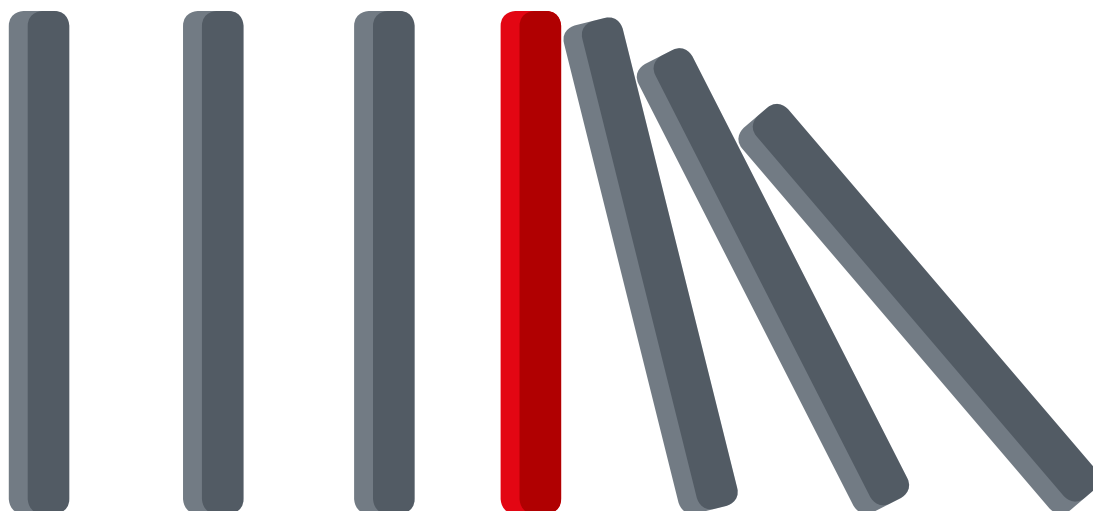


*maintenant aussi
en ligne: dialogue.css.ch*

place au

dialogue



Quand le système bascule

En ligne de mire: le détail des freins aux coûts

Susanne Hochuli

Enlevons nos œillères

«Dès qu'une proposition est faite, nous savons tous pourquoi elle ne pourra sûrement pas être mise en œuvre.»

Présidente de l'Organisation suisse des patients, SRF, 12.07.2018

Oliver Peters

Pas besoin d'avoir peur

«Le budget global tel que nous le connaissons n'a pas rendu un seul traitement impossible.»

Directeur général adjoint du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), SRF, 29.04.2018

Serge Gaillard

Réveillons-nous!

«Les coûts de la santé sont le principal problème de politique financière de la Suisse.»

Directeur de l'Administration fédérale des finances, «Bilanz», 29.09.2017

Tilman Slembeck

Rapide et sans douleur?

«Nous avons le système de santé le plus rapide et les délais d'attente les plus courts du monde. Cela a un prix, Mesdames et Messieurs.»

Economiste de la santé, «Arena», SRF, 20.04.2018

Ludwig Peyer

Approfondir les connaissances

«Des investigations détaillées sont nécessaires pour savoir si l'introduction d'un budget global est le bon instrument pour freiner la croissance des coûts.»

Chef du groupe PDC du canton de Lucerne, «Luzerner Zeitung», 21.06.2018



Suivez-nous sur Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Philomena Colatrella est présidente de la direction générale du Groupe de la CSS Assurance.

Enfin stopper le boom

En Suisse, aucune branche ne connaît un boom aussi spectaculaire que le domaine de la santé. Dans d'autres secteurs de l'économie, on se frotterait les mains face à des taux de croissance annuels de plusieurs pour-cent. Dans le domaine de la santé par contre, la société et les politiques s'arrachent désespérément les cheveux face à la hausse effrénée. Et voilà plus de 20 ans que cela dure. Ainsi, que l'idée du frein aux coûts revienne une fois de plus sur la table n'a rien d'étonnant à première vue. Ce qui l'est plus en revanche, c'est qu'elle émerge – indirectement – dans un rapport d'experts établi à la demande du Conseil fédéral. Le rapport propose en tant que mesure centrale un «plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS». Pour la première fois, des directives doivent être données au niveau national pour indiquer de combien les coûts de l'assurance obligatoire des soins peuvent augmenter annuellement.

Du point de vue politique, et surtout sous l'angle des fournisseurs de prestations, c'est une proposition très explosive. Les payeurs de primes l'attendaient pourtant depuis longtemps. Ce sont eux qui doivent déboursier pour le boom des primes d'assurance, qui augmentent année après année. Il est donc d'autant plus important de prendre au sérieux la proposition du groupe d'experts. Car chaque mesure de nature à réduire les primes mérite de l'attention.

Il est prévisible dans ce contexte que certains vont s'empresse de peindre sur la muraille le diable de la sécurité des soins, qui serait compromise. Pourtant, l'argument percutant contre ce critère éliminatoire est que, manifestement, il existe une véritable surmédicalisation et des soins inadaptés. La peur que la Suisse devienne un désert médical n'est donc pas justifiée.

Sommaire

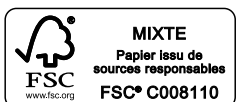
- 4 **Le détail des freins aux coûts**
Freiner la hausse des coûts
- 7 **Point de vue**
Plus de pression pour plus d'efficacité?
- 8 **Pratique**
Les budgets globaux: une étape vers les caisses uniques cantonales
- 10 **On en parle**
«La hausse d'aucun autre prélèvement obligatoire n'est aussi facile»
- 14 **Contexte**
«Budgets globaux» en Allemagne: le début d'une médecine à deux vitesses?
- 15 **Un autre regard**
Les bienfaits et les méfaits des révolutions
- 16 **Personnel**
La piste de la mise en concurrence des prestations axée sur la qualité
- 18 **Santé!**
Combien en voulez-vous?
- 19 **Science**
Le Managed Care pour freiner les coûts?



Les articles sont disponibles sur
dialogue.css.ch

Mentions légales

Paraît trois fois par an en allemand et en français. Editeur: CSS Assurance, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, rédacteurs en chef: Bettina Vogel, Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel AG, Katharina Rilling (texte) et Peter Kruppa (Art Director), Marina Maspoli (Editorial Design) | Crédit photos: iStock/Kwangmoozaa, Fabian Hugo, mäd, unsplash/rawpixel, iStock/PicturePartners, iStock/Silvia Jansen | Lithographie: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



Les coûts du système de santé ne cessent d'augmenter. Les freiner en fixant des plafonds contraignants pourrait contribuer à contenir la croissance des coûts. A quoi pourrait ressembler un tel frein aux coûts et quel serait son effet?

Par Anna Vettori, Thomas von Stokar (INFRAS) et Tilman Slembeck (ZHAW)

Mettre un frein à la hausse des coûts

La hausse des coûts de la santé est depuis très longtemps un sujet de préoccupation dans tous les pays occidentaux. Toutefois, il n'existe pas de véritable frein aux coûts dans le sens d'un instrument de pilotage politique global. La tentative d'endiguer la croissance des coûts repose en permanence sur un mélange de mesures. Les pays dotés d'un système de santé social financé par les impôts (modèle beveridgien) tels que l'Angleterre ou la Suède se rapprochent le plus de l'image du «frein institutionnalisé». Dans ce système, le pilotage des coûts est relativement facile à réaliser dans la mesure où les budgets de santé étatiques sont immédiatement soumis au contrôle politique.

Des ébauches de freins aux coûts peuvent également être observées en Allemagne ou aux Pays-Bas, où les systèmes de santé sont organisés comme des systèmes d'assurance sociale (modèle bismarckien): en Allemagne p. ex., entre 50% à 80% des prestations de nombreux médecins établis sont soumises à une limitation de volume dans la mesure où les associations de médecins conventionnés de chaque Land attribuent tous les trimestres à chaque médecin un volume de prestations à prix fixes pour son cabinet. Les médecins qui dépassent ce volume se voient réduire le montant de leurs prestations. Aux Pays-Bas, le gouvernement fixe des budgets globaux pour les différents groupes de fournisseurs de prestations. En cas de dépassement, il peut imposer des réductions de budget linéaires ex post à l'égard des fournisseurs de prestations.

