

Initiative pour un frein aux coûts et contre-projet indirect

11 mai 2023

En bref

L'initiative pour un frein aux coûts lancée par Le Centre vise à limiter chaque année l'évolution des coûts dans le secteur de la santé par rapport à l'évolution moyenne des salaires et de l'économie suisse globale. En cas de dépassement de la hausse prévue, il convient de mettre en œuvre des mesures de réduction des coûts. Le Conseil fédéral et le Parlement ont rejeté cette initiative, mais proposent cependant un contre-projet indirect. Selon le contre-projet du Parlement, le Conseil fédéral devra à l'avenir fixer des objectifs de coûts et de qualité des prestations pour les quatre prochaines années. Chaque canton pourra s'en inspirer et fixer également des objectifs de coûts et de qualité pour cette période.

Néanmoins, un frein aux coûts ou des objectifs de coûts ne s'attaquent pas à la racine du problème. La problématique reste la suivante : les rémunérations sont actuellement basées sur la quantité, et non sur la qualité. En revanche, plusieurs mesures d'accompagnement du contre-projet encore dans la phase d'élimination des divergences peuvent être saluées.



Votre interlocuteur au Groupe Mutuel

Luca Strebel

T. +41 79 244 04 68

lstrebel@groupemutuel.ch

Contexte

C'est en 2018 que le PDC, aujourd'hui renommé Le Centre, a lancé l'initiative populaire « Pour des primes plus basses – Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) », finalement déposée en 2020. Le Conseil fédéral a présenté son message fin 2021, dans lequel il recommandait de rejeter l'initiative, tout en soumettant un contre-projet indirect.

En tant que première instance, le Conseil National a décidé, lors de sa session d'été 2022, d'adapter certains points du contre-projet indirect du Conseil fédéral. Le Conseil des États s'est penché sur le sujet au cours de la session de printemps 2023 et a créé plusieurs différences par rapport au contre-projet du Conseil National. Les deux Conseils ont rejeté l'initiative.

Le contre-projet a été examiné au printemps 2023 par la commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil National et il est prêt pour la phase d'élimination des divergences par le Conseil National au cours de la session d'été 2023.

Mauvaise approche de maîtrise des coûts

Distinction entre frein aux coûts, objectif de coûts et maîtrise des coûts

L'initiative pour un frein aux coûts, le contre-projet du Conseil fédéral et celui du Parlement reposent fondamentalement sur le même principe : il faut poser une limite à l'augmentation des coûts. Ils diffèrent cependant sur le cadre et sur les mesures à prendre en cas de dépassement.

L'initiative pour un frein aux coûts propose de coupler l'augmentation des coûts à l'évolution moyenne des salaires et à la situation économique suisse chaque année, avec une

obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des coûts en cas de hausse des coûts supérieure de plus d'un cinquième à l'évolution des salaires nominaux. Ces mesures doivent être prises par les assureurs-maladie et par les fournisseurs de prestations ou être fixées par la Confédération ou par les cantons, si ces derniers restent les bras croisés. Le frein aux coûts doit être ajouté à la Constitution.

Le **contre-projet du Conseil fédéral** (modèle des **objectifs en matière de coûts** ; art. 54-54e LAMal) prévoyait un pourcentage d'augmentation des coûts des prestations à ne pas dépasser dans toute la Suisse, mais fixait également une marge de tolérance identique pour tous les cantons. Ce pourcentage aurait ensuite dû être décliné par canton et être réparti entre les différentes catégories de coûts (domaine ambulatoire et stationnaire dans les hôpitaux, médecins en pratique libérale, médicaments et autres groupes de coûts de l'AOS). En cas de dépassement des limites fixées, l'examen de mesures correctives était envisagé.

Selon le contre-projet **adopté par le Parlement** (ajustement du modèle des **objectifs en matière de coûts**), le Conseil fédéral devra à l'avenir fixer des objectifs de coûts et de qualité des prestations pour les quatre prochaines années, après consultation de tous les acteurs du système de santé. Chaque canton pourra s'en inspirer et fixer également des objectifs de coûts et de qualité pour cette période. Une commission fédérale de suivi des coûts et de la qualité devra être créée pour surveiller l'évolution des différents domaines de prestations.

