



## Les raisons de l'augmentation des primes

Des facteurs tels que le bilan des caisses-maladie sont souvent négligés par les politiciens de la santé. Page 2



## Éditorial

Les assurances complémentaires offriraient une source bienvenue de financement de la santé estime Fridolin Marty d'économiesuisse. Page 3



## La migration – une tâche gigantesque

L'intégration est très étroitement liée à la santé. On manque encore d'informations. Page 4

# POLITIQUE + PATIENT

13<sup>ème</sup> année

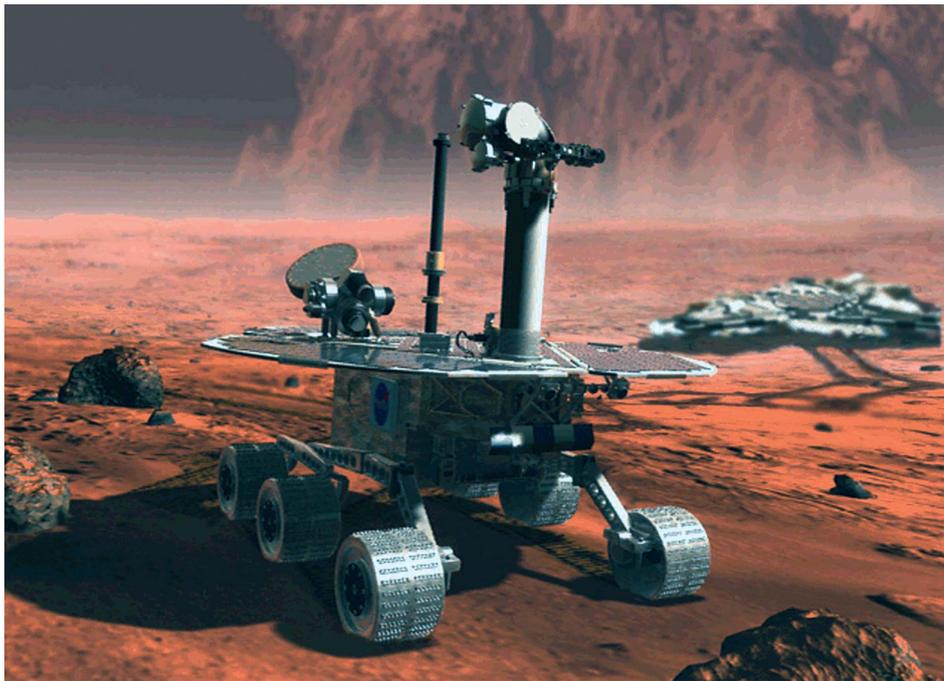
Éditrice: Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM  
Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses

Responsables de la rédaction :

Marco Tackenberg, Gabriela Troxler; forum | pr

Mise en page: Claudia Bernet, Berne

Impression: Stämpfli AG



La mission MARS a-t-elle échoué? L'Office fédéral de la santé publique fait pour l'instant marche arrière et ne demande pas de données qui permettraient d'identifier des patients.

Photo: Keystone

Projet MARS

## Atterrissage forcé de la mission MARS

**Disproportionnée, illicite, incomplète: la façon dont les autorités s'y sont prises pour élaborer les bases statistiques du secteur ambulatoire de la santé (projet MARS) leur a valu de vifs reproches de la part des organisations professionnelles médicales. Les voilà donc qui font maintenant marche arrière.**

La Suisse manque de données chiffrées sur les soins ambulatoires. Des lacunes statistiques existent avant tout pour les cabinets médicaux et les services ambulatoires des hôpitaux, qui représentent presque un quart des coûts totaux de la santé. L'OCDE relève régulièrement l'absence de système d'information dans

ses rapports concernant la Suisse. En décembre 2007, le Parlement a adopté la loi révisée sur l'assurance maladie et approuvé, du même coup, les deux articles de loi réglant l'extension de la base des données du domaine ambulatoire. Le législateur a chargé l'Office fédéral de la statistique OFS de la constitution et de

l'exploitation d'un système d'information. À l'enseigne de MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé), les responsables de la Confédération ont fait avancer les travaux.

