

# Position

Février 2022

DU GROUPE MUTUEL

**La maîtrise des coûts dans l'assurance-maladie,  
quelle tactique choisir ?**

## En bref

La maîtrise des coûts grâce au contrôle de l'évolution des volumes est désormais au menu du législateur, avec un risque de rationnement des prestations pour les patients, à la clé. Cet écueil peut être évité avec l'introduction d'une gestion des coûts par la qualité des prestations, qui restreint les prestations inutiles et inefficaces. Le patient est ainsi au centre des préoccupations et le payeur de primes y trouve son compte.



## Votre personne de contact au Groupe Mutuel

**Miriam Gurtner**

Tél. 058 758 81 58

[migurtner@groupemutuel.ch](mailto:migurtner@groupemutuel.ch)

[www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch)

Groupe Mutuel

Santé® Vie® Patrimoine® Entreprise®

**Groupe Mutuel**  
Assurances  
Versicherungen  
Assicurazioni

## Contexte

Maîtrise des coûts et des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont des sujets phares de l'actualité parlementaire depuis des années. Lors de sa séance du 14 janvier 2022, la CSSS-N a choisi d'examiner conjointement les initiatives populaires « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » (21.067) et « Maximum 10% du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) » (21.063) ainsi que les deux contre-projets indirects présentés par le Conseil fédéral dans une sous-commission.

Si le premier objet s'intéresse à plafonner les coûts admis dans le domaine de l'AOS, le second se focalise sur la répartition de son financement entre les payeurs de primes et les contribuables.

Les primes des assureurs-maladie reflètent les soins consommés dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (sur 100 francs de primes, 96 sont consacrés à la couverture des coûts de santé). Aussi, le pilotage du volume des prestations a été au centre des préoccupations depuis des années, mais sans obtention de résultats probants, puisque les coûts bruts à charge de l'assurance-maladie sociale se sont accrus au rythme de 4% par an en moyenne entre 1996 et 2018.

Cependant, le problème principal n'est pas l'évolution des coûts en soi, mais les soins inutiles ou inappropriés, qui représentent 20 à 30% de tous les coûts de l'AOS, ainsi qu'un grand risque pour les patients. Les bonnes incitations doivent être correctement mises en place grâce à la qualité de l'indication et du résultat de chaque prestation.

## La maîtrise des coûts par la quantité, une solution à court terme

L'initiative « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » déposée par le Centre et le contre-projet du Conseil fédéral reposent sur un principe commun: les coûts ne peuvent évoluer que dans une proportion définie, au-delà de laquelle des mesures correctrices doivent être prises afin de les réduire.

Le **modèle de l'initiative pour un frein aux coûts** propose de limiter l'augmentation des coûts dans le cadre de l'évolution des salaires moyens par année, avec l'obligation de mettre en œuvre des mesures d'abaissement des coûts, en cas de dépassement supérieur à un cinquième de l'évolution des salaires nominaux. Les mesures sont décidées par les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations ou, à défaut, par la Confédération et les cantons. Le Conseil fédéral a rejeté l'initiative qu'il jugeait trop rigide et susceptible d'occasionner, selon son application, un rationnement des prestations et à une médecine à deux vitesses, faute de prendre en compte des facteurs tels que la démographie, les progrès médico-techniques et la dépendance des salaires par rapport à l'évolution conjoncturelle.

Le **contre-projet du Conseil fédéral** (modèle « objectif global de coûts ») prévoit de fixer un taux défini au niveau national, réparti ensuite entre les cantons, avec une marge de tolérance supplémentaire. Il est ensuite distribué au niveau cantonal entre les différentes catégories de coûts (hôpitaux: secteurs stationnaire et ambulatoire, médecins ambulatoires en pratique privée, médicaments et autres groupes de coûts de l'AOS (par exemple, EMS, soins infirmiers ambulatoires, ...)). Les mesures correctrices peuvent être prises, en cas de dépassement des limites imposées.

**Si les deux modèles ont le mérite de vouloir plafonner l'évolution des coûts, elles présentent des risques significatifs similaires:**

### Etatisme

Une **ingérence étatique importante dans le domaine de LAMal**, particulièrement en ce qui concerne le contre-projet du Conseil fédéral.

### Rationnement

Un **potentiel rationnement des prestations**, en cas de mise en œuvre des mesures correctrices de réduction des coûts.

<sup>1</sup> Papier de positionnement « Coûts de l'assurance obligatoire des soins », <sup>2</sup> (Trageser J, Vettori A, Iten R, Crivelli L. Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Akademien der Wissenschaften Schweiz, Bern 2012.)

**Rivalité** Une **rivalité entre les acteurs de la santé pour accaparer les budgets et les parts de marché**. Le contre-projet favorise la concurrence et la pensée en silo entre les cantons et les catégories de prestataires. L'initiative et le contre-projet incitent les prestataires à facturer le plus possible et le plus rapidement possible.

