

Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins

Rapport du groupe d'experts

24 août 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Résumé	5
2	Introduction	6
2.1	Contexte.....	6
2.2	Mandat du DFI et mise en œuvre par le groupe d'experts	7
2.2.1	Mandat confié au groupe d'experts par le DFI.....	7
2.2.2	Mise en œuvre par le groupe d'experts	7
2.3	Structure du rapport	9
3	Système sanitaire suisse et analyse des problèmes	11
3.1	Approche commune de la problématique	11
3.1.1	La Suisse dépense beaucoup pour la santé en comparaison internationale	11
3.1.2	Où existe-t'il un potentiel de maîtrise des coûts?	13
3.2	Appréciation du système sanitaire	15
4	Mesures de réduction des coûts et expériences passées	19
4.1.1	Réduction des coûts : expériences en Suisse	19
4.1.2	Mesures prévues en matière de maîtrise des coûts	22
4.2	Mesures de réduction des coûts à l'étranger	24
4.2.1	Transférabilité des expériences faites à l'étranger et choix des pays	24
4.2.2	Expériences en Allemagne, en France et aux Pays-Bas des mesures de maîtrise des coûts	24
4.3	Conclusion pour la Suisse.....	25
5	Mesures recommandées	27
5.1	Focus des mesures recommandées	27
5.2	Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS (M01).....	29
5.3	Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02).....	35
5.4	Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement.....	37
5.4.1	Introduction	37
5.4.2	Mesures visant à éviter les incitations inopportunes	37
	<i>M03 Admission des hôpitaux sur la liste hospitalière en fonction de la rémunération du personnel interne et du personnel externe (bonus liés au volume de prestations, Kickbacks).....</i>	<i>37</i>
5.4.3	Mesures dans le domaine des soins et des prestations	39

	<i>M04 Créer la transparence nécessaire.....</i>	39
	<i>M05 Éviter les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons</i>	41
	<i>M06 Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé</i>	43
	<i>M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire</i>	45
	<i>M08 Renforcer les HTA</i>	47
	<i>M09 Renforcer le contrôle des factures.....</i>	48
	<i>M10 Renforcer les soins coordonnés</i>	50
	<i>M11 Mettre en place des comités médicaux (Medizinische Boards/Indikationsboards).....</i>	52
	<i>M12 Promouvoir les directives thérapeutiques.....</i>	54
	<i>M13 Promouvoir le second avis médical</i>	56
	<i>M14 Effectuer une planification hospitalière au niveau régional</i>	58
5.4.4	Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification	60
	<i>M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire.....</i>	60
	<i>M16 Tenir compte des effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire</i>	61
5.4.5	Autres mesures.....	63
	<i>M17 Faciliter l'importation parallèle de matériel médical et d'implants.....</i>	63
5.5	Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives	65
5.5.1	Mesures visant à éviter les incitations inopportunes	65
	<i>M18 Introduire une obligation de contracter différenciée</i>	65
5.5.2	Mesures dans le domaine des soins et des prestations	67
	<i>M19 Renforcer la qualité.....</i>	67
	<i>M20 Réduire la demande induite par l'offre</i>	70
	<i>M21 Lever le principe de territorialité.....</i>	72
5.5.3	Mesures dans le secteur des médicaments	74
	<i>M22 Introduire un système de montant fixe / système de prix de référence</i>	74
	<i>M23 Adapter la marge relative à la distribution</i>	76
	<i>M24 Imposer aux pharmaciens et aux médecins propharmaciens de remettre des génériques</i>	78
5.5.4	Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification	79
	<i>M25 Maintenir la structure tarifaire à jour</i>	79
	<i>M26 Instaurer un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire.....</i>	81

5.6	Mesures nouvelles nécessitant des adaptations législatives	83
5.6.1	Mesures visant à éviter les incitations inopportunes	83
	<i>M27 Imposer un système de gatekeeping</i>	83
	<i>M28 Empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires</i>	84
5.6.2	Mesures dans le secteur des médicaments	86
	<i>M29 Introduire le principe du prix avantageux</i>	86
	<i>M30 Réaliser un examen annuel des prix, de l'efficacité et de l'adéquation des médicaments remboursés</i>	88
	<i>M31 Supprimer la prime à l'innovation accordée aux médicaments récemment autorisés</i>	90
	<i>M32 Encourager l'importation parallèle de médicaments</i>	91
	<i>M33 Introduire un droit de recours</i>	92
5.6.3	Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification	94
	<i>M34 Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG)</i>	94
	<i>M35 Créer un organe indépendant de contrôle des factures</i>	95
	<i>M36 Réduire les conflits de gouvernance des cantons</i>	96
	<i>M37 Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires</i>	98
5.6.4	Autres mesures	101
	<i>M38 Supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient</i>	101
5.7	Mesures prioritaires	104
6	Bilan	105
7	Bibliographie	107
8	Annexe	114
8.1	Mesures appliquées à l'étranger afin de freiner la hausse des coûts	114
8.1.1	Allemagne	114
8.1.2	France	119
8.1.3	Pays-Bas	125
8.2	Scénarios concernant l'évolution des coûts pour la période 2013-2040	127
8.3	Vue d'ensemble des mesures	131

1 Résumé

Bien que les assurés en Suisse s'estiment satisfaits des soins de santé, les coûts élevés et en constante augmentation sont sous le feu des critiques. Selon différentes études et évaluations d'experts, la Suisse présente un potentiel d'amélioration de l'efficacité de l'ordre de 20 %, sans réduction de la qualité des soins dispensés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (OFSP 2013). Lorsque l'on jette un regard aux situations à l'étranger, il apparaît également que dans l'intérêt de la population, il est nécessaire d'intervenir plus fermement pour stimuler les gains d'efficacité et les économies qui s'imposent. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a donc chargé le groupe d'experts de proposer des mesures permettant de réaliser ce potentiel. Si les acteurs du monde de la santé sont d'ores et déjà tenus, dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), de chercher à atténuer la hausse des coûts et qu'ils disposent d'une marge de manœuvre considérable pour développer des modèles innovants de prise en charge capables de générer des économies et des améliorations de l'efficacité, ils n'ont pas fait usage de ces possibilités autant qu'il eût été souhaité. Pour développer de nouvelles mesures, il était indispensable d'analyser les particularités économiques et institutionnelles du système de santé suisse, qui favorisent certaines incitations inopportunes et, partant, une mise en œuvre seulement limitée des mesures existantes visant à maîtriser les coûts. Le présent rapport propose donc une série de mesures pouvant être mises en œuvre à court, moyen ou long terme, la plupart d'entre elles s'appuyant sur le système existant tout en tentant de supprimer les mauvaises structures d'incitation.

L'accent est mis, d'une part, sur l'instauration d'un plafond contraignant pour freiner la hausse des coûts, assorti de sanctions idoines, visant à améliorer la gestion globale du système. La mise en œuvre des plafonds généraux de l'AOS dans les différents domaines de prestations devrait toutefois être réalisée, autant que possible, dans le cadre des compétences actuelles, c'est-à-dire par les cantons, les partenaires tarifaires et, en fin de compte, les fournisseurs de prestations. D'autre part, une grande importance est accordée à l'introduction dans la LAMal d'un article expérimental et à la promotion de la transparence, qui constituent des piliers fondamentaux de ce rapport. D'autres mesures visent à éviter les prestations inutiles voire dangereuses pour les patients et à encourager la réalisation efficace de traitements nécessaires et fondés sur des preuves. Des mesures s'attaquent par ailleurs aux incitations actuelles qui engendrent une augmentation du volume de prestations dans les domaines ambulatoire et stationnaire mais aussi aux incitations inopportunes à l'interface de ces deux domaines. Plusieurs mesures sont en outre recommandées dans le secteur des médicaments, leur but étant essentiellement de faire baisser les prix.

Une chose est sûre : vu les particularités institutionnelles et économiques du système de santé et du marché correspondant, les mesures visant à maîtriser les coûts doivent concerner l'ensemble des acteurs de la santé. Encore faut-il commencer par corriger chez les différentes catégories d'acteurs les incitations inopportunes existantes. Ce n'est qu'ainsi qu'ils pourront assumer leur part de responsabilité – notamment dans le domaine des coûts –, exploiter dans l'intérêt d'une prise en charge efficace, adaptée et financièrement soutenable la marge de manœuvre qui leur est accordée, redoubler d'efforts et faire avancer des idées novatrices.

2 Introduction

2.1 Contexte

La santé est un des ingrédients fondamentaux du bien-être humain. On peut escompter que l'élévation du niveau de vie, la multiplication des maladies chroniques et le risque croissant de multimorbidité dû à l'évolution démographique entraînent une hausse des coûts de la santé imputable à plusieurs facteurs. Au total, ces coûts sont passés de 37,5 milliards de francs en 1996 à 77,8 milliards en 2015¹, tandis que ceux de l'AOS ont grimpé de 10,8 à 27,5 milliards de francs². Notons qu'au cours de cette période en question, l'importance économique a augmenté non seulement en termes absolus mais également rapporté au produit intérieur brut (PIB), indice qui mesure la performance économique d'un pays. Alors que les coûts globaux de la santé représentaient, en 1996, 9,2 % du PIB par année, ce pourcentage était supérieur à 12 en 2015. En comparaison avec la croissance démographique, les coûts des soins de santé ont également augmenté de façon disproportionnée: la progression des prestations nettes dans l'AOS est en effet de 4 % environ par assuré en moyenne, soit 3,5 % déduction faite de l'inflation. Certes, les bases de données ne sont pas parfaites, mais le faisceau d'indices pointant une tendance à l'accélération de la hausse des coûts est incontestable. Pour tenter de la freiner, une intervention politique s'impose de plus en plus, si bien que les mesures de nature à permettre au système de santé de rester financièrement viable sur la durée, tant pour les payeurs de primes que les pouvoirs publics, gagnent en importance.

Les mesures envisagées dans le présent rapport visent en particulier à éviter que des prestations médicales inutiles et évitables soient fournies et, partant, à contribuer à freiner la hausse des coûts.

Les partenaires tarifaires jouissent d'une marge de manœuvre considérable ; néanmoins, depuis que la LAMal a été introduite, ils ne l'ont exploitée que de manière très insatisfaisante pour limiter l'envolée des coûts. Pire : l'absence d'incitations et le manque d'esprit de consensus dont ils ont fait preuve, pour préserver leurs intérêts, ont entraîné un blocage. Cela a fait obstacle aux innovations et aux adaptations nécessaires et laissé le système s'enliser dans ses dysfonctionnements. Compte tenu des spécificités du marché de la santé – notamment de l'asymétrie de l'information entre fournisseurs de prestations et patients – la demande est largement induite par l'offre, ce qui peut provoquer un développement conséquent du volume des prestations et des coûts et, plus généralement, une situation de surabondance. Aussi, pour freiner l'évolution des coûts, il convient de prendre des mesures supplémentaires, comme en attestent d'ailleurs les expériences menées à l'étranger. Dans les conditions-cadre actuellement en vigueur, le contrôle des prix est susceptible d'être compensé, dans de nombreux cas, par le volume de prestations et n'est donc pas efficace en soi. Compte tenu des incitations inopportunes, si l'on ambitionne de garder un système de santé financièrement viable, il y a lieu de contrôler également les quantités, respectivement les coûts globaux. À terme, il faudrait envisager de renoncer à une série d'interdictions et d'obligations au profit d'un régime d'incitations adéquat (dans l'idéal : rémunération pour chaque unité de santé gagnée). Dans l'immédiat, elles restent néanmoins provisoirement nécessaires, sans quoi le système pourrait échapper à tout contrôle.

Le Conseil fédéral a cependant déjà pris des mesures dans le cadre de sa stratégie « Santé 2020 » pour limiter l'envolée des coûts. D'autres mesures incontournables sont connues de longue date, sans

¹ cf. OFS ([BFS] 2015a).

² Il s'agit des prestations nettes (cf. OFSP [BAG] 2017).

pour autant avoir été mises en œuvre³, si bien que l'accroissement du volume des prestations dans les domaines stationnaire et ambulatoire reste problématique. Aussi le DFI entend-il prendre davantage de mesures à même de freiner directement cette évolution, notamment en se fondant sur des modèles que d'autres pays européens ont déjà implémentés, l'objectif principal étant d'empêcher ledit accroissement qui ne trouve aucune justification médicale. C'est dans ce contexte que le DFI a institué début 2017 un groupe composé d'experts suisses et internationaux.

2.2 Mandat du DFI et mise en œuvre par le groupe d'experts

2.2.1 Mandat confié au groupe d'experts par le DFI

Le DFI a chargé le groupe d'experts d'évaluer des expériences faites en Suisse et à l'étranger avant de proposer des mesures de nature à contenir la hausse des coûts. Le mandat était formulé comme suit :

« Après avoir analysé les expériences faites à l'étranger dans le but de juguler la hausse des volumes de prestations, le groupe d'experts est invité à proposer des instruments susceptibles d'infléchir la tendance en Suisse et que les partenaires tarifaires, ou, à titre subsidiaire, les autorités chargées de l'approbation des tarifs, puissent implémenter. La réflexion pourra porter également sur des instruments exigeant une adaptation du cadre réglementaire, de même que sur d'autres mesures permettant d'éviter des prestations inutiles. »

Le groupe d'experts avait pour mission de rendre d'ici l'automne 2017 au conseiller fédéral Alain Berset un rapport qui présente des mesures applicables en Suisse pour maîtriser l'envolée des coûts.

2.2.2 Mise en œuvre par le groupe d'experts

Groupe d'experts et suivi du projet

Le groupe d'experts était composé de quatorze membres forts d'un parcours en médecine ou en économie de la santé (cf. Tableau 1). D'origine allemande, néerlandaise ou française pour quatre d'entre eux et suisse pour les dix autres, ils se sont tous profilés dans le domaine des mesures de réduction des coûts. Le groupe d'experts comptait un représentant des cantons et trois membres de l'administration fédérale (Administration fédérale des finances, Secrétariat d'État à l'économie et Surveillance des prix) et était placé sous la houlette d'une experte suisse des politiques sanitaires ayant siégé dans un exécutif, l'ancienne conseillère aux États et ancienne conseillère d'État, Verena Diener. Ont en outre siégé dans ce groupe :

³ Citons notamment l'adaptation des marges de distribution des médicaments, la révision du TARMED, l'introduction d'une tarification de référence pour les génériques, la spécification des critères de *benchmarking* à respecter pour calculer le coût par cas pertinent dans les hôpitaux, la révision de la LiMA, etc.

Tableau 1 Composition du groupe d'experts et fonction des membres

Nom	Fonction
Présidence	
Verena Diener	Ancienne conseillère aux États et ancienne conseillère d'État Zurich
Experts étrangers	
Rudolf Blankart	Professeur en Affaires réglementaires à l'Université de Berne, membre associé de la direction (Affaires réglementaires), membre de la direction de sitem-insel AG. Jusqu'au printemps 2017, Junior Professor en Gestion qualité et technologie dans le secteur de la santé au Hamburg Center for Health Economics, DE
Reinhard Busse	Professeur de Management de la santé à l'Université technique de Berlin (TU Berlin), Directeur associé en politique de la recherche au European Observatory on Health Systems and Policies et membre de la faculté de la Charité – Universitätsmedizin, DE
Zeynep Or	Directeur de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES, Université Paris Panthéon-Sorbonne, FR
Patrick Jeurissen	Professeur en Viabilité budgétaire des systèmes de santé à la Radboud University, NL
Experts suisses	
Brida von Castelberg	Vice-présidente de la Fondation Organisation suisse des patients OSP, médecin-chef émérite en gynécologie au Triemlispital Zurich
Dieter Conen	Président de la Fondation pour la sécurité des patients
Yves Eggli	Médecin associé, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), CHUV et Université de Lausanne
Heinz Locher	Économiste de la santé
Tilman Slembeck	Professeur d'économie à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), Directeur du Centre de politique économique de la ZHAW
Administration	
Stefan Meierhans	Surveillant des prix (Département fédéral de l'économie et des finances DEFR)
Serge Gaillard	Directeur de l'Administration fédérale des finances (AFF)
Eric Scheidegger	Directeur suppléant du Secrétariat d'État à l'économie (SECO)
Michael Jordi	Secrétaire central de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Le groupe d'experts a reçu le soutien d'un secrétariat placé sous la houlette de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Phases du projet

Pour mener à bien la mission, une planification s'articulant autour de phases et d'étapes clés, s'achevant chacune par une séance du groupe d'experts à l'OFSP, a été établie (cf. Tableau 2).

Tableau 2 Phases du projet et étapes clés

Date de la séance	Étape clé / Phase
28 février 2017	Phase 1 : état des lieux, analyse de la situation en Suisse (<i>études comparatives avec l'étranger, 1^{ère} séance avec les experts helvétiques</i>)
30 mars 2017	Phase 2 : efficacité des instruments sur l'évolution des coûts – expériences internationales (<i>rapports sur différents pays, 2^e séance avec experts helvétiques et étrangers</i>)
9 mai 2017	Phase 3 : transférabilité des résultats en Suisse et examen d'autres instruments (<i>3^e séance avec les experts helvétiques</i>)
27 juin 2017	Phase 4 : examen du projet de rapport final (<i>1^{er} projet de rapport final, 4^e séance avec les experts helvétiques</i>)
16 août 2017	Phase 5 : examen du rapport final (<i>5^e séance avec les experts helvétiques</i>)
24 août 2017	Phase 6 : adoption du rapport final (<i>6^e séance avec les experts helvétiques</i>)

Remarques générales

L'élaboration du présent rapport final, de même que l'identification des mesures recommandées, reposent pour l'essentiel sur des études nationales et internationales existantes dans le domaine de l'économie de la santé. L'appréciation des expériences faites à l'étranger se fonde, elle, sur trois rapports portant chacun sur un pays et rédigés par des experts étrangers. Étant donné que le catalogue des mesures doit être aussi large que possible et que le potentiel de maîtrise des coûts ne peut être estimé qu'une fois la conception desdites mesures affinée, il n'est pas possible de fournir ici des chiffres précis. Toutefois, un rapide calcul montre que le potentiel de maîtrise des coûts pourrait atteindre la barre du milliard de francs par an⁴. Dès lors, l'analyse des mesures se borne à mettre en évidence les conséquences que ces dernières pourraient avoir, respectivement aux orientations possibles des mesures individuelles.

Conformément au mandat qui a été formulé, le rapport final et les mesures proposées s'emploient en priorité à maîtriser l'augmentation du volume des prestations et, partant, à freiner la hausse des coûts dans les quatre postes de dépenses les plus importants (consultations chez les médecins exerçant en cabinet privé, traitements dans le domaine stationnaire, traitements ambulatoires à l'hôpital et médicaments), même si les coûts continuent à progresser dans le domaine des soins (EMS et soins ambulatoires).

2.3 Structure du rapport

Le chapitre 3 expose le système sanitaire suisse dans les grandes lignes avant d'esquisser une approche commune de la problématique de l'évolution des coûts et des volumes prestations (point 3.1). Les mesures qui peuvent d'ores et déjà être mises en œuvre ou qui sont déjà planifiées en Suisse en

⁴ La révision du TARMED (500 millions de francs) et l'introduction d'une tarification de référence (jusqu'à 300 millions de francs) à elles seules devraient permettre d'économiser quelque 800 millions de francs.

vue de maîtriser les coûts, de même que celles qui ont été mises en œuvre dans les pays passés à la loupe, font ensuite l'objet d'une analyse, pour aboutir à un résumé pour la Suisse (chap. 4). Les mesures recommandées pour les différents niveaux et domaines sont ensuite détaillées sur la base de cette analyse (chap.5) avant de dégager un bilan (chap.6).

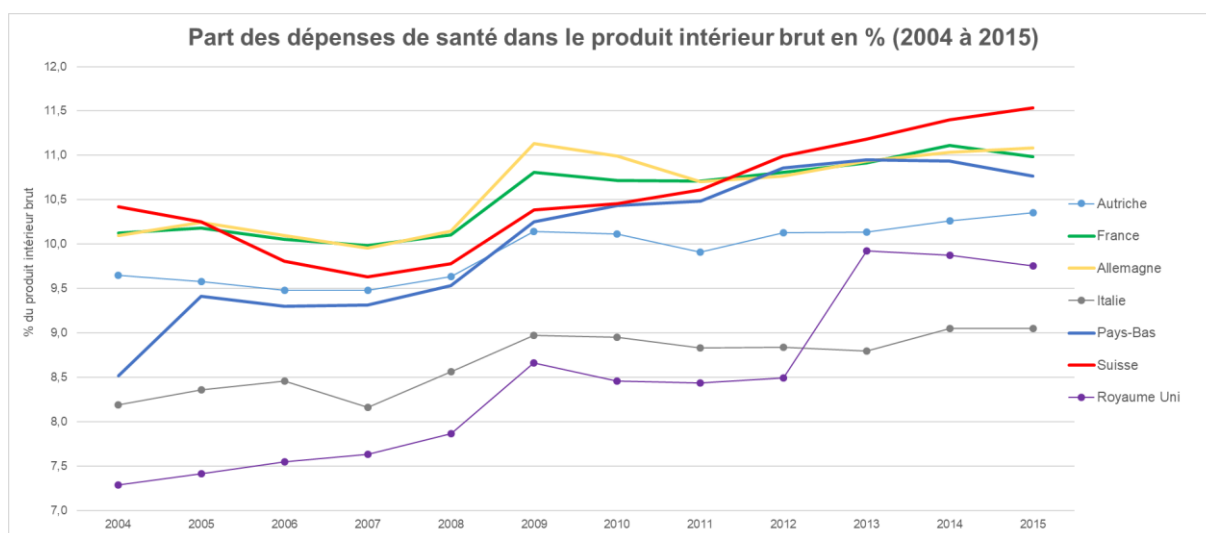
3 Système sanitaire suisse et analyse des problèmes

3.1 Approche commune de la problématique

3.1.1 La Suisse dépense beaucoup pour la santé en comparaison internationale

La Figure 1 montre comment le rapport entre dépenses de santé globales – publiques et privées confondues – et produit intérieur brut (PIB) a évolué entre 2005 et 2015 en Autriche, en France, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Suisse et au Royaume-Uni. Dans tous ces États, la tendance est à la hausse et les chiffres sont au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Depuis 2012, la Suisse affiche par rapport à ces 7 pays les dépenses de santé les plus élevées rapportées au PIB. Aux Pays-Bas, on observe que la forte hausse qui a caractérisé les années 2004 à 2012 s'est ensuite atténuée. Pour interpréter ces données, il ne faut toutefois pas perdre de vue que les valeurs sont influencées non seulement par la dynamique des dépenses de santé, mais également par le PIB. L'augmentation sensible constatée en 2009 dans plusieurs des pays pourrait être ainsi liée à la récession qui a succédé à la crise financière.

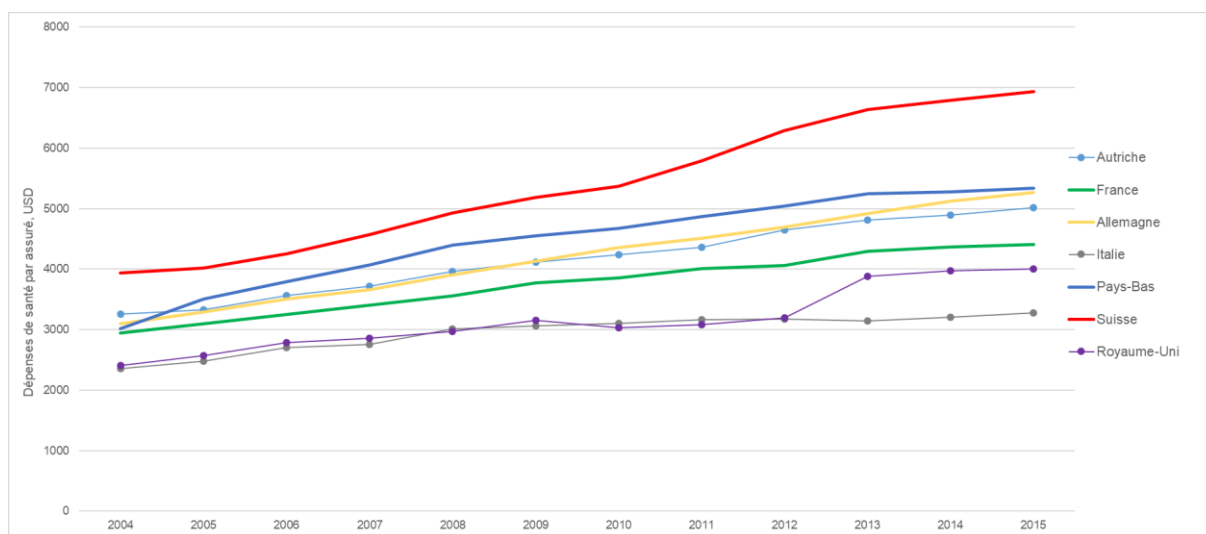
Figure 1 : Part des dépenses de santé dans le PIB, 2004-2015



Source : OCDE 2017

La Figure 2 présente les dépenses de santé globales – publiques et privées confondues – par habitant. Si elles progressent dans tous les pays, c'est en Suisse que la croissance est la plus forte. En effet, en France et aux Pays-Bas⁵, celle-ci ralentit à partir de 2013.