### Une surveillance très poussée

L'ordonnance révisée sur l'assurance-maladie, quant à elle, a essuyé un rejet cinglant de toutes les parties prenantes. Cantons, sociétés médicales et organisations de patients ont rarement eu la dent aussi dure lors d'une consultation.

Telle qu'elle était présentée, l'ordonnance aurait contraint les cabinets médicaux, les services ambulatoires des hôpitaux et les établissements de soins à fournir des montagnes de chiffres clés sur le personnel, les patients, les prestations et les finances. Les personnes concernées auraient été non seulement tenues de divulguer l'ensemble des données comptables, mais aussi d'indiquer de manière exhaustive les diagnostics ainsi que l'âge, le sexe et l'état de santé des patients. D'où la réaction de la Fédération des médecins suisses FMH, selon laquelle les autorités outrepassaient les objectifs du législateur. La loi sur l'assurance-maladie LAMal autorise la collecte de données permettant de s'assurer que les prestations des cabinets médicaux ou des services ambulatoires des hôpitaux sont de caractère économique et de bonne qualité. Mais cela ne suffisait manifestement pas aux autorités, qui aspiraient à une surveillance étendue du médecin et du patient. Si c'est de contrôler l'exploitation des cabinets médicaux ou d'identifier des patients qu'il s'agit, cela peut très bien se faire sur la base des chiffres comptables pour les premiers ou des données diagnostiques pour les seconds.

### Un affaiblissement du secret médical

Les organisations médicales se sont opposées avec véhémence à cette fringale de données des autorités, qu'elles ont accusées de manquer de proportionnalité et d'enfreindre la loi en exigeant des médecins qu'ils

*Suite à la page 2*

communiquent sur eux-mêmes et leurs patients des données personnelles, et ce de manière individuelle et non dans le cadre d'un collectif de données. En août 2015, le risque d'un affaiblissement du secret médical ne faisait donc plus l'ombre d'un doute pour la FMH. La Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM estime, elle aussi, qu'il n'y a pas besoin de données personnelles pour faire des comparaisons d'exploitation et que suffiraient pour cela des indications sur le nombre et la structure des cabinets médicaux ou des services ambulatoires des hôpitaux.

### **Quand les autorités adoptent un mauvais comportement**

La CCM a même vu dans l'ordonnance une confusion des tâches légales. Selon la loi sur l'assurance-maladie, les traitements médicaux doivent être efficaces, appropriés et de caractère économique. La CCM estime qu'il incombe à l'assureur de vérifier si les fournisseurs de prestations médicales respectent ces critères. En contrôlant elle-même le caractère économique des établissements médicaux, la Confédération agirait de manière illicite. La FMH subodorait, elle aussi, une manœuvre des autorités consistant à profiter de la modification de l'ordonnance pour s'arroger de nouvelles tâches.

### **Un règlement lacunaire**

Début janvier 2016, l'ordonnance controversée est entrée en vigueur. Les objections formulées par le corps médical sont restées lettre morte. Le manque de transparence et l'insécurité juridique perdurent. Et ce malgré un règlement de traitement officiel de l'Office fédéral de la statistique. Tout semble indiquer que les autorités veuillent délibérément se ménager la possibilité d'élargir à leur guise le volume de la collecte de données. Comment expliquer, sinon, qu'elles insistent à ce point sur l'utilisation de relevés de données individuelles. Pour la CCM, cela est incompréhensible. Si les données patients sont communiquées sous forme de données individuelles, rien, en effet, n'est plus facile pour les assureurs que d'identifier les patients concernés sur la base des données de facturation en leur possession.

