Mauvais pronostic ?

Commentaire : les instances politiques doivent entrer en matière sur la baisse des primes. Page 2

Avant les élections

Le financement du système de santé est préoccupant. Nous remettons en question les recettes de réforme des partis politiques. Page 3

« Chacun est responsable de ses données. »

Le spécialiste IT Lukas Schult parle de la protection des données dans le système de santé. Page 4

POLITIQUE+PATIENT

15ème année
Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG
Politique + Patient est un supplément du Bulletin des médecins suisses
Responsables de la rédaction :
Marco Tackenberg, Markus Gubler, Nicole Weber ; forum | pr
Mise en page : Claudia Bernet, Berne
Impression : Stämpfli AG

Les réformes du système de santé

Le cauchemar du budget global

Les milieux politiques veulent à tout prix un budget global. Mais il est un aspect de celui-ci dont nul ne parle jamais, à savoir ce qu'il arrive une fois le budget épuisé ? Politique+Patient explique à quoi doivent s'attendre les patients.

Dans le pire des cas, le budget global devra être décomposé franc par franc pour chaque cabinet médical. Photo : Keystone

Objectifs globaux, frein à la hausse, budgets quantitatifs, pilotage des coûts, autant de termes signifiant invariablement la même chose, c'est-à-dire un budget global pour le système de santé suisse.

Ce qui préoccupe quiconque est malade est que le périmètre de soins serait fixé en fonction de critères politiques et que le droit à l'assurance-maladie s'éteindrait en même temps que le budget. Comment imaginer une chose pareille et quelles en seraient les conséquences pour le patient ?

Des coûts administratifs au lieu de coûts de santé

Le Conseil fédéral a annoncé pour novembre 2019 un deuxième train de mesures anti-hausse dont l'« objectif contraignant » est censé ramener l'augmentation des coûts de santé de 4 % à 2,5 %. *Suite à la page 2*

Orgie de sucre

Les Suissesses et les Suisses n'en finissent pas de grossir. Le nombre de personnes adipeuses a doublé en 25 ans et celui des diabétiques est, lui aussi, en forte augmentation. L'une des premières raisons en est une consommation de sucre excessive, nettement supérieure à la moyenne européenne : près de 50 grammes en 2016, soit le double de la quantité journalière recommandée, contre moins de 40 grammes par jour pour les citoyens de l'UE.

Et ce n'est pas un effet du hasard. Contrairement à la Suisse, beaucoup de pays européens, dont la France, l'Espagne et, dernièrement, la Grande-Bretagne, taxent les produits riches en sucre ajouté. L'effet de cet impôt est multiple. À commencer par une régulation de la consommation de sucre particulièrement efficace dans les milieux défavorisés, qui en sont les principaux consommateurs, et une protection contre des problèmes évitables tels que surpoids, diabète et maladies cardiovasculaires. En vigueur dans une quarantaine de pays, l'impôt sur les sodas est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les mesures prises en Suisse, en revanche, manquent de mordant. Chose incompréhensible, le Conseil fédéral s'en remet à une autorégulation des industriels. À Neuchâtel, une initiative cantonale prônant un impôt sur le sucre a été nettement rejetée par le Conseil national et celui des États. Ceci alors que l'on sait depuis longtemps que le sucre est une des rares denrées alimentaires qui, à l'instar de la cigarette et de l'alcool, sont addictogènes. Il y a fort longtemps que la Suisse taxe l'alcool et le tabac. Il faut maintenant qu'elle en fasse autant pour le sucre. Ce serait en effet le seul moyen d'endiguer l'orgie de sucre à laquelle s'abandonnent ses habitants et d'éviter d'importantes dépenses de santé. Prévenir coûte moins cher que guérir.

Suite de la page 1

Afin de ne pas générer de « coûts injustifiés », les prestataires du système de santé auront à respecter des objectifs de croissance. Hôpitaux, médecins, établissements médicaux-sociaux, physiothérapeutes, soins obligatoires et laboratoires se verront tous assigner un objectif de croissance, autrement dit un budget.

Pour déterminer avec exactitude les niveaux et les modalités de dépense des uns et des autres serait à mettre en place un organisme de surveillance ayant à collecter et évaluer des quantités inimaginables de données. Il faudrait pour cela un réseau de distribution finement ramifié, dont on a un exemple avec l'Allemagne, pays ayant depuis vingt ans un budget global pour son système de santé et où, statistiquement parlant, un médecin sur dix ne fait que de l'administratif. D'où un coût jamais évoqué dans le débat politique suisse sur le budget global. Appliqué à la Suisse, le système allemand supposerait un appareil administatif représentant l'équivalent de trois nouveaux offices fédéraux – rien que pour faire tourner le budget global. Comment, dans ces conditions, espérer économiser de l'argent ? On ne ferait que transférer les coûts ; au lieu d'être au service de la santé, l'argent serait affecté à des tâches administatives. Le fait est que son budget global ne permet pas à l'Allemagne de consacrer à son système de santé une part de son produit intérieur brut nettement plus faible (CH : 12,1 %, DE : 11,2 %). Et il en irait sans doute de même en Suisse. Les cantons de Genève, de Vaud et du Tessin, qui ont déjà un budget global pour leur secteur hospitalier, sont précisément ceux où les primes de l'assurance-maladie sont le plus chères.