Les freins aux coûts ont en principe une grande efficacité du point de vue de la maîtrise des coûts. Dans le même temps, ils impliquent d'abandonner la situation où toutes les prestations médicales sont disponibles à tout moment et de manière illimitée. Dans l'ensemble, les limitations de volume ou budgets globaux constituent un moyen éprou-

vé, même dans les systèmes d'assurance sociale, de juguler les coûts de la santé. Selon ce qui se passe à l'étranger, il manque souvent, dans les faits, une volonté politique de mise en œuvre systématique à cause de l'opposition des personnes concernées et parfois aussi de la population, en conséquence de quoi les objectifs ne sont pas toujours atteints. C'est pourquoi il faut que l'urgence de la situation soit reconnue pour mettre en œuvre les freins aux coûts.

Comment concevoir les freins aux coûts?

Les freins aux coûts ont deux caractéristiques majeures: un plafond général et un mécanisme d'ajustement qui se déclenche automatiquement en cas de dépassement du plafond. Reste alors à déterminer qui fixe un tel plafond, selon quel critère et pour quel domaine du système de santé. Il faut également définir les modalités du mécanisme d'ajustement.

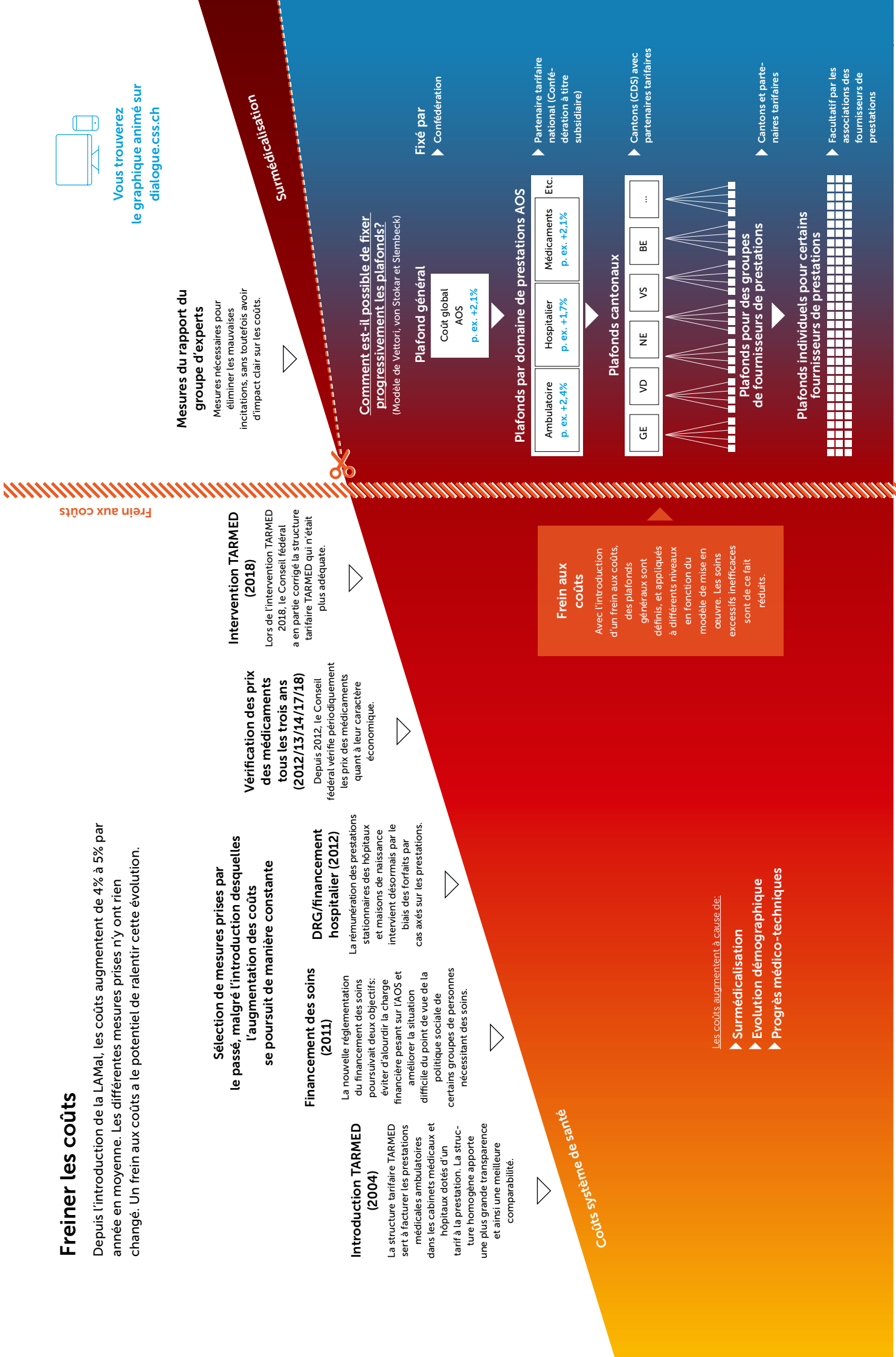
Voici deux modèles possibles:

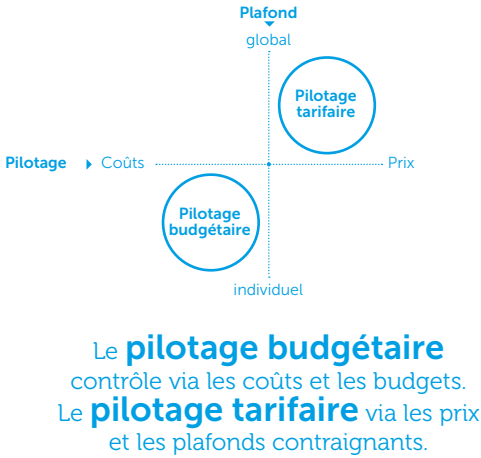
- Lors du pilotage budgétaire, les fournisseurs de prestations se voient attribuer un budget de coûts (prix fois quantités) à ne pas dépasser. Les prestations allouées sont uniquement rémunérées à hauteur du budget, contrairement aux prestations en excédent qui ne le sont pas ou le sont en partie seulement. Quand un dépassement de budget est accepté jusqu'à un certain point, on parle de soft budget et pour le reste, il est question de hard budget.
- Pour le pilotage tarifaire, le contrôle s'effectue via un ajustement des prix. Un plafond est certes fixé pour l'évolution des coûts, mais il peut en principe être dépassé. Des ajustements n'interviennent que les années suivantes dans la mesure où les prix du tarif (p. ex. valeurs de point tarifaire) sont revus à la baisse.

Pour le pilotage budgétaire, il y a lieu de supposer, en raison des «resquilleurs» possibles, que les budgets des fournisseurs de prestations sont fixés jusqu'à la plus petite unité organisationnelle de la hiérarchie (cabinet, hôpital, etc.). Dans le pilotage tarifaire, le contrôle s'effectue par les prix, et les plafonds contraignants sont ainsi définis au niveau des systèmes tarifaires tels que →

Freiner les coûts

Depuis l'introduction de la LAMa, les coûts augmentent de 4% à 5% par année en moyenne. Les différentes mesures prises n'y ont rien changé. Un frein aux coûts a le potentiel de ralentir cette évolution.





→ TARMED, éventuellement avec une différenciation par groupes de fournisseurs de prestations.

Fixation des plafonds

Le plafond général détermine de combien les coûts de l'AOS peuvent augmenter de manière globale. La solution la plus adéquate pourrait être que la Confédération fixe ce plafond selon certains critères (p. ex. coûts de l'année précédente, évolution des salaires et du renchérissement, évolution démographique et progrès médico-techniques) après avoir auditionné les cantons et les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations, assureurs). Selon les ouvrages scientifiques spécialisés, un plafond contraignant de l'ordre de 2% à 2,5% paraît adéquat en Suisse. Les coûts AOS englobent toutes les dépenses occasionnées aux assurés dans l'assurance de base, y c. les frais à leur charge et les subsides publics (notamment pour les hôpitaux).