### **Quand MARS devient temporairement MAS**

Une expertise juridique recommande aux organisations médicales d'accueillir le règlement de traitement avec la plus grande réserve et le plus grand scepticisme. Si les autorités devaient ne pas donner suite à l'exigence d'une collecte de données proportionnée et conforme au droit formulée par le corps médical serait à envisager, dit cette expertise, une attitude de refus généralisée. La pression exercée par le corps médical porte ses fruits: le 15 novembre 2016, les statisticiens de la Confédération ont certes commencé la collecte –

mais sous une forme modifiée. MARS est devenu MAS (Medical Ambulatory Structure): il est demandé aux cabinets médicaux et aux centres ambulatoires de fournir à des fins statistiques, avec délai à février 2017, des données structurelles agrégées. L'Office fédéral de la santé OFSP aussi a revu ses prétentions à la baisse: il renonce pour l'instant aux données individuelles et à l'exercice de sa fonction de surveillance des cabinets médicaux et des centres ambulatoires, et ce pour une raison qui ne manque pas de sel: l'absence de bases légales. Une absence à laquelle, à lire leur courrier officiel, les autorités ont bien l'intention de remédier à brève échéance.

Ceci est un signal d'alarme pour beaucoup d'organisations médicales. Elles recommandent à leurs membres d'attendre que toutes les questions juridiques aient été clarifiées. Les médecins veulent bien contribuer à ce que la Suisse dispose de données fiables et significatives sur le secteur de la santé ambulatoire – mais pas au détriment de la sécurité des patients et de la protection des données.

Caisses-maladie

# Les raisons de l'augmentation des primes

**Le calcul des primes de caisse-maladie est un processus complexe, reposant en grande partie sur des estimations et faisant aussi intervenir des facteurs que ni les médecins ni les patients ne peuvent influencer.**

Nous nous sommes presque habitués à ce que les primes de caisse-maladie ne cessent d'augmenter. Mais il ne faudrait pas pour autant s'en prendre uniquement aux médecins surprescripteurs ou aux patients douillets, qui se précipitent aux urgences pour le moindre bobo. D'autres aspects méritent également considération: par exemple le soutien politique aux traitements ambulatoires, la pyramide des âges des cantons ainsi que le bilan des caisses-maladie.

### **Les soins ambulatoires font augmenter les primes**

Les primes de caisse-maladie ne sont pas seules à aug-

menter d'année en année en Suisse, les coûts de la santé aussi. Mais, contre toute attente, ces mouvements ne sont pas parallèles. Depuis 1996, date à laquelle la nouvelle loi sur l'assurance-maladie a été introduite, les coûts de santé ont augmenté de 66% et les primes de 102%. Comment un tel décalage est-il possible?

Une des raisons tient à la répartition des coûts: les prestations ambulatoires sont financées en totalité par les caisses-maladie, c'est-à-dire par les payeurs de primes, alors que les prestations stationnaires le sont en majeure partie par les impôts. Voulant maintenir les coûts de la santé à un bas niveau, les politiciens exigent qu'un maximum de traitements soient pratiqués en

ambulatoire. Or l'augmentation des soins ambulatoires fait monter les primes en flèche et grève le budget des ménages suisses. Cette contradiction ne pourrait être levée que si le financement des prestations stationnaires et ambulatoires était le même.

### **Les «vieux» cantons n'ont pas de chance**

La pyramide des âges influe elle aussi sur le montant des primes de caisse-maladie. Bruno Cereghetti, conseiller de la chambre des médecins tessinois (Ordine dei medici) et ancien directeur de l'Office de l'assurance-maladie tessinois, en fait la démonstration. Cet effet est particulièrement marqué dans le canton du Tessin, où l'âge moyen de la population – 44,6 ans – est le plus élevé de Suisse. Il n'est donc pas étonnant que les primes de caisse-maladie du Tessin soient parmi les plus élevées du pays. S'appuyant sur les données de l'Office tessinois de la statistique, Bruno Cereghetti a calculé la mesure dans laquelle les primes seraient modifiées si la pyramide des âges du canton était équivalente à celle de la Suisse. Résultat: les primes payées au Tessin seraient de l'ordre de la moyenne nationale. Commentaire de Bruno Cereghetti: «Le niveau de primes particulièrement élevé du Tessin est souvent mis sur le compte d'une surabondance de soins médicaux. Mais comme le mon-

trent mes calculs, certains cantons ne pourront jamais avoir des primes aussi basses que d'autres.»

