédéral. Nous pouvons en tirer une première conclusion : par principe, les primes encaissées ont dépassé les exigences de couverture des frais du système de la LAMal. Mais l'histoire ne s'arrête pas là.

Les critères réglementaires fixés en 2012 concernant les réserves minimales sont disproportionnés pour une assurance qui, par la voie ordinaire, peut revaloriser les primes chaque année et qui, au besoin, peut même intervenir immédiatement en appliquant une augmentation extraordinaire des primes en cours d'année. Nous avons donc affaire à une assurance caractérisée par des risques d'exploitation mineurs par rapport à d'autres.

D'où vient donc cet excédent de réserves et comment s'est-il accumulé ? La réponse est simple : il vient des primes payées en plus par les assurés dans les cantons. Les réserves, aujourd'hui mesurées au niveau national, correspondent à la somme des résultats d'exploitation de chaque canton, c'est-à-dire du lieu où les primes et les prestations sont en lien direct.

Déséquilibre dans les cantons

Si nous voulons approfondir l'examen de la formation des réserves au niveau de chaque canton, la tâche de-

vient impossible, en raison de l'entêtement de l'OFSP. L'organisme refuse de publier les résultats d'exploitation de chaque assureur concernant la LAMal dans chaque canton. La publication de ces résultats est l'unique moyen de savoir une fois pour toutes si la LAMal fonctionne correctement au niveau de chaque canton. Un exemple pour illustrer cela. Si le canton A enregistre un trop-perçu de 100 et le canton B un manque de 96, le résultat enregistré au niveau national est de +4.

Cela donne donc l'impression d'une exploitation adaptée et vertueuse. L'équilibre enregistré au niveau national est pourtant uniquement théorique, et cache un sérieux déséquilibre dans les cantons.

C'est précisément ce qu'il s'est passé dans la réalité du fonctionnement de la LAMal. Il y a quelques années,

une affaire a éclaté concernant les primes excédentaires dans certains cantons et déficitaires dans d'autres. Cette distorsion n'a pas été mise en avant par l'OFSP, qui a cherché au contraire à camoufler ou minimiser l'affaire, jusqu'à un examen sérieux et approfondi réalisé dans certains cantons.

Connaître les résultats financiers – bannir le spectre des financements transversaux

Face à la pression, le Parlement a ensuite cherché à corriger cette dérive. Toutefois, le résultat, qualifié au sein de l'hémicycle de « compromis du compromis », s'est révélé être en réalité un pansement tout à fait inefficace et même formé d'éléments inconstitutionnels, comme l'a déterminé le Tribunal fédéral (9C_125/2016).

Malgré la tentative (bâclée) de rééquilibrage des primes, la réalité de l'affaire laisse présumer que, sur la période de 1996 à 2017, pas moins de 14 cantons ont enregistré des financements déficitaires. En pratique, les primes ont été insuffisantes pour couvrir les coûts du système.

La conclusion est amère : la situation d'équilibre enregistrée au niveau national est le fruit de financements transversaux entre cantons réalisés par les assureurs.

Il est essentiel de connaître les résultats financiers de chaque assureur au sein de chaque canton. Il s'agit de l'unique moyen dont nous disposons pour savoir avec suffisamment de certitude si l'augmentation des primes est bien proportionnelle à celle des coûts bruts du système cantonal. Cette information permettrait de bannir le spectre des financements transversaux entre cantons, qui sont une dérive en matière d'équité.



Les caisses d'assurance-maladie sont légalement tenues de constituer des réserves minimales. Mais les critères sont appliqués de façon disproportionnée. Photo : Keystone

Quand le mieux est l'ennemi du bien

Quand il s'agit de faire des économies sur les dépenses de santé, les médecins ont leur mot à dire. Grâce à l'initiative Smarter Medicine, ils évitent déjà de prescrire des traitements peu utiles, voire inutiles.

Rédaction : P+P, VEDAG

En pleine saison électorale, les dépenses de santé font l'objet d'intenses discussions sur les estrades et dans les courriers des lecteurs. La gauche mise sur une répartition des coûts. Elle demande des dépenses supplémentaires pour faire encore baisser les primes. La droite, en revanche, considère que la Suisse n'aura pas, à long terme, les moyens d'un système de santé aussi coûteux. Le PDC veut donc limiter le budget, l'UDC restreindre l'offre médicale. Et les radicaux comptent faire jouer la concurrence pour renforcer le système actuel et ses acteurs. Voici les recettes des politiciens.