Dans un premier temps, les plafonds doivent être définis pour les principales catégories de prestations de l'AOS, à savoir les prestations médicales hospitalières et ambulatoires, les médicaments, les analyses, etc., que ce soit sur le plan national ou cantonal. Il paraît opportun ici de confier aux partenaires tarifaires et aux cantons la responsabilité de fixer les plafonds en s'appuyant tant que faire se peut sur la répartition des compétences existante. Un mécanisme de calcul similaire à celui du plafond général pourrait servir de base à l'affectation, éventuellement complété par d'autres critères tels que les flux de patients et les spécialisations de l'offre (p. ex. densité de spécialistes). Les partenaires tarifaires pourraient ensuite différencier un peu plus leurs plafonds en fonction des groupes de fournisseurs de prestations. La règle générale serait que le Conseil fédéral fixe les plafonds correspondants à titre subsidiaire si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord dans un délai imparti.

Pour le pilotage tarifaire, le degré de différenciation des plafonds correspondrait aux exigences du système tarifaire concerné, p. ex. pour tout le groupe des fournisseurs de prestations ambulatoires dans le système tarifaire TARMED ou pour certains sous-groupes (p. ex. médecins spécialistes, médecins de premier recours, etc.). Dans TARMED, le dispositif de frein aux coûts serait mis en place via un ajustement des valeurs de point tarifaire au cours des années suivantes. En cas de

constitution de sous-groupes, la différenciation devrait intervenir par le biais d'une adaptation par sous-groupe.

Dans le pilotage budgétaire, chaque fournisseur de prestations pourrait au final se voir attribuer un budget individuel par les associations compétentes (sociétés de discipline médicale, associations cantonales d'hôpitaux, etc.). La fixation au niveau individuel se base sur les coûts moyens des années précédentes, corrigés par le degré de gravité des cas ou les coûts standard par unité de fourniture de prestations, autrement dit les coûts moyens d'un cabinet médical d'une certaine taille (pourcentages de postes, nombre de patients) dans une région déterminée. En cas de dépassement budgétaire, pour éviter de générer des coûts inutiles du fait que les fournisseurs de prestations doivent rembourser une partie de ce qu'ils ont perçu, une retenue de 5% leur est appliquée pour l'année en cours. A la clôture des comptes annuels, le solde en leur faveur leur est versé jusqu'à concurrence du plafond budgétaire. Des mécanismes similaires ont déjà été appliqués lors de l'introduction de nouvelles structures tarifaires.

En principe, les budgets individuels comportent tous les coûts générés par les fournisseurs de prestations, donc aussi les médicaments, les analyses de laboratoire, etc. Il serait envisageable de sortir du budget et de rembourser séparément les prestations pour lesquelles l'incitation à multiplier les prestations est quasiment inexistante (p. ex. urgences). Des transferts budgétaires devraient être possibles, p. ex. lorsque les médecins de premier recours ferment leur cabinet ou réduisent leur temps de travail.

Effets incitatifs du pilotage budgétaire

Dans le pilotage budgétaire, les fournisseurs de prestations ne reçoivent pas ou presque pas de rémunération pour les prestations qui dépassent le budget. C'est pourquoi ils font tout pour ne pas dépasser le budget. Cela peut les inciter à dispenser des traitements plus efficaces en réduisant les prestations superflues ou en optant pour des thérapies plus avantageuses. Toutefois, ils peuvent aussi être tentés de priver certains patients des prestations nécessaires (rationnement par le médecin), de refuser les cas difficiles (sélection des risques) ou de suspendre entièrement leur activité lorsqu'ils constatent qu'ils ont atteint le budget ou s'en rapprochent. On peut également imaginer que les fournisseurs de prestations factureront plus de prestations dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Effets incitatifs du pilotage tarifaire

Dans le pilotage tarifaire, un dépassement des plafonds entraîne une réduction des prix. Cela peut conduire les fournisseurs de prestations à adopter un comportement stratégique consistant à anticiper les réductions et multiplier les prestations. Les réductions tarifaires incitent donc à la multiplication des prestations, ce qui peut enclencher une spirale de réductions tarifaires et d'augmentations des prestations.

Avantages et inconvénients des modèles

Les deux modèles sont en principe applicables et atténuent la croissance des coûts: le pilotage budgétaire de manière ciblée et le pilotage tarifaire dans une certaine mesure. Les deux modèles comportent des avantages et des inconvénients. Le pilotage budgétaire serait très efficace par rapport à l'objectif de

la maîtrise des coûts. Du point de vue de l'exécution toutefois, il est plus complexe et fastidieux à mettre en œuvre. Il est beaucoup plus interventionniste et pourrait se heurter à une résistance politique beaucoup plus grande. Quelques questions restent en attente de réponse: quels seront les possibles effets connexes (soins insuffisants, délais d'attente, transferts vers l'assurance privée) et quelles contre-mesures éventuelles sont à escompter? Il n'y a pas d'efficacité sans effets secondaires, d'où la nécessité de peser avec soin les deux options.

Le pilotage tarifaire avec son ajustement des prix est nettement moins interventionniste et plus facile à mettre en œuvre. Pour que les objectifs de maîtrise des coûts soient atteints, des mesures concomitantes sont requises contre la multiplication des prestations par les fournisseurs de prestations. Sur le principe, on pourrait envisager de faire un premier pas en instaurant le pilotage tarifaire, qui serait suivi du pilotage budgétaire en cas d'efficacité insuffisante du pilotage tarifaire.

Thomas von Stokar, diplômé en géographie économique et sociale, directeur et partenaire du bureau d'étude et de conseil INFRAS, est un expert des analyses d'impact sociales et économiques, des évaluations des politiques gouvernementales, notamment en rapport avec la politique de la santé et sociale.

Anna Vettori, économiste, responsable de division et partenaire chez INFRAS, est une spécialiste des analyses économiques, en particulier dans les domaines de la santé et de l'énergie.

Tilman Slembeck, Dr. sc. éc. HSG, est chercheur et professeur à l'Université de St-Gall et enseigne l'économie nationale à la ZHAW. Il a fait partie du groupe d'experts mandaté par le Conseil fédéral qui a rédigé le rapport «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins».

A ce jour, les réformes n'ont pas réussi à freiner l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Des objectifs contraignants en matière de coûts sont un moyen de pression pour exploiter le potentiel d'efficacité inutilisé.



Matthias Schenker est chef Politique de la santé de la CSS Assurance.

Plus de pression pour plus d'efficacité?

Au cours de ces vingt dernières années, les coûts de la santé ont affiché une hausse largement supérieure à l'évolution des salaires. Selon une enquête récente d'un grand groupe de presse suisse, c'est le sujet de préoccupation n° 1 des Suisses et Suissesses. A ce stade, aucune réforme ou mesure de stabilisation des coûts n'a vraiment eu d'impact sur l'évolution des coûts. Ni les réformes politiques et interventions étatiques telles que le financement hospitalier ou l'intervention tarifaire TARMED, ni les efforts bottom-up des partenaires tarifaires pour aboutir à des conventions dans le cadre de la concurrence réglementée n'ont porté leurs fruits. Ainsi, quand stabiliser les coûts devient un impératif, les objectifs contraignants en la matière et les freins aux coûts peuvent être un complément top-down intéressant de la réglementation en place, pour qu'enfin l'efficacité et la qualité soient améliorées et que les volumes et les prix diminuent. Pour exploiter le potentiel d'efficacité en friche, pouvant atteindre 20% selon certaines études, il faut exercer une certaine pression. Des objectifs contraignants en matière de coûts pourraient précisément mettre la pression sur les acteurs. Les

mécanismes suivants sont envisageables: contrôle budgétaire (hard budget) ou pilotage tarifaire (soft budget). Il faut naturellement freiner les coûts de façon à inciter les acteurs à limiter les prestations superflues ou à utiliser les prestations plus efficacement avec un niveau qualitatif similaire ou supérieur. Pour éviter les effets pervers, il faut donc tenir compte du nombre de patients et du degré de gravité des maladies correspondantes lors de l'établissement du budget. On pourrait imaginer que les fournisseurs de prestations qui restent en deçà du budget reçoivent un bonus. L'établissement de sanctions lorsque les objectifs en matière de coûts ne sont pas atteints est tout aussi important que la définition d'incitations positives. Naturellement, il est facile d'attiser la peur d'une médecine à deux vitesses ou d'une perte de qualité. Vu la gravité de la situation, les payeurs de primes peuvent s'attendre à ce que les politiques et les acteurs examinent avec sérieux les différents moyens de freiner les coûts. Car il est tout à fait possible de définir des objectifs en matière de coûts judicieux et de les concrétiser, même si les conditions-cadres sont complexes et que la mise en œuvre prend du temps.