⁵ cf. Jeurissen 2017 pour de plus amples informations concernant l'évolution des coûts aux Pays-Bas

Figure 2: Dépenses de santé par habitant en USD (en parité de pouvoir d'achat), 2004-2015

Source : OCDE 2017

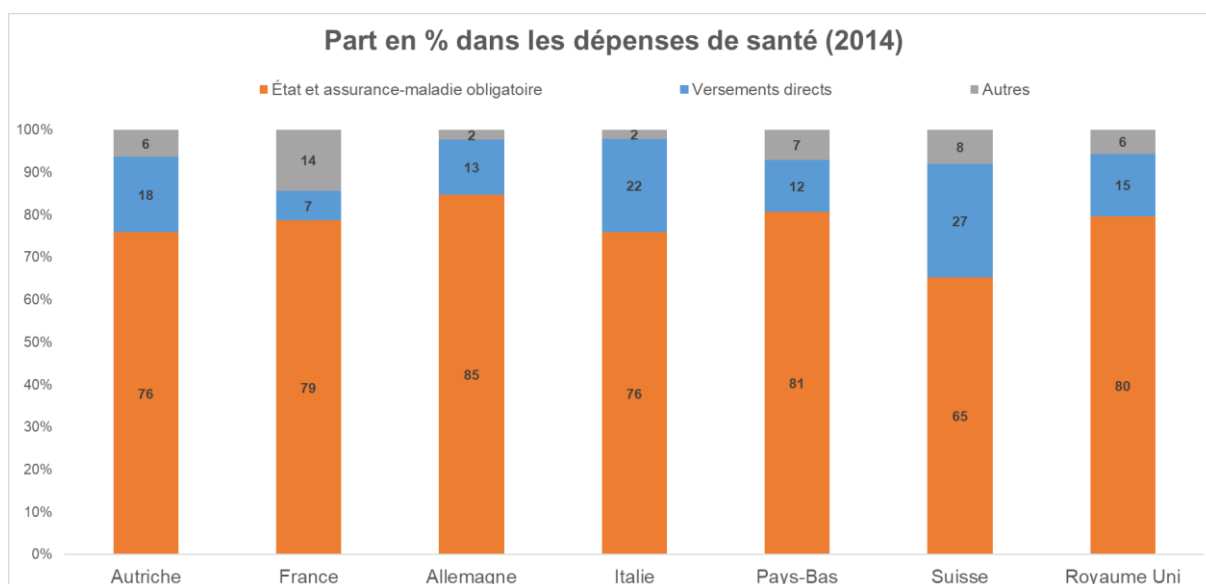
À l'instar de toutes les économies modernes, l'explosion des dépenses s'explique pour partie par le vieillissement démographique : alors que l'espérance de vie des personnes nées en 1980 était respectivement de 79,2 ans pour les femmes et de 72,4 ans pour les hommes, 35 ans plus tard, soit en 2015, leur durée de vie moyenne est passée à respectivement 84,9 ans (femmes) et 80,7 ans (hommes) (OFS [BFS] 2016). Selon les projections démographiques de l'OFS ([BFS] 2015b) – fondées sur une fertilité relativement stable, une poursuite de la hausse de l'espérance de vie et une immigration nette qui continuerait d'augmenter avant de se stabiliser –, ce vieillissement devrait encore s'accroître. Or, qui dit vieillissement de la population dit tendanciellement aussi une croissance des prestations de santé et un besoin accru de prestations médicales.

Toutefois, la démographie n'est pas seule responsable de la dynamique des dépenses ; les progrès médico-techniques, de même que les attentes de plus en plus poussées que suscite le système de santé, revêtent également une grande importance. D'ailleurs, la croissance quasiment proportionnelle des dépenses de santé et des revenus globaux de l'économie illustre la pertinence de ces effets liés à l'offre et la demande⁶. De plus, les conditions-cadre institutionnelles et la complexité du système de santé qui en résulte jouent également un rôle. Néanmoins, il est rarement possible de tirer des conclusions (empiriques) claires quant à leur effet sur les coûts.

La Figure 3 montre que la part des dépenses de santé financées par l'État et les assurances obligatoires est plus basse en Suisse que dans d'autres pays d'Europe occidentale ; autrement dit, c'est dans notre pays que la part du financement direct est la plus élevée.

Figure 3 : Répartition du financement des dépenses de santé (en %), 2014

⁶ Plusieurs études ont mis en évidence qu'en Suisse, l'élasticité des dépenses de santé par rapport aux revenus se situait aux alentours de 1, ce qui signifie que les dépenses et les revenus évoluent de façon proportionnelle ; cf. Brändle et Colombier (2017, p. 28 ss) pour un aperçu des études empiriques.



Source : OCDE 2017

3.1.2 Où existe-t'il un potentiel de maîtrise des coûts?

Le principal levier pour maîtriser la hausse des coûts étant les prestations relevant de la LAMal et plus précisément les prestations de l'AOS financées par les primes, l'évolution des coûts pour cette dernière fait l'objet d'une brève présentation *ad hoc*.

Comparée à l'évolution des coûts dans l'ensemble du secteur de la santé, l'augmentation est encore plus marquée pour l'AOS. Entre 1996 et 2010, soit depuis l'introduction de la LAMal, l'AOS a en effet dû dépenser, chaque année et par assuré, en moyenne 4 % de plus pour les remboursements (Roth et Roth 2012, p. 19), tendance qui s'est maintenue jusqu'en 2015. En 2016 aussi, ces coûts facturés aux assurés ont grimpé de plus d'un milliard de francs, soit de quelque 5 %.

Tableau 3 : Augmentation par domaine de prestations en % des prestations brutes de l'AOS, 2010-2015

Prestations brutes AOS (en millions de CHF)	2010 (val. absolue et %)	2015 (val. absolue et %)	Hausse 2010 – 2015 (val. absolue)	Hausse 2010 – 2015 (en %)	Hausse (en %) 2010 – 2015 p. pers. et p. année
Hôpital stationnaire	5593 (23,0 %)	6880 (22,8 %)	1287	23,0 %	3,0 %
Consultation médicale ambulatoire (hors médicaments et laboratoire)	5325 (21,9 %)	7007 (23,3 %)	1682	31,6 %	4,4 %
Médicaments (médecin, pharmacie, hôpital ambulatoire) ^[1]	5395 (22,2 %)	6181 (20,5 %)	786	14,6 %	1,6 %

Prestations brutes AOS (en millions de CHF)	2010 (val. absolue et %)	2015 (val. absolue et %)	Hausse 2010 – 2015 (val. absolue)	Hausse 2010 – 2015 (en %)	Hausse (en %) 2010 – 2015 p. pers. et p. année
Hôpital ambulatoire (hors médicaments remis)	3214 (13,2 %)	4186 (13,9 %)	972	30,2 %	4,2 %
Établissements médico sociaux (EMS) ^[2]	1894 (7,8 %)	1799 (6,0 %)	-95	-5,0 %	-2,2 %
Autres (soins ambulatoires, laboratoire, physiothérapie, etc.)	2872 (11,8 %)	4070 (13,5 %)	1197	41,7 %	6,0 %
Total	24 293	30 122	5830	24,0 %	3,2 %

Source : STAT AM 2015, T 2.16 & T2.18 (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>)

^[1] hors médicaments remis pendant le séjour hospitalier.

^[2] Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, le 1^{er} janvier 2011, les prestations de soins dans un EMS et à domicile sont financées par l'AOS, par la personne assurée et par le canton. L'AOS verse une contribution déterminée en fonction des besoins en soins. Cela a entraîné un recul des coûts à la charge de l'AOS, alors que le coût global des soins continue d'augmenter.

Quatre domaines – hôpital stationnaire, consultations médicales en ambulatoire (visites chez les médecins exerçant en cabinet privé), médicaments et hôpital ambulatoire – sont responsables d'environ 80 % des coûts de l'AOS.

- pour les *consultations chez les médecins exerçant en cabinet privé*, la hausse des coûts s'élève à 31,6 % entre 2010 et 2015. Étant donné que le nombre de consultations est resté stable, c'est le prix par consultation qui a pris l'ascenseur. En effet, les patients consultent davantage de spécialistes que de médecins de premier recours et les prestations facturées sont toujours plus chères⁷.
- pour les *traitements dans le domaine stationnaire*, les coûts ont augmenté de quelque 23 % entre 2010 et 2015, principalement en raison du nombre de patients âgés de plus de 70 ans⁷. Par ailleurs, si les forfaits par cas introduits en 2012 n'ont pas encore déployé les effets voulus sur les coûts, la hausse de ces derniers est imputable à une hausse des quantités et non des prix ; en effet, ces forfaits et les prix de base n'ont quasiment pas augmenté depuis 2012. On peut néanmoins tabler sur le fait que les prix fixés au départ, lors du changement de système, étaient trop élevés, sachant que l'évaluation de la révision du financement hospitalier n'est pas encore achevée.
- pour les *traitements ambulatoires à l'hôpital*, la progression est d'environ 30 % entre 2010 et 2015, en grande partie en raison de l'explosion du nombre de consultations (+33 % depuis 2010), puisque leur prix est resté assez stable⁷. On constate donc une hausse du volume de prestations ; relevons cependant que celle-ci s'accompagne du transfert du domaine stationnaire vers l'ambulatoire, qui était préconisé, puisque celui-ci est moins onéreux.

⁷ cf. données 2010-2015 du Pool de données de SASIS SA

- enfin, pour les *médicaments*, les coûts par assuré ont augmenté modérément depuis 2010 par rapport aux catégories précitées. À noter que, certes, le prix de quelque 1500 médicaments a récemment été revu à la baisse, mais les médecins ont à leur disposition des nouveaux produits plus chers. De plus, en Suisse, le prix des médicaments dont le brevet est arrivé à expiration reste deux fois plus élevé que dans le reste de l'Europe.

3.2 Appréciation du système sanitaire

La qualité de vie de la population helvétique – dont l'espérance de vie est particulièrement élevée en comparaison internationale – est étroitement liée au système sanitaire ; d'ailleurs, les Suisses jugent les prestations globalement satisfaisantes. Grâce aux progrès de la médecine, les patients ont non seulement gagné des années de vie, mais ils bénéficient également d'une meilleure qualité de vie⁸.

Depuis l'entrée en vigueur, en 1996, de la LAMal, chaque résident suisse est tenu de s'assurer à l'assurance de base (AOS), obligation qui a pour vocation d'assurer à tous l'accès à des prestations de santé de qualité. Conçue comme une assurance sociale, l'AOS repose sur un principe de redistribution financière entre assurés malades et bien portants, de même qu'entre les générations. Cependant, cette loi s'applique en premier lieu au domaine de l'assurance, si bien que la Suisse ne dispose pas de véritable loi sur la santé qui instaurerait des garde-fous en matière de politique sanitaire.

Si le système de santé est d'une utilité évidente pour la population, il reste cher comparé à d'autres pays et les coûts continuent de grimper. Il pèse donc sans cesse plus lourd dans le budget tant des assurés que des pouvoirs publics notamment.

Le marché de la santé présente des spécificités économiques qu'il convient de prendre en considération à l'heure d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures. Au niveau de l'offre, les fournisseurs de prestations sont avantagés du point de vue informationnel, qui leur permet d'influencer la demande pour une majeure partie du marché : par phénomène d'induction de la demande par l'offre, on entend le fait que le corps médical, ainsi que d'autres fournisseurs de prestations, peuvent préserver – voire améliorer – leur niveau de revenus même si des prestataires supplémentaires investissent le marché. Différentes études empiriques montrent ainsi que « les médecins spécialistes parviennent à compenser environ la moitié de la baisse de l'activité occasionnée par une concurrence accrue en recevant plus de patients et (ou) en prescrivant des traitements plus coûteux » (Commission pour les questions conjoncturelles [Kommission für Konjunkturfragen] 2006, p. 67). C'est la raison pour laquelle, souvent, une densité élevée de médecins ou d'hôpitaux occasionne des coûts de la santé importants (cf. Schleiniger et al. 2007 pour une étude empirique par canton).

De plus, les services fournis sur le marché de la santé et dans les cas individuels, ne sont pas homogène en terme qualité ou de type de service ; or, les possibilités dont disposent les assurés pour avoir une vue d'ensemble sur les prestations avant d'y recourir sont limitées. D'ailleurs, même après avoir reçu le traitement, ils ont souvent de la peine à évaluer son utilité.

Contrairement à nombre d'autres secteurs économiques, dans le système sanitaire, rares sont les incitations qui, du côté de la demande, poussent les acteurs à optimiser les procédures pour gagner en

⁸ Notons qu'il est difficile d'établir clairement quel effet le système sanitaire a sur l'état de santé et l'espérance de vie de la population, puisque ceux-ci dépendent largement d'autres facteurs comme la génétique, l'impact de l'environnement et le comportement en matière de santé.

efficacité et, partant, faire baisser les prix⁹. Et, lorsque des gains d'efficience ont quand même été réalisés – en particulier grâce à l'introduction du tarif à la prestation (TARMED) – les bénéficiaires n'ont pas profité aux assurés mais sont tombés dans la poche des fournisseurs de prestations. Dans l'ensemble, l'essentiel de la capacité d'innovation est injectée dans de nouveaux médicaments et prestations (autrement dit, dans l'innovation de produits), ce qui, dans le cadre des progrès médico-techniques, entraîne une augmentation des volumes de prestations (Slembeck 2006).

Autre spécificité qui caractérise la demande : les assureurs-maladie sont tenus de conclure une convention tarifaire avec tous les fournisseurs de prestations reconnus et donc de prendre en charge les services qu'ils rendent (obligation de contracter). En outre, en vertu du principe de la confiance ancré dans la LAMal (art. 33, al. 1) les fournisseurs de prestations peuvent en théorie faire rembourser toutes leurs prestations par l'assurance de base. En effet, si l'art. 32 LAMal prévoit que les prestations facturées doivent être efficaces, appropriées et économiques, ces critères sont soumis à examen uniquement si la prestation nouvelle est controversée ou lorsque des analyses statistiques sont menées ; ils ne font donc pas l'objet de contrôles périodiques (cf. rapports du Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) [PVK] 2008 et 2013). Notons qu'en raison du principe de confiance, seule une infime minorité des prestations actuellement à la charge des assureurs a été à ce jour examinée à la lumière des critères EAE.

S'agissant de l'offre, le caractère obligatoire de l'assurance-maladie a pour conséquence de prémunir chacun, dans une large mesure, contre l'impact financier d'une atteinte à la santé. Dans le même temps, les marchés des assurances sont sujets à certaines formes de dysfonctionnements, à commencer par les *moral hazard* (risques comportementaux). En effet, vu la protection qu'offre l'assurance, l'incitation à adopter un comportement préventif est moindre (*ex ante moral hazard*), sans compter que rien n'empêche, en cas de maladie, de solliciter toutes les prestations promettant une amélioration de l'état de santé, sans tenir compte de leur prix et des coûts qui en résultent (*ex post moral hazard*). Certes, la quote-part et la franchise ont pour vocation de tempérer ces effets, mais la fonction de régulation des prix reste très limitée.

Relevons que plus la couverture des assurés est élevée, plus le phénomène d'induction de l'offre présentée plus haut est facile pour les fournisseurs de prestations. Dans l'ensemble, l'existence d'une assurance-maladie obligatoire et de grande ampleur se traduit donc par un recours aux prestations plus important, que ce soit du côté de l'offre ou de la demande.

Au-delà des problèmes de principe des marchés de la santé mis en évidence, on recense quantité d'autres incitations inopportunes qui ne peuvent être qu'esquissées ici. L'augmentation du volume des prestations à laquelle le présent rapport est consacré est ainsi entre autres favorisée – dans le secteur stationnaire comme dans l'ambulatoire – par l'octroi aux médecins de compensations et de bonus liés aux volumes de prestations, ainsi que par l'impératif d'atteindre un nombre de cas donné ou des objectifs en termes de chiffre d'affaire ou d'exploitation pour rentabiliser les investissements¹⁰.

Il y a un peu plus d'une vingtaine d'années, la Suisse a inscrit dans la LAMal le principe d'un système de santé axé sur la concurrence, qui s'inspire des préceptes de *managed competition*. Cette approche repose sur le raisonnement suivant : même dans le secteur de la santé, la liberté de choix et la concu-

⁹ Notons toutefois que, dans un passé récent, les efforts engagés par le secteur stationnaire pour améliorer l'efficacité des processus et de l'organisation des soins ont eu une plus grande importance grâce à l'introduction des forfaits par cas (DRG). Dans l'ambulatoire en revanche, les formes d'organisation efficaces sont encore peu répandues.

¹⁰ Pour une analyse récente des incitations inopportunes, voir Boes et Napierala (2017 : 27 ss), Strupler (2017 : 6 ss) et Zweifel (2017 : 16 ss).

rence – complétées par quelques mesures ciblées des pouvoirs publics visant à corriger les dysfonctionnements du marché et à soutenir les plus faibles sur le plan économique – sont à même de garantir une affectation efficiente des moyens. Cependant, le système sanitaire helvétique reste loin de cet idéal de concurrence régulée en raison des diverses entraves qui continuent d'y faire obstacle. La résistance politique des acteurs concernés bloque depuis des années une évolution du système vers plus de concurrence. En ce sens, l'envolée des coûts de la santé est imputable en bonne partie au manque de coordination entre les mécanismes de pilotage du marché et de la planification, ainsi qu'au rapport peu responsable aux coûts.

Tel qu'il est conçu et mis en pratique aujourd'hui, le système de santé suisse accorde une marge de manœuvre considérable aux acteurs pour convenir dans une relative autonomie d'accords et de réglementations. Il est en outre marqué par une forte décentralisation, sachant que les cantons assument un rôle majeur. En effet, avec les communes, il leur appartient entre autres de veiller à ce que l'offre de prestations médicales et desoins soit suffisante et viable économiquement. Dans le domaine tarifaire, le législateur a retenu le principe de l'autonomie et misé sur le fait que les partenaires (fournisseurs de prestations et assureurs) trouvent des solutions consensuelles. Pour ce faire, les fédérations des assureurs et des fournisseurs de prestations assument un rôle important: il leur incombe d'élaborer les structures tarifaires nationales – avec les cantons pour le domaine stationnaire – et ils négocient en leur qualité de partenaire les tarifs des fournitures de prestations ambulatoires et stationnaires. Les partenaires tarifaires jouissent de surcroît d'une certaine latitude pour mettre au point et tester des modèles de soin, de tarification, de rémunération et d'assurance innovants, le problème étant que les assureurs ne sont pour ainsi dire pas incités à limiter leurs prestations, dans la mesure où, comme énoncé précédemment, les prix n'ont quasiment aucun impact sur la demande.

Les assurés sont pour leur part pris dans une spirale difficile à enrayer d'augmentation des coûts, des primes et des attentes du système, comme l'illustre le paradoxe suivant : alors que les sondages révèlent que la hausse des primes représente un fardeau de plus en plus lourd pour les ménages, les projets qui permettraient de faire des économies (du type gestion intégrée des soins, Managed Care) ou entraîneraient une réduction, ne fût-ce que supposée, de l'offre (dans l'hypothèse de fermetures d'hôpitaux, par ex.) échouent systématiquement dans les urnes.

Au cours des 20 bonnes années qui se sont écoulées depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, la marge de manœuvre laissée aux acteurs pour proposer des innovations de nature à modérer les coûts n'a pas été suffisamment exploitée. En effet, tant les assureurs que les fournisseurs de prestations se servent relativement peu des opportunités que leur offre la LAMal en matière de tarifs, si bien qu'ils sont rares à conclure, à titre individuel ou de groupe, des conventions tarifaires.

De plus, les partenaires tarifaires du domaine ambulatoire paralysent depuis de nombreuses années les négociations, si bien que la révision du TARMED et de la structure tarifaire pour les prestations en physiothérapie a échoué, obligeant le Conseil fédéral à intervenir en faisant usage de sa compétence subsidiaire.

Enfin, l'obligation que la LAMal impose aux assureurs d'examiner le caractère économique des prestations a provoqué des tensions avec le corps médical. Si les partenaires tarifaires sont tenus, en vertu de l'art. 56, al. 6, LAMal, de convenir d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations, cette entreprise n'en semble pas moins vouée à l'échec, les médecins invoquant la protection des données pour s'opposer à la transmission d'informations susceptibles de renseigner sur la qualité et l'économicité des prestations médicales.

D'une manière générale, l'absence de consensus et les incitations inopportunes entre les partenaires tarifaires ont entraîné le blocage du système. Le maintien en l'état de structures tarifaires dépassées, à

l'instar de TARMED, provoque de plus en plus de dysfonctionnements et met en péril le régime d'assurance-maladie. Dans les années à venir, l'évolution des coûts ne diminuera pas.

4 Mesures de réduction des coûts et expériences passées

Les explications ci-après au sujet de la Suisse se basent sur des informations que l'administration fédérale a fournies au groupe d'experts.

4.1.1 Réduction des coûts : expériences en Suisse

Il existe en Suisse une série de dispositifs permettant aussi bien à la Confédération, aux cantons qu'aux partenaires tarifaires d'atténuer la hausse des coûts.

Mesures dans le domaine des soins et des prestations

Les cantons gèrent le domaine des soins somatiques aigus conformément à l'art. 39 LAMal en procédant à une **planification hospitalière** et en tenant une liste pour l'admission des hôpitaux à charge de l'AOS. L'objectif de la planification hospitalière n'est pas uniquement d'empêcher les lacunes en matière d'offres mais aussi de maîtriser les coûts, et donc d'éviter des capacités superflues. L'obligation pour les cantons de coordonner leur planification permet, elle aussi, de réduire les coûts. Pour l'heure, les planifications hospitalières cantonales ne parviennent cependant que partiellement à réduire ces coûts et à mettre en adéquation une prise en charge adaptée à la demande. Il a été constaté qu'en particulier les considérations de politique régionale peuvent exercer une forte influence sur cette planification et compromettre la maîtrise des coûts. Dans le **domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS)**, les cantons déterminent conjointement la **planification pour l'ensemble du pays**, conformément à l'art. 39, al. 2bis, LAMal. Un facteur supposé contribuer de façon déterminante à la baisse des coûts est la concentration des prestations entre un nombre restreint de fournisseurs sélectionnés. Selon le rapport du Conseil fédéral (2016), cette planification MHS conjointe a jusqu'à présent permis à la fois d'améliorer les soins et de limiter l'élargissement de l'offre dans les domaines concernés. Pour l'heure, il n'est cependant pas encore possible de procéder à une évaluation quantitative des effets de l'attribution des prestations MHS. Il n'existe pas non plus de données chiffrées pour le secteur non MHS.

Conformément à l'art. 51 LAMal, les cantons peuvent, à titre de mesure ordinaire ou extraordinaire, fixer un **budget global** pour le financement des hôpitaux. En outre, selon la jurisprudence, les cantons peuvent **maîtriser les volumes de prestations** dans le domaine des soins somatiques aigus ; le droit fédéral ne leur impose toutefois aucune obligation en ce sens¹¹. Les cantons de Genève, de Vaud et du Tessin ont fait usage de cette possibilité. En l'état actuel des connaissances, il semble qu'entre 2001 et 2014, l'augmentation du volume de prestations a été nettement inférieure dans les cantons avec un budget global et un contrôle des volumes de prestations (GE, VD, TI) que dans les autres cantons (Strupler 2017 : 9). De plus, aucun élément n'indique que les patients se soient dirigés vers les cantons voisins (ne disposant pas de budget global) ou qu'il y ait eu d'autres effets négatifs. Une évaluation différenciée et définitive à cet égard doit encore être effectuée.

Le domaine ambulatoire est géré quant à lui au moyen de la mesure extraordinaire visant à limiter l'**admission des médecins** à pratiquer à la charge de l'AOS (art. 55a LAMal). Ce dispositif donne aux cantons la possibilité de restreindre le nombre de médecins exerçant dans le domaine ambulatoire (c.-à-d. aussi bien dans un cabinet privé que dans le centre ambulatoire d'un établissement hospitalier). Ils peuvent ainsi freiner indirectement l'augmentation des volumes de prestations. Il s'agit ici d'un exemple typique de re-réglementation. Étant donné qu'en raison de l'obligation de contracter entre assureurs et

¹¹ ATF 138 II 398 consid. 3 (résumé en allemand dans Rüttsche 2012) ; Eugster (2016 : cm. 808).

fournisseurs de prestations, tous les médecins titulaires d'une autorisation de pratiquer peuvent facturer automatiquement à la charge de l'AOS en vertu du principe de confiance ancré dans la LAMal, les autorités politiques ont introduit une mesure d'urgence pour tenter de contrer l'augmentation des volumes de prestations résultant de l'obligation de contracter.

Une étude (Rüefli et al. 2016) montre que, depuis la réintroduction de cette mesure en 2013, les cantons recourent à cet instrument avec une rigueur très variable, particulièrement en ce qui concerne les centres ambulatoires hospitaliers. Cette mesure est appliquée depuis plus de quinze ans, sous différentes formes, mais il n'existe pas de preuves concrètes attestant de son efficacité pour la maîtrise des coûts. Néanmoins, on a constaté que dans les phases où il était impossible d'encadrer les admissions à la charge de l'AOS (soit entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013), le nombre de ces admissions avait substantiellement augmenté (cf. Bundesratsbericht vom 3. März 2017 „Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten“, p.16). Après l'échec du projet en faveur d'une gestion du domaine obligatoire (18 décembre 2015), le Parlement a décidé le 17 juin 2016 de prolonger de trois ans cette limitation de l'admission à pratiquer. Le 5 juillet 2017, le Conseil fédéral a ouvert une consultation portant sur une modification de la LAMal qui propose une solution de remplacement durable au système actuel de limitation des admissions, lequel prend fin le 30 juin 2019. Cette procédure de consultation dure jusqu'au 25 octobre 2017.

Une autre mesure en application dans les domaines de la prise en charge et des prestations consiste à contrôler davantage les prestations déjà fournies en renforçant le recours aux **Health Technology Assessments HTA (évaluations des technologies de la santé)**. Ces contrôles sont régis par l'art. 32 LAMal, qui énonce que les prestations médicales remboursées par l'AOS doivent être efficaces, appropriées et économiques (critères EAE) et que ces critères doivent être réexaminés périodiquement¹². Les ETS se concentrent principalement sur l'identification de prestations AOS potentiellement obsolètes. Le but est de les éliminer du catalogue des prestations ou de restreindre l'obligation de les rembourser.

Mesures dans le secteur des médicaments

Afin de maîtriser l'évolution des coûts des médicaments, le réexamen périodique des critères EAE (art. 32, al. 2, LAMal) vaut également pour les conditions d'admission des médicaments pris en charge par les caisses-maladie et répertoriés dans la liste des spécialités (LS). L'Ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102) prévoit le réexamen des conditions d'admission des médicaments de cette liste tous les trois ans. Ces dernières années, l'introduction du réexamen périodique a permis une économie de coûts en faveur de l'AOS. Au moins 600 millions de francs par an seront économisés à plus long terme grâce aux contrôles menés entre 2012 et 2014. Des économies supplémentaires, pouvant atteindre jusqu'à 180 millions de francs par an, sont attendues pour les trois prochaines années. De plus, les titulaires d'une autorisation de mise sur le marché peuvent être contraints de rembourser (à l'institution commune LAMal) l'excédent de recettes dans les cas où, après l'admission dans la LS, les prix se révèlent avoir été trop élevés au moment de ladite admission.

Quelles que soient les mesures déjà prises ou prévues pour réduire les coûts des médicaments, le fait

¹² Le processus prévu pour la prise en charge des prestations et l'admission de médicaments dans la liste des spécialités pour un remboursement dans l'AOS a été critiqué à plusieurs reprises lors des analyses ordonnées par les commissions de gestion du Conseil des États et du Conseil national (CPA 2008 et 2013). Il est ici question non seulement de recourir davantage à des ETS mais aussi, plus généralement, d'appliquer rigoureusement et systématiquement les critères EAE et de vérifier périodiquement leur respect dans le cadre de l'admission de prestations et de médicaments à l'AOS.

est que la substitution de médicaments anciens bon marché par des produits plus récents et plus onéreux continue à l'augmentation des coûts.