Le sixième patient

Le Conseil fédéral ne dit pas comment le 1,5 % de « de hausse injustifiée des coûts » sera économisé, mais il assure que ce sera sans baisse de qualité. Ramené à l'échelle du cabinet médical individuel, le budget global pourrait par exemple être le suivant : sur une durée d'un mois, 5 traitements pour plaies ouvertes, 25 prises de sang, 10 vaccinations anti-rougeole, etc. Et voilà que, du coup, le sixième patient consultant pour une plaie ouverte deviendait une « hausse de coûts injustifiée ». Services d'urgence débordés, entretiens psychosomatiques supprimés, investigations en cas de maladies chroniques non rémunérées, bref : la bonne prise en charge des patients serait gravement compromise.

Mais qu'adviendrait-il de ce sixième patient ? Que se passerait-il une fois dépassés ces « objectifs », ainsi que les appellent avec des accents de socialisme réel les partisans du budget global ? Rien de bien réjouissant, comme le montre, là encore, l'exemple de l'Allemagne. Ayant traité ses cinq plaies ouvertes mensuelles, le médecin refuserait purement et simplement le sixième patient. Beaucoup de cabinets vont jusqu'à décréter des journées entières de fermeture ou à reporter des rendez-vous au trimestre suivant pour ne pas dépasser leur budget. Quant aux patients, ils n'ont plus qu'à s'adresser à des médecins qu'ils ne connaissent ni d'Ève ni d'Adam.

Les conséquences sont prévisibles. Ceux qui en ont les moyens prennent une assurance privée et goûtent aux privilèges du système. Pour eux 5 jours seulement d'attente, au lieu de 38 en moyenne pour une assuré de base de la Rhénanie-du-Nord-Westphalie souhaitant être vu par un ophtalmologiste. Mais il y a pire : en Rhénanie-Palatinat, le délai d'attente pour être reçu par un cardiologue est de 71 jours pour un assuré de base et de 19 jours pour un assuré privé. Voilà qui s'appelle une médecine à deux vitesses.

Les bien portants préférés aux malades

Mais il est une dichotomie encore bien plus pernicieuse en ce qu'elle oblige le médecin à respecter également son budget par patient, de façon à être en règle avec les objectifs et pouvoir en accepter d'autres. Parce qu'ils auront vite fait de faire exploser le quota autorisé, les patients « lourds » deviendront la hantise des cabinets médicaux et obligeront les prestataires à faire une distinction entre patients pas trop malades et patients plus sérieusement atteints. Ou, pour reprendre les termes de l'économiste de la santé allemand Volker Ulrich : « Sous le régime du budget global, un médecin bon gestionnaire est un médecin qui ne s'embarrasse pas à soigner des gens vraiment malades. »

On n'améliorera pas le système de santé suisse sans faire de réformes. Le corps médical est favorable aux mesures d'économie intelligentes, telles que smarter medicine et le chronic care management interprofessionnel, qui ne mettent pas le patient en danger. Aussi n'acceptera-t-il pas le budget global et ira-t-il, s'il faut en arriver là, jusqu'à prendre le référendum contre ce cauchemar.

Commentaire

Mauvais pronostic ?

Au cous des vingt dernières années, les primes de l'assurance obligatoire des soins ont augmenté plus fortement que les dépenses de santé. De 1996 à 2016, le total des dépenses de santé de la Suisse, corrigé du renchérissement, a augmenté d'environ 86 pour cent alors que les primes de l'assurance de base ont progressé de 104 pour cent en moyenne. À quoi cela est-il dû ?

L'une des raisons réside dans la répartition des coûts. Si les prestations ambulatoires sont entièrement financées par les caisses-maladie, autrement dit par les assurés, le financement des prestations stationnaires repose pour la plus grande partie sur des impôts. Le transfert du stationnaire à l'ambulatoire, l'une des préconisations favorites des politiciens de la santé, fait que, dans le système tel qu'il est actuellement, les primes augmentent et grèvent les budgets des ménages.

Pour le calcul des primes sont en outre pris en considération des bilans d'entreprise ainsi que les déficits des caisses, de même que l'évolution momentanée des coûts et les résultats d'exploitation de l'année précédente. Santésuisse, l'une des organisations de la branche, a récemment pronostiqué pour l'année en cours une croissance de 3 pour cent. Ce pronostic est-il réaliste ?