Les budgets globaux au niveau cantonal seraient comme un corps étranger dans le système de santé. Ils bureaucratiseraient encore plus les soins sans avantage supplémentaire pour les assurés. Dans les cantons de Genève, de Vaud et du Tessin en effet, les budgets globaux n’ont pas atténué la croissance des coûts.

Par le Prof. Stefan Felder, Université de Bâle

Les budgets globaux: une étape vers les caisses uniques cantonales



En bref

- Les cantons ayant un budget global ont des coûts par cas supérieurs à la moyenne dans les hôpitaux pour soins aigus.
- Dans le domaine ambulatoire, les conditions pour mettre en place des budgets globaux ne sont pas remplies.
- Une caisse unique crée des conditions favorables pour freiner les coûts, mais s’oppose à la structure de base du système d’assurance-maladie suisse.

Dans son expertise de l’automne 2017, la commission d’experts du Département fédéral de l’intérieur recommande d’introduire des budgets globaux pour réduire les coûts dans l’assurance obligatoire des soins. Elle renvoie aux cantons de Genève, de Vaud et du Tessin, qui ont fait de bonnes expériences en la matière. Faisons la preuve par l’exemple et considérons l’évolution des recettes des soins aigus stationnaires dans ces cantons en comparaison nationale. Outre la rémunération via les DRG, nous tiendrons également compte des prestations d’intérêt général (PIG). Alors que la rémunération forfaitaire par cas est pratiquement restée constante dans le pays au cours de ces trois dernières années, son augmentation a varié entre 4,2% et 9,4% dans les trois cantons recommandés (cf. tableau). Si l’on tient compte des PIG, l’évolution dans le temps du canton de Genève est favorable, mais pas en chiffres absolus puisque ses hôpitaux pour soins aigus affichent les coûts par cas les plus élevés. En comparaison nationale, Vaud se classe mal, tant au niveau de l’évolution des coûts que du point de vue des chiffres absolus. Oliver Peters, l’ancien vice-directeur de l’Office fédéral de la santé publique et l’actuel directeur général adjoint du CHUV à Lausanne, affirme dans des émissions de radio et lors de conférences que son canton maîtrise mieux l’évolution des coûts grâce aux budgets globaux. Or, les chiffres démentent ses propos.

Plusieurs raisons sont défavorables à l’introduction de budgets globaux. Premièrement, les cantons sont tenus, selon l’art. 49a, al. 2, LAMal, de supporter au moins 55% de la rémunération des prestations hospitalières. Selon la situation légale actuelle, Vaud n’est pas en mesure, contrairement aux allégations, de suspendre sa participation lorsque le budget global est atteint. Cela serait contraire aux intérêts des patients, qui seraient exposés au danger d’être mis sur liste d’attente, voire refusés par les hôpitaux. Des accords sur les volumes de prestations avec tarifs échelonnés seraient tout aussi peu judicieux, car ils pourraient également affecter les mauvais patients. Sans compter que les cantons sans budgets globaux ont notamment la possibilité de réduire les coûts des soins hospitaliers en diminuant les PIG. En lieu et place, ils pratiquent le maintien des structures au niveau de leurs installations et empêchent l’accès au marché des hôpitaux privés.

Dans le domaine ambulatoire, les conditions relatives à l’instauration de budgets globaux ne sont tout simplement pas remplies. Les patients paient les factures de médecin et les assureurs remboursent les coûts. Les sections cantonales de la FMH ne seraient pas en mesure de fixer et de surveiller les budgets individuels des cabinets et les différents assureurs ne peuvent pas le faire, car ils ne connaissent qu’une partie de leurs activités. Les budgets ambulatoires en particulier n’ont absolument aucun sens. A cause d’eux, les patients ne pourraient pas être sûrs que leur médecin a envie de les soigner dans la mesure où cela pourrait épuiser son budget.

La proposition d’introduire les budgets globaux à grande échelle vient de la Suisse romande. Dans les cantons de Vaud et Genève, des initiatives populaires visant à introduire une caisse unique sont en cours de préparation, peu de temps après le refus du projet cor-

Recettes par cas de soins aigus stationnaires (en CHF)

		2013	2016	Variation depuis 2013	
				abs.	rel.
Genève	DRG	11546	12632	1086	9,4%
	PIG	5913	3569	-2344	-39,6%
	Total	17459	16202	-1257	-7,2%
Vaud	DRG	9773	10179	406	4,2%
	PIG	3724	4722	998	26,8%
	Total	13498	14901	1404	10,4%
Tessin	DRG	9021	9810	789	8,7%
	PIG	379	113	-266	-70,1%
	Total	9400	9923	523	5,6%
Suisse	DRG	10256	10248	-8	-0,1%
	PIG	1472	1262	-210	-14,3%
	Total	11728	11509	-218	-1,9%

Remarque: tous les hôpitaux ayant dispensé des jours de soins dans le domaine des soins aigus stationnaires sont pris en compte, y compris les maisons de naissance. Les tarifs renferment les tarifs AOS effectivement payés (y c. part cantonale) pour les patients de l’assurance de base et complémentaire. Les données erronées en raison d’une mauvaise imputation ont si possible été corrigées.

Source: chiffres de référence des hôpitaux suisses 2013-2016; propres calculs

respondant au niveau national. Il est vrai qu’une caisse unique faciliterait grandement l’interventionnisme auprès des fournisseurs de prestations hospitaliers et ambulatoires. Les budgets globaux et la clause expérimentale donnent à penser que l’on essaie de préparer le terrain en vue de caisses uniques cantonales.

Les caisses uniques seraient contraires à l’ADN du système d’assurance-maladie suisse avec sa concurrence entre les assureurs et sa combinaison entre l’assurance de base légale et les assurances complémentaires privées auprès d’une même entité. Au lieu d’évoluer vers la caisse unique, il faudrait obliger les assureurs à aménager leurs contrats avec les fournisseurs de prestations de telle sorte que la qualité soit en adéquation avec le prix. Cela nécessite toutefois de supprimer l’obligation de contracter. Mais la commission des experts ne veut pas en entendre parler. Elle estime qu’une obligation de contracter différenciée est certes envisageable, sans toutefois la considérer comme une priorité. Les experts préfèrent se fier à l’instrument top-down des budgets globaux. Cela témoigne de leur état d’esprit mais révèle aussi qu’ils ne connaissent pas la réalité du système suisse ou ne veulent pas l’accepter.

Stefan Felder est professeur ordinaire en économie de la santé à la faculté de sciences économiques de l’Université de Bâle, président de l’Association suisse d’économie de la santé et secrétaire général de l’Association européenne d’économie de la santé.

Des plafonds contraignants et un budget global sont-ils efficaces pour freiner les coûts? Jürg Schlup, le président de la FMH, s'insurge contre les propositions du groupe d'experts mandaté par la Confédération. Serge Gaillard, directeur de l'Administration fédérale des finances et membre de ce groupe d'experts, n'est pas du même avis.

Interview: Patrick Rohr

«La hausse d'aucun autre prélèvement obligatoire n'est aussi facile»

Patrick Rohr (PR): Monsieur Schlup, comment expliquer l'opposition frontale de la FMH face à l'idée du groupe d'experts d'introduire des plafonds contraignants et un budget global?

Jürg Schlup (JS): Le rapport de ce groupe renferme 38 mesures. Nous en approuvons 20, n'avons aucun avis sur certaines autres et refusons catégoriquement deux mesures, parce qu'elles sont au détriment du patient: le plafond de coûts et le budget global. Un budget global porte préjudice au patient et rien ne prouve qu'il débouche sur des économies. Dans les pays ayant introduit un budget global, les hausses de coûts sont exactement les mêmes que chez nous. Il s'agit d'un médicament aux très nombreux effets secondaires et d'une efficacité très faible.