Mesures relatives aux coûts globaux et dans le domaine tarifaire

Depuis 2013, si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'accorder sur une structure de prix uniforme et adéquate, le Conseil fédéral est habilité à **adapter les tarifs à la prestation en vigueur**, et ce subsidiairement auxdits partenaires (art. 43, al. 5bis, LAMal). En 2014, le Conseil fédéral a procédé à une première adaptation des tarifs des prestations médicales ambulatoires (TARMED) : il a ainsi revalorisé les prestations intellectuelles de 200 millions de francs environ comparativement aux prestations techniques. Une procédure de consultation est par ailleurs en cours concernant d'autres adaptations pertinentes relatives aux tarifs TARMED, qui pourraient entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Malgré le fait que l'intervention réalisée dans la structure tarifaire devrait être sans effet sur les coûts, ces derniers continuent d'augmenter, particulièrement en ce qui concerne les spécialistes. Il semble que la baisse des prix ait été compensée par une augmentation des volumes de prestations. De toute évidence, le risque des corrections tarifaires uniques est que, dans un marché de prestataires avec des tarifs différenciés, elles soient compensées par un comportement d'évitement du côté des fournisseurs¹³.

Avec la **révision de la liste des moyens et appareils (LiMA)**, l'intégralité de la structure et des montants de remboursement maximaux sont passés en revue. Les premières adaptations ont eu lieu en août 2016 et en janvier 2017. Les travaux de révision devraient durer jusqu'à fin 2019 et début 2020 respectivement. Dans l'ensemble, l'OFSP estime à 10 millions de francs environ le potentiel d'économies en la matière.

Mesures indirectes

La stratégie « Santé2020 » (cf. OFSP [BAG] 2013) a également fourni l'occasion de promouvoir différentes possibilités et approches contribuant indirectement à la maîtrise des coûts. Ces initiatives résultent notamment de stratégies nationales de santé axées sur une amélioration de la qualité et de la teneur des prestations. Elles peuvent être sources d'économies (via la promotion de la santé ou la prévention) tout en accroissant l'efficacité du système. Une réduction substantielle des coûts peut notamment être réalisée au niveau des pathologies spécifiques en renforçant la promotion de la santé et permettant ainsi d'éviter (dans la mesure du possible) des cas de maladie et diminuer les conséquences de ces dernières. On ignore cependant encore si la prévention et la promotion de la santé permettent une maîtrise générale et durable des coûts, car le vieillissement de la population peut induire un effet de transfert vers des pathologies différentes et plus tardives (notamment une augmentation des cas de démence). C'est pourquoi l'intérêt principal de ces mesures indirectes ne réside pas dans les économies de coûts mais dans l'amélioration de la qualité de vie.

La Confédération a élaboré des stratégies nationales au moyen desquelles elle définit des objectifs, des processus et des mesures dans plusieurs domaines de la politique de santé¹⁴. En optimisant l'offre de

¹³ Les données actuellement disponibles ne révèlent pas un recul des coûts au niveau des prestations de médecine spécialisée, contrairement à ce que l'on aurait pu anticiper compte tenu de la baisse des tarifs. Cette dernière a manifestement été compensée par une augmentation des volumes de prestations.

¹⁴ La stratégie NOSO en est un exemple. Elle vise à réduire le nombre d'infections associées aux soins contractées dans les hôpitaux et les EMS en Suisse. De tels incidents ont pu être évités chez pas moins de 70 000 personnes. La « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles » (stratégie MNT) est un autre exemple en ce sens. Son objectif est d'atténuer la progression des maladies chroniques en Suisse.

soins, en améliorant la coordination de la prise en charge et en évitant les doublons ainsi que les effets secondaires qui en découlent (grâce à la stratégie eHealth par exemple), on augmente les chances d'atténuer les souffrances du patient, voire de parvenir à sa guérison. Simultanément, on obtient un gain de qualité.

Selon diverses études et estimations concernant la Suisse réalisées par des experts, une pleine exploitation des potentiels d'efficacité permettrait de réduire d'environ 20 % en moyenne les coûts des prestations à la charge de l'AOS (OFSP [BAG] 2013 : 9)¹⁵. Différentes solutions (ou conditions préalables) entrent en ligne de compte pour la Suisse : renforcer le rôle de point de contact initial (fonction de *gatekeeping*) de la médecine de premier recours, fonder les soins sur des directives s'appuyant sur des données basées sur des preuves, rendre le recueil de données obligatoire pour améliorer la transparence des fournisseurs de prestations et promouvoir de manière ciblée une prise en charge de qualité sans danger pour le patient.

4.1.2 Mesures prévues en matière de maîtrise des coûts

Sur la base des mesures déjà en place et en complément à celles-ci, le Conseil fédéral a planifié, voire déjà instauré, diverses mesures visant à maîtriser les coûts dans différents domaines.

Mesures dans le domaine des soins et des prestations

Les travaux liés au **transfert de prestations du domaine stationnaire au domaine ambulatoire** ont déjà bien avancé. On entend par transfert, le fait d'encourager la réalisation en ambulatoire de certaines interventions simples ne nécessitant en général pas de séjour en milieu hospitalier. L'objectif principal est d'intégrer dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31) une réglementation nationale uniforme à ce propos, avec une liste des interventions concernées et des conditions requises pour la prise en charge des coûts. Des projets similaires ont déjà été déployés dans quelques cantons (Lucerne et Zurich). Par ailleurs, l'OFSP mène depuis 2016 des discussions avec les associations d'assureurs, les sociétés de discipline médicale (FMH) et la Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux (CDS) sur cette thématique et organise en outre des ateliers sur ce sujet.

Concernant l'admission **des hôpitaux, des EMS et des maisons de naissance** par les cantons, il est nécessaire d'approfondir les critères de la planification afin de remplir les objectifs du nouveau financement hospitalier (caractère économique et qualité des prestations fournies). En 2009, le Conseil fédéral avait, certes, déjà défini des critères minimaux pour la planification. Toutefois, ils n'ont pas été mis en oeuvre de la même manière dans tous les cantons. L'objectif est d'accentuer la concentration de l'offre et d'améliorer la qualité des interventions. De plus, les prescriptions doivent être adaptées en tenant compte des critères élaborés dans la jurisprudence et des instruments de planification mis au point dans les cantons. Par ailleurs, des règles concernant le nombre minimal de cas, le système de déclaration des erreurs et l'amélioration des soins coordonnés sont prévues. Des discussions avec les cantons sont en cours : la CDS est en effet en train de mettre à jour les recommandations de la planification hospitalière selon des objectifs similaires.

De plus, en complément au programme HTA, il convient de faire preuve d'une plus grande systématique dans l'**analyse et la réduction des traitements superflus, insuffisants ou inappropriés**. Une analyse de la situation des soins devrait aboutir à des propositions de mesures concrètes pour assurer un

¹⁵ L'étude *Efficacité, utilisation et financement du système de santé suisse* (samw 2012, résumé disponible en français) répertorie tous les gains d'efficacité possibles. Selon une étude de Polynomics et Helsana mandatée par l'OFSP, le potentiel d'économies varie entre 10 et 50 % (Brünger et al. 2014).

recours adéquat aux prestations prises en charge par l'AOS et pour garantir la qualité de ces prestations.

Enfin, dans ce contexte, l'OFSP souhaite déterminer dans quelle mesure il est judicieux d'encourager la consultation d'un **second avis médical**. Ici, l'objectif est d'éviter des mesures (ou prestations) peu utiles.

Mesures dans le secteur des médicaments

Sur mandat du Conseil fédéral, le DFI et l'OFSP ont lancé des travaux en vue de la mise en place d'un **système de prix de référence** pour les médicaments dont le brevet a expiré, comme il en existe dans de nombreux pays européens. L'OFSP a ainsi commandé une analyse visant à examiner les économies réalisables en faveur de l'AOS avec divers modèles de prix de référence. Cette étude est destinée à servir de base à un projet d'adaptation de la LAMal.

Outre ce système de prix de référence, le DFI et l'OFSP étudient la possibilité d'introduire d'**autres dispositifs de fixation du prix**. L'OFSP pourrait par exemple avoir la compétence de convenir de rabais ou de remboursements avec certaines entités pharmaceutiques titulaires d'une autorisation et contribuer ainsi à une baisse des prix des médicaments en Suisse. De tels outils sont également largement répandus dans de nombreux pays. Par ailleurs, suite aux motions 16.3988 Ettliln et 16.3948 Lohr "AOS. Introduction d'une obligation de remboursement que le patient choisit de se procurer à l'étranger", le DFI a été chargé d'établir un rapport examinant dans quelle mesure il serait pertinent de rembourser, sous condition, **certains médicaments achetés à l'étranger**.

S'agissant des marges commerciales, il existe depuis 2010 une recommandation du Surveillant des prix. Celle-ci fait actuellement l'objet d'un examen, et les mesures corrélatives devraient être décidées au plus tard fin 2017.

Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification

Suite à une intervention de la délégation des finances, la CSSS-N (Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national) a déjà repris trois autres mesures dans deux initiatives parlementaires. Elles concernent la maintenance des tarifs dans le domaine ambulatoire ainsi que le pilotage des coûts et des prestations par les partenaires tarifaires. Il s'agit premièrement d'une obligation faite à ces derniers de créer une **organisation tarifaire chargée du développement et de la maintenance de structures tarifaires dans le domaine ambulatoire** (de façon analogue au système de SwissDRG SA pour le secteur stationnaire). Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à trouver un accord à cet égard, le Conseil fédéral peut instituer une telle organisation à titre subsidiaire. L'initiative parlementaire 17.401 intitulée « Maintenance et développement des tarifs » demande en outre que les partenaires tarifaires et l'organisation susmentionnée aient l'obligation de communiquer au **Conseil fédéral des données nécessaires à l'élaboration des tarifs**.

Par ailleurs, l'initiative parlementaire 17.402 « Pilotage des coûts dans le cadre de la LAMal par les partenaires tarifaires » propose que **les partenaires tarifaires soient explicitement tenus d'introduire des mesures visant à piloter les coûts et les prestations**, l'objectif étant de contrer l'augmentation des coûts et des primes. En l'absence de mesures édictées par les partenaires tarifaires, les autorités d'approbation compétentes pourraient, ici aussi, intervenir à titre subsidiaire. Enfin, l'initiative prévoit que les mesures puissent être appliquées aussi bien en milieu ambulatoire que dans le secteur stationnaire.

Autres mesures

À l'occasion de la révision de la législation sur les produits thérapeutiques, les **dispositions relatives à la répercussion des avantages perçus** ont également été adaptées afin d'améliorer l'exécution de la réglementation. De plus, les avantages perçus n'ont plus l'obligation d'être intégralement répercutés dès lors qu'il est prouvé qu'ils sont affectés à des mesures d'amélioration de la qualité. Une procédure de consultation est en cours concernant les projets d'ordonnance en vue de la mise en œuvre des adaptations de la loi et prendra fin le 20 octobre 2017.

4.2 Mesures de réduction des coûts à l'étranger

4.2.1 Transférabilité des expériences faites à l'étranger et choix des pays

De manière générale, le succès d'une mesure dépend, entre autres, des caractéristiques spécifiques du système de santé concerné (par ex. les normes culturelles, le caractère naturel (ou non) du recours aux fournisseurs de prestations, le système politique, les groupes d'intérêts, la combinaison des mesures qui ont été prises). Il vaut néanmoins la peine de s'intéresser aux pratiques des autres pays pour tirer des enseignements des expériences réalisées en matière de maîtrise des coûts. Il a ainsi été décidé d'analyser en détail les situations en Allemagne, en France et aux Pays-Bas. L'un des critères de sélection était l'organisation du système d'assurances, qui devait si possible ressembler à celle de la Suisse. L'idée était de faciliter ainsi une éventuelle transposition des mesures dans le système helvétique. Par ailleurs, il a été tenu compte de l'ampleur des expériences faites en matière de mesures de maîtrise des coûts et des résultats ainsi obtenus et documentés.

4.2.2 Expériences en Allemagne, en France et aux Pays-Bas des mesures de maîtrise des coûts

Cette section présente les évaluations des experts internationaux concernant les expériences en Allemagne, en France et aux Pays-Bas, les trois pays dont la situation a été analysée de manière approfondie. Les différentes mesures appliquées dans ces pays et les effets que celles-ci ont eu sur les coûts sont décrits en annexe (section 8) et ne sont pas abordés ici.

Les experts se sont globalement accordés sur un constat : le seul contrôle des prix n'a pas d'incidence majeure sur les coûts. D'après leur expérience, les fournisseurs de prestations répondent à ce type de contrôle par un accroissement proportionnel des volumes de prestations. Des mesures pour lutter contre cet accroissement sont donc indispensables, et elles peuvent être appliquées sans pénaliser la qualité de la prise en charge des patients. Tous les pays ont ainsi introduit un **plafond contraignant pour l'évolution des dépenses**, assorti en Allemagne et en France d'un budget par secteur. Notons que ces mesures sont particulièrement efficaces si leur non-application entraîne des sanctions concrètes, autrement dit lorsqu'il existe une redistribution claire des risques. L'exemple de la France illustre bien ce point : ce n'est qu'après l'établissement d'un comité d'alerte chargé de surveiller l'augmentation des prix que les mesures ont déployé leur effet (cf. Or 2017 : 6 ss).

Par ailleurs, les experts internationaux sont tous d'avis que les mesures en matière de maîtrise des coûts – particulièrement concernant les fournisseurs de prestations – devraient se concentrer d'abord sur l'offre. En effet, les mesures axées sur la demande au niveau de l'accès aux prestations ne créent des incitations que de manière indirecte et limitée et ne permettent pas de piloter directement le volume des prestations consommées. Parmi les mesures intervenant au niveau de l'offre, les experts citent

principalement le transfert des prestations du domaine stationnaire au secteur ambulatoire, de même que la pratique des soins coordonnés et intégrés.

Le potentiel d'économies offert par les mesures de transfert des prestations du domaine stationnaire au secteur ambulatoire ressort en particulier en Allemagne et en France car dans ces pays, comme en Suisse, les divers systèmes de rémunération en place ont pour effet d'inciter fortement les fournisseurs à proposer une prestation dans le domaine stationnaire même si elle pourrait être réalisée en ambulatoire. La France tente de remédier à cette situation en proposant de plus en plus des forfaits pour la chirurgie ambulatoire.

Les experts jugent globalement essentiel d'impliquer les fournisseurs de prestations dans l'élaboration de ce type de mesures, aussi bien pour définir et répartir les ressources (budget global, par ex.) que pour promouvoir des soins coordonnés et de qualité ou, tout simplement, une prise en charge adéquate. La France, surtout, accorde une grande importance à cet aspect.

De même, dans le cadre des mesures en faveur des soins coordonnés ou intégrés, une redistribution des risques est essentielle pour parvenir à une réelle économie de coûts. Les différents (groupes de) fournisseurs de prestations bénéficient de l'économie de coûts réalisée mais assument également une part du risque en cas de dépassement des plafonds prévus. Selon les experts internationaux, le risque devrait idéalement être réparti de façon intersectorielle et être davantage fonction des tableaux cliniques (avec un accent mis sur les pathologies les plus onéreuses et/ou les polymorbidités). À ce jour, aucun des pays examinés n'a mis en place d'initiative en ce sens.

De manière générale, il serait judicieux que la loi autorise le test et l'évaluation de mesures de maîtrise des coûts à une échelle restreinte. Les experts internationaux regrettent que la législation de leur pays ne permette pour l'heure pas une telle approche. Dans l'hypothèse où une telle disposition devait être adoptée, il faudrait impérativement inclure dans les critères d'évaluation la possibilité de transposer dans le système global les mesures testées à plus petite échelle.

Enfin, les experts internationaux ont conclu que la disponibilité et la qualité des données sur les coûts, sur les prestations proposées et sur l'efficacité de la fourniture de prestations jouent un rôle clé pour une gestion en bonne et due forme du système. Un monitoring continu permet par exemple de réagir dans les meilleurs délais. La France bénéficie notamment d'un monitoring exhaustif. L'Allemagne souligne de son côté le fait que le fonds national pour la santé favorise la transparence et facilite la gestion des flux financiers.

4.3 Conclusion pour la Suisse

En Suisse, les mesures décidées, ou dans certains cas planifiées, ne suffisent pas à juguler l'augmentation des coûts particulièrement importante. Les possibilités offertes par la législation en vigueur ne sont que partiellement appliquées. Souvent, les intérêts en présence sont divergents, d'autant que dans le cadre juridique actuel, les incitations n'ont pas prioritairement pour objet la recherche de la prospérité générale. Des considérations de politique régionale influencent par exemple la planification hospitalière, ce qui compromet parfois l'objectif de réduction des coûts.

Concernant les mesures visant à optimiser le système, l'accent doit être mis sur les fournisseurs de prestations. Il est à cet égard capital d'œuvrer au transfert du domaine stationnaire au secteur ambulatoire et d'atténuer l'augmentation des volumes de prestations. D'une part, il existe actuellement en Suisse aux interfaces entre les domaines ambulatoire et stationnaire plusieurs incitations inopportunes. Relevons en particulier les différences de financement entre les prestations ambulatoires et les prestations stationnaires. D'autre part, la hausse du volume des prestations dans les deux domaines de soins

reste problématique. Si l'évolution démographique et les innovations technico-médicales peuvent effectivement engendrer une certaine hausse du nombre des prestations médicales, l'augmentation actuellement observée dépasse cette proportion explicable. En effet, lorsque des mesures perçues comme innovantes et efficaces sont introduites dans le système de santé, il n'est pas rare que des mesures moins efficaces et désormais dispensables soient néanmoins maintenues en parallèle (Ubel et Asch 2015). Une part non négligeable de l'accroissement du volume de prestations n'est donc pas imputable à des facteurs médicaux. L'intervention du Conseil fédéral dans la structure tarifaire des prestations médicales en ambulatoire (TARMED) a par ailleurs montré empiriquement que des mesures purement tarifaires n'apportaient qu'une contribution marginale à la maîtrise des coûts¹⁶.

La seule mesure viable à long terme consiste donc à se concentrer sur une structure incitative privilégiant la prospérité générale. Ces incitations doivent être établies de telle sorte qu'elles suscitent le même effet que si les règles de la concurrence fonctionnaient sur le marché de la santé.

Le groupe d'experts s'est en outre dit favorable à la possibilité de tester d'abord à moindre échelle l'efficacité concrète des mesures de maîtrise des coûts. L'introduction dans la loi d'un « article expérimental » devrait permettre une telle approche.

Les échanges avec les experts internationaux ont par ailleurs révélé que les bases de données en Suisse étaient lacunaires et leur qualité insatisfaisante. Ce constat vaut en particulier pour le domaine ambulatoire et pour la qualité des soins en général. Ces insuffisances doivent être rectifiées de façon appropriée dans le cadre de diverses mesures. Il faut aussi prévoir des sanctions adéquates en cas de non-respect des obligations légales actuellement applicables aux fournisseurs de prestations et tenir compte des éventuels compléments nécessaires au niveau législatif.

À la différence des pays analysés en détail, il n'existe pas en Suisse de plafond général contraignant concernant les dépenses de santé de l'AOS et des pouvoirs publics. Les responsabilités en matière de coûts ne sont pas clairement établies. Au vu de la relative cherté de la santé (cf. chap. 3.1.1), les experts jugent urgent de rectifier cette situation et d'introduire des mesures pour améliorer la gestion du système. Pour maximiser l'effet de maîtrise des coûts, ces objectifs contraignants contre l'augmentation des coûts de l'AOS peuvent être accompagnés de dispositifs sanctionnant le non-respect des règles.

¹⁶ Les données actuellement disponibles ne révèlent pas un recul des coûts au niveau des prestations de médecine spécialisée, contrairement à ce que l'on aurait pu anticiper compte tenu de la baisse des tarifs. Cette dernière a manifestement été compensée par une augmentation du volume de prestations.

5 Mesures recommandées

5.1 Focus des mesures recommandées

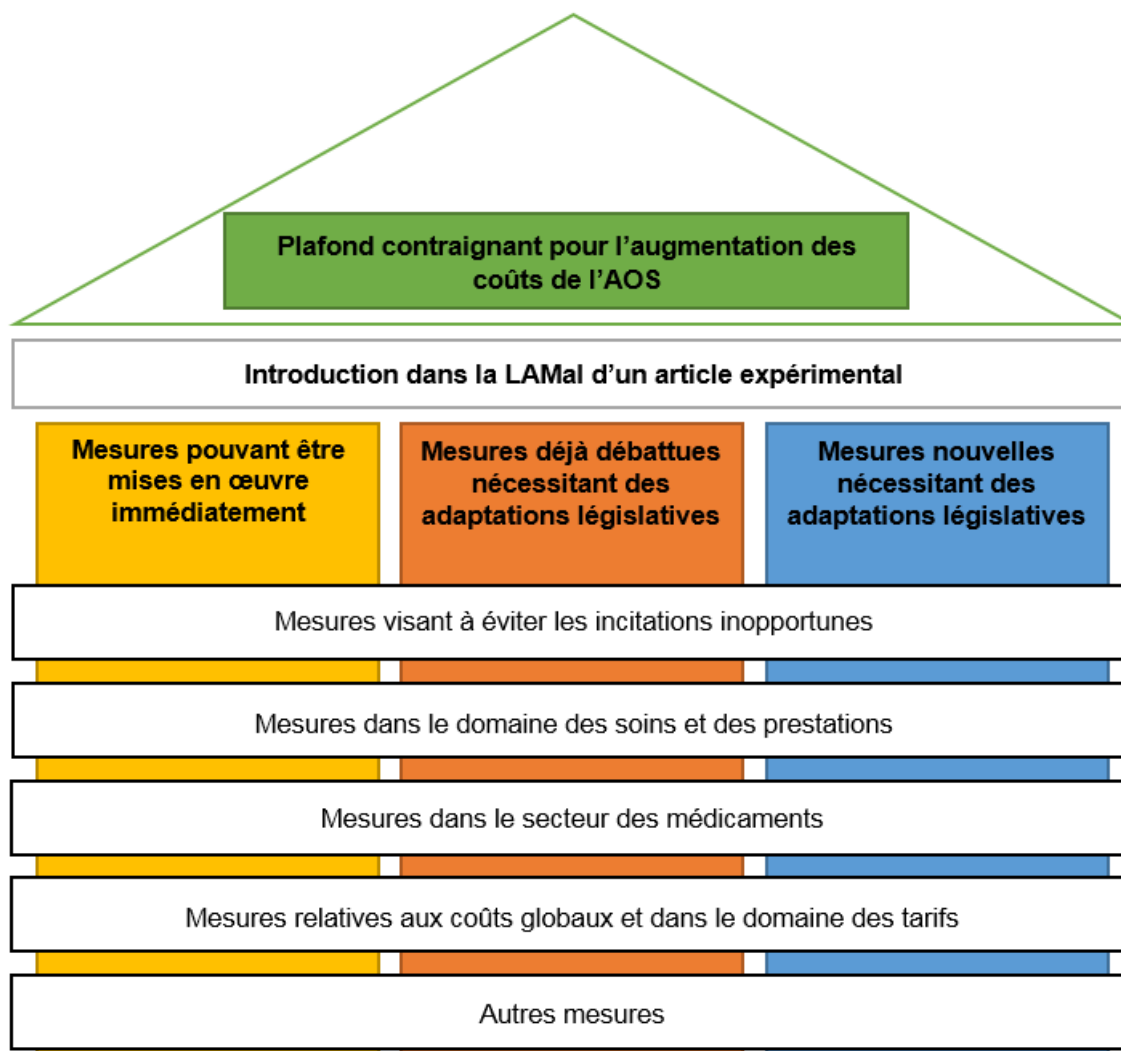
De toute évidence, la réaction à l'explosion des coûts de la santé a été insuffisante et trop tardive. Certaines mesures, qui sont loin d'être nouvelles – l'adaptation des marges relatives à la distribution de médicaments, la révision de la liste des moyens et appareils (LiMA), l'adoption de critères plus précis pour le benchmarking des tarifs hospitaliers, la réévaluation du TARMED, l'introduction d'une tarification de référence pour les génériques pour n'en citer que quelques-unes – sont sur la table depuis un certain temps déjà. La commission d'experts peine à comprendre pourquoi les réformes correspondantes traînent depuis tant années et ne voit pas comment qualifier la situation autrement que d'échec systématique. Dès lors, il convient d'agir immédiatement en faisant preuve de détermination. Si l'on entend maîtriser la hausse des coûts, il est impératif de renforcer les mesures *ad hoc* en leur donnant un caractère plus contraignant et de compléter l'arsenal par des mesures supplémentaires.

Il y a lieu de mettre l'accent sur des mesures qui aient un effet à court et moyen termes, sachant que pour que leur impact soit significatif, le groupe d'experts s'est concentré sur les quatre principaux groupes de coûts de l'AOS, même si la hausse est également galopante dans certains des autres groupes secondaires (physiothérapie, soins médicaux ambulatoires, analyses de laboratoire). Il a en outre été réfléchi à l'opportunité d'intégrer ces instruments aux travaux que le Conseil fédéral mène actuellement et dans quelle mesure des modifications s'imposent dans le cadre réglementaire afin que les mesures proposées puissent être mises en œuvre (adaptation des prérogatives des cantons, par ex.).

Toutefois, on ne peut atteindre un équilibre durable que si les incitations sont correctement dosées. Il est dès lors souhaitable d'engager dès aujourd'hui cette réorientation à long terme du secteur de la santé en optant pour des incitations favorisant la prospérité générale. Le groupe d'experts s'est donc entendu sur des mesures phares qui n'ont pas vocation à remplacer le débat sur les réformes à long terme mais à leur insuffler un nouvel élan.

Étant donné que le groupe d'experts est favorable à la fixation de plafonds contraignants quant à l'augmentation des coûts à charge de l'AOS et que cela aurait valeur de mesure phare, le ch.5.2 approfondit cette proposition. Autre mesure phare envisagée : l'élaboration d'un éventuel article expérimental s'inscrivant dans le cadre de la LAMal. Cette mesure-ci est détaillée au chap. 5.3, avant d'entrer dans le détail des différentes mesures articulées pour améliorer concrètement le système. Notons qu'une distinction est faite entre les mesures qui peuvent être mise en œuvre à court terme – autrement dit, qui n'appellent pas de modification de loi (chap. 5.4) –, les mesures susceptibles d'être mises en œuvre à moyen terme – qui exigent une révision législative mais sont déjà en discussion (chap. 5.5) – et les nouvelles mesures qui impliquent d'adapter le cadre législatif (chap. 5.6). À l'intérieur de ces chapitres, les mesures sont classées par domaine (suppression des incitations inopportunes, soins et prestations, médicaments, coûts globaux et tarification, autres mesures). La figure 4 offre un aperçu synthétique de cette structure.