La SMSR, société médicale de la Suisse romande, en doute. Son argument : Selon les chiffres officiels de la Confédération, l'augmentation des dépenses de santé à la charge de l'assurance obligatoire des soins observée pour la période allant des premiers trimestres de 2017 à 2019 ne serait que de 1,2 pour cent. Elle juge inappropriée la croissance des primes estimée par les assureurs. Les caisses ont constitué pour l'exercice 2017 des réserves s'élevant à environ 7,2 milliards de francs. La SMSR et nous sont formelles : les instances politiques doivent entrer en matière sur la baisse des primes.

Dr Aldo Kramis
Responsable du comité
de rédaction P+P VEDAG

Pour leur être utiles, les médecins doivent appréhender les patients dans leur globalité et non les soigner chrono en main. Photo : Keystone

Avant les élections

Faut-il réformer à tout prix ?

Une étude récente* considère le système de santé suisse comme le meilleur d'Europe, mais aussi comme l'un des plus chers. Les idées avancées pour en maîtriser les coûts foisonnent mais ne résistent pas toutes à un examen critique.

Espérant s'attirer les faveurs des électeurs, les partis politiques rivalisent d'initiatives et de propositions censées abaisser les dépenes de santé. Comme le montrent régulièrement les sondages, le fardeau croissant des primes inquiète, en effet, la population.

Les partis font tous de la baisse des primes et des coûts leur cheval de bataille. Le PDC propose par exemple une initiative préconisant un frein à la hausse calqué sur le frein à l'endettement de la Confédération. Une comparaison boiteuse, ignorant le fait que le système de santé, contrairement à la Confédération, est constitué d'un nombre infini de prestaires et de fournisseurs ainsi que de plusieurs organismes de financement. Établir un budget englobant l'ensemble de ses acteurs et en assurer une répartition détaillée représenterait une tâche incommensurable, voire impossible.

Le PLR et l'UDC aiment à répéter qu'une bureaucratie moins encombrante et un sens plus aigu des responsabilités permettraient de réaliser bien des économies. C'est oublier le risque de voir la qualité des prestations de santé se dégrader au détriment des patients.

Pas d'économies sur le dos des patients

La chasse aux bonnes idées est donc ouverte. Que disent les professionnels de la santé ? Par exemple la Fédération des médecins suisses FMH : Contrairement aux politiciens, elle rejette les mesures d'économies qui rationnent les prestations et plafonnent les dépenses. Les médecins refusent de traiter leurs patients chrono en main. Ils veulent pouvoir proposer le traitement le plus efficace et non le moins cher. Les patients sont pour eux des personnes et non de facteurs de coûts.

Au lieu d'un budget global et d'une médecine à deux vitesses, la FMH plaide pour un sytème de santé plus efficient, tel qu'il pourrait être avec un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). En transférant dans l'ambulatoire des prestations aujourd'hui stationnaires, on économiserait chaque année 1 milliard de francs, affirme-t-elle. Mais avec le système actuel, les caisses-maladie n'ont aucun intérêt à ce transfert. Un financement uniforme résoudrait ce problème.

Autre proposition de la FMH visant à une plus grande efficience : la création de régions hospitalières supra-cantonales. Ne serait-il pas plus simple, en effet, de substituer aux 26 systèmes de santé actuels de la Suisse cinq à six régions hospitalières supra-cantonales ? De quoi réduire les surcapacités, supprimer la plupart des doublons et gagner sans doute en qualité.

Il faut adopter une nouvelle perspective

Pour beaucoup de politiciens, le système de santé n'existe que comme facteur de coûts. Or, la santé n'est pas un bien de consommation. À la différence du rapport purement économique qui s'établit entre un acheteur et un vendeur existe entre le médecin et son patient une relation de confiance. Une confiance qui conditionne en partie le processus de guérison et ne doit pas être abîmée. Et c'est pourtant ce qui se produirait si le financement des prestations de santé était régi par un budget global et un frein aux coûts. Car le patient ne saurait jamais, dans ce cas, si le médecin agit dans l'intérêt de sa santé ou s'il a en vue des incitations financières.

La relation de confiance entre médecin et patient dépend notamment de l'idée que s'en fait le thérapeute. Pour lui être le plus utile possible, le médecin doit appréhender son patient dans sa globalité. Chaque cas est complexe, chaque cas est différent. Selon le parcours du patient, selon les conditions sanitaires dans lesquelles il vit – âge, genre de vie, etc. – , même le terme de guérison peut sous-entendre un degré plus ou moins complet de santé. Ce sont là des particularités qu'une réforme purement financière serait incapable de prendre en compte.