PR: Monsieur Gaillard, en tant que chef des finances de la Confédération, vous avez fait partie du groupe d'experts et en tant qu'économiste, vous avez défendu le budget global comme une méthode efficace. Votre principal argument: il est inadmissible que les coûts de la santé augmentent d'environ 4,5% par an alors que la hausse du PIB n'est que de 2,7%.
Serge Gaillard (SG): J'ai effectivement travaillé dans cette commission d'experts comme responsable politique des finances, et pas comme spécialiste de la santé. Et pour cause: la croissance des coûts dans le domaine de la santé est le principal problème de la Suisse en matière de politique financière. Vous venez de le dire, nous enregistrons chaque année une hausse des coûts de 4,5%, et ce à une période sans renchérissement, voire

de renchérissement négatif! L'évolution des coûts de la santé grève les budgets, qu'ils soient privés et publics. Cela ne peut pas continuer ainsi. Et comme de très nombreux pays qui nous entourent sont confrontés au même problème, ils ont pratiquement tous commencé à définir des directives politiques au sujet du niveau d'augmentation autorisé.

«Sans restrictions budgétaires, il ne peut y avoir d'incitations à économiser.»

Serge Gaillard



PR: M. Schlup objecte toutefois que dans ces pays précisément, l'expérience montre qu'un budget global ne sert à rien. Le groupe d'experts a regardé de plus près l'Allemagne et les Pays-Bas, où les dépenses de santé, d'environ 11%, ont à peu près le même niveau qu'en Suisse.

SG: Sauf que l'Allemagne a affiché des taux de croissance des coûts de la santé nettement plus faibles que la Suisse au cours de ces dernières années! Dans le domaine obligatoire, l'augmentation a atteint 4,6% par an en Suisse, contre 3,3% en Allemagne. Cela montre l'efficacité des taux de croissance maximaux.

PR: Alors pourquoi cette violente opposition, Monsieur Schlup? On pourrait dire que le budget global mérite bien un essai s'il peut aider à réduire la croissance, non?

JS: Il ne contribue absolument pas à réduire la croissance! De plus, il entraîne des charges supplémentaires au niveau administratif, car il faut bien du personnel pour se charger de répartir ce budget. Quand j'extrapole le coût de ce dispositif pour la Suisse, cela représente tout de même 1% de la prime annuelle. Pas moins que cela: 1% de prime en plus par année. Il faudrait que des économies énormes soient réalisées de l'autre côté pour que cela soit d'une réelle utilité.
SG: L'assurance obligatoire des soins est un prélèvement obligatoire. Il n'existe aucun autre prélèvement obligatoire qui ne soit pas contrôlé politiquement. Imaginez que la Confédération autorise durant toute l'année des dépenses et qu'en fin d'année, en cas de déficit, les impôts soient simplement augmentés

Serge Gaillard est le directeur de l'Administration fédérale des finances depuis 2012. Auparavant, cet économiste était à la tête de la Direction du travail du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) après avoir été le secrétaire central de l'Union syndicale suisse. Entre 1998 et 2006, S. Gaillard a en outre été membre du Conseil de banque de la Banque nationale suisse (BNS) et de la Commission de la concurrence (COMCO).

Jürg Schlup est depuis 2012 le président de la Fédération des médecins suisses (FMH). Auparavant, il a présidé la Société des médecins du canton de Berne et dirigé la section bernoise de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAG). Au début de sa carrière, il a exercé en tant que médecin de famille pendant une vingtaine d'années.



→ sans consulter la population. C’est exactement la manière dont fonctionne l’assurance-maladie! Deux possibilités sont envisageables à ce stade. Soit il faut opter pour la micro-réglementation en décrétant p. ex. que certaines opérations ne doivent plus être faites à l’hôpital, mais en ambulatoire – et de telles idées existent par milliers! Soit il faut introduire un pilotage macro-économique qui d’une part responsabilise les acteurs et d’autre part empêche de devoir tomber dans la micro-réglementation excessive. Les acteurs doivent commencer à réfléchir en termes de coûts-utilité. Les médecins jouent alors un rôle important, car ils sont les seuls à pouvoir décider de ce que sont des soins adéquats.

PR: Monsieur Schlup, c’est le principal reproche formulé à l’égard des médecins: ils proposent de nombreux changements au niveau micro-économique, mais n’osent pas se lancer.
JS: Nous proposons même trois autres mesures.

PR: Mais aucune ne serait de portée générale, contrairement au budget global.
JS: Je le répète: le budget global est uniquement source d’ennuis. Si un plafond est fixé, le budget finit par être épuisé à un moment ou à un autre, et il n’y a plus de prestations. Comment pourriez-vous alors expliquer à votre patient que vous n’avez plus de budget et que son opération doit être reportée à l’année prochaine? En revanche, nous avons fait des propositions tout à fait utiles: à l’hôpital, deux tiers des prestations journalières des médecins sont de nature administrative, et un tiers seulement sont destinées aux patients. Dans les cabinets, c’est à peu près du cinquant-cinquant, avec une tendance à la hausse. Ce surcroît de travail administratif nécessite chaque année cent médecins de plus dans les hôpitaux. Cent postes de médecin à temps plein, rien que pour pouvoir faire face à cette augmentation des tâches administratives. A cet égard, on pourrait économiser plusieurs millions de francs par année.
SG: Donc vous savez comment faire des économies, mais ne le faites pas!
JS: Parce que les incitations sont mauvaises.
SG: Sans restrictions budgétaires, il ne peut y avoir d’incitations.
JS: Une restriction budgétaire serait une mauvaise incitation.
SG: C’est faux! Vous présidez une association. Vous devriez vous asseoir autour d’une table avec les assureurs-maladie et les cantons, vos partenaires tarifaires, et décider de mesures pour que l’année prochaine, les coûts augmentent seulement de 3,5%, et plus de 4,5%. Sur la base

«Si vous réduisez les prestations de santé, vous serez confronté à des conflits éthiques.»

Jürg Schlup



de directives budgétaires, vous pourriez aborder tous les points que vous venez de mentionner.

PR: Monsieur Gaillard, que se passe-t-il une fois que le budget est épuisé?
SG: La question pertinente est la suivante: peut-on faire confiance aux médecins, aux assureurs et aux cantons pour répartir le budget de telle sorte que nous bénéficions toujours de soins de santé de qualité?

PR: C’est ce que vous faites?
SG: Mais certainement. Qui d’autre le ferait?
JS: M. Gaillard, chacun se renvoie la balle. Ne nous voilons pas la face: vous savez tout comme moi que les restrictions budgétaires impliquent un certain rationnement. Si vous voulez vraiment procéder au rationnement, limitez donc le catalogue des prestations. Au moins, cela serait transparent et loyal. Vouloir nous refiler la patate chaude maintenant, c’est déloyal. Vous voulez nous contraindre à pratiquer le rationnement au détriment des patients.
SG: Je suis convaincu que les médecins peuvent avoir plus d’influence et mieux imposer leurs idées dès lors que cela intervient dans un cadre financier bien délimité. On pourrait affirmer l’inverse: s’opposer, c’est se soustraire à ses responsabilités.

JS: Si vous réduisez des prestations dans l’administration, cela ne générera pas de conflits éthiques. Si toutefois vous réduisez les prestations de santé, vous serez confronté à des conflits éthiques.

PR: Mais sincèrement, Monsieur Schlup: en Suisse, il y a une certaine surmédicalisation et de nombreuses interventions inutiles. N’y a-t-il pas là un certain potentiel à exploiter?
JS: Dans ce cas, il faudrait parler des structures et du financement. Mais tout le monde évite ce débat. Pourquoi? Parce que chaque directeur de la santé sait qu’engager ce débat équivaldrait à un suicide politique.

PR: Mais un budget global ne favoriserait-il pas le débat sur les structures?
JS: Le budget global ne résoudrait pas les conflits d’intérêts qui empêchent d’avoir cette discussion.
SG: Si! Observons les événements survenus aux Pays-Bas. Une fois que le taux de croissance maximal a été fixé en tant que



Patrick Rohr, journaliste et photographe, dirige sa propre agence de conseil en communication et productions médias à Zurich. Jusqu’en 2007, il était animateur à la Schweizer Fernsehen («Arena», «Quer»).

condition-cadre, les acteurs sont très vite parvenus à se mettre d’accord, y compris sur les mesures structurelles.
JS: Un débat sur les structures serait plus profitable que des plafonds contraignants et un budget global, qui ne peuvent déboucher que sur un rationnement.
SG: Un taux de croissance maximal n’est pas un rationnement.