Figure 4 : Aperçu des mesures recommandées



Source : Interprétation personnelle

Pour chaque mesure, le canevas est identique : brève énonciation de l'objectif, description de la mesure, énumération des destinataires et indication sommaire des éventuels travaux législatifs nécessaires. La mesure fait ensuite l'objet d'une évaluation, complétée, le cas échéant, par une analyse des effets que celle-ci a eu à l'étranger. Le chapitre se conclut sur un bref résumé de ce qu'apporte la mesure en question, des interactions qu'elle peut provoquer, des effets secondaires et des possibles blocages qu'elle pourrait entraîner. À noter que l'annexe 8.3 du présent rapport reprend toutes ces informations de manière schématique.

Le groupe d'experts juge certaines mesures prioritaires, tant du point de vue de leur contenu que du calendrier. Celles-ci sont marquées du symbole **!!** et recensées au chap. 5.7.

!! 5.2 Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS (M01)

Objectif

L'analyse des mesures visant à freiner la hausse des coûts qui ont été prises dans d'autres pays montre que le pouvoir politique utilise de plus en plus des plafonds pour limiter la hausse des dépenses de santé. Il n'existe aujourd'hui en Suisse, aucun contrôle global de l'évolution des coûts. En même temps, l'on constate que les coûts de la santé y sont plus élevés que dans la plupart des autres pays et qu'ils croissent plus vite que la moyenne.

Le système d'assurance-maladie actuel est organisé de telle manière qu'il n'existe pour ainsi dire pas de pilotage d'ensemble et que l'action des nombreux acteurs présents consiste surtout à imposer leurs propres intérêts. Dans les marchés qui fonctionnent selon le principe de la concurrence, cela n'est pas problématique, ou typique. Pour cette raison, les intérêts particuliers et les différentes incitations sont définis de telle façon que leur poursuite par les individus maximise la prospérité générale. Or dans le cadre législatif actuel, les incitations sont souvent totalement inopportunes, comme cela a été mis en évidence. La conséquence en est qu'il n'y a pour ainsi dire pas de responsabilité des coûts et que l'efficacité des prestations offertes dans le système de santé laisse passablement à désirer. Ces dernières années, les coûts à la charge de l'AOS ont ainsi augmenté beaucoup plus fortement que les principaux indices économiques (PIB, produit national brut, évolution des salaires nominaux). S'il existe un large consensus pour dire qu'un taux de croissance annuel moyen de 4 % n'est guère finançable à long terme, les avis divergent sur la meilleure manière de calculer une augmentation des coûts de la santé supportable et, par extension, de définir l'objectif de maîtrise des coûts.

Introduire des plafonds¹⁷ pour l'augmentation des coûts pris en charge par l'AOS a pour but de produire la pression politique nécessaire et d'instaurer les contraintes indispensables. En même temps, la mesure vise à exploiter au maximum le potentiel d'amélioration de l'efficacité. Outre un meilleur pilotage du système dans son ensemble, les plafonds présentent l'avantage de déléguer aux acteurs des différents domaines le choix de définir où les économies doivent être réalisées. Ce mécanisme fonctionne de manière optimale lorsque les incitations offertes aux acteurs sont correctement fixées. En soi, les plafonds peuvent être des valeurs indicatives déterminées par le pouvoir politique, et dont le dépassement n'entraîne aucune conséquence. Mais leur effet est beaucoup plus grand lorsqu'ils sont associés à des sanctions en cas de non-respect du plafond. Il faut souligner qu'un système de plafonds et de sanctions ne nécessiterait aucune modification profonde de l'organisation actuelle du système de santé ou de l'AOS. Au contraire, il s'agit de modifier aussi peu que possible le cadre (concurrence régulée), les compétences et les responsabilités (partenaires tarifaires, cantons, Confédération) et les règles de financement (AOS, cantons), tout en instaurant les changements nécessaires (amélioration des incitations).

La mesure proposée ici s'inscrit dans la direction des interventions parlementaires Lohr (16.3949) et Ettlin (16.3987).

Description

Définition d'un plafond limitant l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS

Cette mesure part du principe qu'il existe une forme de consensus quant au fait que la société accepte que les dépenses de santé augmentent dans une certaine mesure. Se pose alors la question de savoir

¹⁷ La notion de « plafond », par la suite également qualifiée d'objectif, s'entend comme une valeur maximale pour les fournisseurs de prestations ; le plafond constitue donc une limite supérieure.

dans quelle mesure. Les coûts de la santé dépendent, entre autres, de l'évolution de la population et des revenus. Au regard de la garantie du financement, la croissance potentielle nominale de l'économie constitue un bon ordre de grandeur pour définir la croissance des coûts de la santé. Sur la base des principales valeurs du plan financier 2018-2020 de la Confédération, le taux de croissance du PIB corrigé de l'inflation (PIB potentiel) s'établit à moyen terme autour de 1,7 % par an. Cette croissance s'explique par la hausse de la productivité au travail et par l'augmentation de la population active. Ces vingt dernières années, la Suisse a connu une hausse de productivité moyenne d'environ 1,2 % par an. Le taux de croissance annuelle de la population active (calculée en équivalents plein temps) devrait quant à lui s'élever en moyenne à environ 0,5 % durant les dix prochaines années selon le scénario démographique « moyen » de l'OFS ([BFS] 2015b : A-00-2015). Pour sa part, l'inflation devrait se normaliser autour de 1 %. Compte tenu de ces éléments, la croissance nominale du PIB potentiel atteint 2,7 % par an. Ce chiffre peut faire office de ligne directrice, à introduire par étapes.

Au vu de ce qui précède, on peut prévoir de limiter à long terme l'augmentation des coûts de la santé pris en charge par l'AOS à 2,7 % par an. Étant donné que les mesures visant à freiner la hausse des coûts sont introduites par étapes et que leurs effets ne se déploient pas immédiatement, l'objectif de maîtrise des coûts devrait rester peu ambitieux dans un premier temps, puis être progressivement resserré. Il serait par exemple envisageable de limiter la croissance à 3,3 % (au lieu de 4 % actuellement), avant de la réduire à 2,7 %¹⁸.

La question de savoir s'il est à long terme souhaitable de limiter la hausse des coûts de la santé à la croissance potentielle nominale peut et doit pour l'heure rester ouverte. Compte tenu de la nature particulière du bien « soins de santé », plusieurs éléments laissent penser que les coûts de santé pourraient augmenter un peu plus rapidement que la croissance économique (par ex. évolution démographique, progrès médico-technique, élasticité des revenus plus importante en ce qui concerne les prestations de santé, etc.). Ces éléments plaident pour un réexamen et une redéfinition des objectifs de maîtrise des coûts à intervalles réguliers. Ces observations ont valeur d'exemple ; il serait aussi possible, dans un second temps, d'exprimer les objectifs de réduction en plafonds de coûts par habitant.

Il serait également envisageable de calculer le plafond sur la base de l'évolution des salaires nominaux, à savoir sur l'indice des salaires nominaux. Ce choix se justifierait par le fait que la population paie les primes d'assurance-maladie principalement avec les revenus issus des salaires. En fonction des progrès médico-techniques ou d'autres facteurs déterminants, l'indice devrait être multiplié par un facteur de correction.

Afin d'exercer sur les différents acteurs la pression politique nécessaire, il faut créer une base légale correspondante dans la LAMal. Ces dispositions devraient préciser les critères matériels et les compétences pour la définition des objectifs de maîtrise des coûts. Il serait envisageable que la loi délègue au Conseil fédéral la compétence de fixer le plafond limitant l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS après audition des cantons et, éventuellement, des partenaires tarifaires. Par ailleurs, la base légale devrait prévoir des motifs en vertu desquels il serait temporairement possible de déroger aux règles de maîtrise des coûts, par exemple l'évolution démographique ou l'apparition de processus et de produits nouveaux. La prise en charge et la qualité des soins devraient également être prises en compte. Ce qui est primordial, c'est que la mesure ne s'applique pas aux dépens des patients, mais qu'elle augmente

¹⁸ La fréquence à laquelle les objectifs sont définis revêt une grande importance. Fixer un plafond chaque année se révélerait certainement trop compliqué et trop coûteux, rendant les prescriptions difficilement applicables. De ce fait, on peut envisager de définir des plafonds pour une période de cinq ans. Comme mentionné, les objectifs pourraient être progressivement resserrés. Outre une meilleure applicabilité, un pilotage pluriannuel présente l'avantage de laisser aux acteurs plus de temps et une plus grande marge de manœuvre pour mettre en œuvre les mesures.

l'efficacité. Ainsi, les acteurs recevraient la tâche implicite d'exploiter au maximum le potentiel d'économie constaté dans le domaine des coûts pris en charge par l'AOS (en particulier, économies d'échelle, amélioration de l'efficacité, augmentation des incitations, etc.). Les experts de la santé évaluent ce potentiel à environ 20 % (cf. chap. 4.1.1).

Définir un plafond général et prévoir des sanctions permettraient de renforcer la conscience des coûts par les assurés et d'attirer l'attention des cantons sur la nécessité d'une planification des soins efficiente. Pour les partenaires tarifaires – fournisseurs de prestations et assureurs –, ce plafond constituerait des lignes directrices pour les négociations tarifaires. Dans ce sens, un plafond assorti de sanctions fait office de restriction budgétaire contraignante pour tous les acteurs impliqués.

Définition d'un plafond pour chacune des grandes catégories de coûts à la charge de l'AOS

Un objectif encore plus ambitieux que la délimitation d'un plafond général consisterait à piloter les coûts de manière plus fine encore, c'est-à-dire à subdiviser le plafond général en plafonds pour les différentes catégories de prestations. Sur la base du plafond limitant la hausse des coûts à la charge de l'AOS, des limites doivent être définies pour chacun des quatre grands domaines des coûts, à savoir les hôpitaux (domaine stationnaire et ambulatoire), les consultations médicales ambulatoires (en cabinet privé), les médicaments et les autres catégories de coûts pris en charge par l'AOS (en particulier, EMS, laboratoires, physiothérapie, soins ambulatoires, moyens et appareils, etc.). Préciser le plafond général revêt une importance particulière dans la mesure où le potentiel d'économie n'est certainement pas le même dans chacun des domaines.¹⁹ Concrètement, en cas de remplacement de prestations stationnaires (coûteuses) par des prestations ambulatoires (meilleur marché), il serait logique de fixer un objectif plus strict pour le stationnaire que pour l'ambulatoire. Appliquer des pourcentages différents à chacun des domaines se justifie aussi par les grandes différences qui existent d'un domaine à l'autre au niveau des compétences et des règles de financement. Il serait possible d'étudier la possibilité et, le cas échéant, la manière d'améliorer de façon ciblée l'efficacité de la prise en charge sanitaire au moyen de ces plafonds. Pour ce faire, il faudrait utiliser les principales données relatives à l'évolution des salaires, aux progrès médico-techniques et aux modifications démographiques.

Par ailleurs, il y aurait lieu de décider à qui devrait revenir la compétence de fixer les objectifs de maîtrise des dépenses pour chacune des catégories. Afin de respecter le plafonnement général des coûts à la charge de l'AOS, il serait judicieux que le Conseil fédéral édicte une prescription contraignante définissant l'augmentation maximale des dépenses autorisée dans les différentes catégories. En revanche, il ne serait pas approprié que la Confédération fixe seule les plafonds, vu les vastes conséquences qu'ils ont sur l'ensemble du système. Pour des raisons de faisabilité politique, les compétences devraient autant que possible correspondre au cadre actuel. Concrètement, le plafond des soins stationnaires à l'hôpital et en EMS serait fixé par les cantons, sur la base de nouvelles dispositions de la LAMal. Au niveau organisationnel, ce principe pourrait se concrétiser par des décisions de la CDS. Les plafonds applicables aux prestations ambulatoires hospitalières et aux consultations médicales ambulatoires seraient pour leur part définis par les cantons et les partenaires tarifaires. La compétence décisionnelle devrait alors être confiée à une instance qu'il conviendrait de créer et qui serait composée des cantons ainsi que des organisations des assureurs et des fournisseurs de prestations. Les représentants des partenaires tarifaires devraient appartenir tant à des organisations nationales que cantonales. Le dispositif ne pourrait fonctionner qu'à la condition d'attribuer à la Confédération une compétence subsidiaire, comme cela existe pour les conventions tarifaires applicables au niveau suisse (la Confédération

¹⁹ Par exemple, de nombreux éléments laissent penser que le potentiel d'économie serait dans l'ensemble supérieur à la moyenne au niveau des prestations ambulatoires et inférieur à la moyenne pour les médicaments.

n'intervient qu'en l'absence d'accord). Sans cette épée de Damoclès, il est probable que les partenaires tarifaires et les cantons ne parviennent pas à s'entendre sur un objectif commun de maîtrise des coûts. Dans le sens de la poursuite du développement du pilotage dans le domaine ambulatoire, il serait à long terme envisageable d'attribuer cette compétence aux cantons, qui pourraient alors imposer un budget global aux fournisseurs de prestations²⁰.

Il existe un certain risque que les instances compétentes fixent les plafonds des différentes catégories de coûts de manière trop généreuse. À l'inverse, des objectifs trop contraignants pourraient se traduire par des rationnements.²¹ Au cas où les plafonds des catégories de coûts dépassaient à l'avance le plafond général fixé par le Conseil fédéral, des mesures de correction sont à prévoir pour atteindre l'objectif. Il serait alors souhaitable que la Confédération puisse intervenir de manière subsidiaire pour fixer les valeurs cibles de chacun des domaines.

Sanctions en cas de dépassement des plafonds

Tant en Suisse qu'à l'étranger, les expériences en matière de pilotage de la fiscalité montrent que les plafonds de coûts ou de dépenses ne sont respectés que lorsque des sanctions fortes sont prévues en cas de dépassement. Il serait toutefois envisageable de définir un système modulaire dans lequel des sanctions ne seraient introduites que lorsqu'il apparaît que les objectifs généraux ne sont pas respectés. Il n'est pas certain qu'un tel dispositif en deux temps apporte de bons résultats. Aussi est-il préférable de prévoir dès le départ des sanctions en cas de dépassement des valeurs cibles. Les sanctions pourraient consister à ce que, dans les catégories de coûts concernées, le Conseil fédéral fixe les plafonds pour la période suivante à la place des acteurs compétents. Cela reviendrait à ce qu'il édicte à l'intention des acteurs un budget global²² assorti d'une dotation financière. Ce dispositif présente l'avantage de ne pas infliger des sanctions définies au niveau central et sans doute peu personnalisées. Au contraire, il appartiendrait aux cantons et aux partenaires tarifaires, ainsi qu'aux fournisseurs de prestations de déterminer eux-mêmes les mesures d'économie à prendre sur la base de leur connaissance approfondie, ce qui devrait augmenter l'acceptation par les acteurs, mener ces derniers à l'autocontrôle et les inciter à éviter les dépassements budgétaires. Pour éviter que les prescriptions budgétaires se traduisent par une baisse de la qualité en lieu et place d'une hausse de l'efficacité, la transparence en matière de qualité des soins revêt une importance capitale. Il est évidemment possible de prévoir des budgets globaux de manière autonome, indépendamment de plafonds contraignants. D'autres mesures de maîtrise des coûts pourraient être imaginées en cas de non-respect des objectifs, par exemple des réductions de tarifs linéaires ou ciblées. Selon la nature de l'intervention tarifaire, une telle mesure pourrait également impacter les fournisseurs de prestations efficaces.

²⁰ Le rôle primordial assumé actuellement par les cantons en matière d'autorisation de pratiquer pour les fournisseurs de prestations et d'autorisation de facturer à la charge de l'AOS ainsi que l'avantage de ne pas avoir à créer de nouvelle instance sont autant d'arguments en faveur de cette solution. À l'inverse, « l'éviction » des partenaires tarifaires peut être invoquée contre cette innovation. En outre, la capacité des cantons à mieux s'acquitter de la tâche de pilotage que les partenaires tarifaires – en soi plus au fait – reste discutable.

²¹ A priori, on ne peut pas exclure que le système de plafonds et de sanctions aboutisse à un renforcement des incitations actuelles du système (en particulier, les reports non souhaitables entre les différentes catégories de prestations). C'est la raison pour laquelle il faut mettre en œuvre le plus vite possible le maximum de mesures proposées dans ce rapport pour améliorer les incitations, afin de s'assurer les meilleures chances que le plafond soit « naturellement » respecté.

²² Il s'agit de définir un montant maximal disponible pour une année. Dans la pratique, les budgets globaux peuvent être mis en œuvre selon des modalités, une intensité et une portée très variables. Les cantons ont la possibilité de prévoir des budgets globaux dans le domaine stationnaire (art. 51 LAMal). Les cantons de Vaud, de Genève et du Tessin font pour l'heure usage de cette disposition. L'évaluation du financement hospitalier, en cours, porte également sur les effets des budgets globaux. Les résultats de l'étude seront disponibles d'ici 2019.

Les sanctions suivantes sont envisageables pour chacune des grandes catégories de coûts : concernant les prestations fournies dans le domaine stationnaire, la Confédération pourrait charger les cantons dans lesquels le plafond a été largement dépassé de corriger la courbe des dépenses au cours de la période suivante au moyen d'un budget global ou de réduire les tarifs à hauteur du dépassement pour la période de facturation suivante (mécanisme LeiKoV). Pour les traitements ambulatoires hospitaliers et extra-hospitaliers, les dépassements pourraient par exemple être résorbés au moyen de budgets globaux imposés aux partenaires tarifaires et aux fournisseurs de prestations ou de réductions automatiques des tarifs sous forme de coupes forfaitaires dans les prestations supplémentaires (mécanisme LeiKoV), mesure pouvant être instaurée par la Confédération (conventions nationales) ou par les cantons (conventions cantonales). Dans le domaine des médicaments, qui relève de la Confédération, le non-respect du plafond devrait en premier lieu être compensé par de nouvelles mesures ou par le renforcement des outils à la disposition de la Confédération. Quant aux autres coûts à la charge de l'AOS, les compétences en matière de fixation des tarifs et des prix se répartissent entre les partenaires tarifaires (physiothérapie), les cantons (soins ambulatoires) et la Confédération (laboratoires, moyens et appareils). Pour la physiothérapie, la Confédération et les cantons devraient pouvoir intervenir au moyen de budgets globaux ou de baisses de tarifs. Enfin, les cantons devraient pouvoir apporter des corrections concernant les prestations de soins ambulatoires et la Confédération, concernant les prestations relevant des autres domaines. Pour des raisons administratives, il serait éventuellement possible de provisoirement renoncer à inclure cette catégorie dans le périmètre du plafond général. Toutefois, plusieurs arguments plaident contre cette solution : une inégalité de traitement entre les fournisseurs de prestations et la forte croissance des coûts dans cette catégorie de coûts (tendance supérieure à la moyenne)²³.

Conditions-cadre pour la mise en œuvre des plafonds et des sanctions

Il convient de garder à l'esprit que la mise en œuvre des mesures proposées est soumise à des conditions-cadres différentes. En l'absence d'une amélioration substantielle des données sur la santé et sur l'AOS, il sera plus difficile de déterminer les plafonds et d'appliquer des sanctions. Cependant, instaurer des plafonds sans connaissance détaillée du potentiel d'amélioration de l'efficacité pourrait d'autant plus motiver les fournisseurs de prestations à fournir des données et à améliorer la transparence. Par ailleurs, il est probable que certaines problématiques centrales nécessitent de nouvelles recherches par l'administration fédérale, en particulier concernant le potentiel d'économie et d'amélioration de l'efficacité dans chacune des catégories de coûts.

Destinataires et besoins législatifs

Instaurer des plafonds limitant la hausse des coûts assortis de sanctions en cas de non-respect des valeurs cibles constituerait sans aucun doute une nouveauté significative au regard du système actuel, fonctionnant largement sans pilotage. La mesure s'adresse au Conseil fédéral et, en fin de compte, aux chambres fédérales, qui devraient agir afin de procéder aux modifications de lois nécessaires²⁴.

Appréciation

Déterminer des plafonds globaux contraignants pour la croissance des coûts à la charge de l'AOS et

²³ Une autre solution serait de modifier la catégorisation de la statistique de l'AOS. La physiothérapie pourrait ainsi être regroupée avec les prestations médicales ambulatoires ; les soins infirmiers ambulatoires seraient ajoutés aux soins infirmiers ; les prestations de laboratoires et les moyens et appareils pourraient quant à eux être classés avec les médicaments.

²⁴ Le cas échéant, il faudrait vérifier si la mise en œuvre des mesures nécessiterait une modification de la Constitution.

pour ceux de chacune des grandes catégories de prestations en particulier, plafonds qui seraient assortis de sanctions en cas de dépassement, représente assurément une chance d'améliorer considérablement le contrôle des dépenses de santé en Suisse. Le respect des valeurs cibles diminuerait non seulement de manière significative les coûts supportés par l'AOS, et par voie de conséquence, par les assurés, mais également aux cantons, aux communes et à la Confédération.

Un plafond général contraignant place les décideurs devant leurs responsabilités et crée la pression politique nécessaire grâce aux sanctions, tout en laissant aux partenaires tarifaires la plus grande liberté possible pour mettre en œuvre des mesures d'économie et d'amélioration de l'efficacité là où cela est le plus opportun.

Évidemment, plusieurs questions épineuses doivent encore être résolues. Définir des plafonds pour la hausse des coûts et fixer des sanctions sur mesure requièrent une importante compétence de planification à tous les niveaux, en particulier pour bien déterminer les valeurs cibles. Des limites trop restrictives s'accompagneraient du risque que des prestations nécessaires ne soient pas fournies. Par ailleurs, concevoir les plafonds de manière à ce qu'ils se traduisent en hausse de l'efficacité plutôt qu'en économies réalisées aux mauvais endroits constitue un véritable défi. Lors de la mise en œuvre des mesures, il ne sera pas aisé de réaliser les objectifs ambitieux sans trop porter atteinte aux responsabilités actuelles découlant des différentes compétences subsidiaires du Conseil fédéral.

Cet exercice d'équilibriste entre des éléments de pilotage centralisés et décentralisés ne peut réussir que si tous les acteurs tirent à la même corde malgré des intérêts divergents. C'est le plafond général qui crée ici les conditions nécessaires. En même temps, il incite plus fortement les acteurs à garantir conjointement une répartition des ressources jugée équitable. Il est à ce titre primordial de définir correctement les incitations au sein du système, afin d'utiliser les moyens à disposition avec efficacité.

On peut légitimement supposer que ces mesures pourront être mises en œuvre sans réduction significative des prestations au bénéfice des assurés, du moins dans un premier temps. En effet, dans sa stratégie « Santé2020 », le Conseil fédéral évalue les gains d'efficacité potentiels dans le système de santé à environ 20 % (OFSP [BAG] 2013 : 5).

Il faut ainsi se demander quelles seront les conséquences à long terme d'un plafonnement ambitieux de la croissance des coûts pris en charge par l'AOS. Cette question est examinée dans les annexes par l'analyse de trois scénarios de l'évolution des coûts au cours de la période 2013-2040 en s'appuyant sur les perspectives à long terme des finances publiques en Suisse 2016 (cf. annexes 8.2)²⁵.

Expériences à l'étranger

Tous les pays voisins de la Suisse ainsi que les Pays-Bas ont défini une limite pour l'augmentation des coûts au niveau politique, sous des formes et avec des degrés de contrainte variables. En fin de compte, ces limites indiquent que pour le système de santé également, les moyens ne sont pas illimités et que la répartition des ressources entre les différents domaines de tâches qui incombent aux États suppose un équilibre permanent. Plusieurs pays prévoient en outre des sanctions plus ou moins sévères en cas de dépassement des plafonds définis.

En Allemagne, les partenaires tarifaires veillent par exemple durant les négociations à ce que les prix soient fixés de telle manière que l'augmentation des coûts, c'est-à-dire le produit des prix et des volumes de prestations escomptés, ne dépasse pas l'augmentation des salaires, l'objectif étant de maintenir le niveau du taux de contribution, lequel dépend des revenus du travail. Cela correspond à un plafond

²⁵ Cf. Eidgenössisches Finanzdepartement (2016), Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse, 2016 et Brändle et Colombier (2017), Working Paper de l'AFF N° 21. Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045.

implicite qui se réfère à la sous-catégorie « salaires » au sein du PIB. Le principe de la stabilité du taux de contribution est inscrit dans la loi. L'augmentation des salaires permet donc une certaine augmentation des coûts, mais les employeurs et les décideurs politiques peuvent s'appuyer sur ce principe dans le processus politique pour défendre une élévation modérée des dépenses. À noter cependant également que la plupart des assureurs prélèvent des contributions supplémentaires.

Aux Pays-Bas, l'introduction d'un plafond contraignant fixé au niveau politique, donc sans référence explicite à des variables précises, a conduit les acteurs du système de santé à s'orienter en fonction de cette limite dans le cadre de leurs négociations. Cet instrument a donc provoqué un effet d'ancrage, bien qu'il ne soit pas contraignant pour ces acteurs. La menace d'une mesure plus radicale, consistant en cas de non-respect du plafond informel à diminuer forfaitairement les tarifs de façon proportionnelle au dépassement dudit plafond, a toutefois également pesé dans la balance. Jusqu'à présent, il n'a cependant pas été nécessaire de recourir à cette mesure plus sévère. Le plafond informel a donc permis de diminuer l'augmentation des coûts, essentiellement par un ralentissement de l'augmentation du volume des soins (nombre des patients, etc.).

En France, le gouvernement a fixé un « Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ON-DAM) ». Cette limite déterminée au niveau politique sans référence à des variables spécifiques définit pour l'année qui suit le montant des dépenses qui doivent être engagées et indique pour chacune des parties impliquées des objectifs précis. Le gouvernement indique ainsi aux acteurs quelle augmentation des coûts il est prêt à accepter. Les prescriptions n'ayant tout d'abord pas été contraignantes, les coûts ont généralement dépassé l'augmentation prévue. En 2004, un conseil de surveillance supplémentaire a donc été créé et qui est, depuis 2010, habilité à diminuer les tarifs DRG s'il estime que les dépenses réelles risquent de dépasser l'objectif prévu. Cet objectif est donc devenu plus contraignant, permettant ainsi de diminuer significativement l'augmentation des coûts (augmentation de 2 % en 2015/16 contre 7 % en 2004) (Or 2017).

Conclusion

Les plafonds contraignants concernant l'évolution des coûts du système de santé associés à des sanctions prédéfinies en cas de dépassement desdits plafonds permettent de diminuer les coûts de la santé jusqu'à un niveau financièrement acceptable sans priver la population des prestations médicales nécessaires. Parallèlement, il convient de tenir compte de la prise en charge des patients et de la qualité des soins, afin de mettre en place les bonnes incitations individuelles et d'éviter que la mesure défavorise les patients. Un plafond contraignant pourrait produire la pression politique nécessaire pour réaliser au sein de l'AOS le potentiel considérable d'économies et d'amélioration de l'efficacité estimé par les experts. Des mesures visant, en exerçant une influence sur les incitations, à générer les économies nécessaires sans affecter les soins seront décrites aux points 5.4 à 5.6.

