



Le Röstigraben

« Romands et Alémaniques n'ont pas la même conception de la politique de santé », écrit Antonio Fumagalli. Page 2



Les pénuries boostent les coûts

Enea Martinelli parle des pénuries de médicaments et de la mondialisation de leur marché. Page 3



Expérimenter oui, mais pas comme ça

La Confédération veut des projets pilotes ; les médecins sont sceptiques. Page 4

POLITIQUE + PATIENT

15^{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

Initiatives dans le domaine de la santé

Freiner et limiter

Contre la hausse des coûts et la charge des primes: anticipant sur les élections fédérales d'octobre 2019, les partis courtisent l'électeur à coup d'initiatives. Que valent leurs idées ?



La pêche aux voix: Le président du PDC Gerhard Pfister compte sur l'initiative sur le frein aux dépenses pour marquer des points.

Photo: Keystone

Le 20 octobre 2019, les Suissesses et les Suisses éliront un nouveau Parlement. À quelques mois des élections, les partis politiques courtisent l'électeur à coup d'initiatives contre la montée des coûts de santé et la cherté croissante des primes d'assurance-maladie. Politique+Patient a examiné à la loupe les idées du PDC et du PS.

Freiner les coûts

Si les coûts de santé augmentent plus vite que les salaires, la Confédération et les cantons seront tenus d'intervenir, dit l'initiative du PDC, qui prône un frein aux dépenses. Son idée : instaurer pour l'assurance de base un indicateur reflétant les coûts par assuré.

Suite à la page 2

Autres pays, autres normes de qualité

La législation suisse est formelle: les soins médicaux entrant dans le cadre de l'assurance-maladie de base doivent être prodigués en Suisse. Des exceptions existent par exemple lorsqu'un traitement n'est disponible qu'à l'étranger ou en cas d'accident. S'agissant de l'assurance de base, cela est tout à fait raisonnable. De volumineux textes de loi précisent par ailleurs, pour le système de santé suisse, la nature et les modalités de la formation des médecins ainsi que les exigences, y compris qualitatives, auxquelles sont subordonnées les autorisations d'exercer, de même que, en Suisse toujours, les directives d'hygiène très strictes qu'ont à respecter les hôpitaux et les cabinets médicaux.

Aussi est-il inacceptable que les caisses-maladie et les autorités elles-mêmes s'affranchissent de plus en plus de ce qu'on appelle le principe de territorialité. Le dernier rapport d'experts du Conseil fédéral sur la maîtrise des coûts de santé va même jusqu'à recommander de rendre ce principe moins contraignant, ce qui revient précisément à exposer les patients aux risques dont il est prouvé qu'ils sont associés au tourisme médical. Et s'il en est ainsi, c'est parce que la Suisse n'a aucun moyen de vérifier hors de ses frontières les normes de qualité et les directives censées protéger les patients.

Si ceux-ci augmentent plus vite que l'indicateur, le Conseil fédéral a l'obligation de prendre des mesures visant à freiner les coûts, dit le PDC en se gardant bien de préciser lesquels, tout comme il se refuse à définir plus exactement l'indicateur. Le frein aux dépenses qu'il prône est reçu avec scepticisme. Economiesuisse, l'association faîtière de l'économie suisse, voit là de sérieux problèmes conceptuels.

Un problème de planification insoluble

Les partisans du frein aux dépenses se trompent de modèle et le confondent avec le frein à l'endettement, dit Economiesuisse. Ce dernier a trait au budget d'un acteur unique, alors que le système de santé est beaucoup plus complexe. En 2016, il comptait près de 400 000 salariés. Il est le point de rencontre d'innombrables prestataires de services et de fournisseurs ainsi que de plusieurs organismes de financement. Le tarif ambulatoire compte quelque 4500 positions à lui seul, et les assureurs-maladie traitent chaque année une centaine de millions de justificatifs. Qui dit frein aux dépenses, dit budget. La Confédération et les cantons auraient donc à l'adopter et à convenir en même temps de la part en revenant à chacun d'eux. Un problème de planification insoluble, estime Economiesuisse. D'autant que l'évolution démographique et les développements technologiques nécessiteraient de constants réajustements. « Outre qu'il conduirait à une médecine d'État, le frein aux dépenses donnerait à celui-ci pouvoir sur la maladie, la souffrance et la mort », dit encore Economiesuisse.