PR: M. Schlup affirme qu’il serait une conséquence du budget global.
SG: Mais c’est faux! Dans les pays auxquels je me suis intéressé de plus près, tous les gens ont accès à des prestations médicales. Aucun médecin n’arrête de travailler en décembre parce que le budget est épuisé. Comme on dispose de l’expérience de l’année précédente, il est possible de faire des planifications assez raisonnables. Cela n’a rien à voir avec le rationnement. Le seul enjeu est de limiter l’augmentation des coûts.
JS: Lisez le *Spiegel online*. Cette année, il a déjà consacré trois articles aux longs délais d’attente en Allemagne. Le délai d’at-

tente, c’est du rationnement. Pour obtenir un rendez-vous chez un cardiologue p. ex., le délai d’attente est de 90 jours pour un assuré avec une couverture de base et de 20 jours pour celui ayant une complémentaire. En Angleterre, pour se faire opérer de la hanche, il faut attendre deux ans, contre quelques semaines en Suisse.
SG: Ce sont des allégations.
JS: Le *Spiegel* s’appuie sur l’Ordre allemand des médecins.
SG: Cette association n’est pas désintéressée. Je me ferais plus à l’OCDE qu’au *Spiegel*, et selon les enquêtes réalisées auprès des patients par l’OCDE, 12% des patients doivent en Allemagne attendre au moins quatre semaines pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. En Suisse, ce pourcentage est de 20%! Je ne voudrais pas surestimer ces chiffres, mais je pense qu’ils sont un peu plus objectifs que ceux de l’Ordre allemand des médecins. A la question de savoir si les patients ont le sentiment que leur médecin leur consacre suffisamment de temps, 86% des Allemands répondent par oui tandis qu’en

Suisse, ils sont 87% à partager cet avis, selon une enquête de l’OCDE. Intéressant, non? Les deux pays se valent.

PR: Il ne faut pas forcément regarder ce qui se passe à l’étranger pour faire des comparaisons. Certaines expériences ont déjà été faites avec les budgets globaux en Suisse: dans les cantons du Tessin, de Genève et de Vaud, ils sont déjà appliqués dans le domaine hospitalier.
JS: Oui, et ce sont justement ces cantons qui ont les primes les plus élevées!
SG: Mais aussi les taux de croissance les plus faibles dans le domaine hospitalier!
JS: Bon d’accord. Disons qu’ils se situaient déjà à un niveau très élevé. Les taux de croissance sont alors forcément plus faibles que si l’on se situe à un faible niveau.
SG: La hausse des coûts est définitivement moins importante dans le domaine hospitalier. Mais vous avez raison, les coûts se situent à un niveau élevé.
JS: Ces cantons sont la preuve même que les budgets globaux ne fonctionnent pas.



L'Allemagne applique des directives quantitatives pour les soins ambulatoires et stationnaires, mais aucun rationnement n'est observable. Comment se présente concrètement la mise en œuvre chez notre voisin?

Par le Prof. Reinhard Busse

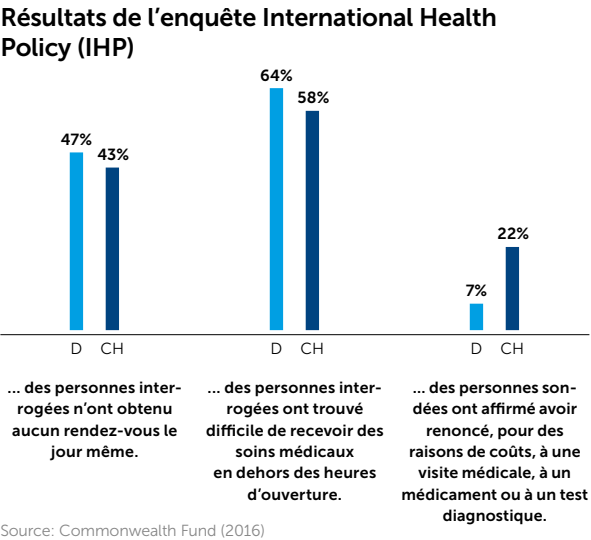
«Budgets globaux» en Allemagne: le début d'une médecine à deux vitesses?

Selon la proposition du groupe d'experts de limiter la rémunération des médecins et hôpitaux par un budget global, il paraît opportun de jeter un coup d'œil à l'étranger pour examiner les appréhensions et les attentes par rapport à leur part de vérité. L'Allemagne ne dispose d'aucun budget général englobant tous les secteurs dans toutes les régions, mais les dépenses pour les soins ambulatoires (au niveau des Lands ou des associations de médecins conventionnés) et hospitaliers (au niveau des Lands puis des hôpitaux) sont fixées en amont sur la base de directives fédérales.

Dans le secteur ambulatoire, environ un tiers du budget appelé «rémunération globale» est prévu pour les médecins de famille, et le reste va aux spécialistes. Chaque cabinet connaît à l'avance le montant dont il dispose. Il découle de la spécialité médicale, d'un nombre calculé de patients fréquentant le cabinet chaque trimestre et d'un volume donné de points par patient. Les cabinets médicaux facturent alors les prestations fournies par rapport à la valeur des points fixée à l'avance. Une fois qu'ils ont atteint leur nombre de patients ou volume de points, cela ne veut pas dire

qu'ils doivent fermer. La rémunération des autres patients ou prestations est toutefois nettement plus faible. Plusieurs instruments apportent la garantie que l'argent sera encore disponible en décembre. Ainsi par exemple, le montant destiné aux cabinets médicaux est réparti sur quatre trimestres. Néanmoins, il y a naturellement des patients qui affirment, au sujet des délais d'attente, qu'un rendez-vous ne leur est pas proposé avant le trimestre suivant. Le principe est similaire pour les hôpitaux. Dans ce secteur, il est convenu avec les caisses-maladie d'un budget de recettes par hôpital sur la base des prestations escomptées (en fonction du type de prestation et de leur volume). Si des prestations supplémentaires sont fournies puis remboursées par les différentes caisses-maladie via les DRG, soit l'hôpital perçoit moins d'argent par cas grâce à différents instruments («réduction dégressive liée aux coûts fixes»), soit il doit rembourser une partie des recettes globales supplémentaires. Inversement, les hôpitaux qui restent en dessous du budget des recettes et du montant des recettes convenus l'année précédente touchent une compensation de la moins-value (recettes réduites) de 20%. Tant pour les budgets des cabinets médicaux que pour ceux des hôpitaux, des augmentations annuelles sont négociées. Ces dernières sont d'une part liées à la croissance des salaires des assurés et d'autre part à la hausse des coûts, notamment pour le personnel. Une telle budgétisation tenant compte d'une hausse des coûts adéquate est donc loin d'être un rationnement. Et ce qu'il faut dire aussi: on parle beaucoup des inconvénients potentiels d'une limitation des dépenses de santé, mais moins des inconvénients d'une rémunération illimitée. Un système qui autorise les prestations sans limitation donne également des incitations négatives. Les opérations inutiles, ne procurant aucun bénéfice au patient pour sa santé, comportent néanmoins des risques liés à l'intervention elle-même. Des études ont en outre montré qu'un patient hospitalisé sur mille décède pour cause d'erreur médicale.

Prof. Reinhard Busse, docteur en médecine, enseigne la gestion de la santé à la faculté d'économie et de management de l'Université technologique de Berlin.



Le bilan des révolutions politiques est clairement négatif. Une société véritablement désespérée est cependant une société qui n'est pas capable d'une révolution.

Par le Prof. Ekkart Zimmermann

Les bienfaits et les méfaits des révolutions

On fait des manifestations, pas la révolution: les révolutions politiques sont le résultat de structures sociales inflexibles et d'actions correctives. Le pouvoir est transféré à de nouvelles élites, et sa structure change. Les révolutions sont le résultat et la conséquence de grosses crises et de bouleversements, mais elles ne leur succèdent pas toujours. Le pouvoir en place parvient à réprimer les opposants (Iran 2009), gagne une guerre civile (Syrie) ou est renversé par la révolution (Russie de 1917 à 1921, Chine de 1945 à 1949). Les guerres et les guerres civiles peuvent précéder les révolutions ou leur succéder. Les évolutions imprévues jouent un rôle déterminant et font partie des éléments déclencheurs des révolutions.