!! 5.3 Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02)

Objectif

L'introduction dans la LAMal d'un article expérimental a vocation à fournir une base légale claire pour la réalisation de projets pilotes innovants destinés en particulier à tester des mesures propres à juguler l'explosion des coûts.

Description

La LAMal prévoit aujourd'hui déjà que les cantons sont habilités à prendre des mesures destinées à maîtriser l'envolée des coûts. Ils peuvent à ce titre accorder des enveloppes budgétaires, ordonner un

blocage tarifaire ou limiter le nombre d'admissions à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Les assureurs ont eux aussi la possibilité de développer des modèles d'assurance alternatifs. Certains, ainsi, restreignent le choix du fournisseur de prestations par un système de « gatekeeping », ou prévoient que les centres HMO soient partiellement rétribués par capitation. En leur qualité de partenaires tarifaires, les assureurs et les fournisseurs de prestations disposent en outre d'une autonomie conséquente. Pour toutes ces mesures, les cantons et autres acteurs sont tenus de respecter la LAMal et ses ordonnances.

Pour maîtriser l'augmentation des coûts, l'idée est de permettre dorénavant aux cantons et aux assureurs de mettre au point des mesures et des projets qui peuvent déroger aux dispositions de la LAMal et de ses ordonnances. Ainsi serait-il envisageable de supprimer l'obligation de contracter, de limiter les admissions, d'introduire des rémunérations forfaitaires dans le domaine ambulatoire, de supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient ou d'instituer un financement uniforme des prestations imputables à l'assurance-maladie sociale.

Pour la durée de ce type de projets ou de mesures, les acteurs concernés devraient être explicitement libérés de l'obligation de respecter certaines dispositions de la LAMal et de ses ordonnances. En revanche, les droits des assurés et les principes de l'assurance sociale – en particulier l'accès aux prestations assurées et leur remboursement – doivent être garantis en tout temps. Dans le cadre de pareilles expérimentations, il s'agit par ailleurs de veiller à ce que les fournisseurs de prestations admis à pratiquer continuent à assurer une qualité suffisante s'agissant des soins relevant de l'AOS et que la sécurité de la prise en charge ne soit pas mise en péril. Ces projets devraient donc tous faire l'objet d'une autorisation. Le Conseil fédéral, répondant de l'application de la LAMal, pourrait ainsi examiner les demandes et donner son aval ou déléguer cette compétence au département compétent. L'octroi des autorisations relèverait en tout état de cause de l'appréciation de la Confédération. Afin que la mesure puisse déployer les effets voulus, les obstacles à l'octroi de l'autorisation ne devraient pas être trop élevés. Pour obtenir un tel agrément, il appartiendrait aux cantons ou aux assureurs de présenter au Conseil fédéral la mesure envisagée ainsi que l'impact escompté en termes de baisse des coûts. Si ledit impact ne peut être évalué précisément, l'autorisation doit être octroyée puisque l'objectif est ici de favoriser la méthode du « trial and error » dans le secteur de la santé. On pourrait également imaginer que les cantons et les assureurs approuvent un projet commun. Notons encore qu'il est impératif de mettre en évidence comment l'accès aux prestations assurées et leur prise en charge est garantie dans le projet pilote. Enfin, pour que la mise en œuvre de ces initiatives ne cause pas d'insécurité juridique (en ce qui concerne la restriction des acteurs concernés, par ex.), la définition d'un cadre géographique et temporel est préconisée. L'autorisation devrait donc être valable pour un territoire délimité et délivrée à titre provisoire, avec prolongation possible selon les circonstances.

Il est souhaitable que les cantons ou les assureurs soient tenus de procéder à une évaluation du projet pilote et de rendre rapport au Conseil fédéral à intervalle régulier, en analysant notamment les effets obtenus sur la maîtrise des coûts, ainsi que les effets secondaires (par ex. accès aux prestations assurées et indicateurs quantitatifs propres à apprécier la qualité et la sécurité des patients). S'il s'avère que l'effet escompté au niveau des coûts n'est pas atteint ou que le droit d'accéder aux prestations assurées et d'obtenir leur remboursement est violé, l'autorisation devient caduque ou est retirée. Au terme du projet pilote, on remettra au Conseil fédéral un rapport final.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse en premier lieu aux cantons, aux assureurs et aux fournisseurs de prestations. Les éventuels projets ont un impact sur l'ensemble des parties finançant l'AOS. Cette mesure comprend une modification de la LAMal et impliquerait, le cas échéant, une concrétisation et, partant, une adaptation de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

5.3 Mesures recommandées / Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02)

Appréciation

Un article de ce type offre la possibilité de tester la pertinence de modèles de réduction des coûts avant de l'introduire à l'échelle nationale. Si une mesure ne produit pas les effets escomptés, elle peut être facilement et rapidement suspendue.

Conclusion

Cette mesure permettrait aux cantons et aux assureurs d'aller au-delà des mesures de ralentissement de la hausse des coûts déjà disponibles. Ce genre de projets pilotes pourraient en outre être riches d'enseignements pour d'autres projets des cantons ou des assureurs. Pour préserver l'essence de la LAMal, ces expérimentations devraient s'inscrire dans des conditions-cadre clairement définies. Enfin, il faut veiller à observer les éventuels effets que celles-ci auraient sur d'autres cantons.

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement

5.4.1 Introduction

Les mesures présentées comme des mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement sont celles qui sont déjà applicables selon le droit en vigueur. Il est précisé, pour certaines d'entre elles, que des adaptations législatives permettraient d'en amplifier les effets.

5.4.2 Mesures visant à éviter les incitations inopportunes

M03 Admission des hôpitaux sur la liste hospitalière en fonction de la rémunération du personnel interne et du personnel externe (bonus liés au volume de prestations, Kickbacks)

Objectif

Faire dépendre l'admission d'un hôpital sur la liste hospitalière de la rémunération qu'il offre à son personnel interne et à son personnel externe a pour but de réduire les éventuelles incitations inopportunes des médecins d'augmenter le volume des prestations (et l'éventuelle sélection des patients qui s'ensuit).

Description

En vertu de l'art. 39, al. 1, LAMal, les cantons confient aux hôpitaux des mandats de prestations dans le cadre de leur planification des besoins en soins (liste hospitalière). Pour ce faire, les cantons doivent respecter les critères de planification énoncés aux art. 58a à 58e OAMal ; l'examen du caractère économique et de la qualité de la fourniture de prestations constitue un élément central.

Étant donné que la LAMal accorde une grande liberté d'entreprise aux établissements hospitaliers, celle-ci ne contient pas, en l'état, de dispositions relatives aux modalités des systèmes de rémunération des prestataires pouvant exercer à la charge de l'AOS. L'interprétation actuellement en vigueur du caractère économique et de la qualité de la fourniture de prestations ne semble pas non plus restreindre la liberté d'entreprendre sur ce point. Par conséquent, il existe par exemple des hôpitaux qui versent des bonus à leurs médecins internes en fonction d'objectifs quantitatifs ou des kickbacks à des médecins libéraux qui leur envoient des patients. Des indices tendent à montrer que le nombre des interventions augmente lorsque les revenus des médecins sont couplés à un tel système de rémunération (cf. Doran et al. 2011, Feldmann 2015, Hare et al. 2015, Hollenbeck et al. 2011, Muheim et al. 2017). Or il s'agit là potentiellement d'une augmentation du volume des prestations médicalement non justifiée. Si

la Fédération des médecins suisses (FMH) rejette ces types d'accords afin de garantir l'indépendance du médecin selon les critères EAE, elle a tout de même été forcée de constater une tendance à la fixation d'objectifs quantitatifs dans les hôpitaux, comme l'a confirmé le président de la FMH dans l'émission « Rundschau » du 26 novembre 2016 diffusé sur la SRF 1. Quant à la pratique des kickbacks en Suisse, elle est certes connue mais son ampleur n'est pas précisément quantifiée.

À l'avenir, les hôpitaux qui accordent des bonus liés à la quantité de prestations ou qui pratiquent des kickbacks seront exclus des planifications cantonales des besoins en soins selon l'art. 39, al. 1, LAMal. Les contrats de prestations pourront notamment comporter une clause interdisant tout système de rémunération de personnel interne ou externe susceptible d'engendrer une augmentation du volume des prestations ou l'ordonnance de traitements inappropriés (bonus liés au volume de prestations ou kickbacks, par ex.). De leur côté, les assureurs ne seront pas tenus de mener des négociations tarifaires (pas d'obligation de contracter) avec ces nouveaux hôpitaux conventionnés (art. 49a, al. 4, LAMal). En principe, même si un hôpital accueille principalement des patients bénéficiant d'une assurance privée, refuser de l'admettre sur la liste des hôpitaux mettra vraisemblablement son existence en péril. Afin toutefois d'éviter de déplacer le problème au niveau des hôpitaux conventionnés, les assureurs sont tenus d'appliquer cette mesure de manière analogue dans le cadre de leurs négociations libres avec les hôpitaux.

Dans le domaine des assurances complémentaires, les partenaires tarifaires peuvent également exclure les accords liés au volume de prestations dans leurs conventions.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure vise principalement les hôpitaux eux-mêmes. Il leur est demandé de s'abstenir d'appliquer des systèmes de rémunération inappropriés et ainsi de suivre les recommandations de la FMH. S'il s'avérait cependant difficile d'instaurer une telle pratique, les autorités cantonales devraient s'assurer, dans le cadre de leur compétence, que les accords portant sur la rémunération n'affectent pas la planification des soins. Dans le cas des hôpitaux conventionnés, cette tâche reviendrait aux assureurs. En principe, cette mesure pourrait être mise en œuvre dès à présent. On peut supposer que les gouvernements cantonaux (de même que les assureurs) n'exploitent pas pleinement leur marge de manœuvre sur ce plan en raison d'un manque d'information mais aussi, comme évoqué plus haut, de la grande liberté d'entreprise dont jouissent les fournisseurs de prestations et de l'insécurité juridique qui règne à ce sujet. Dans l'optique d'une application uniforme à l'échelle nationale, la question demeure donc ouverte de savoir s'il serait judicieux de préciser cet aspect au niveau législatif, comme c'est par exemple le cas avec l'obligation d'admission (art. 41a LAMal).

Appréciation

Si l'admission d'un établissement sur la liste hospitalière est couplée à des conditions relatives au système de rémunération du personnel interne et du personnel externe, les incitations inopportunes existantes diminuent, ce qui permet d'éviter une augmentation inutile et médicalement non justifiée du volume des prestations. Parallèlement, on peut partir du principe que cette mesure augmenterait la qualité et l'égalité de traitement, de même que l'on peut supposer qu'une majorité du corps médical interne en profiterait, puisqu'on leur retirerait la pression de générer un nombre donné de cas. Pour l'heure, on ne dispose pas d'une estimation chiffrée de l'effet de cette mesure, mais compte tenu de l'ampleur de l'intervention, l'impact potentiel devrait justifier sa mise en œuvre et les dépenses de contrôle qui l'accompagneraient.

Expériences à l'étranger

À noter également à ce sujet que le parlement allemand a récemment renforcé un paragraphe de son

code de la sécurité sociale datant de 2013, paragraphe qui énonce que les hôpitaux doivent renoncer dans les contrats de travail à toute forme d'incitation liée à un volume de prestations à réaliser (nombre ou gravité des cas, chiffre d'affaires, etc.) (Stukenberg 2016).

Conclusion

Cette mesure permettrait de réduire significativement les incitations inopportunes pour les médecins, lesquelles provoquent actuellement une augmentation médicalement non justifiée du volume des prestations. Si l'on ne dispose pas encore d'informations sur le montant des économies que la mesure devrait générer, on estime qu'il devrait largement dépasser celui des coûts de contrôle qu'elle engendrerait pour les cantons (et éventuellement pour les assureurs). Par ailleurs, il est probable que la satisfaction professionnelle des médecins et la qualité des traitements augmenteraient.

Cette mesure ne présente pas d'interaction directe avec les autres mesures proposées, mis à part avec la planification hospitalière au niveau régional (cf. M14 « Planifier les besoins en soins au niveau régional », au chap. 5.4). Compte tenu de la marge de manœuvre existante qui n'est manifestement pas exploitée par les différents acteurs, il n'est pas exclu qu'une mesure législative soit nécessaire.

5.4.3 Mesures dans le domaine des soins et des prestations

Catalogue de mesures en vue d'une transparence nécessaire

On peut identifier en Suisse différents domaines où l'aspect des bases de données pose problème, sachant qu'il convient de distinguer les difficultés qui relèvent de la gestion ou de l'optimisation du système de celles qui relèvent de la gestion d'entreprise. Les deux mesures qui suivent sont recommandées afin d'améliorer cet état de fait ; la première revêt cependant une importance bien plus grande que la deuxième.

- Créer la transparence nécessaire
- Éviter les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons

!! M04 Créer la transparence nécessaire

Objectif

Créer la transparence nécessaire doit permettre de mettre les données requises à la disposition de tous les acteurs afin que ces derniers puissent effectuer les tâches qui leur incombent sur le plan de la gestion et de l'optimisation du système.

Description

Plusieurs acteurs sont impliqués dans la gestion et l'optimisation du système de santé et ont besoin d'informations de la part des fournisseurs de prestations, à savoir la Confédération, les cantons, les assureurs-maladie et les assurés. Globalement, ces acteurs ne disposent que de bases de données insuffisantes ou erronées voire d'aucune base de données pour accomplir leurs tâches respectives. Par exemple, on manque de données concernant la qualité des prestations dans le secteur de la santé en général, alors qu'il faudrait pouvoir mettre ce type de données à la disposition des personnes assurées lorsqu'elles recourent à des prestations, de même qu'à celle des autorités pour leur contrôle de la qualité dans le cadre de différentes tâches (planification sanitaire, approbation ou fixation des tarifs, etc.). À noter également que les données concernant les coûts et les prestations dans le domaine ambulatoire font défaut, ce qui est source d'importantes difficultés en particulier pour l'approbation et la fixation d'une

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre **immédiatement** / **Mesures dans** le domaine des soins et des prestations

(nouvelle) structure tarifaire TARMED.

Cette situation s'explique en partie par l'absence de bases légales mais aussi par le défaut de mise en œuvre des bases légales existantes. À cet égard, différentes initiatives sont en cours ayant pour but de faire appliquer les dispositions légales déterminantes, énoncées à l'art. 59a LAMal. Le projet « Modules ambulatoires des relevés sur la santé (MARS) », mené par l'OFS, vise ainsi à améliorer la situation dans le domaine ambulatoire. Les travaux menés au sein de l'OFSP en vue de la création d'une base de données censée rassembler les données individuelles anonymisées des personnes assurées à l'assurance-maladie obligatoire (projet BAGSAN) ont également vocation à renforcer les bases décisionnelles pour la gestion et le développement du système de santé.

Afin de soutenir ces initiatives, il est recommandé dans le cadre de la présente mesure d'exploiter pleinement la marge de manœuvre qui existe déjà. Si les fournisseurs de prestations ne respectent pas les dispositions légales, il convient d'appliquer des sanctions en conséquence. Celles-ci peuvent prendre la forme d'une peine conventionnelle ou intervenir dans le cadre du processus d'autorisation des fournisseurs de prestations (cf. en particulier « M18 Introduire une obligation de contracter différenciée »). Par ailleurs, il convient d'œuvrer à une meilleure mise en relation entre les différentes bases de données et notamment d'institutionnaliser l'échange de données entre les autorités, les partenaires tarifaires et leurs organisations.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure vise en premier lieu les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie, qui sont priés de remplir leurs obligations légales en matière de transmission de données. Un échange continu et constructif entre les services en charge de la collecte de données et les fournisseurs de ces données doit permettre de clarifier les ambiguïtés existantes et de promouvoir la qualité des données.

Appréciation

Augmenter la transparence au sein du système de santé simplifierait le processus d'analyse, notamment sur le plan de l'optimisation du système, ce qui est de nature à réduire considérablement la charge administrative des autorités compétentes. La charge de travail diminuerait aussi pour les fournisseurs de prestations car certaines données n'auraient plus besoin d'être transmises plusieurs fois. En outre, en ayant accès à des informations fiables et pertinentes concernant les coûts et la qualité des traitements fournis par les prestataires de soins, la population verrait ses compétences en matière de santé renforcées. Si les économies qui résulteraient de cette mesure ne peuvent pas être chiffrées, on estime que la collecte et l'utilisation générale des données devraient significativement gagner en efficacité.

Conclusion

Le gain en transparence au sein du système de santé améliorerait l'efficacité administrative de tous les acteurs impliqués. En définissant les bases de données nécessaires de manière adéquate et en utilisant ces dernières de façon efficace, le bénéfice attendu dépasserait largement les coûts engendrés. La mesure permettrait donc de réduire sensiblement l'asymétrie qui règne actuellement sur le plan de l'information dans le système de santé ainsi que les effets négatifs qui en découlent.

Cette mesure ne provoque pas d'interaction directe avec les autres mesures proposées. Compte tenu de la marge de manœuvre existante qui n'est manifestement pas pleinement exploitée et des lacunes parfois importantes en ce qui concerne la transparence du système, il n'est pas exclu qu'une mesure législative soit nécessaire.

M05 Éviter les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons**Objectif**

Il convient de diminuer autant que possible les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons afin d'augmenter, d'une part, l'efficacité et, d'autre part, la sécurité des patients dans le domaine stationnaire.

Description

Actuellement, on saisit dans le domaine hospitalier un grand nombre de données qui ne sont pour partie pas (encore) évaluées et dont certaines ne sont pas utiles. Si l'on applique la précédente mesure recommandée, le travail lié à la saisie de données est également appelé à augmenter dans le domaine ambulatoire. Or, les fournisseurs de prestations considèrent que la charge de travail est d'ores et déjà élevée. C'est pourquoi il convient de peser soigneusement l'utilité de la saisie de données par rapport aux coûts que cela engendre.

Quelles que soient les données saisies, les outils utilisés sont également déterminants pour l'efficacité du processus de saisie. À l'heure actuelle, on utilise fréquemment plusieurs solutions informatiques et masques de saisie au sein d'un même hôpital ou d'un même établissement hospitalier, et les offres en Suisse dans le domaine sont multiples. Les médecins-assistants et les infirmiers consacrent jusqu'à un tiers de leur temps de travail à des tâches administratives, dont la saisie de données (gfs. Bern 2016a : 11). Cela explique, entre autres, pourquoi des erreurs inutiles se produisent lors de la saisie de données, entraînant l'insatisfaction à la fois du personnel de santé et des patients. Il convient de souligner que la saisie de données dont il est question ici ne porte pas sur des informations médicales relevant du devoir légal de documentation des professionnels de la santé (c.-à-d. la tenue du dossier médical) – la saisie de ces informations fait en effet partie intégrante de l'activité de médecin ou de soignant – mais sur des données destinées à des tiers (par ex., à des fins statistiques ou pour des rapports destinés aux assurances sociales).

Dans un premier temps, il s'agit de clarifier quelle est l'utilisation prévue pour les données saisies. À court terme, cela vaut surtout pour les données saisies à l'interne au sein des hôpitaux, lesquels devraient commencer par exploiter le potentiel d'optimisation existant²⁶. À moyen et long termes se posera la question de savoir, parmi les données que la loi impose de recueillir, lesquelles sont effectivement nécessaires. À ce propos, il convient de tenir compte du fait que les dispositions actuelles en matière de protection des données interdisent de relier entre elles certaines séries de données, ce qui conduit à des saisies en double. C'est pourquoi, dans un premier temps, on doit éviter de saisir des données inutiles et réduire dans la mesure du possible la fréquence des saisies, en particulier lorsqu'il n'y a pas de raison de s'attendre à des modifications importantes ou à l'intégration d'informations nouvelles (besoin en termes de soins, par ex.).

Dans un second temps, il s'agira, d'une part, de simplifier la saisie des données au moyen d'outils adéquats (système de reconnaissance vocale pour dicter les données, par ex.) et, d'autre part, de mettre en réseau les différents systèmes informatiques, afin d'éviter la double saisie de données. La question de l'accès des médecins externes à ces données devra notamment être abordée. En vue d'un échange de données automatisé à l'échelle nationale (échange d'informations tout au long de la chaîne

²⁶ On entend notamment par là les synergies entre les processus administratifs et médicaux (annonces relatives à l'état civil lors de naissances ou de décès, par ex.). Il n'est pas rare que plusieurs services internes à un hôpital gèrent ces processus.

de traitement, au moyen du dossier électronique du patient, par ex.) et de l'évolution du système, il convient de définir des formats d'interface uniformes, à utiliser par tous les acteurs comme des standards sémantiques, et techniques si nécessaire²⁷.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure vise en premier lieu les fournisseurs de prestations, qui sont priés de procéder à un examen critique de leurs processus internes en matière de saisie de données. Il est difficile de dire pourquoi les hôpitaux notamment ne font (pour la plupart) pas déjà usage de cette possibilité. D'un point de vue économique, l'absence de pression sur les coûts pourrait expliquer que ces optimisations de processus ne soient, pour l'heure, pas considérées comme indispensables. Toutefois, cette situation pourrait également être favorisée par le système de rémunération, si les investissements dans des infrastructures informatiques ne peuvent pas être couverts à la même hauteur qu'une augmentation des charges de personnel. Une autre explication possible réside en ce que les projets de développement de nouvelles solutions informatiques sont principalement considérés comme des projets technologiques et non comme des projets destinés à modifier les processus cliniques et la collaboration au sein d'un établissement de soins.

La question de savoir si les cantons peuvent encourager les démarches nécessaires dans le cadre de leurs compétences en matière de planification hospitalière et d'approbation des tarifs reste ouverte. On pourrait par exemple imaginer de prendre expressément en compte les investissements requis pour l'infrastructure informatique dans le cadre de l'approbation du prix de base ou de la valeur du point.

S'il s'avère que l'interopérabilité des systèmes informatiques des différents fournisseurs de prestations ne se met pas en place et que les cantons ont épuisé toutes les possibilités découlant de leurs compétences, il faudrait envisager l'instauration d'une prescription légale au niveau fédéral. Si, dans le cadre de ce processus, un potentiel d'optimisation apparaissait concernant les données que les fournisseurs de prestations seraient légalement tenus de saisir, il y aurait également nécessité de légiférer.

Appréciation

Éviter les pertes de temps liées à la saisie de données contribuerait de façon déterminante à ce que les professionnels de la santé puissent consacrer une plus grande partie de leur temps de travail au suivi des patients. Dans un premier temps, cela améliorerait la qualité des soins et augmenterait la satisfaction des fournisseurs de prestations. À moyen terme, cette mesure permettrait éventuellement de réduire le nombre de postes ou du moins d'en limiter l'augmentation liée à l'accroissement de la demande de prestations de santé, ce qui entraînerait des économies. L'ampleur de ces économies est difficile à quantifier. Toutefois, au vu du niveau des salaires dans le domaine de la santé, elle devrait être considérable. Les investissements qui s'imposeraient au départ, entre autres pour la mise en place d'une nouvelle infrastructure informatique, seraient largement compensés.

Expériences à l'étranger

La comparaison avec les expériences faites dans les pays dont la situation a été analysée en détail est impossible concernant cette mesure, notamment en raison du fait qu'ils ne possèdent pas de réglementation légale quant aux solutions informatiques utilisées par les fournisseurs de prestations. Des expériences faites au Danemark semblent cependant indiquer que les raisonnements développés plus haut se vérifient. À noter, toutefois, que le système de santé danois se distingue de manière générale par son exemplarité en matière de transparence et d'échange électronique de données concernant

²⁷ Cf. à ce sujet notamment SGMI (2015)

les patients (KPMG 2017 : 39).

Conclusion

Les mesures visant à éviter les doublons et les erreurs dans les saisies de données contribuent non seulement à rendre la réalisation de certaines prestations de santé plus efficace mais aussi à améliorer la satisfaction des fournisseurs de prestations, des professionnels de la santé en général et des patients. L'impact qu'elles auraient sur l'efficacité, l'efficience et la qualité du système de santé ne peut pas être quantifié. Au vu des charges importantes liées à la saisie de données et du niveau élevé des salaires dans le domaine de la santé, on peut cependant s'attendre à ce que les investissements requis au départ pour la mise en place de l'infrastructure informatique nécessaire seraient plus que compensés à moyen ou long terme.

En outre, associée à la mesure recommandée au sujet du dossier électronique du patient (cf. chap M38), cette mesure est susceptible d'amplifier le gain en efficacité du système de santé. L'aspect suivant mérite par ailleurs réflexion : dans un système de santé qui ne cesse de se spécialiser et donc de se fragmenter (établissements et professionnels) et où les informations médicales pertinentes s'échangent rapidement entre les maillons de la chaîne de traitement, éviter les doublons et les pertes de temps (en lien avec le traitement des personnes souffrant de pathologies chroniques ou multiples, par ex.) entraînerait également une baisse des coûts.

Afin d'éviter les mauvais investissements, il pourrait s'avérer judicieux de s'intéresser aux expériences faites dans des pays qui n'ont pas encore été pris en compte dans l'analyse. Cette recommandation s'appliquerait surtout lorsqu'il s'agirait de prescrire au niveau fédéral des standards d'interopérabilité en vue de freiner la hausse des coûts dans le système de santé.

Mesure visant à optimiser le recours des assurés aux prestations

M06 Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé

Objectif

Renforcer le degré d'information des patients (potentiels) et, partant, leur degré d'auto-responsabilité, améliore les compétences de la population suisse en matière de santé. Les personnes doivent être en mesure de s'orienter de façon plus efficace au sein du système de santé, d'améliorer leur capacité à prévenir les maladies et de mieux prendre soin de leur santé. Les patients développent en outre un regard plus critique face à la consommation de prestations médicales, de sorte qu'ils contribuent eux-mêmes à la diminution des prestations inutiles et donc à la limitation des coûts.

Description

Les compétences en matière de santé correspondent à la capacité de tout individu à prendre au quotidien des décisions ayant un effet positif sur sa santé. Diverses études (dont l'étude représentative menée à l'automne 2015 par gfs.bern, intitulée « Compétences en matière de santé : enquête 2015 auprès de la population suisse », gfs.bern 2016b) indiquent que des compétences élevées en matière de santé ont un effet positif sur l'état de santé et le recours aux prestations médicales. Or, pour l'heure, de nombreux patients ont de la peine à comprendre et à évaluer des informations de nature médicale. Ils ne sont donc pas réellement en mesure d'apprécier si les prestations médicales qu'ils consomment sont indiquées et bien proportionnées. Cela est d'autant plus problématique que cette méconnaissance entraîne un accroissement de la consommation de prestations médicales (inutiles). Les patients ne savent pas évaluer l'utilité du traitement proposé et partent du principe que celui-ci est préférable à pas de traitement du tout. Il n'est pas rare que les patients ne soient pas conscients que des traitements inutiles

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre **immédiatement** / **Mesures dans** le domaine des soins et des prestations

peuvent aussi avoir des effets secondaires. C'est pourquoi la population doit être davantage sensibilisée au fait qu'avant d'entamer tout traitement, il faut soupeser ses effets primaires et secondaires, et que dans certains cas, les effets secondaires peuvent être plus importants que l'effet primaire lorsque le traitement n'est pas ou pas suffisamment indiqué.

