

Limitation des coûts dans l'AOS – Propositions du Groupe Mutuel

31 août 2023

En bref

Les coûts à la charge de l'AOS ne cessent d'augmenter. Après une courte trêve, ils ont de nouveau fortement augmenté en 2022. Afin de limiter leur progression, le Groupe Mutuel propose différentes mesures, notamment concernant la digitalisation, la prévention, la planification hospitalière, les médicaments, les médecins, la tarification selon une approche « Pay for quality » (P4Q) ainsi que d'autres réformes du système actuel.

Seule une collaboration orientée sur le patient entre les différents acteurs du secteur de la santé pourra toutefois permettre de limiter la progression des coûts et le fardeau pour les payeurs de primes.



Votre personne de contact au Groupe Mutuel
Luca Strebel
T. +41 79 244 04 68
lstrebel@groupemutuel.ch

1. Introduction

Après une courte trêve, les coûts de la santé à la charge de l'AOS ont repris leur forte progression en 2022. Pour cette raison, les primes ont aussi augmenté (+ 6,6% par rapport à l'année précédente). Cette évolution devrait malheureusement se poursuivre ces prochaines années. Selon SantéSuisse, les coûts de la santé 2023 ont augmenté jusqu'au milieu de l'année de 7.85%. Afin de pouvoir la freiner autant que possible, **le Groupe Mutuel propose différentes mesures, qui pourraient être analysées et discutées dans le cadre d'une task force avec les acteurs du système de santé**. Seule une collaboration orientée sur le patient entre les différents acteurs du secteur de la santé permettra en effet à l'avenir de limiter la progression des coûts.

2. Mesures principales

Du point de vue du Groupe Mutuel, ces mesures devraient, après leur analyse et pour autant qu'elles soient faisables, être mises en œuvre aussi rapidement que possible pour limiter la progression des coûts à la charge de l'AOS et donc des primes de l'assurance-maladie sociale.

Digitalisation

Jusqu'à présent, une demande accrue en prestations de santé était couverte par une extension régulière de l'offre. Toutefois, nous arrivons aux limites de ce système. Ainsi, il est maintenant nécessaire de **mieux utiliser les ressources disponibles** et donc de travailler sur l'optimisation et l'efficacité de notre fourniture des soins.

Dans ce cadre, la digitalisation joue un rôle central. Un **dossier électronique du patient** standard unique pour tous devrait enfin être introduit.

L'**utilisation ciblée de données** pour identifier certains groupes d'assurés ou de patients pourrait par ailleurs permettre de renforcer les mesures de sensibilisation aux coûts.

Les nouvelles technologies permettent aussi de faciliter l'anamnèse des patients et la recherche de la maladie dont souffre le patient ainsi que **de soutenir le personnel soignant dans le choix de la thérapie optimale**.

Prévention

Le système de santé suisse se focalise principalement sur le traitement des maladies, soit sur les prestations qui visent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. **Des moyens plus importants devraient toutefois être investis dans la prévention** afin d'éviter ou de réduire la survenance des maladies et de diminuer le nombre de cas de maladie dans la population.

Planification hospitalière

Le secteur des soins stationnaires aigus représente au total un cinquième des coûts à la charge de l'AOS (19.5%). Les cantons sont chargés d'établir la liste des établissements reconnus. Les structures reconnues ne devraient pas excéder les besoins effectifs de la population résidente. Par ailleurs, la sélection des établissements devrait aussi se baser sur des critères de qualité notamment en assurant que les hôpitaux aient un nombre minimum de cas suffisant pour garantir l'expérience et l'expertise de leur équipe de soins.

Ainsi, dans ce domaine, le Groupe Mutuel propose :

- que **les planifications hospitalières ne soient plus édictées au niveau cantonal, mais de manière intercantonal, au niveau de régions de santé** (en se basant sur les flux des patients). Une proposition possible serait de développer en Suisse 5 à 7 régions de santé. Ainsi plusieurs cantons devraient se mettre ensemble pour définir la planification au niveau d'une région,
- qu'une étude analyse la faisabilité d'une concentration de la médecine spécialisée sur certains sites,
- que cette centralisation de la médecine spécialisée s'accompagne d'un renforcement des soins de proximité des soins généraux.

Les médicaments

Les médicaments représentent également un important facteur de coûts à la charge de l'AOS (18.1%). Dans ce domaine, plusieurs mesures devraient être étudiées :

- Compétences du Parlement (délai de mise en œuvre plus long, comme adaptation de lois nécessaire) :
 - ✓ Introduction du **P4Q** ;
 - ✓ **Remboursement des médicaments achetés à l'étranger**, sous condition qu'ils soient prescrits en Suisse et que les prix à l'étranger soient inférieurs aux tarifs suisses. ;
 - ✓ Introduction du système des **prix de référence**, notamment afin de renforcer l'utilisation des génériques. Ce système a été proposé par le Conseil fédéral dans le cadre du 1^{er} paquet de mesures pour limiter les coûts AOS.
- Compétences du Conseil fédéral (délai de mise en œuvre plus court, comme adaptation d'ordonnances nécessaire) :
 - ✓ **Augmentation des écarts de prix pour les biosimilaires et les génériques** par rapport aux préparations originales ;
 - ✓ **Augmentation de la quote-part** lorsqu'une préparation originale est délivrée alors qu'un générique pourrait être utilisé
 - ✓ Diminution respectivement ajustement de la **marge de distribution** pour les préparations originales (marge identique pour les produits à principe actif identique)

Médecins et accès au système de santé

Afin de favoriser l'établissement de nouveaux médecins de premiers recours, les mesures suivantes pourraient être mises en œuvre :

- Les critères d'entrée et de sélection pour la **formation** devraient être revus et adaptés ;
- Un rôle central et clairement défini comme **acteur principal des réseaux de soins**

intégrés (création de centres médicaux interdisciplinaires) devrait être attribué aux médecins et, le cas échéant, à d'autres professionnels de la santé ;

- De plus, les médecins de premiers recours devraient continuer de jouer un rôle central dans l'approvisionnement de base. Ce sont eux qui peuvent **garantir le gate-keeping**, qui permet un meilleur triage des patients ;
- Leur rémunération pourrait être améliorée grâce à une réduction des tarifs des spécialistes.