### **Le résultat d'exploitation de l'assureur influence les primes**

Bruno Cereghetti attire l'attention sur un autre point ayant une influence sur les primes, à savoir la prise en compte dans le calcul des primes du bilan des caisses-maladie ainsi que de leur déficit annuel.

Les primes des caisses-maladie sont calculées au deuxième semestre de chaque année sur la base d'estimations. Dans le calcul de l'assureur entrent aussi bien l'évolution courante des coûts que le résultat d'exploitation de l'année précédente. Bruno Cereghetti: «Les chiffres clés du bilan jouent en l'occurrence un rôle qui n'est pas d'une très grande importance mais que l'on aurait tort de négliger, comme ont malheureusement tendance à le faire les politiciens de la santé.» Au lieu de quoi les médecins se voient accuser de faire de la surconsommation médicale. À quoi s'ajoute que ces chiffres peuvent varier très fortement d'une année sur l'autre.

Les quatre positions qui pèsent le plus sur le bilan des assureurs sont: les investissements sur le marché des capitaux, la compensation des risques, les provisions ainsi que les produits d'exploitation et autres produits. La suppression de ces quatre positions suffirait à combler le déficit des caisses-maladie de 2015.

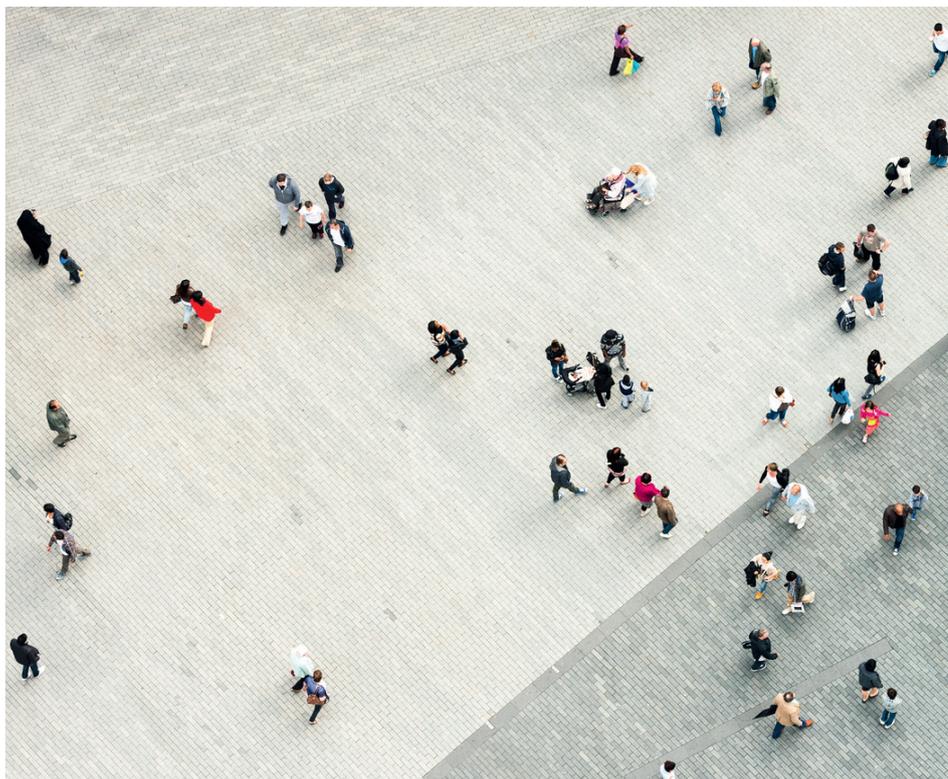
Ce déficit s'élevait à environ 607 millions de francs pour la Suisse. Intégré au calcul des primes, il est à l'origine – avec d'autres facteurs – de la hausse des primes de 2017. Bruno Cereghetti: «Si quelques caisses-maladie ont des réserves leur permettant de

couvrir leur déficit, d'autres flirtent déjà avec la limite et sont donc obligées de le compenser par des hausses de primes.» Ce dont les politiciens de la santé devraient être davantage conscients.

