

# 2<sup>ème</sup> paquet de mesures pour limiter les coûts AOS

17 novembre 2022

## En Bref

Début septembre 2022, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message concernant le 2<sup>ème</sup> paquet de mesures pour limiter les coûts AOS.

Des mesures pour limiter les coûts AOS sont globalement prioritaires et urgentes. Si certaines propositions du Conseil fédéral peuvent être soutenues par le Groupe Mutuel, d'autres devraient à nos yeux être adaptées, revues ou biffées. Globalement, il faut malheureusement constater qu'aucune mesure vraiment nouvelle n'est proposée et que ces propositions n'auront qu'un impact limité sur l'évolution future des coûts à la charge de l'AOS. Certaines propositions engendrent même des coûts supplémentaires.

De notre point de vue, il faudrait enfin créer les conditions-cadres qui sont nécessaires pour permettre une application nationale d'une rémunération P4Q (pay for quality). Elle représente un instrument prometteur pour un système de santé performant, durable et finançable, dans lequel la qualité et les besoins des patients figureraient au centre des préoccupations.



Votre personne de contact au Groupe Mutuel

Luca Strebel

T. 058 758 81 58

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

## 1. Situation initiale

Après quatre années au cours desquelles les primes d'assurance maladie n'ont que modérément augmenté, des hausses de primes de l'ordre de 6,6% ont à nouveau été annoncées pour 2023. Cette augmentation s'explique principalement par la pandémie de COVID-19, qui a fortement impacté le système de santé et qui a également généré un effet de rattrapage. On notera par ailleurs que les coûts de la santé ont continué d'augmenter au cours du premier semestre 2022.

En raison de cette situation, la maîtrise des coûts reste une priorité majeure. Les mesures nécessaires pour réduire les coûts à la charge de l'AOS doivent être prises aussi rapidement que possible. Ainsi, le Conseil fédéral a transmis début septembre au Parlement son message concernant le 2<sup>ème</sup> paquet de mesures pour limiter les coûts AOS.

Les travaux parlementaires ont déjà débuté, puisque la CSSS-N est entrée en matière sur ce projet lors de sa séance des 20 et 21 octobre 2022.

## 2. Différences par rapport au projet mis en consultation

Un avant-projet avait été mis en consultation en 2020. On peut tout d'abord relever que l'objectif des coûts a été extrait de ce 2<sup>ème</sup> paquet de mesures et présenté par le Conseil fédéral comme contre-projet indirect à l'initiative populaire « Pour un frein aux coûts ». Par ailleurs, certaines propositions ont été abandonnées comme l'introduction

d'un point de contact, qui a été fortement critiquée lors de la procédure de consultation, la mise en place d'une rémunération forfaitaire dans le cadre des soins intégrés ou la définition des programmes de gestion des patients. Ainsi, les deux mesures phares, à savoir l'objectif des coûts et l'introduction d'un premier point de contact, ne figurent plus dans le projet transmis au Parlement.

Ce 2<sup>ème</sup> paquet comprend donc les propositions suivantes :

- Renforcement des soins coordonnés
- Introduction des modèles de prix
- Examen différencié des critères EAE
- Tarifs de référence pour les traitements hospitaliers
- Facturation électronique
- Prestations fournies par les pharmaciens
- Participation aux coûts de maternité

## 3. Premiers constats

Tout d'abord, on peut constater qu'aucune mesure vraiment nouvelle n'est proposée. Un des problèmes principaux du système actuel, à savoir l'augmentation des prestations médicales fournies en raison des mauvais incitatifs tarifaires, n'est pas remis en cause. Pour ces raisons, ces propositions n'auront qu'un impact limité sur l'évolution des coûts à la charge de l'AOS.

En outre, le rôle des autorités est renforcé. Enfin, certaines propositions engendrent même des coûts supplémentaires, malgré l'objectif fixé de réduire les coûts respectivement les primes.

Ainsi, ce projet était fortement contesté avant même qu'il soit traité par les Chambres fédérales.

## 4. En détail

### Soins intégrés

Pour favoriser leur développement, les réseaux de soins coordonnés devraient être intégrés dans la LAMal comme nouveau type de fournisseur de prestations. Ils devraient être admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leurs activités. En plus, ils devraient être dirigés par un médecin et fournir des prestations ambulatoires et coordonnées. Des conventions avec les assureurs devraient être conclues afin de prévoir le financement des coûts supplémentaires découlant de la coordination.

**Position du Groupe Mutuel** : Le Groupe Mutuel soutient le principe des soins intégrés. L'efficacité et la qualité de la fourniture des prestations est renforcée dans le cadre des soins intégrés, comme la coordination est mieux garantie et que le risque de fournir deux fois les mêmes prestations est limité. Toutefois, les propositions du Conseil fédéral ont quelques défauts :

- L'introduction d'une nouvelle définition ne va pas renforcer les soins intégrés. Le cadre légal actuel le permet déjà et de nombreux modèles différents sont proposés par les assureurs-maladie.
- Les conditions posées sont trop strictes et trop rigides et risquent ainsi de limiter la création et le développement de ces nouvelles structures (innovation et développements futurs).