* Euro Health Consumer Index 2018

Médecins et patients devront faire cause commune contre les intrusions qui guettent le dossier électronique du patient. Avec les bonnes mesures de sécurité, la confidentialité des données sensibles sera préservée. Photo : Keystone

e-santé

« Chacun est personnellement responsable de ses données »

Les données des patients contiennent des informations précieuses, qui intéressent beaucoup les entreprises pharmaceutiques et technologiques ainsi que les assureurs. Leur protection n'est pas seulement l'affaire des prestataires IT, les patients aussi ont des devoirs, explique Lucas Schult, CEO de Health Info Net AG (HIN).

La Suisse au 14e rang des 17 pays dont la Fondation Bertelsmann a évalué le degré de numérisation des systèmes de santé. Pourquoi la numérisation de notre système de santé est-elle si laborieuse ?

Schult : Je ne pense pas qu'il faille noircir à ce point le tableau. Il n'y a pas que la vitesse qui compte. Les conditions cadres du système de santé sont fixées par les instances politiques, et ce processus – on le sait – prend plus de temps chez nous qu'ailleurs. Dans la mesure où, une fois acquis, le résultat des joutes politiques est d'autant plus solide, ce n'est d'ailleurs pas forcément un inconvénient. Pour faire de la numérisation du système de santé une réussite, il faut que tous les acteurs soient convaincus de sa nécessité et de ses avantages. Un tempo excessif et des contraintes législatives pourraient même avoir un effet contraproductif.

Les données des patients contiennent des informations précieuses, qui intéressent beaucoup les entreprises pharmaceutiques et technologiques ainsi que les assureurs. Comment peut-on protéger efficacement ces données sensibles. À qui est-ce de le faire ?

À nous tous ! Les prestataires IT, Health Info Net AG (HIN) compris, doivent veiller dès le stade de développement des systèmes à ce qu'elles ne puissent être détournées par des intervenants non autorisés. Comme du temps de l'analogique, les professionnels de la santé ont uniquement le droit de communiquer – avec l'autorisation du patient – des données nécessaires à la poursuite d'un traitement. N'oublions d'ailleurs pas les patients, qui, grâce à la numérisation, ont un accès accru à leurs données de santé. C'est un progrès indéniable, mais un progrès qui fait d'eux les responsables de leurs données. Nous devons tous nous intéresser aux endroits où peuvent atterrir des données concernant notre santé et réfléchir à celles que nous sommes d'accord de partager avec telle ou telle institution.

HIN travaille à la sécurisation des données qu'échangent entre eux les acteurs du système de santé. En quoi consistent ses prestations ?

La mieux connue de nos prestations est HIN Mail, utilisée pour leurs e-mails codés par presque tous les cabinets de médecins de famille et la plupart des hôpitaux. Mais nous comptons aussi parmi nos clients des EMS, des assureurs, des organismes du service public ainsi que des thérapeutes exerçant en libéral. Le raccordement HIN ne sert d'ailleurs pas qu'à coder des e-mails. Les professionnels de la santé l'utilisent aussi comme pièce d'identité électronique donnant accès à plus de 70 applications, au nombre desquelles figurera demain le dossier électronique du patient (DEP). Ayant de la sécurité IT une conception globale, HIN propose par ailleurs à ses clients des prestations protégeant leurs terminaux ainsi que des services conçus pour la formation de leur personnel.

En quoi les patients en profitent-ils ?

Les patients en profitent en ce que leurs données sont protégées tout au long de la chaîne de traitement. Grâce à l'obligation de s'authentifier seuls les professionnels autorisés ont accès aux données. Leur médecin ou leur thérapeute peut même communiquer avec eux via HIN sans qu'ils en soient eux-mêmes clients, ce qui est très commode et très sûr pour leur transmettre par voie électronique des radiographies ou des rapports.

Les médecins travaillant en cabinet voient le dossier électronique du patient d'un œil toujours aussi sceptique. Partagez-vous leurs réticences ?

Je pense que, là encore, il faut relativiser. Beaucoup lui sont favorables, mais à condition que ce soit pour leur simplifier la vie et non pour la compliquer. Son déploiement à grande échelle suppose donc que l'on ait à offrir aux médecins travaillant en cabinet des applications présentant pour eux des avantages substantiels en termes de gains de qualité et d'efficience. Et, comme elles sont encore extrêmement rares, nous avons formé avec des partenaires un club réunissant des fournisseurs de prestations et des prestataires IT qui se mettront ensemble pour en développer. Les fournisseurs de prestations ambulatoires n'adopteront le DEP que pour autant qu'il soit également d'une réelle utilité pour eux.

Lucas Schult
est CEO et responsable IT de Health Info Net AG (HIN). Il possède une longue expérience d'expert en cybersécurité et en applications IT du système de santé.