Avec l'aide de l'Alliance Compétences en santé, une plateforme qui met en réseau les acteurs des domaines de la santé, de la science, de l'éducation, de la politique, de l'économie et des médias, il convient de poursuivre les mesures déjà lancées et d'en élaborer de nouvelles. Il est notamment prévu que l'OFSP réalise avec les organisations de patients une campagne d'information visant à influencer les habitudes de consommation de la population suisse dans le but d'éviter les traitements et les coûts inutiles.

Destinataires et besoins législatifs

La mesure vise la population suisse, à la fois les personnes en bonne santé et les patients. Le besoin législatif dépend de la forme que prendront les mesures à engager. La législation actuelle permet d'ores et déjà de réaliser une campagne d'information.

Appréciation

À plus long terme, cette mesure pourrait générer des économies importantes, quoique leur ampleur dépendra grandement de la forme concrète qu'elle prendra. Il est difficile de démontrer l'effet direct d'une campagne médiatique sur l'évolution des coûts. Toutefois, il est probable que le degré de responsabilité individuelle et d'information parmi les patients augmente. Les résultats de l'enquête auprès de la population suisse et d'autres études comparatives européennes menées dans le cadre du Health Literacy Survey Europe (HLS-EU 2012) pointent une corrélation négative significative entre les compétences en matière de santé et le recours aux prestations médicales. Plus ces compétences sont élevées, plus le nombre des consultations médicales est faible. Étant donné qu'il a été constaté que les personnes disposant d'un bon niveau de formation et bénéficiant d'une situation financière solide ont de meilleures compétences en matière de santé et que ces compétences diminuent plus les revenus sont faibles, les mesures devraient avant tout cibler les couches sociales où le niveau de formation est relativement bas. Dans le cadre de la conception pratique des mesures, il convient par ailleurs de tenir compte des potentiels effets indésirables qui pourraient conduire à un recours plus fréquent aux prestations du système de santé. Cette mesure est particulièrement importante au début, tant qu'il n'est pas encore possible d'améliorer les incitations envers les patients (cf. la mesure M10 « Renforcer les soins coordonnés » et celles qui suivent).

Conclusion

Renforcer le degré de responsabilité individuelle et d'information des patients leur permettrait de s'orienter de façon plus efficace au sein du système de santé et contribuerait à éviter les traitements inutiles ou erronés. Cela entraînerait non seulement des économies mais aussi une augmentation de la qualité des traitements, en promouvant notamment la pertinence des soins. L'utilisation du dossier électronique du patient peut appuyer les efforts en ce sens et promouvoir les transferts entre les fournisseurs de prestations, sans pertes d'information majeures. La mesure « M6 Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé » complète ainsi les mesures « M38 Supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient », « M19 Améliorer la qualité des soins » ainsi que le catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées.

Catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées

Le rapport « Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens », publié en 2012 par les Académies suisses des sciences [Akademien der Wissenschaften Schweiz], avait d'ores et déjà chiffré les réserves d'efficacité dans le système suisse à environ 20 % des coûts globaux de la santé. L'édition 2016 du «Health at a Glance», publié par l'OCDE, fournit en outre les informations suivantes.

- En Suisse, la fréquence des interventions telles que les césariennes, prostatectomies ou poses de prothèses de hanche ou de genou est largement supérieure à la moyenne dans les pays de l'OCDE (taux de fréquence jusqu'à 20 % au-dessus de la moyenne).
- En Suisse, la fréquence des interventions coûteuses telles que la plastie du ligament croisé, la vertébroplastie, la cyphoplastie ou l'implantation de vertèbres artificielles, dont l'absence de valeur ajoutée par rapport aux traitements conservateurs a été scientifiquement prouvée, est supérieure à la moyenne.

Les particularités relatives à la fréquence de ce type d'interventions et notamment leur répartition régionale devraient pouvoir être intégrées dans l'Atlas suisse des soins de santé (www.versorgungsatlas.ch). À observer, entre autres, les interventions électives les plus fréquentes en orthopédie, en urologie, en neurochirurgie ou en cardiologie. Si l'on constate des écarts régionaux significatifs, il est possible de procéder à des évaluations ou de prendre des mesures concrètes.

On peut donc partir du principe qu'en Suisse, certaines interventions font l'objet d'une offre excédentaire qui pousse les coûts à la hausse. Pour s'attaquer à cette problématique, il convient d'agir sur différents aspects du système de santé. Sept mesures visant à freiner la hausse des coûts sont décrites ci-après. Elles ont pour but de contribuer à atteindre l'objectif de fournir des soins adéquats, notamment en renforçant la mise en œuvre des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE). Certaines mesures sont étroitement reliées entre elles (cf. respectivement les paragraphes « Appréciation » et « Conclusion »). Le catalogue comporte les mesures suivantes :

- Transférer certains soins effectués en milieu stationnaires vers l'ambulatoire
- Renforcer les HTA
- Renforcer le contrôle des factures
- Renforcer les soins coordonnés
- Mettre en place des comités médicaux
- Promouvoir les directives thérapeutiques
- Promouvoir le second avis médical
- Effectuer une planification hospitalière au niveau régional

!! M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire

Objectif

Élaborer un catalogue d'interventions à pratiquer en ambulatoire, interventions dont il a été prouvé qu'elles sont avantageuses pour les patients tout en étant plus économes en ressources (Lemos et al. 2006 : 24 ss). L'objectif premier de cette mesure est de fournir des traitements adéquats aux patients qui bénéficient de soins ambulatoires et d'utiliser les ressources d'une façon appropriée, destinée à entraîner une baisse des coûts.

Description

Aujourd'hui comme par le passé, un grand nombre de prestations standardisées et fréquentes (opération de l'hernie inguinale ou endoscopie du genou, par ex.) sont pratiquées en milieu stationnaire, alors même que d'un point de vue médical, rien ne s'oppose à une intervention en ambulatoire, plus économique.

La France a mis en place un programme national qui prévoit un remboursement identique pour une série de prestations, qu'elles soient réalisées en stationnaire ou en ambulatoire. Certains hôpitaux peuvent même être contraints de demander une garantie de prise en charge auprès de l'assurance-maladie. La proportion des opérations pratiquées en ambulatoire a ainsi légèrement augmenté entre 2011 et 2015, passant de 45 à 52 % (ATIH 2016).

En Suisse, on peut globalement saluer les efforts fournis par les cantons et le DFI dans ce domaine. À noter en particulier qu'il est prévu de mettre en œuvre au niveau national une liste d'interventions à pratiquer prioritairement en ambulatoire, laquelle figurerait dans l'OPAS. L'intervention effectuée en milieu stationnaire ne devrait ainsi être remboursée que dans certaines circonstances, précisément définies, et après que l'assureur-maladie a accordé une garantie de prise en charge. Des discussions sont actuellement en cours à propos d'interventions qui représenteraient d'un point de vue quantitatif un haut potentiel de transfert.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure vise les fournisseurs de prestations, les sociétés de discipline médicale, les assureurs et les cantons. Selon le droit en vigueur, on ne peut procéder à un traitement stationnaire que lorsque le besoin d'être hospitalisé est avéré et que les critères EAE sont remplis.

Afin de conférer encore davantage de poids à la règle existante, il convient de procéder à une adaptation de l'OPAS.

Appréciation

Étant donné que les interventions en milieu hospitalier stationnaire impliquent des charges et des coûts nettement plus élevés qu'en ambulatoire, on devrait pouvoir compter sur des économies considérables pour le système de santé dans son ensemble. Si le transfert vers l'ambulatoire engendre pour les cantons une diminution de leur contribution au paiement des frais hospitaliers, il signifie pour les assureurs-maladie une prise en charge intégrale des prestations concernées. Compte tenu de cet aspect, selon le montant des économies générées par le transfert de certaines interventions vers l'ambulatoire, il n'est pas exclu que les cantons reportent donc une partie de leurs charges sur l'AOS. De ce point de vue, il est non seulement souhaitable mais indispensable de parvenir à une solution politique qui permette un financement harmonisé du système de santé. Cela inciterait les assureurs-maladie à promouvoir les opérations effectuées en ambulatoire de façon plus systématique. Outre les différences de financement par les assureurs et par les cantons pour les prestations effectuées en milieu stationnaire et en milieu ambulatoire, un élément susceptible de freiner la mise en œuvre du transfert réside dans le déséquilibre actuel au niveau des tarifications. Une façon de promouvoir un financement équilibré des prestations ambulatoires consisterait à fixer des forfaits par cas.

Vu la vitesse à laquelle les innovations médico-techniques apparaissent et se succèdent, la liste des interventions à pratiquer en ambulatoire doit pouvoir être adaptée rapidement. Le DFI prévoit d'intégrer la liste au sein de l'annexe 1 de l'OPAS. Les éléments qui figurent dans cette annexe peuvent être modifiés, au besoin, deux fois par an ; les exigences en termes d'adaptabilité sont donc remplies.

Dans la perspective d'un transfert durable vers l'ambulatoire, tant les fournisseurs de prestations (surtout les hôpitaux) que les cantons (dans le cadre de leur autonomie de planification) sont invités à mettre

l'accent sur les processus hospitaliers ambulatoires lors d'investissements pour le renouvellement de leur infrastructure.

Conclusion

Étant donné que les soins en ambulatoire impliquent nettement moins de ressources que les soins stationnaires, on peut s'attendre en cas de transfert d'un secteur à l'autre à des économies significatives pour le système de santé en général. Les expériences en France montrent cependant qu'il faut prévoir beaucoup de temps pour un tel changement. Pour que la mesure puisse être mise en œuvre, il faut éviter que les cantons reportent leurs charges sur l'AOS.

Cette mesure présente des interactions, sur le plan de l'amélioration des tarifs, avec les mesures « M25 Maintenir la structure tarifaire à jour », « M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire » et « M26 Instaurer un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire ».



M08 Renforcer les HTA

Objectif

L'objectif consiste à limiter les prestations inefficaces ou inutiles en réglementant l'obligation de prise en charge ou en excluant leur remboursement par l'AOS.

Description

L'évaluation des technologies de la santé (HTA ou *health technology assessment*) consiste à examiner si une prestation médicale remplit les critères EAE ou non. Les prestations qui sont remboursées dans le cadre de l'AOS doivent être évaluées plus régulièrement et, si nécessaire, exclues de l'AOS. La liste des indications donnant lieu à un remboursement pourrait également être restreinte. Le cas échéant, il serait possible d'édicter, en complément, des prescriptions particulières destinées aux fournisseurs de prestations. Les rapports HTA établis pour les différentes prestations servent de base de décision.

En mai 2016, le Conseil fédéral a décidé d'allouer des moyens financiers pour renforcer les HTA. Un programme de ré-évaluation, par HTA, des prestations de l'AOS sera mis en place progressivement jusqu'en 2019.

Par ailleurs, il est prévu d'effectuer un « tour d'horizon » actif en procédant à un examen systématique afin de détecter suffisamment tôt les nouvelles prestations qui pourraient être sujettes à caution ou les extensions d'indication dans le domaine ambulatoire ou stationnaire qui mériteraient d'être évaluées. Cet examen commencera dès que les structures nécessaires seront mises en place au sein de l'OFSP.

Destinataires et besoins législatifs

La réglementation de l'obligation de prise en charge est du ressort du DFI, dont les décisions reposent sur les recommandations des commissions fédérales consultatives compétentes (Commission fédérale des prestations et des principes (CFPP), Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA) ou Commission fédérale des médicaments (CFM). S'agissant des médicaments confectionnés, l'autorité décisionnelle est l'OFSP. La mesure peut être mise en œuvre selon le droit en vigueur.

Appréciation

Pour les cinq projets de ré-évaluation en cours (arthroscopie du genou, traitement de substitution de fer en cas de carence en fer sans anémie, médication contenant du sulfate de chondroïtine pour traiter les maladies articulaires dégénératives chroniques, autocontrôle de la glycémie chez les patients souffrant

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre **immédiatement** / **Mesures dans** le domaine des soins et des prestations

de diabète de type 2 non insulino-dépendant, ablation de matériel d'ostéosynthèse), on s'attend à des économies annuelles pouvant atteindre jusqu'à 100 millions de francs. Sur d'autres sujets, on peut tabler sur des économies de plusieurs dizaines de millions de francs par an²⁸. À noter sur ce point que les ressources investies par la Confédération entraînent un allègement des finances de l'AOS mais aussi, et surtout, des cantons. Compte tenu du principe d'équivalence, il conviendra donc d'examiner, au cas où le programme d'HTA devait être amené à s'amplifier, s'il est nécessaire de créer une base légale instituant un cofinancement par l'AOS et les cantons. La mesure a lieu d'être tant que les incitations mises en place par ailleurs ne produisent pas l'effet escompté. Dès qu'un système efficace de rémunération au rendement fonctionnera, la mesure pourra être suspendue.

Conclusion

Le renforcement de l'évaluation des prestations et de la réglementation de l'obligation de prise en charge permettrait d'influencer directement le recours aux prestations qui ne remplissent pas les critères EAE et ainsi de réaliser des économies de plusieurs dizaines de millions de francs par année. Pour que cette mesure puisse fonctionner, il est indispensable que les assureurs puissent effectuer des contrôles et que les prestations non conformes soient remplacées par des prestations efficaces moins coûteuses. La mesure peut donc être considérée comme un outil efficace de maîtrise des coûts.

L'application des réglementations concernant l'obligation de prise en charge s'effectue principalement par le biais d'un contrôle des assureurs. Sur ce point, il existe une interaction avec la mesure « M09 Renforcer le contrôle des factures ». Les mesures « M12 Promouvoir les directives thérapeutiques », « M11 Mettre en place des comités médicaux » et « M13 Promouvoir le second avis médical » favorisent également le recours à des traitements alternatifs adéquats.



M09 Renforcer le contrôle des factures

Objectif

Éviter les traitements inutiles et clarifier les responsabilités, voire engager la responsabilité financière des fournisseurs de prestations.

Description

L'assurance obligatoire des soins ne rembourse que les prestations qui sont efficaces, appropriées et économiques (art. 32, al. 1, LAMal).

La condition préalable au remboursement d'un séjour hospitalier est que le traitement et les soins, ou la réadaptation médicale des patients hospitalisés, soient médicalement indiqués (art. 49, al. 4 LAMal). Tous les fournisseurs de prestations doivent limiter leurs prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56, al. 1, LAMal). En cas d'infraction à ces dispositions, c'est-à-dire si des prestations qui ont été fournies dépassent cette limite, la rémunération peut être refusée ou, si le paiement a déjà été effectué, son remboursement exigé (art. 56, al. 2, LAMal).

Si un traitement qui a déjà été effectué n'est pas remboursé ou ne l'est que partiellement, les hôpitaux et autres fournisseurs de prestations risquent de subir des pertes en raison du fait qu'ils ont effectué une prestation inutile. Ils limiteront donc leurs prestations à ce qui est nécessaire et éviteront de réaliser des traitements médicalement non indiqués. Pour que cette mesure soit applicable, les assureurs doi-

²⁸ Il convient de garder à l'esprit que, selon le coût des méthodes alternatives de traitement, une part plus ou moins importante des économies pourrait être contre-balancée.

vent disposer de suffisamment d'informations pour être en mesure d'apprécier l'adéquation des traitements. Aussi les fournisseurs de prestations doivent-ils pouvoir être tenus de transmettre ces informations.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse en premier lieu aux assureurs-maladie, étant donné que ce sont eux qui procèdent au contrôle des factures (vérification que les codes de traitement ont été correctement appliqués) et au contrôle des critères EAE (vérification que les traitements fournis remplissaient les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité). Il n'est pas nécessaire de légiférer mais les dispositions de la LAMal mentionnées plus haut doivent être appliquées de façon plus rigoureuse. Cela suppose notamment que :

- les assureurs-maladie améliorent leurs systèmes et outils de contrôle afin qu'ils puissent contrôler davantage de factures, de façon systématique, et qu'ils puissent ainsi être en mesure d'effectuer le contrôle des critères EAE,
- les agents payeurs (assureurs-maladie et cantons) refusent de rémunérer des prestations ou exigent le remboursement de sommes indûment versées, dès lors qu'ils constatent qu'une facture comporte une erreur ou qu'une prestation fournie a dépassé la mesure exigée par le but du traitement,
- la collaboration entre les assureurs-maladie s'améliore en ce qui concerne l'exécution du contrôle des factures,
- l'on évite les doubles contrôles, par les assureurs-maladie et par les cantons,
- l'OFSP accroisse sa surveillance des assureurs-maladie.

Appréciation

Le contrôle par les assureurs-maladie des factures et des critères EAE a lieu lorsqu'une prestation a déjà été fournie et facturée. Les questions soulevées par des cas spécifiques concernent souvent l'indication et l'utilité d'une prestation, or ces questions doivent être traitées sur le fond par les services des médecins-conseil. Cette tâche est complexe mais constitue en réalité l'une des tâches principales des assureurs.

En renforçant le contrôle par les assureurs-maladie et en appliquant l'art. 56, al. 2, LAMal de façon rigoureuse (refus de rémunération ou demande de restitution des sommes reçues à tort dès lors que des prestations dépassent la limite de la mesure exigée par le traitement), l'incitation financière qu'ont les fournisseurs de prestations à réaliser des prestations inutiles diminuerait.

Ce contrôle renforcé pourrait toutefois entraîner, surtout dans la phase de lancement de la mesure, une augmentation des différences entre fournisseurs de prestations et assureurs quant à l'appréciation des critères EAE, ce qui allongerait le processus de contrôle des factures. Dans l'intérêt du principe selon lequel seules les prestations remplissant les critères EAE doivent être remboursées, cette étape est cependant nécessaire.

La mesure supposerait certains investissements de la part des assureurs-maladie, notamment des investissements en personnel et dans le domaine informatique. Le nombre de traitements hospitaliers inutiles effectués en Suisse et leurs conséquences en termes de coûts ne sont pas connus, mais en supposant que cette mesure contribue à diminuer ce nombre, on peut partir du principe que son impact sur la maîtrise des coûts serait significatif. Le montant des investissements et des frais à la charge des assureurs-maladie pour les contrôles supplémentaires est largement inférieur au potentiel d'économies qui pourrait se concrétiser si les hôpitaux n'effectuaient plus que de rares ou plus aucun traitement

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement / Mesures dans le domaine des soins et des prestations

inutile.

Les effets sociaux de la mesure sont mineurs. Elle pourrait, certes, engendrer des charges pour les assurés si les assureurs-maladie ont besoin qu'ils leur transmettent des informations afin d'évaluer si une prestation a été effectuée inutilement ou en cas d'introduction d'une procédure judiciaire, lorsqu'un assuré estime que le remboursement d'une prestation lui a été injustement refusé. Cet inconvénient est acceptable dans l'intérêt de l'endiguement de la hausse des coûts. Par ailleurs, la qualité des soins hospitaliers stationnaires augmenterait dans l'ensemble, puisque le nombre des prestations excessives diminuerait.

Expériences à l'étranger

En Allemagne, le service médical de l'assurance-maladie (MDK), organisé en sections régionales, soutient les caisses-maladie pour le contrôle des factures : « En 2015, le MDK a effectué 5,85 millions de contrôles [...]. Environ 50 % des cas d'hospitalisation examinés ont donné lieu à des réclamations concernant la facturation et à des remboursements de la part des fournisseurs de prestations. L'association faitière des caisses d'assurance-maladie obligatoire (GKV-SpiBu) estime qu'un contrôle efficace permettrait d'économiser 2,3 milliards d'euros en 2013 (soit 3,6 % des dépenses hospitalières) [...]. Contrôler régulièrement les prestations réfrène les élans des prestataires à facturer des positions non justifiées ou à augmenter les dépenses pour prestations de façon inconsidérée. L'épée de Damoclès que représente le contrôle n'exerce probablement qu'une influence marginale sur le volume des prestations fournies. L'interaction entre les entités contrôlées et les agents contrôleurs peut cependant améliorer la compréhension mutuelle, ce qui peut avoir un effet de baisse des coûts à court mais aussi à long terme. La vérification de l'adéquation des traitements a tendance à augmenter la qualité des soins. » (Busse et Blankart 2017 : 14 s.).

Conclusion

L'exemple allemand montre qu'un contrôle systématique des factures recèle un potentiel considérable de maîtrise des coûts. L'intensification des activités de contrôle relève avant tout des assureurs-maladie. Afin que la mesure puisse déployer pleinement ce potentiel, il faut :

- définir des critères clairs qui établissent ce qu'est un traitement adéquat ou, au contraire, inutile ;
- réduire les incitations que les fournisseurs de prestations ont à augmenter le volume des prestations ou à effectuer des interventions inutiles, et ce en répercutant effectivement sur eux le coût des traitements inutiles.

La création d'une autorité de contrôle indépendante (cf. « M35 Créer une autorité de contrôle des factures indépendante ») permettrait de renforcer encore davantage le contrôle des factures et des critères EAE. Par ailleurs, les directives thérapeutiques (cf. « M12 Promouvoir les directives thérapeutiques ») constituent un fondement important pour l'évaluation par les assureurs-maladie.

!! M10 Renforcer les soins coordonnés

Objectif

L'objectif des soins coordonnés consiste à améliorer la qualité et l'économicité des soins des patients sur l'ensemble ou du moins sur de grandes parties de la chaîne de traitement.

Description

Une des mesures du programme « Politique de la santé : priorités du Conseil fédéral » (Santé2020)

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre **immédiatement** / **Mesures dans** le domaine des soins et des prestations

consiste à améliorer les soins coordonnés. Les travaux en cours se concentrent sur des mesures visant des groupes de patients qui requièrent des prestations de santé nombreuses et coûteuses.

Les approches ci-après sont suggérées à titre complémentaire.

Les soins coordonnés sont à renforcer essentiellement en promouvant les réseaux et les contrats décentralisés. Des programmes dits de « disease management » (de gestion de maladie), c'est-à-dire des programmes de traitement structurés pour des pathologies spécifiques, peuvent être définis comme outils de promotion. Ces types de programme sont nettement plus faciles à mettre en place dans des réseaux. En outre, dans les réseaux, il est possible que des professionnels paramédicaux disposant de la formation initiale et postgrade nécessaire prennent en charge certaines prestations médicales, ce qui devrait alors se refléter dans les programmes de disease management (ou inversement, il se peut que des prestations médicales soient intégrées dans un programme de disease management pour qu'elles soient prises en charge par des professionnels médicaux). Un autre outil, similaire, est l'élaboration et la définition d'itinéraires de patients, qui devraient permettre à tous les fournisseurs de prestations de développer une compréhension commune de leur rôle et de la meilleure façon d'utiliser les ressources. Les itinéraires de patients pourraient donc être utilisés en guise de fil conducteur pour une chaîne de traitements intégrés. Les programmes de disease management et les itinéraires de patients sont à considérer comme des outils de soutien pour les réseaux et l'élaboration des contrats entre partenaires tarifaires ; ils visent à simplifier le travail de ces acteurs.

Selon une approche *top-down* (allant du haut vers le bas), les cantons ont par ailleurs la possibilité de promouvoir la formation de réseaux lors de l'attribution de mandats de prestations. À noter à titre d'exemple les mandats de prestations confiés aux hôpitaux (soins stationnaires) ou à des prestataires de soins ambulatoires (soins à domicile) ; cette option devrait cependant être étendue à d'autres fournisseurs de prestations.

S'agissant des soins coordonnés, une question centrale porte sur la façon de réussir à motiver les fournisseurs de prestations à s'organiser en réseau ou à se rattacher à l'un d'entre eux. La suppression sélective de l'obligation de contracter peut jouer un rôle déterminant sur ce point, par exemple dans la mesure où cette obligation demeurerait pour les fournisseurs de prestations faisant partie d'un réseau. Les incitations pécuniaires directes, notamment sous forme de valeurs du point tarifaire légèrement plus élevées lorsque les traitements sont effectués dans le cadre de réseaux, auraient un impact encore plus fort.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse en premier lieu, dans le cadre juridique en vigueur, aux assureurs et aux fournisseurs de prestations, c'est-à-dire aux partenaires tarifaires. Ces derniers ont la possibilité et disposent de la marge de manœuvre nécessaire pour développer et mettre en œuvre des modèles *bottom-up* (du bas vers le haut).

La mesure s'adresse en second lieu aux cantons, pour ce qui concerne les mandats de prestations.

Des modifications législatives seraient nécessaires en cas de suppression partielle de l'obligation de contracter.

Appréciation

Les expériences faites dans le cadre des modèles d'assurance limitant le choix des fournisseurs de prestations montrent que les soins coordonnés permettent de réaliser des économies. La mesure peut donc être considérée comme utile et efficace. Deux éléments capitaux à prendre en compte seraient cependant la qualité des soins et la satisfaction des patients. En effet, toutes deux doivent être élevées pour que les soins coordonnés soient perçus sur la durée comme une médecine de haut niveau.

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement / Mesures dans le domaine des soins et des prestations

Expériences à l'étranger

En Allemagne, l'organisation sectorielle du système de santé national a régulièrement été pointée du doigt ces trente dernières années comme source de coûts élevés et de problèmes de qualité. Le législateur a donc mis en place différentes possibilités visant à promouvoir la coopération, la coordination et l'intégration des soins de santé. Les programmes de traitement structurés (*Strukturierte Behandlungsprogramme*, DMP), dirigés de façon plutôt centralisée, et les réseaux de soins particuliers (*Netzwerke der Besonderen Versorgung*), qui se forment de façon plutôt décentralisée, jouent notamment un rôle important en Allemagne.

En France, les soins non coordonnés, caractérisés par un haut degré d'indépendance pour les prestataires de soins et par un large choix pour les patients, ont été identifiés comme un facteur de coûts significatif. Des programmes spécifiques de soins coordonnés englobant l'ensemble de la chaîne de traitement ne sont toutefois pas répandus en France. Le seul moyen reconnu dans ce pays pour améliorer la gestion des malades chroniques et l'efficacité du système de santé est l'introduction de cabinets de groupe réunissant des professionnels de différentes disciplines. L'accent y est mis davantage sur les prestations de prévention et sur la coordination des soins que sur le traitement curatif des symptômes aigus.