L'OFSP roule-t-il pour le PS ?

Le PS collectera lui aussi des signatures au cours des mois à venir. Son initiative vise à limiter la charge de primes à dix pour cent du revenu disponible et à harmoniser la baisse du prix des primes au niveau du pays. La Confédération et les cantons seront chargés de financer les baisses de prix selon une clé de répartition déterminée et de les dissocier des prestations complémentaires et de l'aide sociale. À la différence du PDC, le PS se montre déjà concret quant aux principes de base et propose de déterminer le revenu disponible sur la base du revenu imposable. De ses propositions devrait résulter, selon le PS, un financement plus équitable de l'assurance obligatoire des soins. Un projet sur lequel plane toutefois depuis quelques semaines un vague malaise.

Début décembre 2018, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), office dirigé par le PS, publie de nouveaux chiffres sur la charge de primes qui pèse sur les ménages suisses. Selon ce rapport, les ménages, tous cantons confondus, ont consacré aux primes d'assurance-maladie 14 pour cent en moyenne de leur revenu disponible. Ce chiffre est trop élevé, dit alors la

Neue Zürcher Zeitung, qui, refaisant les calculs, arrive chaque fois à des résultats inférieurs à la limite des dix pour cent exigée par l'initiative. Voilà donc l'OFSP soupçonné d'avoir gonflé intentionnellement la charge de primes. Vu qu'une charge élevée apporte de l'eau au moulin de l'initiative du PS, la NZZ va jusqu'à se demander si l'OFSP ne roule pas pour le PS.

L'avenir dira si cette initiative, dont le principe est contesté et le coût supplémentaire pour la Confédération et les cantons chiffré à 3,6 milliards de francs par le PS, saura séduire une majorité de votantes et de votants.

Des stratégies efficaces contre la hausse des coûts

Toutes deux concentrées sur la hausse des coûts, les initiatives ne proposent aucun changement des incitations données par le système, alors que telle serait, affirment les médecins, la voie à suivre. Selon les calculs de la FMH, « le financement uniforme des prestations recèle un potentiel d'économies d'environ 3,1 milliards de francs ». Des économies, qui plus est, sans baisse de qualité pour les patients. Favorisant le transfert du stationnaire à l'ambulatoire, le financement uniforme booste, en effet, l'attractivité des modèles de soins intégrés et réduit les frais de coordination entre assureurs et cantons. Largement accepté, le financement uniforme bénéficie du soutien d'une vaste alliance faite de sociétés médicales, d'associations de défense des patients, d'assureurs et de représentants de l'industrie pharmaceutique, tous favorables au changement de modèle de financement.

Des économies seraient également possible au niveau des tâches administratives. Rien que pour la tenue des dossiers des patients, les médecins hospitaliers ont aujourd'hui besoin de près d'un cinquième de leur temps de travail. Voilà un facteur de coûts dont la sphère politique ne s'est guère avisée à ce jour.

Quand enjambrera-t-on enfin le Röstigraben ?

Sur bon nombre de sujets, Alémaniques et Romands sont plus proches les uns des autres qu'ils veulent bien dire. Mais pas sur la politique de santé. Comme l'a si bien démontré la votation de 2014 sur la caisse unique. Largement acceptée dans tous les cantons de langue française, elle a été nettement rejetée outre-Sarine – un Röstigraben à l'état pur !

Les raisons en sont multiples. À commencer par la charge de primes, souvent beaucoup plus lourde en Suisse romande, ce qui incite davantage à demander des changements. Ensuite la flambée d'indignation des Genevois, des Vaudois et des Neuchâtelais d'avoir payé, des années durant, des primes trop élevées. Les Romands sont traditionnellement plus enclins à faire confiance à l'État et à ses services que les cantons alémaniques. « Caisse publique » résonne mieux à leurs oreilles que « caisse unique ».