Il convient de mentionner ici aussi la **maîtrise des coûts** (Art. 47c LAMal), qui faisait partie du 1er volet de mesures pour limiter les coûts AOS. Elle prévoit que les partenaires tarifaires déterminent ensemble une évolution des coûts acceptable. En cas de non-respect des

hausse fixées, des mesures correctrices devraient être prises. Il faut saluer cette solution, qui renforce le rôle des partenaires tarifaires.

Le frein aux coûts et les objectifs en matière de coûts ne s'attaquent pas au problème à la racine

Le frein aux coûts et les objectifs en matière de coûts présentent des risques similaires : des prescriptions en matière de dépenses peuvent conduire à un **rationnement des prestations**. La **concurrence accrue** pour les parts de marché et de budget que cela engendrerait **entre les acteurs de la santé** créerait de mauvaises incitations et augmenterait le risque de prestations inutiles. La « pensée en silo » entre les cantons et les catégories de fournisseurs de prestations s'accentuerait, tandis que le rôle des partenaires tarifaires deviendrait lui pratiquement inexistant.

Promouvoir des modèles basés sur l'utilité, comme Pay for Quality (P4Q)

Au lieu de plafonner l'augmentation des coûts de manière rigide, il convient de viser une maîtrise des coûts en réduisant la surmédicalisation ainsi que les soins inappropriés et en créant une incitation à fournir des prestations de qualité, appropriées et efficaces. Cela ne fonctionne que via l'exigence de qualité de l'indication et des résultats. L'adéquation des prestations et la qualité des résultats doivent donc non seulement être exigées, mais elles doivent également être liées à la rémunération. **Pour ce faire, il faut des modèles de rémunération incitatifs**, tels que l'approche « **Pay for quality** ».

Les critères de qualité de l'indication et des résultats pourraient notamment, pour certains traitements, être la définition **d'objectifs thérapeutiques** entre le patient et le fournisseur de prestations, la demande **d'un deuxième avis médical**, l'introduction de **prestations garanties** pour certaines interventions ou

traitements, la tenue d'un **registre dans lequel seraient publiées les évaluations de qualité des différents fournisseurs de prestations**, ainsi que l'introduction de **mesures des PROM's** uniformes (résultats rapportés par les patients).

Cela entraînerait une amélioration continue de la qualité et inciterait à mettre en œuvre des soins appropriés et efficaces. Cela permettrait également d'avoir enfin un aperçu transparent et individuel des prestations de qualité des fournisseurs de prestations. Voilà un point central pour le Groupe Mutuel : **la valeur ajoutée pour le patient doit toujours figurer au centre.**

Divergences ouvertes en ce qui concerne le contre-projet

Pour ce qui de l'objectif des coûts, le Conseil des États a suivi le Conseil National, en créant des divergences sur plusieurs autres points, en particulier pour les mesures d'accompagnement centrales suivantes :

Procédure ETS

Les prestations pour lesquelles il y a des raisons de penser qu'elles ne sont pas ou plus efficaces, appropriées ou rentables, doivent être réévaluées au moyen d'une procédure fondée sur les preuves. Les deux Conseils soutiennent cette procédure d'évaluation. En revanche, le projet du Conseil des États est plus précis. Il définit notamment que l'autorité compétente doit prendre en compte les résultats de la procédure d'évaluation dans un délai d'un an. La CSSS-N soutient cette précision.

Position du Groupe Mutuel : le Groupe Mutuel soutient cette mesure, qui permet d'évaluer l'utilité des techniques médicales et le respect des critères EAE. Cette précision permet l'application obligatoire des résultats

de la procédure d'évaluation dans un délai raisonnable.

Des conditions particulières pour les laboratoires

Pour pouvoir facturer à la charge de l'AOS, les laboratoires, qui n'effectuent pas d'analyses relevant des soins médicaux de base pour leurs propres besoins (laboratoires de cabinets médicaux), doivent conclure un contrat de collaboration avec un ou plusieurs assureurs. Le Conseil des États ne partage pas cet avis et souhaite maintenir le système actuel de financement des prestations de laboratoires. La CSSS-N s'en tient à la décision du Conseil National.