Conclusion

Les soins coordonnés ont le potentiel d'augmenter l'efficacité des soins. La promotion des soins coordonnés semble être une approche prometteuse, qui évoluerait tendanciellement plutôt du bas vers le haut (bottom-up), c'est-à-dire pour des groupes spécifiques de patients, et progressivement. Sur le fond, la mesure présente une interaction avec les mesures « M27 Imposer un système de gatekeeping », « M12 Promouvoir les directives thérapeutiques » et « M11 Mettre en place des comités médicaux ». Du point de vue de la réglementation/des conditions-cadre, la mesure présente une interaction avec la mesure « M18 Introduire une obligation de contracter différenciée ».



M11 Mettre en place des comités médicaux (Medizinische Boards/Indikationsboards)

Objectif

La mesure relative aux comités médicaux vise à exercer une influence sur les indications pour les interventions électives, notamment là où l'on peut supposer, au vu de différences géographiques, qu'il existe une certaine offre excédentaire.

Description

Les expériences dont on dispose avec des comités médicaux relèvent essentiellement du domaine de l'oncologie. Dans les centres médicaux d'une certaine envergure, le dialogue interdisciplinaire autour de la démarche diagnostique et thérapeutique est la règle en cas de diagnostic d'un cancer nouveau ou lors de l'apparition d'une récurrence. Ce dialogue a lieu dans le cadre d'un comité appelé *tumorboard*. L'introduction à l'échelle nationale de *tumorboards* pour les maladies oncologiques rares et le développement méthodique de l'activité de ces comités font partie intégrante de la Stratégie nationale contre le cancer 2014–2017 (projets 3.2 et 3.3). Dans d'autres domaines également, par exemple en chirurgie bariatrique, la réflexion en équipe interdisciplinaire sur les indications est monnaie courante.

Il convient d'introduire le dialogue et la pose d'indication interdisciplinaires dans le cadre de comités médicaux en particulier pour les interventions électives suivantes : remplacement d'un genou ou d'une hanche, opération d'une hernie discale, résection de la prostate (en cas d'hyperplasie bénigne de la prostate), arthroscopie élective. Les domaines d'application qui se prêtent à cette approche doivent être

délimités en s'appuyant sur des recherches bibliographiques et des enquêtes d'experts.

Étant donné qu'une indication est posée sur la base d'une décision prise pour un cas particulier en fonction de nombreux facteurs liés au patient et aux soins (expertise disponible pour le traitement et le traitement complémentaire), il est difficile de définir au moyen de critères *a priori* ce qu'est une indication de bonne qualité. La mesure vise de ce fait à améliorer le processus de la pose d'indication en imposant que des spécialistes de plusieurs disciplines y soient associés.

Les indications et les opérations en elles-mêmes doivent être documentées et les résultats consignés dans un registre, de sorte qu'une évaluation *a posteriori* soit possible. Tout d'abord, il convient de développer des projets pilotes puis de prendre des mesures supplémentaires sur la base des résultats de ces projets. Comme dans tous les projets de développement de la qualité, un facteur de réussite critique réside en ce que les utilisateurs (corps médical et hôpitaux) reprennent l'initiative et la responsabilité à leur compte (approche *bottom-up*). Ici aussi, l'introduction d'incitations pécuniaires pourrait se révéler judicieuse (cf. « M10 Renforcer les soins coordonnés »).

Destinataires et besoins législatifs

La mesure s'adresse en premier lieu aux sociétés de discipline médicale et aux hôpitaux mais aussi aux partenaires tarifaires qui sont à même d'ancrer des structures et des processus allant dans le sens de la mesure, notamment dans des contrats de qualité, et qui évaluent également l'impact de ces derniers. Le DFI pourrait en outre introduire dans l'annexe 1 de l'OPAS les modèles de comités médicaux qui ont fait leurs preuves dans des projets pilotes et qui peuvent être mis en place à grande échelle et les déclarer à ce titre obligatoires pour la pose d'indication.

Les aspects culturels tels que l'évidence ou l'utilité du recours à un comité médical peuvent être promus par les organisations de médecins (sociétés de discipline médicale, FMH, fmCh, ASSM, par ex.), en particulier pour ce qui touche à la limitation de la compétence décisionnelle des professionnels de la santé pris individuellement.

Appréciation

Le succès du recours à des comités médicaux dépendra, comme dans tous les projets de développement de la qualité, de la part de responsabilité que les utilisateurs (corps médical et hôpitaux) prendront à leur compte (approche *bottom-up*) et de la preuve qui pourra être apportée concernant l'utilité de la mesure (réalisation d'évaluations spécifiques). Le succès se traduit par une amélioration de la prise en charge des patients et par la capacité à éviter les traitements inutiles et les éventuelles conséquences négatives d'un traitement, y compris leurs coûts.

Expériences à l'étranger

Des évaluations de *tumorboards* effectuées aux États-Unis dans une sélection d'hôpitaux vraisemblablement très motivés font état, après la discussion au sein du *tumorboard*, de modifications de la démarche pour 30 à 50 % des patients présentés. En revanche, d'après une évaluation nationale des *tumorboards* ayant porté sur l'ensemble des traitements dispensés par le Veteran Affairs Health System, le recours à ces comités n'a que marginalement amélioré les résultats des traitements (El Saghir et al. 2014).

Conclusion

L'introduction et la promotion de comités médicaux augmentent la qualité des indications, ce qui favorise une application plus ciblée des prestations et évite d'ordonner des traitements inutiles, avec les coûts

qui s'ensuivent. Il est impossible de chiffrer l'impact de la mesure. Étant donné qu'elle limite la compétence propre des médecins, il est possible que sa mise en œuvre suscite une adhésion insuffisante voire des blocages. Une approche *bottom-up* bien conçue ainsi que le relais, par les organisations de médecins, de mesures touchant aux perceptions culturelles de la profession, sont en revanche de nature à favoriser cette mise en œuvre.

La mesure est en rapport direct avec la mesure « M13 Promouvoir le second avis médical », en guise d'alternative. Par ailleurs, les lignes directrices constituent une base importante pour le débat interdisciplinaire et la pose d'indication, ce qui établit un rapport avec la mesure « M12 Promouvoir les directives thérapeutiques ».

!! M12 Promouvoir les directives thérapeutiques

Objectif

Renforcer l'application de directives thérapeutiques permet d'améliorer la qualité des indications ainsi que la coordination interdisciplinaire et donc d'éviter les traitements superflus, insuffisants ou inappropriés, ce qui réduit le nombre des prestations inutiles. Un programme de directives thérapeutiques pourrait en particulier viser à :

- élaborer de façon multidisciplinaire et en collaboration avec les fournisseurs de prestations impliqués (mais aussi avec la participation des patients) des recommandations pour des approches transversales concernant la prise en charge de patients présentant des symptômes ou des pathologies spécifiques, recommandations qui soient conformes à l'état actuel des connaissances en médecine et qui tiennent compte des critères de la médecine fondée sur des preuves,
- formuler des recommandations relatives à la coordination et à la concertation entre les disciplines médicales et les éventuelles autres spécialités du système de santé impliquées dans la prise en charge,
- favoriser la diffusion et la mise en œuvre effective des recommandations en associant tous les acteurs concernés (représentants des différentes disciplines, des organisations et des patients),
- faire reconnaître ces recommandations dans les formations initiale, postgrade et continue en médecine ainsi que dans les systèmes de gestion de la qualité, de même que dans les négociations/contrats de soins intégrés ou les programmes de traitement structurés (DMP) avec les assureurs,
- favoriser la prise commune de décision entre médecin et patient en améliorant la qualité d'information des patients.

Description

Les directives thérapeutiques ont pour but de transmettre des recommandations relatives au diagnostic et au traitement de maladies données. Il ne s'agit donc pas de réglementations qui définissent la façon dont il convient de procéder, qui sont établies et publiées par une institution juridiquement légitimée, dont le respect est obligatoire et dont le non-respect entraîne des sanctions. Elles ont globalement valeur de recommandation. La décision de suivre telle ou telle directive revient à chaque médecin traitant, qui doit notamment tenir compte des circonstances propres au patient qu'il suit et des ressources en présence. En outre, selon le processus de création adopté, les lignes directrices sont de qualité variable (Guyatt et al. 2008). L'élaboration de directives thérapeutiques peut se faire sur la base de différents outils : les recommandations et concepts du réseau « Guidelines International Network, G-I-N » (Quaseem et al. 2012), la recommandation du Conseil de l'Europe sur le développement d'une méthodologie dans l'élaboration de meilleures lignes directrices (Europarat et al. 2002) ou les critères d'évaluation de l'ordre fédéral des médecins allemands, de l'instrument allemand d'évaluation des lignes

directrices (DELBI), de la Communauté de travail de l'association déclarée des sociétés scientifiques et médicales spécialisées (AWMF 2012) ou encore du Centre médical pour la qualité en médecine en Allemagne (ÄZQ). Les recommandations en matière de lignes directrices sont classées en fonction de niveaux de preuves (OCEBM 2011) :

- degré de recommandation A pour les recommandations fortes (doit ou ne doit pas faire),
- degré de recommandation B pour les recommandations simples (devrait ou ne devrait pas faire),
- degré de recommandation 0 pour les recommandations ouvertes (peut).

Plus une directive thérapeutique s'appuie sur une analyse systématique résultant de preuves disponibles et permet de déduire des recommandations claires, plus elle est contraignante au niveau de l'acte médical. La probabilité de disposer de directives thérapeutiques de haute qualité (fondées sur des preuves) reconnues en Suisse est plus élevée pour les maladies fréquentes, ayant donc une forte incidence sur les coûts, que pour les maladies rares. Pour ces dernières, des recommandations déterminées par consensus d'experts peuvent cependant également fournir des indications acceptables. Dans les deux cas, le degré de recommandation varie généralement à l'intérieur d'une directive selon les différents aspects abordés. Les recommandations peuvent prendre une forme positive (doit) ou négative (ne doit pas) ou limiter l'application de certaines prestations au cadre des études scientifiques. Une difficulté de taille réside cependant dans l'application de directives thérapeutiques avec des patients souffrant de plusieurs pathologies, étant donné que les directives se limitent en général à une seule pathologie.

En Suisse, c'est en principe aux sociétés de discipline médicale qu'il appartient d'élaborer et de mettre en œuvre des directives thérapeutiques. Différentes directives ont ainsi été élaborées et publiées ; à défaut, les lignes directrices applicables au niveau international peuvent être suivies. Néanmoins, on peut partir du principe que l'on manque dans de nombreux domaines de directives thérapeutiques applicables au niveau national ou généralement respectées en Suisse, notamment pour le remplacement de la hanche ou du genou, les opérations au dos ou les résections de la prostate en cas d'hyperplasie bénigne de la prostate. La démarche scientifiquement très exigeante de l'élaboration d'une directive thérapeutique suppose généralement un travail considérable et peut coûter jusqu'à plusieurs centaines de milliers de francs. Or les petites ou moyennes sociétés de discipline médicale ne sont pas en mesure d'assumer de telles charges. Il existe en Suisse plusieurs initiatives visant à élaborer des directives thérapeutiques, par exemple guidelines.ch ou l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM), fondée en 2012 par la Fédération des médecins suisses. Afin d'encourager la création de nouvelles directives ou la mise à jour ou l'adaptation au contexte national de directives existantes, il est possible de soutenir des projets concrets ou des structures de fond nécessaires pour réaliser les travaux d'élaboration scientifique.

Pour que les directives soient ensuite appliquées au quotidien par les médecins et déploient l'effet recherché, elles doivent être reconnues et soutenues par les cantons et les fournisseurs de prestations. Les indicateurs de mesure du respect des directives thérapeutiques peuvent constituer une base importante pour promouvoir l'application de ces dernières. Actuellement, on manque cependant de tels indicateurs en Suisse. Pour améliorer l'impact des directives thérapeutiques, des mesures d'accompagnement de mise en œuvre s'imposent, comme associer les futurs utilisateurs au développement des directives, assurer un développement continu des directives, ancrer ces dernières dans les processus de décision cliniques (dans le cadre de la gestion des maladies "Diseases Management", par ex.) des différentes institutions ou encore procéder à des audits ou demander des retours relatifs à l'application et à l'effet des directives.

Destinataires et besoins législatifs

La mesure promouvant la création, l'adaptation et la mise en œuvre de directives thérapeutiques

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement / Mesures dans le domaine des soins et des prestations

s'adresse en premier lieu aux sociétés de discipline médicale concernées (thématiques souvent interdisciplinaires) mais aussi aux institutions scientifiques de la médecine fondée sur des preuves et aux organisations du corps médical telles que l'ASQM et l'ASSM. Les partenaires tarifaires (assureurs et fournisseurs de prestations) sont également des groupes cibles pour le développement d'indicateurs de mesure en ce qui concerne le respect de ces dernières et l'élaboration de mesures collectives favorisant l'application des directives.

En principe, ces mesures peuvent être mises en place avec le droit déjà en vigueur. Les directives thérapeutiques jouent également un rôle essentiel dans le cadre de litiges ; on s'y réfère en particulier au sujet de problématiques liées au devoir de diligence.

Par ailleurs, il est possible d'ancrer une directive dans l'OPAS et dans ses annexes en tant que condition de l'obligation de prise en charge d'une prestation. Ceci s'est produit à plusieurs reprises par le passé, mais l'impact sur l'application des directives était très variable. Les facteurs de réussite essentiels sont l'acceptation des directives par les fournisseurs de prestations et la possibilité de contrôle par les assureurs. Le bénéfice et l'efficacité de l'intégration d'une directive dans l'OPAS doivent être vérifiés dans le domaine d'application spécifique. Si l'on estime qu'une intégration au niveau de l'ordonnance constituerait une mesure de soutien prometteuse, une demande en ce sens pourrait être adressée à l'OFSP. Le DFI se prononcerait sur l'éventuelle inscription dans l'OPAS après avoir consulté les commissions fédérales compétentes (CFPP, CFAMA ou CFM).

Appréciation

Promouvoir la médecine basée sur des preuves par le biais de directives thérapeutiques favorise la qualité des soins et contribue à atténuer la hausse des coûts dans des domaines tels que les traitements superflus ou inappropriés.

Conclusion

La promotion de l'application de directives thérapeutiques permettrait de mettre un terme aux traitements superflus, insuffisants ou inappropriés et de limiter les coûts engendrés par des prestations inutiles ou inefficaces ainsi que les effets secondaires et les incidents liés à ces prestations. Il est impossible de chiffrer l'impact de la mesure. La promotion de ces directives relève avant tout de la responsabilité des sociétés de discipline médicale. Compte tenu de la situation globalement insatisfaisante jusqu'à présent, il faudrait cependant aussi que des institutions supérieures s'emparent du sujet pour le faire avancer.

Concernant l'amélioration recherchée de la prise en charge des patients, la mesure présente des interactions avec les mesures « M11 Mettre en place des comités médicaux » et « M13 Promouvoir le second avis médical » (lorsque les directives représentent une base de discussion commune) et, pour ce qui a trait au contrôle du respect des directives dans le cadre des traitements, également avec la mesure « M09 Renforcer le contrôle des factures ».



M13 Promouvoir le second avis médical

Objectif

Éviter les prestations qui n'apportent pas de bénéfice significatif (*low value care, ineffective care*) : le second avis médical doit améliorer la qualité de l'indication et, partant, conduire à une meilleure adéquation des soins.

Description

Il convient de promouvoir la demande d'un second avis médical pour certains traitements, en particulier pour les opérations orthopédiques électives (remplacement de la hanche ou du genou) et les opérations de chirurgie vasculaire ou rachidienne (hernie discale, raidissement de la colonne vertébrale, sténose du canal lombaire, vertébroplastie). Le second avis peut notamment constituer une alternative au comité d'indication (Indikationsboard). Idéalement, le médecin fournissant le second avis est neutre, c'est-à-dire qu'il n'a pas le droit de se charger du traitement recommandé, si celui-ci s'avère nécessaire.

Pour l'heure, il n'existe pour ainsi dire pas de possibilité systématique de trouver un second avis médical objectivement approprié, qualifié et neutre. Pour pouvoir offrir des seconds avis qui soient utiles, il faudrait que certaines conditions-cadres soient remplies, par exemple la neutralité du médecin qui fournit le second avis ou la mise en place d'un programme de monitoring pour évaluer l'impact de cette mesure. Les patients peuvent être soutenus de différentes manières, notamment par le biais des assureurs-maladie ou de plateformes Internet²⁹.

Il n'est pas impossible, actuellement, que le souhait d'un patient d'obtenir un second avis soit perçu par le premier médecin comme une marque de défiance, ce qui peut affecter la relation médecin-patient et donc la qualité de la prise en charge. C'est pourquoi il convient d'encourager un changement de mentalité chez les fournisseurs de prestations, de sorte que le second avis devienne naturel.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse en premier lieu aux partenaires tarifaires. Les accords mutuels clairs facilitent et encouragent les demandes adéquates de second avis médical. Les organisations de médecins (sociétés de discipline médicale, FMH, fmCH, ASSM, par ex.) peuvent quant à elles œuvrer à ce que leurs membres reconnaissent davantage le caractère naturel et utile du second avis médical. Les assureurs doivent renforcer le rôle participatif des assurés en leur fournissant une information ciblée et soutenir ces derniers dans le processus de demande d'un second avis.

Le droit de l'assurance-maladie permet de réaliser et de rembourser des consultations en vue de l'obtention d'un second avis. Si des adaptations législatives s'avéraient nécessaires lors de l'élaboration de solutions de mise en œuvre, il conviendrait de les examiner.

Appréciation

Un second avis médical, lorsqu'on y recourt de façon judicieuse, peut contribuer à améliorer la qualité des indications et donc à empêcher des traitements inutiles et des suites de traitement potentiellement évitables ainsi que les coûts qui s'ensuivent. Il aide à lever les incertitudes diagnostiques et à engager certaines démarches thérapeutiques ou au contraire à en laisser de côté (Van Such et al. 2017). Un second avis peut en outre aider des patients indécis ou inquiets qui doivent prendre une décision importante à choisir le traitement qui leur convient. On ne dispose pas de données quant au nombre de seconds avis qui sont dispensés actuellement (pas de position tarifaire spécifique), il est donc difficile d'évaluer l'impact de cette mesure. Lorsque la sollicitation d'un second avis devient obligatoire, son efficacité a tendance à diminuer (Ali et Pieper 2016). À l'inverse, un effet « prophylactique » se met en place, car le médecin qui donne le premier avis tient compte de ce qu'une deuxième personne émettra un point de vue après lui.

Conclusion

Promouvoir la pratique du second avis médical permettrait d'améliorer la qualité des indications et de

²⁹Exemple : <https://meinezweitmeinung.ch>.

limiter les coûts qu'engendreraient des prestations inutiles ou inefficaces ainsi que les effets secondaires ou les incidents qu'elles pourraient provoquer. Il est impossible de chiffrer l'impact de la mesure. Les principaux angles d'approche sont des accords mutuels entre partenaires tarifaires, un travail d'influence sur les mentalités par les organisations du corps médical et l'apport d'informations et de soutien aux assurés.

La promotion du second avis médical présente des interactions avec d'autres mesures (« M12 Promouvoir les directives thérapeutiques », « M11 Mettre en place des comités médicaux ») et est susceptible de renforcer leur impact.

!! M14 Effectuer une planification hospitalière au niveau régional

Objectif

Une planification hospitalière régionale avec des listes hospitalières régionales par régions plus importantes vise à renforcer la concentration de l'offre stationnaire et à remédier aux doublons entre les cantons.

Description

Les cantons gèrent le domaine hospitalier stationnaire en recourant à une planification hospitalière et à des listes pour l'admission des hôpitaux à charge de l'AOS. L'objectif de la planification hospitalière n'est pas uniquement d'empêcher les lacunes en matière d'offre mais aussi de maîtriser les coûts et d'éviter des capacités superflues. Les cantons sont donc tenus de procéder à une planification tenant compte de leurs besoins. Ils doivent par ailleurs coordonner leur planification entre eux. Cette obligation de coordination obéit elle aussi à une logique de maîtrise des coûts.

Pour l'heure toutefois, cette coordination fait généralement défaut, et le potentiel en la matière est loin d'être épuisé. Il en résulte des surcapacités onéreuses dans le secteur hospitalier stationnaire. Elles pourraient être réduites au moyen de listes hospitalières régionales plus étendues allant au-delà des frontières cantonales. Dans ce contexte, une planification commune des investissements dans le domaine hospitalier serait également judicieuse car elle permettrait de limiter l'émergence de nouvelles surcapacités, comme celles que favorise l'actuel regain d'investissements dans le domaine hospitalier. Il importe d'éliminer de manière aussi exhaustive que possible les incitations inopportunes afin que les représentants locaux élus ne soient plus les uniques et directs responsables des décisions (en particulier concernant la fermeture d'établissements hospitaliers).

Compte tenu de l'exiguïté territoriale de la Suisse et des nombreux séjours hospitaliers extra-cantonaux³⁰, une planification hospitalière cantonale régionale paraît judicieuse. Les listes d'hôpitaux pourraient par exemple englober six régions de prise en charge.

En matière de médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons fixent déjà d'un commun accord l'offre hospitalière pour tout le pays. La concentration des prestations auprès d'un nombre restreint de fournisseurs sélectionnés contribue également à la maîtrise des coûts. Il convient de renforcer les efforts en ce sens pour que les synergies ne soient pas uniquement mises à profit dans le domaine MHS.

³⁰ En 2010, la proportion des hospitalisations extra-cantonales se montait à 13 %. En 2013, elle a progressé pour atteindre quelque 15 %. Dans l'ensemble, la mobilité des patients est plutôt modeste en Suisse (cf. à cet égard en particulier Huber 2015).

Destinataires et besoins législatifs

Les cantons sont les premiers destinataires de cette mesure. Ils pourraient ainsi déterminer une planification hospitalière régionale sur la base d'accords intercantonaux régionaux. La planification pourrait se faire selon les suggestions d'une commission régionale, au sein de laquelle les cantons seraient représentés. Une telle planification régionale permettrait de renforcer l'obligation de coordination déjà prévue pour la planification hospitalière (art. 39, al. 2, LAMal) et d'améliorer la coopération intercantonale.

Appréciation

Avec une planification hospitalière régionale, il resterait possible de financer à long terme l'offre de soins stationnaire. Éviter les surcapacités et les investissements excessifs, motivés par des considérations de politique régionale, permettrait de réduire, ou du moins de freiner, la hausse des coûts. Certes, la mesure entraînerait dans un premier temps une augmentation des coûts (notamment en raison du regroupement des hôpitaux) mais, à long terme, une planification à l'échelle du pays soulagerait les finances des cantons et de l'AOS. À moyen terme, une économie annuelle de plusieurs centaines de millions de francs est attendue.

Une planification hospitalière portant sur des régions plus étendues doit impérativement se débarrasser des mécanismes politiques qui sont, dans le système actuel des listes cantonales, à l'origine de régions avec une densité hospitalière excessive. À cet égard, il serait probablement déterminant de savoir avec précision comment la planification hospitalière serait organisée dans les régions de prise en charge : quel instance, dotée de quelles responsabilités politiques, assumerait la planification et comment s'articuleraient les processus de décision ?

Une planification régionale pourrait favoriser des investissements nettement plus efficaces dans le domaine stationnaire, et les surcapacités pourraient être supprimées. Les soins stationnaires seraient à la fois de meilleure qualité et plus abordables.

La mesure n'a que peu de conséquences sur le plan social. Freiner la hausse des coûts dans le domaine stationnaire permet de maintenir l'AOS accessible à un plus large cercle de personnes. Une planification hospitalière prévoyant des régions de prise en charge plus étendues réduirait aussi la densité hospitalière. Pour certains assurés, la distance avec l'établissement hospitalier le plus proche serait alors plus grande que dans le système actuel de planification cantonale. Cependant, une augmentation du nombre de cas traités se traduit en général par une amélioration de la qualité des soins.

Expériences à l'étranger

En France et en Allemagne également, la planification hospitalière se fait au niveau régional. La France compte 26 agences régionales de santé ; elles ont pour fonction de satisfaire les besoins en matière de santé dans le domaine hospitalier. Ces dernières années, il semble y avoir eu une tendance à la décentralisation dans la planification hospitalière (Or 2017 : 17). En Allemagne, la gestion des capacités (lits et prestations) est assumée par les seize *Bundesländer*. Les *Länder* voisins sont tenus de se concerter lors de l'élaboration des planifications hospitalières, l'idée étant d'éviter les structures parallèles. L'Allemagne se distingue par un nombre très élevé de lits dans le domaine des soins hospitaliers aigus (Busse et Blankart 2017 : 10 ss). La comparaison entre la Suisse, l'Allemagne et la France montre que dans les trois pays, la planification hospitalière se fait à l'échelle régionale. En Suisse, les surfaces géographiques et les groupes de population couverts par ces régions de prise en charge sont cependant nettement plus petits.

Conclusion

En Suisse, la planification hospitalière est assumée par les cantons. Comparativement à l'Allemagne et à la France, l'espace géographique couvert est relativement restreint. Une planification hospitalière régionale portant sur des listes hospitalières régionales plus étendues permettrait d'améliorer la coordination intercantonale. Des surcapacités pourraient être évitées et les investissements effectués de manière plus ciblée. À moyen terme, une économie annuelle de plusieurs centaines de millions de francs est attendue. En principe, aucune interaction (négative) avec les autres mesures préconisées n'est escomptée. En ce sens, cette mesure visant à freiner la hausse des coûts est considérée comme prioritaire.

5.4.4 Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification

M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire

Objectif

Il s'agit d'encourager une facturation forfaitaire pour des interventions ambulatoires standardisées. Par ailleurs, l'idée est de synthétiser certaines positions dans les structures tarifaires (tarifs à la prestation) afin d'en limiter la complexité.

Description

Avec ses nombreuses positions individuelles, la structure tarifaire TARMED engendre des incitations inopportunes en favorisant un accroissement du volume de prestations et la substitution par des positions tarifaires alternatives. Or, l'introduction de forfaits permettrait de traiter ce problème, qui touche l'un des plus importants systèmes tarifaires en vigueur à l'échelle nationale. Avec une facturation forfaitaire, le fournisseur n'est pas prioritairement incité à réaliser autant de prestations que possible mais plutôt à obtenir l'effet souhaité en offrant les prestations optimales compte tenu du forfait concerné. Cette exigence fait également partie de la stratégie « Santé2020 » du Conseil fédéral. Les partenaires tarifaires doivent donc être appelés à s'entendre davantage sur des forfaits (c.-à-d. une tarification synthétique des prestations incluant le matériel, les médicaments et les éventuels implants). Afin de garantir le succès de cette mesure, la Confédération doit ici aussi avoir la possibilité d'intervenir à titre subsidiaire, au cas où les partenaires tarifaires ne rempliraient pas leurs obligations en la matière.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse prioritairement aux partenaires tarifaires du domaine des prestations ambulatoires (fournisseurs de prestations et assureurs). La jurisprudence actuelle permet déjà d'encourager les partenaires tarifaires à convenir de tels forfaits. Une adaptation de la LAMal pourrait être nécessaire en cas d'élargissement de la compétence du Conseil fédéral aux forfaits dans le domaine des tarifs à la prestation ou en cas d'obligation imposée aux partenaires tarifaires d'appliquer des forfaits pour les prestations ambulatoires.