Il n'est donc pas étonnant qu'un comité romand ait lancé par la suite une initiative préconisant des caisses-maladie cantonales publiques. Vite enterrée, celle-ci n'a même pas recueilli le nombre de signatures nécessaire. Les initiants ont montré du doigt les cantons suisses-alémaniques, leur reprochant de n'avoir rien fait pour que la récolte de signatures aboutisse et accusé les partis politiques de les avoir laissés tomber. C'est néanmoins à se demander si l'enthousiasme avec lequel les Romands portent l'idée d'un système de soins plus étatisé n'est pas en train de s'effriter. Le PS, en tout cas, a changé son fusil d'épaule et préconise maintenant un projet national, que son homme fort, Pierre-Yves Maillard, a déjà institué dans le canton de Vaud, à savoir la limitation des primes à dix pour cent du revenu. L'expérience vaudoise dira si cette nouveauté a des chances de faire son chemin au niveau national. Ou si le Röstigraben sera une nouvelle fois plus fort que la politique de santé.



Antonio Fumagalli
correspondant à la NZZ
pour la Suisse romande.
Photo : NZZ

Les pénuries boostent les coûts

Les problèmes d'approvisionnement en médicaments augmentent. Le pharmacien hospitalier Enea Martinelli en explique les conséquences ainsi que le fonctionnement du marché pharmaceutique mondialisé.

Vous avez récemment déclaré que les problèmes d'approvisionnement en médicaments ont atteint un niveau record. Quels sont les chiffres à ce jour ?

Au moment où nous parlons (janvier 2019), nous recensons environ 520 problèmes d'approvisionnement. Ce chiffre a beaucoup augmenté ces dernières semaines. Cela n'a rien d'alarmant concernant les médicaments pour lesquels de nombreuses alternatives existent. Cela devient en revanche problématique lorsque les alternatives viennent à manquer.

Vous recensez ces chiffres sur votre propre site Web (drugshortage.ch). D'après l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE), la situation n'est pas aussi dramatique.

La liste de l'OFAE est sélective, contrairement à la mienne. L'OFAE a défini certains principes actifs à inclure dans la liste. Sa priorité est l'approvisionnement du pays. Je m'intéresse pour ma part à l'approvisionnement des patients. Je souhaite proposer une vue d'ensemble sur le marché.

Comment surviennent les problèmes d'approvisionnement ?

On peut citer plusieurs raisons. Par exemple, si un fabricant se retire ou si une usine de médicaments est détruite. Les causes sont multiples et souvent difficiles à élucider.

Quelles sont les conséquences pour les patients ?

Ils sont dans la plupart des cas contraints de changer de traitement. Lorsqu'on est jeune et en bonne santé, on peut se dire : « Ce n'est pas un problème, je n'ai qu'à prendre une pilule rouge à la place de la bleue. » Mais la réalité est tout autre : la moyenne des patients polymédiqués a plus de 70 ans. Ces patients sont assez rapidement déboussolés lorsqu'on change leur traitement. Le risque de se tromper de médicament ou de prendre la mauvaise dose est alors réel. Le changement récurrent des traitements est également source de confusion pour le personnel soignant. Qui plus est, en cas de changement de principe actif, mais aussi de préparation, des études supplémentaires sont nécessaires. Cela occasionne bien sûr des coûts. Mais ce n'est pas la seule chose qui s'accompagne de surcoûts.

Quoi d'autre ?

Les pénuries font parfois grimper le coût de l'ensemble du système. A titre d'exemple : le Litalir est notamment employé dans le traitement de la leucémie chronique. Il est actuellement impossible de s'en procurer en Suisse. Nous pourrions nous approvisionner en Allemagne, mais les caisses d'assurance-maladie ne suivent pas. En Suisse, une boîte pour un mois coûte 102.50 francs, contre 233.90 francs en Allemagne. Les caisses remboursent uniquement le prix suisse. Qui paie la différence de plus de 100 francs ? C'est le prestataire de soins, car le surcoût ne doit pas être répercuté sur les patients. Le prestataire de soins s'y refuse, naturellement. Savez-vous ce qu'il advient alors, aujourd'hui ? On bascule sur un autre médicament plus cher. Celui-ci coûte quelque 2500 francs par mois, mais les caisses acceptent de le rembourser. Si 1000 patients changent ainsi de traitement, le surcoût annuel atteint pratiquement 30 millions ! C'est tout simplement ubuesque !

Comment se fait-il que personne ne réagisse ?

Personne ne semble en être conscient, ni parmi les politiques, ni dans le grand public. Voilà la réaction classique : « Nous avons en Suisse une grande industrie pharmaceutique. Il ne peut donc pas y avoir de pénuries. » Mais la plupart des médicaments ne proviennent pas de Suisse.