Position du Groupe Mutuel : le Groupe Mutuel soutient la position du Conseil National. La comparaison internationale des tarifs des analyses médicales menée par le Surveillant des prix montre clairement que les tarifs suisses sont beaucoup plus élevés que ceux des autres pays européens. Le système proposé permet de renforcer le partenariat tarifaire et de promouvoir la concurrence.

Approbation d'une convention tarifaire

Les deux Conseils sont d'accord sur le fait qu'il faut fixer un délai d'un an pour l'évaluation d'un tarif soumis à approbation. De plus, le Conseil National souhaite qu'en l'absence de décision formelle de la part de l'autorité d'approbation dans ce délai, une convention tarifaire entre en vigueur, à condition que les assureurs qui y adhèrent représentent la majorité des assurés et que les fournisseurs de prestations facturent plus de 50% du volume dans le champ d'application de cette convention tarifaire. Le Conseil des États souhaite supprimer cette proposition. La CSSS-N suit le Conseil des États.

Position du Groupe Mutuel : le Groupe Mutuel soutient la position du Conseil des États. Il est judicieux de préciser que les

autorités compétentes doivent prendre position dans un délai raisonnable. Pour des raisons de sécurité juridique, il faut cependant qu'un tarif soit formellement adopté par les autorités d'approbation pour qu'il puisse être appliqué.

Des compétences supplémentaires pour les autorités d'approbation

Le Conseil National souhaite que le Conseil fédéral puisse procéder à des ajustements au niveau des structures stationnaires si ces dernières ne sont plus appropriées et si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord sur leur révision. Le Conseil des États souhaite rayer cette compétence supplémentaire. La CSSS-N souhaite la conserver.

Position du Groupe Mutuel : le Groupe Mutuel soutient la position du Conseil des États, qui propose de ne pas attribuer cette compétence supplémentaire. Cette proposition viendrait affaiblir le partenariat tarifaire. De plus, elle est inutile, puisque dans le domaine des tarifs stationnaires, les différents acteurs ont fondé une société dans le but de développer la structure tarifaire et de la maintenir à jour. Par conséquent, des améliorations sont régulièrement proposées au Conseil fédéral.

Révision du Tarmed

Le Conseil National souhaite que le Conseil fédéral prenne des mesures immédiates, en corrigeant les rémunérations excessives, inappropriées et non économiques du Tarmed. Le Conseil des États a rejeté cette demande. La CSSS-N s'en tient à la décision du Conseil National.

Position du Groupe Mutuel : le Groupe Mutuel soutient la position du Conseil National. Il approuve le principe de corriger les rémunérations inappropriées et non économiques au sein d'une structure tarifaire. Il est donc d'avis de soutenir cette proposition.

Conclusion

Le **frein aux coûts** et les **objectifs en matière de coûts** du contre-projet présentent des risques similaires :

- Risque de **rationnement** des prestations
- **Concurrence** pour les parts de marché et de budget entre les acteurs du système de santé
- Renforcement de la « **pensée en silo** » entre les cantons et les fournisseurs de prestations
- **Rôle des partenaires tarifaires** pour ainsi dire inexistant

Au lieu de plafonner l'augmentation des coûts de manière rigide, il convient de viser une **maîtrise des coûts** en **réduisant la surmédicalisation et les soins inappropriés** et en créant une incitation à fournir des prestations de qualité, appropriées et efficaces. Cela ne fonctionne que via l'exigence de **qualité de l'indication et des résultats**. Pour ce faire, il faut des modèles de rémunération incitatifs, tels que l'approche « **Pay for quality** ». Ainsi, la valeur ajoutée pour le patient serait enfin au cœur des préoccupations.

En ce qui concerne les divergences ouvertes du contre-projet, le Groupe Mutuel s'engage en particulier pour l'application obligatoire des résultats de la **procédure ETS**, la promotion du **partenariat tarifaire** et de la concurrence entre les **laboratoires**, ainsi que pour une **correction rapide du Tarmed**.