Les médecins veulent des économies sans perte de qualité

Lors de ces discussions, la critique s'adresse en grande partie aux médecins. On leur reproche de faire eux-mêmes partie du problème : ils sont accusés de céder aux mauvaises incitations et d'alourdir du poids de leurs revenus élevés les charges qui pèsent sur le système. Or, ils ont eux-mêmes tout intérêt à ce que le système de santé, dont ils font partie, fonctionne bien. Contrairement aux politiciens, les fournisseurs de prestations réclament des réductions budgétaires qui n'altéreraient pas la qualité des soins.

Une médecine plus intelligente

Smarter Medicine est une mesure qui n'affecte ni l'accès aux soins ni la qualité des prestations médicales. Lancée en 2014, cette initiative attire l'attention sur les traitements inadaptés ou excessifs. Son message est le suivant : s'agissant de certains traitements, un allègement des soins médicaux peut améliorer la qualité de vie des patients.

Plusieurs sociétés médicales spécialisées ont déjà publié des listes de traitements souvent prescrits mais peu

utiles, voire inutiles. Si les médecins s'abstenaient de prescrire les médicaments de ce « top 5 », on économiserait de l'argent, mais pas seulement. Bien des fois, peu efficace, le traitement constitue pour le patient une contrainte dont il se serait volontiers passé. Les patients et les médecins devraient donc plus souvent prendre ces décisions d'égal à égal, et se demander quel serait en l'occurrence le traitement le plus judicieux.

L'initiative Smarter Medicine se développe lentement mais sûrement. Depuis 2017, elle est portée par un comité de soutien. Outre des organisations de spécialistes et de professionnels, l'orientation de cette campagne est également soutenue par des associations de patients et de consommateurs.

Mettre en pratique la devise « ambulatoire avant stationnaire »

Une autre mesure de réduction budgétaire qui ne pénalise pas les patients est le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). En transférant à l'ambulatoire des prestations aujourd'hui fournies en stationnaire, on économiserait chaque année un milliard de francs, selon la FMH. Pour éviter toute répercussion sur le coût des primes, il serait toutefois impératif d'en venir à un modèle de financement uniforme.

L'EFAS permettrait également d'exploiter totalement les avantages et les synergies d'un modèle de soins intégrés en mettant en réseau les médecins traitants, les spécialistes et les hôpitaux. Des études montrent qu'une telle approche permettrait d'économiser des sommes particulièrement importantes. Et notamment pour les maladies chroniques, comme le diabète, ou les pathologies cardiovasculaires, qui représentent environ 80 % des dépenses médicales totales.



Dans le cadre de certains traitements, un allègement des soins médicaux peut améliorer la qualité de vie des patients.
Photo : Keystone

Cinq raisons de s'opposer au budget global

Le Conseil fédéral prévoit l'introduction de budgets globaux. Cela signifie que le nombre de prestations prescrites par les médecins serait limité par un budget. Pourquoi cette idée est dangereuse.

1 Le rapport de confiance médecin-patient est menacé

Les budgets globaux entraînent des instabilités juridiques, sociales et économiques. L'épuisement du budget revient à refuser des patients. Les cas de l'Allemagne et de l'Italie ont montré que lorsque les budgets sont plafonnés, les patients se sentent à la merci de décisions arbitraires. Ils remarquent que leur médecin considère alors leur traitement d'un point de vue économique.

2 Un budget global crée une médecine à deux vitesses

Lorsque les coûts sont plafonnés, les listes d'attente sont longues. Le budget mensuel une fois épuisé, certains patients doivent être refusés. Résultat : ceux qui peuvent se le permettre souscrivent une assurance privée et bénéficient alors des privilèges du système.

3 Administration sans égards pour les patients

Comment l'État s'y prendra-t-il pour décider de la réduction des prestations ? Les professionnels devront-ils rendre compte de leurs décisions quotidiennes ? Vérifier chaque matin leurs e-mails pour s'assurer que l'OFSP n'a pas adopté de nouvelles dispositions ? Une atteinte si radicale a de quoi faire perdre leur motivation aux bons professionnels dont nous avons tant besoin.

4 Augmentation des coûts

La surveillance n'est pas seulement gênante, elle a aussi un coût. En Allemagne, on compte une personne qui répartit et surveille les budgets pour dix médecins en activité. La bureaucratie nécessaire à un tel système correspondrait en Suisse à trois Offices fédéraux de la santé publique.

5 Qui dit budget global dit changement de système

Objectifs globaux, budgets quantitatifs, gestion des coûts ; quelle que soit l'appellation, la conséquence reste la même : l'État impose des objectifs contraignants – autant dire une économie planifiée, comme sous un régime réal-socialiste. Pourquoi devrions-nous transformer si radicalement le meilleur système de santé d'Europe (EHCI 2019) ?