Le marché pharmaceutique est mondialisé.

Exactement. Et il n'existe plus qu'une poignée de fabricants de principes actifs, et pratiquement plus aucun en Europe.

Pourquoi ?

Pour des raisons juridiques et financières. Quiconque veut lancer un générique sur le marché doit être parfaitement prêt le jour où le brevet expire. Mais : tant que le brevet est en vigueur, il est interdit de développer quoi que ce soit. C'est pourquoi les sociétés soustraient la production dans des pays qui ne sont pas aussi à cheval sur la protection des brevets, comme l'Inde ou la Chine. Lorsqu'il n'y a plus que quelques fabricants apparaît un risque de concentration. Lorsque l'ouragan Maria a frappé Porto Rico en 2017, une usine de principes actifs s'est retrouvée paralysée. Cela a eu des répercussions sur l'ensemble du secteur pharmaceutique et en particulier dans les États où les prix des médicaments sont bas. En effet, en cas de pénurie, les pays approvisionnés en priorité sont ceux qui paient le plus cher.

Nous avons donc de la chance d'avoir des prix plus élevés en Suisse ?

Jusqu'à présent, oui. Mais avec le système de prix de référence proposé par la Confédération dans le cadre de ses mesures de maîtrise des coûts, nous risquons de perdre cet avantage. Si nous comprimons encore le prix des produits bon marché, nous devons nous attendre à ne plus être approvisionnés. Nous devons alors malgré tout nous rabattre sur des produits plus onéreux. Cela n'a rien d'une solution !

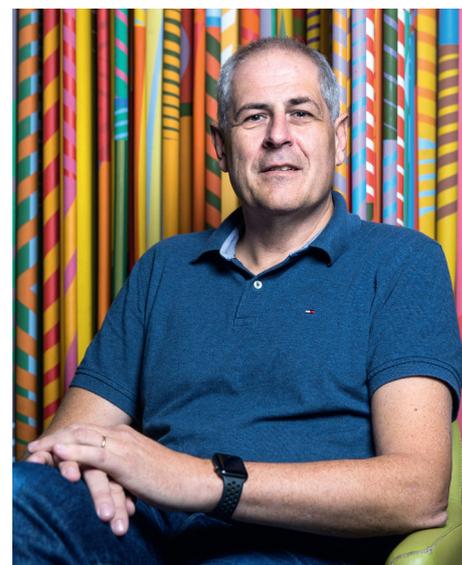
Que devrait plutôt faire la Confédération ?

Elle doit faire attention lors de la fixation des prix, qui pourrait encore exacerber le problème des pénuries. La Confédération a par ailleurs besoin d'un système de détection pour bien appréhender la gravité de ce problème.

Comment préconiserez-vous de réformer le système de santé ?

Il conviendrait de définir les incitations de telle sorte qu'elles servent également les intérêts du système. Par exemple, plus une préparation est bon marché, plus la marge devrait être élevée, et ce en valeur absolue, pas en pourcentage. Cela crée une incitation à prescrire la préparation la moins onéreuse. Il faudrait par ailleurs constituer des comités et agir thérapeutiquement selon des lignes directrices, à l'image de ce que promeut l'initiative Smarter Medicine.

Enea Martinelli : « La plupart des médicaments ne sont pas d'origine suisse. Les fabricants de substances actives sont devenus extrêmement rares. L'Europe n'en compte pratiquement plus ! » Photo : Marco Zanoni



D^r pharm. Enea Martinelli

Depuis 1994 pharmacien en chef des hôpitaux fmi. De 2012 à 2014 vice-président de la fraction PBD du Parlement du canton de Berne, de 2015 à 2018 président du PBD du canton de Berne.



Des expérimentations dangereuses dans le système de santé : les médecins ne veulent ni de la participation obligatoire aux projets pilotes ni de la longue durée de ceux-ci.
Photo : iStockphoto

Article relatif aux projets pilotes

Expérimenter oui, mais pas comme ça

Le Conseil fédéral a mis en consultation neuf mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé. Dont une devant permettre d'instituer un article relatif aux projets pilotes. Les médecins sont sceptiques.