- Rémunération des prestations de coordination : Le mauvais incitatif actuel de la tarification (quantité x prix) devrait être supprimé et une rémunération forfaitaire, idéalement liée à des critères de qualité, encouragée.

Page 3/5

### Modèles de prix

Lorsqu'un modèle de prix est appliqué, l'assureur rembourse le prix public au fournisseur de prestations (prise en charge provisoire des prestations) et, dans un deuxième temps, le titulaire de l'autorisation procède à une restitution à l'assureur (ou à l'institution commune LAMal). Ce système de remboursement pourra être prévu par l'OFSP pour les médicaments, les analyses ainsi que les appareils et moyens auxiliaires.

**Position du Groupe Mutuel** : Le Groupe Mutuel est opposé à la réduction de la transparence que génère ce système lors de la fixation des prix. La transparence, comme bien précieux, ne doit pas être facilement sacrifiée.

Par ailleurs, les modèles de prix existants aujourd'hui sont souvent très complexes et difficilement reproductibles dans les systèmes des assureurs. Leur extension entraînerait une augmentation considérable des frais administratifs des assureurs. Dès lors, une éventuelle mise en œuvre devrait viser une certaine standardisation, pour éviter que la ristourne soit calculée selon une multitude de modèles différents.

Enfin, pour garantir l'approvisionnement et un accès rapide aux innovations, l'instauration de prix provisoires pourrait être prévue.

## Renforcement des HTA

Le Conseil fédéral devra fixer la fréquence et l'ampleur d'un réexamen différencié de l'efficacité, l'adéquation et du caractère économique en fonction du type de prestation.

**Position du Groupe Mutuel** : Le Groupe Mutuel se prononce en faveur d'un renforcement des HTA (évaluation des technologies de la santé). Des mesures supplémentaires devraient toutefois être prises pour accélérer le processus et mettre en œuvre plus rapidement les résultats obtenus.

## Prestations des pharmaciens

Les pharmaciens pourraient nouvellement fournir des prestations de conseils pharmaceutiques visant à optimiser le traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique. Les mesures préventives pourraient aussi être effectuées par un pharmacien dans le cadre d'un programme organisé au niveau national ou cantonal.

**Position du Groupe Mutuel** : Le Groupe Mutuel collabore avec les pharmaciens pour certains modèles. Il est ainsi convaincu qu'ils peuvent fournir de manière autonome certaines prestations, ce qui devrait permettre d'avoir un effet positif sur les coûts à la charge de l'AOS.

## Tarif de référence pour les traitements hospitaliers

Page 4/5

Les tarifs de référence devraient se fonder sur la rémunération applicable à un traitement comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence qui fournit ce traitement, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

**Position du Groupe Mutuel** : Le Groupe Mutuel soutient cette proposition qui renforce la concurrence entre établissements stationnaires et le libre choix de l'hôpital. Ceci aura un effet positif sur la qualité et l'efficacité et permet d'atteindre l'objectif du libre choix de l'assuré visé par le nouveau financement hospitalier entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## Facturation électronique

Le fournisseur de prestations devra remettre sa facture au débiteur de la rémunération sous forme électronique. À la demande de l'assuré, il la lui remet gratuitement sur papier.

**Position du Groupe Mutuel** : Le Groupe Mutuel soutient cette proposition en faveur de l'extension de la facturation électronique.

Par ailleurs, la facturation électronique devrait pouvoir utiliser différents standards, reconnus par une instance neutre comme eCH.

## Conclusion

Des mesures pour limiter les coûts AOS sont prioritaires et urgentes. Certaines propositions du 2<sup>ème</sup> paquet de mesures du Conseil fédéral peuvent être soutenues par le Groupe Mutuel. Par contre, d'autres devraient, à nos yeux, être adaptées, revues ou biffées. Globalement, il faut toutefois constater qu'aucune mesure vraiment nouvelle n'est proposée et que ces propositions n'auront qu'un impact limité sur l'évolution future des coûts à la charge de l'AOS. Par ailleurs, elles renforcent le rôle des autorités et des cantons, ce qui engendre une étatisation supplémentaire et freine l'innovation.

Un des problèmes principaux du système actuel, à savoir l'augmentation de la quantité des prestations médicales fournies en raison des mauvais incitatifs tarifaires, n'est en plus pas remis en cause. De notre point de vue, il faudrait enfin créer les conditions-cadres qui sont nécessaires pour permettre une application nationale d'une rémunération P4Q (pay for quality). Une telle approche représente un instrument prometteur pour un système de santé performant, durable et finançable, dans lequel la qualité et les besoins des patients figureraient au centre des préoccupations. Elle permet également d'abandonner le système de rémunération qui favorise l'augmentation de la quantité d'actes médicaux inutiles fournis au détriment des patients.