### **Un nouveau client n'apporte pas de réserves**

Mentionnons encore que les changements fréquents de caisse font, eux aussi, augmenter les primes. Si les coûts administratifs qui en résultent représentent certes moins de 1 pour cent du volume de primes, ils n'en ont pas moins une influence sur les réserves financières des caisses-maladie. Car les réserves que l'assureur constitue grâce à un client au fil des années ne passent pas à l'assureur suivant, lequel est obligé d'en constituer de nouvelles. L'assureur qui attire de nouveaux clients en jouant sur les prix sera donc contraint de constituer de nouvelles réserves les années suivantes et d'augmenter ses primes plus fortement que les autres caisses, ce qui lui fera perdre de son attractivité.

Bruno Cereghetti fait cependant remarquer que l'augmentation des primes est plus ou moins la même chez tous les assureurs et que ce sont toujours les mêmes groupes qui sont touchés, quelle que soit la caisse: en 2017 les mineurs, en 2016 les assurés selon le modèle du médecin de famille. Bruno Cereghetti voit dans cette bizarrerie le signe du peu d'intérêt que les assureurs portent à une véritable concurrence. Il serait bon que l'Office fédéral de la santé publique examine cette situation de plus près.



En 2016 ce sont les assurés du modèle du médecin de famille qui ont été touchés, en 2017 les jeunes – bien que les caisses-maladie fassent leurs calculs de manière différente, les primes augmentent souvent pour les mêmes groupes.

Photo: iStockphoto

Éditorial

## **Donner un nouvel élan aux assurances complémentaires**

Comme les prises en charge de l'assurance de base sont de plus en plus souvent ambulatoires, le domaine hospitalier perd de son importance. Ce changement structurel est à l'origine de nombreux malentendus: ainsi les détracteurs des caisses-maladie ont prétendu à plusieurs reprises que les caisses exigeaient des primes trop élevées, car augmentant plus fortement que les coûts totaux du secteur de la santé. Chiffres à l'appui, les caisses, quant à elles, démontrent aux médecins qu'ils facturent trop de consultations par rapport à l'évolution de la population (cf. l'éditorial de Jürg Schlup dans le numéro 3/16 de *Politik+Patient*).

La raison de ces deux conclusions, aussi fausses l'une que l'autre, tient au fait que les traitements se déplacent du stationnaire vers l'ambulatoire, lequel est entièrement financé par les primes des caisses-maladie, alors que les prestations stationnaires sont payées en majeure partie avec l'argent des impôts. Résultat, le payeur de primes supporte le 100% de la hausse des coûts de l'ambulatoire contre 45% seulement de celle des coûts du secteur stationnaire. Ce changement structurel a pour conséquence des hausses de primes plus importantes et un nombre de consultations plus élevé chez les médecins du domaine ambulatoire.

Mais il est un autre aspect de cette transformation que l'on a souvent tendance à oublier, à savoir que le secteur des assurances complémentaires, essentiellement stationnaire, s'est littéralement effondré. Son volume ne représente plus aujourd'hui que le quart de ce qu'il était en 1996. Depuis l'introduction de la LAMal, les assurances complémentaires ont plongé de près de 38% à moins de 4% du volume de l'assurance de base. Avec ce recul s'est aussi tarie pour le secteur de la santé suisse une importante source de financement privé. La conséquence: une augmentation correspondante du financement public-collectif qui encourage la politisation du secteur de la santé et la volonté de le réglementer. Il s'agit maintenant de casser ces tendances. Le domaine ambulatoire à lui aussi besoin pour les prestations supplémentaires d'un espace permettant aux caisses de recommencer à proposer des produits d'assurance complémentaire attractifs.