Selon Huntington, les révolutions sont une tentative de mettre une société dont les institutions sont arriérées au niveau des précurseurs. La première grande révolution des temps modernes, la Révolution anglaise (1640 à 1649/1660 et 1688 à 1689) n'a emboîté le pas à aucun autre pays, mais a fait des émules avec la Révolution française de 1789, qui a inspiré les deux révolutions non citoyennes de Chine et de Russie avec leur idée des révolutionnaires professionnels.

De Robespierre à Trotski, le destin des révolutionnaires ayant failli à leur mission et la détresse économique ayant suivi les révolutions affichent un bilan

clairement négatif (les seuls gagnants étant les membres de la nomenklatura). Seule la Révolution anglaise fait exception, avec comme bilan la protection des libertés publiques, le partage des pouvoirs et la tolérance

Prof. Ekkart Zimmermann

religieuse. La France régresse au XIX^e siècle par rapport à l'Angleterre et à la Prusse. La proclamation des droits de l'homme, influencée par les précurseurs anglais et américains, reste une avancée durable, tout comme la séparation entre l'Eglise et l'Etat en 1905. En Union soviétique, environ 20 millions de victimes de la famine

et des pogromes sont à déplorer, et dans la Chine de Mao, elles sont entre 30 et 50 millions. En face, l'essor économique d'environ 500 millions de Chinois a résulté des réformes en faveur de l'économie de marché entamées sous Deng en 1978. Il n'y a que dans l'éducation scolaire en partie doctrinaire et les soins médicaux de la population que les révolutions communistes présentent un bilan concluant.

La révolution actuelle se produit chaque jour partout dans le monde grâce aux progrès techniques, avec des possibilités infinies de combiner les processus des connaissances et des matériaux et exige une adaptation des institutions. C'est une source de «destruction créatrice», qui va bien au-delà de la théorie de l'entrepreneur de Schumpeter.

La citation d'Huntington, selon laquelle une société véritablement désespérée est celle qui n'est pas capable d'une révolution, reste plus vraie que jamais. La Corée du Nord nous fournira le prochain exemple de la difficulté de mener du sommet une réforme à la fois dirigée contre ceux qui persévèrent et les révolutionnaires. L'Union soviétique a échoué dans ce contexte.

Ekkart Zimmermann est professeur ém. de macrosociologie à l'Université technologique de Dresde. Dans le cadre de ses recherches sur les conflits, il a publié de nombreux articles sur la modernisation et le développement, les changements de système, la mondialisation et le terrorisme, l'inégalité sociale, l'extrémisme de droite, les questions de méthodologie et d'autres thèmes de recherche fondamentale.



La concurrence à elle seule ne suffit pas à freiner la hausse constante des coûts dans le système de santé suisse. Le succès ne se dessinera que si l'aspect qualitatif entre aussi en ligne de compte.

Par le Dr. med. Bernhard Schaller et le Prof. Dr. med. Thomas Rosemann

La piste d'une mise en concurrence des prestations axée sur la qualité

Actuellement, on cherche des solutions à différents niveaux pour freiner la croissance constante des coûts. Dans la médecine de famille, cela fait déjà des années que différentes mesures de réduction des dépenses sont mises en œuvre. Nous expliquons ci-après quelles sont les mesures à prendre dans la médecine de famille si l'on veut réduire les coûts et ce que cela implique pour les fournisseurs de prestations et les patients concernés: une mise en concurrence des prestations, qui est déjà partiellement une réalité dans les réseaux de soins intégrés tels que le réseau de médecins du nord-ouest de la Suisse.

Approche axée sur la qualité

Afin d'assurer un niveau qualitatif élevé aux soins de santé, les médecins de famille réunis au sein de réseaux de soins intégrés ne cessent de se former. Ils s'appuient notamment sur des recommandations thérapeutiques fondées sur des données probantes, appelées «guidelines», qui résument l'état des connaissances médicales actuelles. Les «cercles qualité», au sein desquels sont discutés les cas complexes ainsi que les nouveaux résultats des études et leur conséquence possible

pour les guidelines et la pratique courante, constituent d'autres mesures prises dans cette gestion de la qualité systématique. De plus, dans un souci de transparence et de sécurité de l'approvisionnement sanitaire, les réseaux de soins intégrés et les cabinets médicaux se soumettent de plus en plus à la vérification d'organes de certification indépendants. Cela ne concerne plus seulement la qualité des structures, comme autrefois, mais de plus en plus aussi la qualité des résultats, qui profite directement aux patients.

Approche axée sur l'efficacité

Dans les modèles d'assurance conventionnels, les fournisseurs de prestations gagnent d'autant plus qu'ils fournissent davantage de prestations. Il en va autrement dans les modèles d'assurance axés sur la médecine de famille, où le but n'est pas de faire tout ce qui est possible, mais de faire exactement ce qu'il faut, et donc d'éviter des soins excessifs ou insuffisants (cf. fig. à gauche).

Comme l'on suppose que l'évolution des dépenses globales de santé de ces dernières années provient surtout d'une multiplication des prestations, cette approche réduit directement les coûts. Les médecins progressistes assument d'ores et déjà leur responsabilité économique et sociale et sont rémunérés en conséquence. Ceux qui gèrent les ressources de manière plus efficace gagnent également plus.

... et le patient

Sur le principe, tout le monde est favorable à l'efficacité des coûts dans le système de santé. Toutefois, dès que quiconque a – ou connaît quelqu'un qui a – besoin de prestations médicales, il se met à évaluer la situation de manière tout à fait différente. En raison de ce paradoxe, il est difficile d'atteindre la solidarité à laquelle nous aspirons dans la LAMa, ce qui montre que le rationnement ou l'accès limité aux prestations de santé est quasi impossible à imposer en Suisse.

Aujourd'hui déjà, les médecins progressistes discutent systématiquement du rapport coût-utilité d'une prestation avec leurs patients (cf. fig. p. 17). Ces derniers apprécient que leurs besoins individuels



soient ainsi pris en compte. Le fait que les patients participent activement aux décisions favorise l'observance thérapeutique et réduit les coûts. Plus le réseau saura concilier cette orientation patient et le rapport coût-utilité, plus il se démarquera favorablement des autres réseaux (ou au sein du benchmark), et plus les patients seront satisfaits.

... et le médecin

Les médecins veulent soigner leurs patients de manière optimale, mais pas de manière maximale. Des

mesures ciblées telles que la campagne «Smarter Medicine» des internistes généralistes suisses, qui consiste à éviter les traitements superflus, représentent une orientation possible dans ce contexte. Une intégration verticale réellement pratiquée permet en outre d'optimiser la chaîne de valeur ajoutée médicale. Cela signifie que le médecin de famille doit aller le plus loin possible dans le traitement et adresser ses patients aux spécialistes ou les transférer vers des hôpitaux uniquement lorsqu'ils peuvent en retirer un bénéfice supplémentaire. En outre, il ne doit

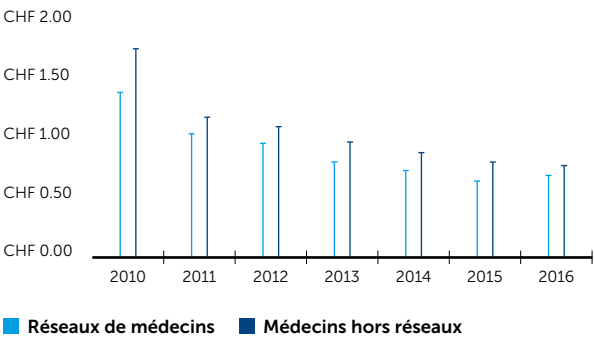
... une approche thérapeutique

les adresser qu'à des fournisseurs de prestations qui partagent sa philosophie en matière de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité. Les systèmes de santé dont le principal moyen de contrôle est la mise en concurrence des prestations ont tendance à revenir cher. Pour contrer l'explosion des coûts dans le système de santé, la Suisse suit déjà la voie éprouvée d'une mise en concurrence des prestations axée sur la qualité. Ce système, qui permet d'atténuer la hausse des coûts sans rationnement ni restriction de l'accès, est très apprécié des patients relevant des réseaux concernés. C'est pourquoi cette concurrence réglementée doit être élargie. Le numérique, dont l'importance ne cesse d'augmenter, peut contribuer à rendre les itinéraires thérapeutiques encore plus sûrs et efficaces (p. ex. en matière de sécurité des médicaments). Il importera de trouver une solution propre à la Suisse et de ne pas se contenter d'imiter des modèles observés à l'étranger.