Le Conseil fédéral a mis en consultation en septembre 2018 neuf mesures censées freiner la hausse des coûts de santé. L'une d'entre elles, relative aux projets pilotes, vise à l'instauration d'un article permettant aux médecins et aux hôpitaux d'expérimenter pendant un certain temps des idées d'économies innovantes ou des traitements en principe interdits par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Si les résultats d'un projet pilote sont encourageants, ce projet peut être mis en œuvre dans le cadre la LAMal.

Si l'article en question était intégré tel quel à la loi, il serait du pouvoir de la Confédération d'obliger les cantons, les assureurs et les prestataires de services, tout comme les assurés, de se soumettre à un projet pilote. La participation ne serait pas facultative.

Des mesures sans légitimité démocratique

Plusieurs associations de médecins et d'hôpitaux ont pris lors de la procédure de consultation des positions très critiques quant à cet article. La tonalité générale était celle d'un oui quant au principe de l'article mais d'un non quant à la forme proposée pour celui-ci.

La société des médecins du canton de Berne (SMCB) brandit même la menace d'un référendum. Ceci au motif que, en l'état actuel de leur formulation, la

longue durée des projets pilotes et l'obligation de participer à ceux-ci ouvraient tout grand la porte à un budget global de plusieurs années et dénué de légitimité démocratique. Aussi la SMCB demande-t-elle que la durée des projets pilotes soit limitée à deux ans.

Politiquement douteux

Non contente de rendre la participation aux projets contraignante, la Confédération initierait, demanderait, conduirait et évaluerait elle-même les essais. Ni les représentants des médecins et des assureurs ni les cantons n'auraient leur mot à dire. Cela représenterait un cumul de pouvoirs totalement étranger au système fédéraliste de la Suisse et faisant bon marché de l'expérience et de la compétence des médecins et des hôpitaux. Tout aussi douteux est le point demandant que le principe de territorialité de l'assurance obligatoire des soins soit rendu moins contraignant, voire aboli. Les autorités pourraient alors envoyer des patients se faire soigner à l'étranger, et ce hors du cadre de la collaboration transfrontière existant actuellement. Cela ferait certes baisser les coûts, mais exposerait en même temps les patients à devoir se contenter de normes d'hygiène moins rigoureuses, que les autorités suisses n'auraient pouvoir ni de vérifier ni d'imposer.

Simplifier au lieu de bureaucratiser

Si l'on tient à faire des essais nécessitant des projets pilotes, qu'ils ne se bornent pas à des économies de coûts mais qu'ils encouragent des traitements et des gains d'efficacité d'une valeur médicale avérée. À quoi s'ajoute que la LAMal, en son état actuel, permet déjà de conduire des essais. Il n'est qu'à voir les réseaux que plusieurs cantons ont constitués dans le cadre des possibilités régionales. Au lieu de simplifier et d'accélérer les projets de ces réseaux, l'article sur les projets pilotes présenterait le risque d'une bureaucratie encore plus envahissante.

Supprimer les mauvaises incitations

L'article sur les projets pilotes témoigne d'une certaine impuissance du législateur. Au lieu de réclamer à tout prix des essais visant uniquement à faire baisser les coûts, il ferait mieux de s'attaquer aux mauvaises incitations qui existent dans le système de santé, quels qu'en soient les secteurs. Prenons par exemple l'économisation du secteur hospitalier ou la stratégie « ambulatoire avant stationnaire ». Il n'y a pas besoin pour cela d'un nouvel article de loi. Une volonté de négociation et de collaboration constructive plus affirmée entre politiciens, assureurs et médecins suffirait. Encore faut-il reconnaître que, vu la pression permanente que subissent les médecins et les critiques infondées dont les accable l'OFSP, qui leur reproche des salaires mirobolants, le climat actuel n'est guère propice aux idées innovantes.

Projets pilotes envisageables

Des projets pilotes pourraient être conduits dans les domaines suivants :

- Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires
- Prise en charge des frais au titre de traitements prodigués à l'étranger (hors collaboration transfrontière existante)
- Limitation du libre choix du médecin ainsi que du choix d'autres prestataires
- Prestations médicales fournies par les assureurs : d'un pur centre de coûts, l'assureur se muerait en prestataire de traitements médicaux, ce qui lui permettrait de codéfinir l'ampleur des prestations
- Promotion des soins coordonnés et intégrés
- Autres instruments de pilotage des coûts