### **Le Dr Fridolin Marty**

est responsable de la politique de santé à l'économie suisse. Dans cette fonction, il s'engage pour un secteur de la santé libéral.

# Une tâche gigantesque

## L'arrivée de migrantes et de migrants venus du monde entier place le système de santé suisse devant de nouveaux défis.

Le monde bouge, la migration est un sujet récurrent. Nous sommes confrontés à l'afflux de réfugiés le plus important que l'on ait connu depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Les défis sont importants, mais pas insurmontables. La Suisse a une longue tradition de terre d'immigration et d'asile. Elle connaît aussi l'autre face de la migration: il y a à peine quatre générations, les communes suisses offraient de l'argent à leurs citoyens qui décidaient d'émigrer. De Bulle FR à l'Oregon, USA, par exemple.

### Immigration, émigration, asile

Nous vivons et travaillons aujourd'hui où bon nous semble. La migration est le reflet de notre monde globalisé. Mais il en est tout autrement quand les gens se voient contraints de quitter leur patrie parce qu'ils ne s'y sentent plus en sécurité ou qu'ils n'ont pas d'autre choix économique. Lors de la Public Health Conference de novembre 2016, Mario Gattiker, du Secrétariat d'État aux migrations SEM, estimait que les mouvements de réfugiés constituaient en 2016 environ 20% des migrations à destination de la Suisse. Et cela n'est pas près de changer. En septembre 2016 vivaient en Suisse plus de 110 000 requérants d'asile, personnes admises à titre provisoire et réfugiés, dont 40% de moins de 17 ans.

### Un défi de taille pour le système de santé suisse

Ces déplacements mettent le système de santé suisse en difficulté. La migration, mais surtout la fuite, est très éprouvante pour l'être humain. À son état de santé et à son accès aux soins avant la migration s'ajoutent les expériences faites en route ainsi que les nouvelles réalités qu'il trouve à son arrivée. Directeur de l'International Center for Migration, Health and Development ICMHD à Genève, Manuel Carballo voit là un réel potentiel de conflit. Le système de santé doit s'adapter à des maladies telles que le paludisme, la dengue, la fièvre jaune, la bilharziose (maladie parasitaire), la tuberculose ou le VIH, dont la Suisse a parfois oublié jusqu'au nom.

### La peur de la mort silencieuse

La peur des maladies transmissibles, contagieuses et à caractère épidémique est étroitement liée à la migration, dit le Dr Daniel Koch, de l'Office fédéral de la santé publique OFSP. Il y a 100 ans, les personnes entrant en Suisse étaient encore soumises à des tests approfondis et parfois discutables. Cela appartient heu-

reusement au passé. Mais la division des Maladies transmissibles de l'OFSP lutte toujours contre les peurs que ces affections suscitent au sein de la population. Migrants et migrants, souligne Daniel Koch, ne propagent pas de maladies. Il n'y a aucun danger pour la population, mais un besoin d'aide urgent, par contre, pour les immigrants.

La Constitution fédérale garantit certes l'égalité de tous devant la loi. Chacun, quels que soient sa langue, son origine, son statut social et son niveau d'éducation, doit avoir un même accès au système de santé. Or cela est difficile à mettre en œuvre dans la réalité. Les migrants et les migrants doivent être informés au plus vite du fonctionnement du système de santé suisse et savoir où s'adresser en cas de problème. Un défi auquel nous sommes encore assez peu préparés.