Il s'agit aussi de prendre rapidement des mesures pour renforcer l'accès au système de santé (comme par exemple une meilleure utilisation des compétences des pharmaciens, développement des plateformes de télémédecine, renforcement du rôle des nurse practitioner, etc.). L'objectif est d'éviter un engorgement des urgences et que le patient dispose et utilise la porte d'entrée adéquate en fonction de ses besoins (maux).

Tarification : P4Q

Les systèmes actuels de rémunération engendrent de mauvais incitatifs. En effet, la rémunération se base sur la quantité des prestations fournies. Les prestataires de soins ne sont donc pas incités à pratiquer de manière optimale (utilisation efficace des ressources en prenant en compte les bénéfices pour les patients), mais maximale (fourniture de toutes les prestations possibles).

Du point de vue du Groupe Mutuel, **les systèmes actuels de rémunération devraient par conséquent être remplacés par une approche « Pay for Quality » (P4Q)**. Il s'agit d'un instrument prometteur pour un système de santé performant, durable et finançable, dans lequel la qualité figurerait au centre des préoccupations et la valeur serait créée pour les patients. L'objectif est de promouvoir la qualité de l'indication et des résultats et les lier à la rémunération.

Comme une mise en œuvre de cette approche prendra un certain temps, une tarification basée sur des forfaits devrait être utilisée durant cette phase de transition. Elle met le patient au centre.

Réformes du système actuel

En raison de l'évolution actuelle des coûts, des réformes plus en profondeur du système pourraient aussi être proposées. Du point de vue du Groupe Mutuel, les approches suivantes devraient être discutées et analysées :

- **Financement différencié des assurés qui engendrent des charges de sinistre élevées** : Certains assurés engendrent des coûts de sinistre élevés, jusqu'à plusieurs centaines de milliers de francs par année qui impactent fortement les primes. Ces risques ont un impact très important sur la solidarité. Une proposition serait de fixer un montant de charge de sinistre maximale qui serait pris en charge par l'AOS. Les coûts supplémentaires seraient financés d'une autre manière, par exemple par les cantons, la Confédération ou même par d'autres recettes fiscales.
- **Modèle d'assurance avec un catalogue des prestations réduit** : Actuellement le catalogue des prestations est très vaste. Une proposition envisageable serait de permettre aux assureurs d'offrir un nouveau modèle qui ne couvrirait qu'une partie des prestations prises en charge actuellement. Naturellement, les soins vitaux devraient en tout temps rester garantis. Une mise en œuvre de cette proposition pourrait fortement influencer la solidarité. Ainsi, dans ce cas, une modification de la compensation des risques sera nécessaire afin de garantir un certain équilibre entre les différents modèles.
- **Contrats pluriannuels** : En ce qui concerne les contrats d'assurance, une autre idée envisageable serait de laisser la possibilité aux assurés et aux assureurs de conclure un contrat d'assurance sur plusieurs années, pour permettre une meilleure gestion du portefeuille (prévention, Disease Management, ...).
- **Adaptation de la participation aux coûts à l'évolution des coûts** : La dernière modification des montants des franchises date de plusieurs années. Afin de prendre en compte la progression des coûts depuis lors, la participation des assurés devrait aussi être adaptée.
- **Renforcement des HTA (évaluation des technologies de la santé)** : Le Groupe Mutuel se prononce en faveur de ces évaluations et de leur développement. De plus, de son point de vue, une évaluation négative devrait permettre de ne plus prévoir un remboursement par l'AOS.

possibles à chaque patient, dans la limite des ressources disponibles. Il s'agit ainsi d'une approche de prestations de soins de santé centrée sur le patient. Elle vise à améliorer les résultats de santé qui comptent le plus pour les patients tout au long de leurs parcours de soins, tout en optimisant les ressources de santé et le coût pour la société.

3. Mesures complémentaires

En complément de ces mesures principales, d'autres propositions nous semblent intéressantes et nécessaires.

- **Mise en œuvre de l'approche du VBHC (Value Based Healthcare)** : L'objectif visé par le VBHC est de fournir les meilleurs soins

Groupe Mutuel Services SA

Secrétariat Général – Rue des Cèdres 5 – 1919 Martigny – www.groupemutuel.ch

Conclusion

Afin de limiter les coûts à la charge de l'AOS et ainsi la charge pour les payeurs de primes, de nombreuses approches peuvent être suivies et beaucoup de propositions mises en œuvre. Le Groupe Mutuel présente ci-dessus les plus importantes et les plus efficaces. Toutefois, pour ce faire, il est nécessaire que chaque acteur, en s'orientant sur le patient, soutienne et participe activement à l'effort collectif.

De notre point de vue, la généralisation d'une approche P4Q représente la mesure la plus intéressante et la plus prometteuse. En effet, elle permet d'agir sur plusieurs axes : qualité pour les patients, prise en compte de leurs besoins, utilisation efficace des ressources à disposition et économies pour les payeurs de primes.