Le docteur Bernhard Schaller, médecin généraliste, est le directeur médical du réseau de médecins du nord-ouest de la Suisse et exerce dans son cabinet à Muttentz. Il collabore avec l'Institut de médecine de famille de l'Université de Zurich.

Le professeur Thomas Rosemann dirige l'Institut de médecine de famille de l'Université de Zurich et exerce dans son cabinet à Zurich.

Coûts thérapeutiques journaliers des antiacides



Moyenne des coûts thérapeutiques standardisés journaliers d'un groupe de médicaments très fréquemment utilisé

Combien en voulez-vous?



Beda M. Stadler, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

Quand j'achète du fromage, le vendeur place en général son couteau plus loin sur la meule que je le souhaiterais, en disant en général: «Combien en voulez-vous?» Comme je suis gourmand, cela ne me dérange pas vraiment, mais comme c'est moi qui paie, je demande en général un morceau plus petit. Je ne me fâche pas contre le vendeur, car au final, j'ai pu me défendre. Dans le système de santé en revanche, ce principe du marché est inexistant. Pour sa santé, on n'en a jamais assez, c'est pourquoi en tant que patient, j'aurais choisi un morceau de fromage encore plus grand.

Après des années d'échec de la fausse croyance selon laquelle le marché et la concurrence sauveraient le système de santé, les politiques s'entendent maintenant sur le fait que la maîtrise des coûts ne s'obtiendra pas par des méthodes capitalistes. Les toutes dernières propositions pour freiner les coûts sont néanmoins d'une grande naïveté et rappellent plutôt les méthodes staliniennes. Les budgets globaux sont juste un autre terme pour désigner les plans quadriennaux et à cause des plafonds de primes, tout le monde finira par rouler en Trabant.

Ironiquement, chacun s'accorde à reconnaître pourquoi il n'existe pas de modèle efficace pour maîtriser l'explosion des coûts. Les facteurs qui joueraient un rôle sont trop nombreux. Peut-être qu'un seul mot peut toutefois résumer tous ces facteurs: l'avidité. La responsabilité individuelle est en effet écrasée par l'avidité. Il n'y a pas si longtemps encore, l'avidité a ébranlé notre système bancaire et depuis lors, les banques souffrent d'une détérioration de leur image de marque. Dans le système de santé aussi, on a essayé de dénoncer les plus avides. Au début, les médecins ont été visés, puis l'industrie pharmaceutique ou encore les hôpitaux. A ce jour, tous les acteurs de santé ont été incriminés à un moment ou à un autre, ce qui n'a rien d'anormal. Malgré tout, je n'ai jamais entendu un seul «mea culpa»!

La solution serait simple. Organiser une grande conférence sur le consensus avec deux objectifs. Le premier: toutes les parties prenantes se déclarent disposées à faire preuve de moins d'avidité. La Confédération montre l'exemple en réduisant les taxes, les impôts et la bureaucratie. Tous les autres cherchent à se responsabiliser sur les questions de dépenses. Le deuxième: chacun se met d'accord sur le fait qu'une hausse annuelle des coûts de la santé est une bonne chose. Dans un pays où tout le monde veut mourir en bonne santé, il est logique que les dépenses de santé soient plus élevées que celles effectuées selon son bon vouloir pour les vacances, le bien-être, la téléphonie, la mode ou les légumes bio. Ainsi, demain, seules les personnes malades auront encore une raison de se lamenter, mais pas celles en bonne santé qui bénéficient du système de santé.

«Pour sa santé, on n'en a jamais assez, c'est pourquoi en tant que patient, j'aurais choisi un morceau de fromage encore plus grand.»



twitter.com/CSSPolitik

Le rapport coût-efficacité du Managed Care a été longtemps contesté. De nombreuses études montrent désormais que ces modèles permettent de réaliser de véritables économies. Néanmoins, certaines questions restent en suspens.

Par Lukas Kauer, PhD

Le Managed Care pour freiner les coûts?

Dans les années 1990, un objectif essentiel de l'introduction du Managed Care (MC) en Suisse était de juguler la hausse permanente des coûts de la santé. Les soins intégrés et la réorganisation du paiement ont modifié les incitations, tant du côté de la demande que de celui de l'offre: à cause de la restriction au niveau du libre choix du médecin, les assurés ne peuvent plus consulter autant de fournisseurs de prestations qu'ils le souhaitent et doivent s'en tenir à la recommandation de leur gatekeeper. Grâce à la coresponsabilité budgétaire, les médecins ne sont plus exposés à la tentation d'augmenter leur revenu par des traitements supplémentaires.

Depuis l'introduction des modèles de Managed Care dans l'AOS, on sait que les assurés en assez bonne santé tendent à choisir ces modèles. Cette sélection des risques entraîne une forte distorsion au niveau des comparaisons de coûts entre les assurés MC et ceux ayant une couverture ordinaire. Les études scientifiques doivent donc neutraliser cet effet de sélection. Les études rassemblées dans le tableau et évaluées par des experts (peer review) utilisent différentes méthodes à cet égard. Pour les différentes périodes, sources de données et les divers modèles MC, les économies corrigées sont parfois considérables, tout comme l'effet de sélection (différence entre les deux dernières colonnes).

Comme elle a été réalisée pendant une longue période, l'étude citée la plus récente permet d'analyser le caractère durable des effets. Pour les personnes ayant adhéré tôt (2005) à un modèle MC tout au moins, de faibles coûts sont observables sur dix ans. De plus, on a pu montrer que les économies proviennent, en partie, du nombre moins élevé de consultations médicales. Vu que la probabilité de consulter un médecin au minimum une fois par an était la même pour les assurés MC que pour les assurés avec une couverture ordinaire, il semblerait que le gatekeeper parvienne à dissuader de recourir à des traitements médicaux supplémentaires inutiles. Malgré cette conclusion, toutes les raisons à l'origine des économies ne sont pas encore connues. Il faut donc poursuivre la recherche.

Indépendamment de cela, il est clair que la croissance constante des coûts de ces dernières années aurait été bien plus importante sans MC. Le MC fait donc indiscutablement partie des mesures efficaces pour freiner les coûts.

Lukas Kauer, PhD, est collaborateur scientifique du CSS Institut de recherche empirique en économie de la santé et enseigne à l'Université de Zurich et à la ZHAW.

Sélection d'études sur les économies réalisées grâce au Managed Care

Source/étude	Année des données	Type de modèle de Managed Care	Economie non corr.	Economie corr.
Lehmann, Zweifel (2004)	1997-2000	HMO Type capitation	62%	40%
		Modèle du médecin de famille type bonus	34%	10%
		Modèle du médecin de famille type liste	39%	21%
Grandchamp, Gardiol (2011)	2003-2006	Télémédecine	57-62%	4%
Trottmann, Zweifel, Beck (2012)	2003-2006	HMO et modèle du médecin de famille type capitation	42%	12-19%
Reich, Rapold, Flatscher-Thöni (2012)	2006-2009	HMO et modèle du médecin de famille type capitation	30%	21%
		Modèle du médecin de famille type bonus	21%	16%
		Télémédecine	22%	4%
Kauer (2017)	2003-2014	HMO type capitation	n. c.	14-36%

Par rapport à l'économie non corrigée, l'économie corrigée intègre l'effet de sélection. Le pourcentage se rapporte systématiquement à la comparaison avec les assurés ayant une couverture ordinaire.

Source: vous trouverez les références complètes des sources sur dialogue.css.ch

Les esprits s'échauffent

Quand il s'agit de faire des promesses,
les politiques ne manquent pas d'arguments.
Quand il faut agir par contre ...

On cherche des meneurs

Dans le système de santé, il leur
faudrait un bon contremaître.
Peut-être que cela leur éviterait d'avoir
un si grand chantier.

Avaler des couleuvres

Avec mes primes, je dois chaque
année avaler une couleuvre de
plus en plus grande. Il faudrait qu'ils
trouvent enfin une solution!