### Particulièrement démunis et vulnérables

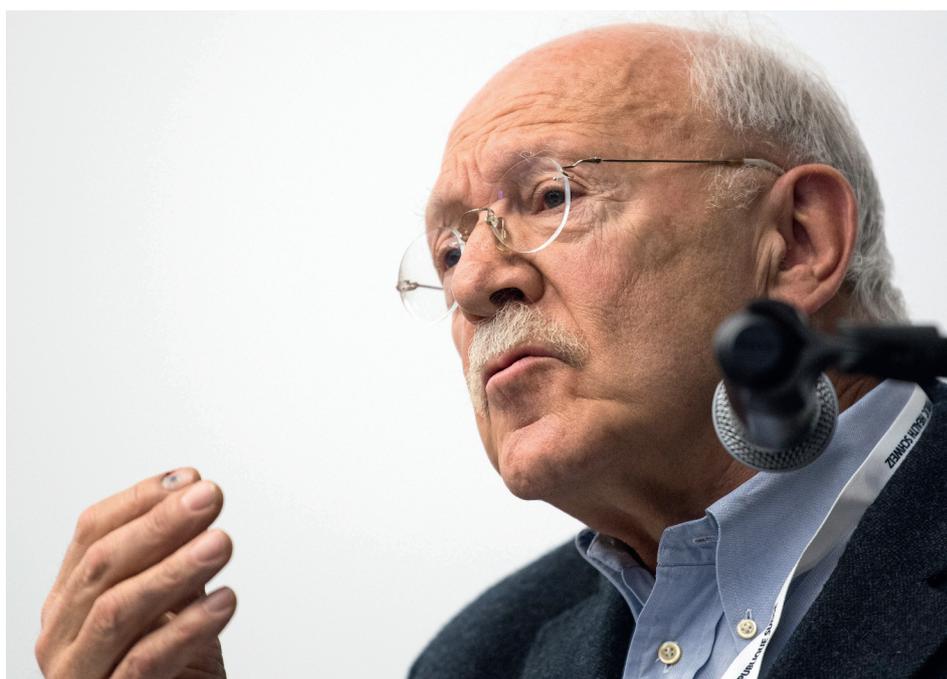
Les plus jeunes sont particulièrement exposés. En 2016, environ 15 000 enfants et adolescents sont arrivés en Suisse, dont 5000 requérants d'asile mineurs non accompagnés, ou RMNA. Selon les estimations, un tiers d'entre eux seraient hautement traumatisés. Les enfants ont été victimes ou témoins de violences. En Suisse, pays d'accueil, les attendent encore d'autres difficultés qui mettent leurs forces à dure épreuve, à savoir le long processus d'immigration, l'incertitude

quant à leur statut légal, les séjours prolongés dans les centres d'accueil, les nombreux changements de lieu et – plus tard – d'école, sans compter la pauvreté, la discrimination, l'absence de famille ou le fait de souffrir eux-mêmes de problèmes psychiques. Les enfants développent des troubles posttraumatiques, des dépressions ou des maladies psychosomatiques.

### Égales en droits, mais seulement sur le papier

La manière dont les enfants traumatisés sont accueillis et traités diffère beaucoup selon les cantons. La situation juridique des requérants d'asile mineurs empêche souvent une égalité de traitement effective, explique la Dre<sup>esse</sup> Anne-Emmanuelle Ambresin, du Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV de Lausanne. Les obstacles administratifs empêchent les enfants de commencer un apprentissage ou une formation élémentaire et d'apprendre rapidement la langue. Des projets tels que «Speak out!» entendent donner une voix aux mineurs particulièrement vulnérables. Les chefs de projet font tout leur possible pour accélérer les formalités administratives. Ils s'investissent dans la formation et le perfectionnement des médecins, qu'ils sensibilisent à la situation particulière des requérants d'asile mineurs non accompagnés.

Berne, précise le conseiller d'État Hans-Jürg Käser, commence par exemple par accueillir les enfants dans des centres sportifs. Supprimant les barrières, compris de tous, évident quant à ses règles, le sport est idéal. Ce n'est que dans un deuxième temps que ces mineurs sont amenés dans des centres d'accueil ou d'asile. Les clubs de foot locaux et l'Union bernoise des arts et métiers s'intéressent de près à ces jeunes, solides et désireux d'apprendre, dont il est évident que beaucoup seront encore parmi nous dans 70 ans.



Le système de santé suisse est-il bien préparé à l'arrivée de personnes de cultures étrangères et à leurs maladies? Assez peu, met en garde entre autres Manuel Carballo, directeur de l'ICMHD à Genève.

Photo: Peter Schneider