**Complexité** Une **complexité et bureaucratie administrative importante** sont visibles notamment dans le contre-projet, par le système de cascade prévu.

**Déclin** Un **affaiblissement du rôle des partenaires tarifaires**. Dans le contre-projet, les partenaires tarifaires participent marginalement à la fixation de l'objectif de coût, par le biais de leur participation à la Commission fédérale des objectifs en matière de coûts dans l'assurance obligatoire de soins, qui conseille le Conseil fédéral en la matière.

**Inefficacité** Une **efficacité douteuse**, notamment pour le modèle « objectif global des coûts » qui, par la mise en concurrence des catégories de coûts, torpille les soins intégrés, en favorisant la pensée « en silo », sans s'intéresser au parcours de soins, base du développement de la prise en charge interprofessionnelle.

**Paralysie** L'**absence d'incitation à augmenter la qualité et l'efficacité des traitements**. Les besoins du patient restent hors de l'équation.

## **La maîtrise des coûts par la qualité « Pay for quality », une solution d'avenir**

« Pay for quality » fait référence aux systèmes de soins qui assurent la maîtrise des coûts par la suppression des soins inutiles ou inappropriés, par des incitations pour des prestations de qualité, c'est-à-dire adéquates et efficaces. Des modèles de rémunération incitatifs sont proposés en conséquence. Chaque prestataire est évalué individuellement quant à la qualité de ses prestations, avec une transparence des résultats. Une émulation positive est ainsi instaurée parmi les prestataires et les patients sont mieux informés et intégrés. **C'est la solution préconisée par le Groupe Mutuel.**

### **La qualité de l'indication et des résultats**

La qualité de l'indication, soit l'adéquation des prestations à la pathologie, et des résultats doit non seulement être exigée, mais associée à la rémunération, de telle sorte que les prestations inappropriées, ou les échecs de traitement (même partiels) soient assortis d'une prise en charge minorée par l'assurance-maladie sociale.

La qualité de l'indication et des résultats pourrait inclure entre autres pour certains traitements:

- la fixation des objectifs thérapeutiques entre le patient et le prestataire,
- le respect des directives médicales, en adéquation avec le cas concerné,
- l'évaluation par les pairs de la qualité des interventions effectuées (« peer review ») ou l'obtention d'un deuxième avis d'un confrère avant l'intervention,
- la garantie que l'objectif thérapeutique soit atteint pour certaines opérations (garantie des prestations),
- l'évaluation des résultats des soins par le patient au moyen de questionnaires uniformisés au niveau national (PROMS « patient-reported outcomes measures »),
- la tenue d'un registre publiant les évaluations en matière de qualité par fournisseur de prestations, afin d'instaurer une concurrence au bénéfice du patient.

Les avantages sont les suivants :

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Confiance</b>     | Une information adéquate et complète du patient quant aux buts thérapeutiques réalistes qui aboutit à une décision commune quant au choix de la meilleure thérapie.  |
| <b>Stabilité</b>     | Une variabilité des pratiques médicales réduite, grâce aux directives médicales, tout en tenant compte du cas d'espèce.  |
| <b>Amélioration</b>  | Une amélioration constante de la qualité, grâce à l'évaluation régulière des résultats et les interventions par les pairs qui permet l'accompagnement des praticiens ayant les résultats les plus faibles.   |
| <b>Adéquation</b>    | Une valorisation des traitements adéquats et efficaces. Le patient est au centre de l'attention.   |
| <b>Intéressement</b> | Une participation active du patient au processus de qualité, qui devient ainsi un acteur et non plus un sujet.   |
| <b>Transparence</b>  | Une vision claire des performances individuelles des prestataires en matière de qualité, incitant ces derniers à se surpasser.   |
| <b>Coopération</b>   | Une coopération accrue des acteurs de l'assurance-maladie sociale, au lieu d'un étatisme rigide. Une information adéquate et complète du patient quant aux buts thérapeutiques réalistes qui aboutit à une décision commune quant au choix de la meilleure thérapie. |

Dans ce contexte, il convient de favoriser les tarifs qui favorisent la qualité (au lieu de la quantité), tels que: les paiements par épisodes de soins (« bundled payment »), la capitation, les forfaits ambulatoires avec mesures de qualité.

## Conclusion

Le Groupe Mutuel s'engage en faveur des mesures « Pay for quality » qui:

- découragent les prestations inefficaces ou inutiles;
  - renforcent le dialogue entre patients et prestataires;
  - promeuvent les soins coordonnés;
  - évitent une dérive étatiste en maintenant des négociations entre les acteurs du monde de l'assurance-maladie sociale;
- mais surtout,
- qui mettent le patient au cœur des préoccupations, grâce à un approvisionnement de soins de haute qualité, sans risque de rationnement.