Appréciation

Avec une facturation forfaitaire, le fournisseur ne serait pas prioritairement incité à réaliser autant de prestations que possible mais plutôt à obtenir l'effet souhaité en offrant les prestations optimales compte tenu du forfait concerné. Par ailleurs, la marge laissée à un éventuel accroissement du volume de prestations serait clairement moins importante que dans le modèle de facturation à la prestation. Un recours accru aux forfaits dans le domaine ambulatoire devrait permettre une économie de coûts ou, du moins,

une diminution sensible de la hausse des coûts à charge de l'AOS.

Les partenaires tarifaires sont libres de convenir d'un tarif forfaitaire en définissant des montants en francs couvrant l'ensemble d'un traitement pour différentes interventions. L'autonomie tarifaire est ainsi préservée. Néanmoins, pour éliminer les incitations inopportunes, il est capital que les prestations fournies dans les cabinets médicaux et dans le domaine hospitalier ambulatoire soient facturées selon les mêmes forfaits.

Un élargissement de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral, qui pourrait fixer lui-même des tarifs en cas de non-application de cette mesure par les partenaires tarifaires, permettrait d'inciter plus fermement ces derniers à s'accorder sur des forfaits.

Expériences à l'étranger

Les Pays-Bas appliquent dans le domaine de la médecine spécialisée un système de forfaits par cas. Ainsi, les prestations fournies par les spécialistes dans les domaines ambulatoire et stationnaire sont rémunérées selon un système extrêmement pointu (cf. plus bas, Swan Tan et al. 2011). La classification dans l'une ou l'autre catégorie de cas s'appuie sur une base combinée de diagnostics et de traitements (*Diagnose Behandelings Combinaties*, DBC). Une DBC peut couvrir la totalité de la chaîne de prise en charge, du premier contact avec un médecin spécialiste jusqu'à l'hospitalisation ou jusqu'au suivi ultérieur (le cas échéant). Il convient de préciser à cet égard qu'aux Pays-Bas, les médecins spécialistes exercent presque uniquement en milieu hospitalier.

Conclusion

Le recours à des forfaits dans le milieu ambulatoire devrait être encouragé afin d'améliorer les mécanismes d'incitations.

Les forfaits sont un moyen éprouvé pour éviter la tentation de fournir une quantité maximale de prestations. Pour qu'ils soient efficaces, les forfaits doivent être définis avec précision et, idéalement, être axés sur un cas, voire sur une chaîne de traitement. Compte tenu de ce qui précède, cette mesure doit être considérée comme un instrument de maîtrise des coûts efficace à long terme.

Si des forfaits étaient appliqués pour certaines interventions précises, il serait plus aisé de comparer leurs coûts dans les domaines ambulatoire et stationnaire (Mesure « M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire »). Dès lors, il paraît d'autant plus utile d'établir une liste d'interventions à effectuer prioritairement en ambulatoire à la charge de l'AOS. Si, en raison de l'augmentation des coûts et des volumes de prestations, le Conseil fédéral venait à adapter la structure tarifaire TARMED (Mesure « M25 Maintenir la structure tarifaire à jour »), cela pourrait être l'occasion de réaliser une synthèse des positions tarifaires.

M16 Tenir compte des effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire

Objectif

Une prise en compte accrue des effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire vise à répercuter sur les assurés les gains d'efficacité réalisés par les fournisseurs de prestations en raison de la représentation insuffisante ou inadéquate de ces effets dans la structure tarifaire.

Description

Dans le modèle du tarif à la prestation, les effets d'économie d'échelle pouvant être réalisés par les fournisseurs sont insuffisamment représentés ou de manière inadéquate dans la structure tarifaire. Ces

effets sont partiellement pris en compte dans la mesure où le tarif de chaque intervention ultérieure est inférieur à celui de la première intervention (en cas de fracture d'un doigt par ex., le premier doigt fracturé puis chaque autre doigt fracturé). Dans d'autres cas toutefois, le tarif d'une intervention bilatérale est deux fois plus élevé que celui d'une intervention unilatérale (pour une crossectomie³¹ par ex., effectuée sur une jambe ou deux jambes). L'effet d'économie d'échelle n'est alors pas pris en considération. En principe, il est possible d'en tenir compte dans le domaine des soins somatiques aigus hospitaliers et dans celui des maisons de naissance, et ce via le système SwissDRG. Il faut néanmoins disposer de données suffisantes sur les coûts et les prestations des fournisseurs pour établir une telle distinction au sein de la structure tarifaire.

Dans le domaine ambulatoire, la rémunération est basée sur le tarif à la prestation. Une telle distinction est donc difficile voire impossible, d'autant que les données disponibles sont pour l'heure insuffisantes. Indépendamment du manque d'actualité des données sur les coûts de la structure TARMED, la représentation inadéquate ou insuffisante des effets d'économie d'échelle constitue un facteur supplémentaire de hausse des coûts. Ces effets devraient à l'avenir être pris en compte dans le système TARMED grâce à des points tarifaires davantage différenciés.

Destinataires et besoins législatifs

Ces mesures visent en premier lieu les partenaires tarifaires. Il leur est demandé d'adapter la structure tarifaire de sorte à tenir compte des effets d'économie d'échelle et à répercuter sur les assurés les gains d'efficacité réalisés par les fournisseurs de prestations en raison des insuffisances ou des inadéquations de ladite structure. Cette adaptation est déjà possible sur la base de la législation actuelle. Il existe même déjà une obligation en ce sens au vu des principes d'équité et d'économicité. En deuxième lieu, il est demandé au Conseil fédéral de n'autoriser des conventions nationales de structure tarifaire (TARMED principalement) que si elles respectent les mécanismes correspondants.

De fait, les acteurs concernés ne peuvent aujourd'hui pas réellement exploiter la marge de manœuvre en termes d'effets d'économie d'échelle, principalement parce que les données sont insuffisantes ou obsolètes et que les nouvelles données ne sont pas publiées. Par ailleurs, l'échec des négociations entre les partenaires tarifaires concernant l'actualisation de la structure TARMED constitue un obstacle supplémentaire. Si les efforts actuels (nouvelle adaptation de TARMED via la compétence subsidiaire du Conseil fédéral, élaboration de statistiques de la prise en charge ambulatoire / projet MARS de l'Office fédéral de la statistique³²) ne permettent pas de remédier à ces lacunes, une intervention plus ferme du Conseil fédéral sera nécessaire en ce sens, éventuellement au moyen de mesures d'accompagnement.

Appréciation

Le potentiel d'économie d'échelle non pris en compte dans la structure tarifaire n'est pas quantifiable, tant dans le domaine ambulatoire que stationnaire. Cette problématique est sans doute nettement plus présente dans le premier domaine, qui pratique la facturation à la prestation que dans le domaine stationnaire.

Des points tarifaires différenciés pourraient contribuer à répercuter sur les assurés les gains d'efficacité

³¹ La crossectomie est un acte chirurgical effectué pour traiter des varices. Il s'agit d'ôter la « crosse » (partie assurant la jonction entre la plus importante veine superficielle de la jambe et la veine principale, au niveau de l'aîne).

³² De plus amples informations à ce propos sont disponibles sur le site de l'OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/bases-statistiques/projets/modules-ambulatoires-relevés-santé-mars.html>.

actuellement réalisés par les fournisseurs de prestations en raison des insuffisances ou des inadéquations de la structure tarifaire. Néanmoins, le risque serait que les fournisseurs soient ainsi incités à éviter les effets d'économie d'échelle et à répartir un traitement sur plusieurs interventions, ce qui nuirait à l'efficacité de tout le système et serait extrêmement défavorable pour les patients.

Afin de répercuter sur les assurés les effets d'économie d'échelle réalisés lors d'un seul traitement, on pourrait également recourir davantage aux forfaits dans le domaine ambulatoire (cf. mesure 2.2.2). En effet, ces forfaits sont moins susceptibles d'instaurer des incitations inopportunes à répartir un traitement sur plusieurs interventions.

Expériences à l'étranger

Il n'est pas possible de s'appuyer sur des expériences faites à l'étranger pour évaluer cette mesure. En effet, si les effets d'économie d'échelle réalisés par les fournisseurs de prestations intéressent également d'autres pays, ces derniers se concentrent en général plutôt sur l'application de tarifs dégressifs. À noter qu'il existe aussi à l'étranger des initiatives pour encourager la tarification forfaitaire pour les prestations ambulatoires.

Conclusion

Cette mesure permettrait de tirer profit des effets d'économie d'échelle encore non exploités lors de la fourniture de prestations médicales, en particulier dans le domaine ambulatoire. En raison des données lacunaires, il n'est toutefois pas possible de quantifier le potentiel d'économies.

Dans le domaine ambulatoire, prendre en compte les effets d'économie d'échelle dans les structures tarifaires va de pair avec les mesures « M25 Maintenir la structure tarifaire à jour » et « M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire » (cf. ci-dessus). La question se pose de savoir comment remplacer les points tarifaires différenciés dans le modèle du tarif à la prestation par des forfaits et comment réduire le risque d'une répartition des traitements sur plusieurs interventions.

En principe, l'instauration d'une organisation nationale en charge de la structure tarifaire dans le domaine ambulatoire (cf. « M34 Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG) ») devrait favoriser la prise en compte des effets d'économie d'échelle dans cette structure, que ce soit via des points tarifaires différenciés ou dans le cadre de forfaits.

Si les données devaient demeurer lacunaires et les négociations entre les partenaires tarifaires échouer, il serait recommandé de confier à la Confédération la tâche de gérer le système de façon plus ferme, au moyen de mesures d'accompagnement et de mesures subsidiaires.

5.4.5 Autres mesures

M17 Faciliter l'importation parallèle de matériel médical et d'implants

Objectif

Il faut assouplir le cloisonnement actuel du marché suisse concernant le matériel médical et les implants. En d'autres termes, il convient de faciliter les importations parallèles.

Description

Les hôpitaux ont à plusieurs reprises attiré l'attention du Surveillant des prix sur le fait que le secteur de la technologie médicale tentait de cloisonner le marché suisse afin d'y maintenir durablement des prix excessifs pour le matériel médical et les implants (à usage hospitalier). À titre de moyen de pression

5.4 Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement / Autres mesures

contre les importations parallèles (en principe autorisées), la menace est souvent brandie de laisser le destinataire de la prestation se débrouiller seul pour d'éventuels travaux de maintenance ou de réparation ou lors de la livraison de pièces de rechange. Les hôpitaux sont ainsi *de facto* contraints d'acquérir le matériel médical et les implants en Suisse. Or, ces prix excessifs renchérissent les coûts de production dans les hôpitaux helvétiques.

Il est possible d'utiliser la législation sur les cartels pour assouplir le cloisonnement du marché suisse. Un instrument utile à cet effet serait une communication de la Commission fédérale de la concurrence (COMCO) pour le secteur de la technologie médicale, semblable à la « Communication automobile » publiée par la même commission (commerce de véhicules automobiles)³³. Les hôpitaux pourraient alors acheter des implants et du matériel médical sans difficulté à l'étranger et à des prix avantageux. De plus, on garantirait ainsi qu'aucune discrimination ne soit appliquée après l'achat, lors de la livraison de pièces de rechange ou de la réalisation de travaux (maintenance et réparation) par les représentants suisses des fabricants et des fournisseurs.

Dans sa prise de position relative à la motion Hess 15.3631, "Pour une application effective du principe "Cassis de Dijon", le Conseil fédéral a précisé que la COMCO pouvait dès à présent intervenir en présence d'une restriction à la concurrence qui prendrait la forme d'un accord convenu entre un fabricant et un distributeur suisse ou étranger. La COMCO procède à des examens au cas par cas afin de tenir compte de l'organisation concrète du système de distribution, des rapports de concurrence (ampleur des concurrences intermarques et intramarques) et des éventuels motifs justificatifs. Elle a par exemple décidé dans un dossier précis que l'exclusion contractuelle de prestations de garantie pour des biens acquis à l'extérieur d'un système de distribution sélective ne constituait pas un accord de concurrence illicite. La commission a jugé qu'une telle restriction en matière de garantie était dans ses effets, équivalente au fait de limiter la distribution à des partenaires agréés. De l'avis de la COMCO (COMCO 2014), il n'y a donc à tout le moins pas d'accord en termes de protection territoriale absolue qui serait directement sanctionnable (art. 5, al. 4, de la loi sur les cartels).

S'agissant du matériel médical et des implants, il y aurait donc lieu de préciser de surcroît s'il existe des accords verticaux et défavorables à la concurrence et si le marché suisse de la technologie médicale est isolé.

Destinataires et besoins législatifs

La Commission de la concurrence (COMCO) est le premier acteur visé, s'agissant d'une communication à l'intention du secteur de la technologie médicale. En principe, une telle communication n'exige pas la formulation de mesures législatives mais constitue une application des dispositions en vigueur en matière de cartels.

Appréciation

Une fois la mesure appliquée, les hôpitaux n'auraient plus à craindre de discrimination. L'acquisition du matériel médical et des implants à l'étranger deviendrait ainsi une alternative quasiment équivalente à un achat en Suisse. Le secteur de la technologie médicale serait alors incité à baisser ses prix sur le territoire helvétique afin de ne pas perdre ses ventes en Suisse au bénéfice de l'étranger. Un léger surcoût par rapport aux prix pratiqués à l'étranger serait encore accepté en raison de la notion de « proximité avec le client ». Dans le domaine des prestations hospitalières stationnaires, cette mesure pourrait freiner la hausse des coûts en permettant une économie annuelle de plusieurs dizaines de

³³ La COMCO a publié la première communication automobile le 21 octobre 2002 puis sa version révisée le 29 juin 2015. Ce document est disponible sur : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-58117.html>.

millions.

Conclusion

Plusieurs dizaines de millions de francs pourraient être économisés grâce à cette mesure, à condition qu'une communication de la COMCO puisse être publiée dans le domaine de la technologie médicale.

Il existe des interactions avec la mesure « M32 Encourager l'importation parallèle de médicaments ».

5.5 Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives

5.5.1 Mesures visant à éviter les incitations inopportunes

M18 Introduire une obligation de contracter différenciée

Objectif

La différenciation de l'obligation de contracter renforce la concurrence dans le cadre des mécanismes du marché. Si l'obligation qui est faite aux assureurs de prendre en charge les prestations de l'ensemble des fournisseurs de prestations admis est levée ou assouplie, la liberté de contracter peut avoir un effet positif sur les coûts et la qualité des prestations.

Description

Dans sa version actuelle, la LAMal instaure un système de concurrence régulée entre les assureurs. Ces derniers sont toutefois tenus, conformément aux critères fixés dans la loi et notamment à ceux spécifiques à la formation, de prendre en charge les prestations fournies par les personnes admises à pratiquer à la charge de l'AOS. Les tarifs des prestations sont définis dans le cadre de conventions, en fonction de structures tarifaires généralement applicables dans toute la Suisse. La concurrence entre les assureurs-maladie s'exerce de ce fait principalement au niveau de leurs propres services administratifs. C'est pourquoi les assureurs ne peuvent remplir le rôle de représentant des assurés qui leur est assigné que dans une mesure très limitée. Dans le contexte évoqué, la concurrence entre les assureurs n'exerce qu'une influence restreinte sur les coûts et la qualité des prestations de soins.

L'introduction d'une différenciation de cette obligation vise à permettre à l'avenir aux assureurs de ne rémunérer que des fournisseurs de prestations sélectionnés selon des critères définis. Les contrats entre les assureurs et les prestataires pourraient par exemple prévoir les clauses suivantes :

- mécanismes de compensation de type rétroaction négative, par lesquels une augmentation du volume des prestations facturées est compensée, au-delà d'un seuil de tolérance déterminé, par une baisse proportionnelle de la rémunération (cf. 5.2 Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts à charge de l'AOS) ;
- obligation faite aux fournisseurs de prestations de communiquer les données requises (par ex., sur les analyses réalisées dans le cadre d'un programme de disease management, sur le nombre de recours aux urgences par leurs clients respectifs la nuit ou le week-end ; cf. « M04 Créer la transparence nécessaire ») et tenue d'un dossier électronique du patient pour par exemple 80 % de leur clientèle ;
- obligation faite aux fournisseurs de prestations de jouer un rôle de gatekeeper (cf. « M27 Imposer un système de gatekeeping ») ;

- adhésion à un réseau de soins intégrés (cf. « M10 Renforcer les soins coordonnés ») ;
- possibilité de suspendre l'obligation de contracter pour certains (nouveaux) fournisseurs de prestations lorsque l'offre est excédentaire (en termes d'effectifs) dans un domaine particulier (par ex., en cas de forte densité de spécialistes dans les agglomérations ou les villes) ;
- mesures permettant d'améliorer les soins aux patients, telles que le respect de directives thérapeutiques ou des programmes de vaccination, les programmes de Disease Management et les parcours de patient (cf. catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées) ;
- exigences plus élevées en matière de qualité concernant les fournisseurs de prestations, comme la preuve d'une certaine expérience professionnelle acquise dans un établissement suisse de formation reconnu, ou de compétences dans la langue parlée dans la région linguistique concernée (cf. « M19 Renforcer la qualité »).

La situation concurrentielle ainsi créée contribuerait à l'amélioration de la qualité des prestations et à l'augmentation de l'efficacité. La définition de ces critères pourrait se faire uniformément au niveau national ou être confiée aux partenaires tarifaires. Il est toutefois admis qu'il est impératif de définir une couverture minimale afin de garantir un accès suffisant au traitement.

Dans le cadre de la LAMal, il est d'ores et déjà possible de proposer, en sus du modèle standard, des formes d'assurance particulières prévoyant un choix limité de fournisseurs de prestations, possibilité dont les assureurs font aussi usage.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure vise en premier lieu les assureurs et les fournisseurs de prestations. Il leur faudrait conclure entre eux de manière individuelle ou groupée et pour une durée limitée des contrats de prestations énonçant les conditions applicables à la rémunération de ces prestations.

Eu égard à la liberté de contracter accordée aux acteurs, il faudrait apporter de nombreuses modifications à la LAMal et aux ordonnances. En particulier, il conviendrait de régler des critères uniformes au moins au niveau de l'ordonnance.

Appréciation

Une différenciation de l'obligation de contracter permet en principe de réduire un excédent d'offre de prestations. À travers la diminution de la demande induite par une offre trop abondante, la liberté de contracter devrait entraîner une baisse des prestations inappropriées ou inutiles. Il en résulterait une amélioration de la maîtrise des coûts et de la qualité des soins. C'est pourquoi des modèles de différenciation de l'obligation de contracter ont été envisagés pour remplacer la limitation des admissions actuellement pratiquée (cf. Réduire la demande induite par l'offre).

En fonction des conditions convenues entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, une différenciation de l'obligation de contracter permettrait de soutenir la mise en œuvre de nombreuses mesures visant à accroître la qualité des prestations.

Dans le cadre de l'élaboration du rapport du Conseil fédéral du 3 mars 2017 en réponse au postulat 16.3000 "Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins" de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États, l'administration a mené des discussions approfondies sur cette question avec des spécialistes et des représentants des principaux acteurs dans le domaine. Il en est clairement ressorti que la mise en œuvre d'une telle réforme était compliquée et qu'elle devait de ce fait être plutôt considérée comme une possibilité de réforme sur le long terme (cf. chap. 4.3 du rapport du 3 mars 2017).

5.5 Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives / Mesures visant à éviter les incitations inopportunes

Expériences à l'étranger

Les Pays-Bas ont introduit un système de concurrence régulée en 2006. Ce modèle permet aux assureurs et aux médecins de premier recours d'associer une partie de la rémunération des prestations à des mesures de type « soins intégrés » (environ 15 % des coûts de la médecine de base) ainsi qu'à des prestations axées sur l'augmentation de l'efficacité (*pay for performance*, environ 10 % des coûts). En médecine spécialisée, seule une partie des prestations (liste A, environ 20 % des prestations) est rémunérée pour tous les hôpitaux et les médecins spécialistes. Il s'agit ici avant tout de prestations concernant un nombre de cas très restreint (médecine hautement spécialisée) ou de groupes de cas présentant des coûts très hétérogènes. Toutes les autres prestations spécialisées (liste B) relèvent de la liberté de contracter et les prix sont négociés entre les hôpitaux et les assureurs.

Lors de l'introduction de la liberté de contracter aux Pays-Bas, en 2006, de nombreuses mesures d'accompagnement ont été prévues afin de réduire le risque financier pour les assureurs et les fournisseurs de prestations, notamment un nouvel affinement de la compensation des risques et la définition de plafonds budgétaires pour limiter l'augmentation des coûts.

Conclusion

La différenciation de l'obligation de contracter a pour objectif de renforcer la concurrence entre les assureurs et entre les fournisseurs de prestations afin d'exercer une pression potentielle sur les prix et d'améliorer la qualité des prestations. En corrigeant les incitations, cette mesure devrait même conduire à un renforcement de la concurrence sur le plan des coûts et des prestations. Les mesures visant à maîtriser les coûts seraient davantage introduites et mises en œuvre par le marché (approche *bottom-up*). Compte tenu des économies qu'elle pourrait permettre de réaliser, cette mesure doit être examinée comme solution à moyen ou à plus long terme. On pourrait ainsi envisager de la tester pour une ou plusieurs spécialités médicales dans le cadre de projets pilotes menés, par exemple, au niveau cantonal. Ce procédé permettrait également d'évaluer différentes variantes.

5.5.2 Mesures dans le domaine des soins et des prestations

!! M19 Renforcer la qualité

Objectif

L'amélioration de la qualité de la fourniture des prestations vise à réduire le nombre de personnes subissant, dans le cadre de traitements médicaux, des incidents dommageables ou des dommages coûteux résultant d'une faible qualité thérapeutique. Cet objectif peut être atteint grâce à des mesures telles que la participation des fournisseurs de prestations à des programmes d'amélioration de la qualité, l'application de critères de qualité établis et stricts ainsi que l'obligation de faire réaliser des évaluations par des pairs (*peer reviews*) et de mettre en œuvre les résultats recueillis.

Description

Pour améliorer la qualité, il convient d'élaborer et de réaliser dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie fédérale en matière de qualité (2009 et 2011) des programmes nationaux ciblés visant à améliorer la qualité des prestations. Ceux-ci permettraient notamment de renforcer la sécurité des patients et de fixer et d'instaurer des standards nationaux. Il convient en outre de soutenir des projets servant à élaborer des indicateurs de qualité, à renforcer le caractère contraignant des mesures de qualité ainsi qu'à créer, en collaboration avec les partenaires (cantons, fournisseurs de prestations, assureurs), la transparence en ce qui concerne la mise en œuvre et les résultats obtenus. Par ailleurs, des incitations

5.5 Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations **législatives** / **Mesures dans** le domaine des soins et des prestations

tarifaires pourraient et devraient être mises en place pour récompenser une qualité de traitement particulièrement élevée.

La fixation de critères de qualité (standards) stricts et l'obligation de faire réaliser des évaluations par des pairs (*peer reviews*) sont détaillées dans les paragraphes qui suivent.

Les programmes de qualité nationaux doivent être établis et diffusés en tant que processus d'amélioration standardisé, c'est-à-dire en tant qu'instrument à l'intention de tous les fournisseurs de prestations. Ces programmes permettraient ainsi de définir et d'appliquer des critères de qualité ad hoc (standards professionnels), auxquels s'ajouteraient des standards étrangers, mis à l'essai après avoir été adaptés aux spécificités suisses. L'élaboration de standards et la mise en œuvre dans des hôpitaux pilotes sont déjà en cours, dans le cadre de programmes nationaux (Selby et al. 2015). Ces standards devraient être appliqués de manière systématique.

Pour l'heure, on manque de données sur la qualité pour de nombreux groupes de fournisseurs de prestations. L'opacité règne sur la qualité de la fourniture des prestations. Il faut recueillir les données relatives aux indicateurs de qualité médicaux de manière ciblée et publier ces informations (cf. Nelson et al. 2015 ; Bjertnaes et al. 2015). C'est sur la base de ces indicateurs et d'autres données appropriées que tous les groupes de fournisseurs de prestations doivent faire réaliser des évaluations par des pairs (Peer Review). La bonne exécution de ces dernières s'illustre par l'évolution positive des indicateurs de qualité. Une procédure d'évaluation par les pairs existe dans le cadre de "l'Initiative Qualitätsmedizin" (IQM) menée dans les hôpitaux (Mansky et Nimptsch 2012). Ici, les évaluations sont réalisées sur la base des indicateurs de qualité de l'OFSP (taux de mortalité).

Destinataires et besoins législatifs

La mesure « Renforcer la qualité » s'adresse au Conseil fédéral respectivement au Parlement, car elle pourrait être mise en œuvre lors d'une révision de la LAMal. Une « Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Renforcement de la qualité et de l'économicité) » est déjà en cours d'examen au Parlement. Le projet prévoit notamment la mise en place de programmes de qualité ciblés et une solution pour assurer durablement le financement de l'amélioration de la qualité des prestations. Étant donné que ces mesures devraient en premier lieu alléger les finances de l'AOS, le Conseil fédéral demande, selon le principe d'équivalence, un financement par un supplément de primes dans l'AOS.

La mesure « Renforcer la qualité » vise également les partenaires tarifaires : l'art. 77 OAMal leur impose en effet d'élaborer des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Le droit en vigueur prévoit déjà, pour certains fournisseurs de prestations (organisations de soins et d'aide à domicile, d'ergothérapie, de physiothérapie, de diététique, et laboratoires, art. 51 à 53 OAMal), une participation à des mesures visant à garantir la qualité conformément à l'art. 77 OAMal, qui permettent d'assurer que les prestations fournies dans le domaine concerné sont adéquates et de haute qualité. Dans leurs contrats, les partenaires tarifaires peuvent déjà soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40 LAMal (art. 43, al. 2, let. d, LAMal). La mise en œuvre de cette disposition reste toutefois difficile, compte tenu notamment du manque de données sur la qualité.

Appréciation

Les effets des programmes de qualité menés selon les prescriptions de la méthodologie « breakthrough », élaborée par l'Institute for Healthcare Improvement, ont été testés et démontrés (Cosgrove et al. 2011 ; Iha und Epstein 2010).

L'efficacité de la mesure portant sur la limitation de la croissance des coûts est tributaire de la volonté

des parties concernées à formuler des prescriptions (critères de qualité, p. ex.) de telle sorte qu'elles soient applicables, à les établir en tant que standard professionnel, à mettre en place les évaluations par les pairs aussi vite que possible et à instaurer la confiance des professionnels en la matière (Van Den Bos 2011). Ce dernier point est décisif. Dans ces conditions, on peut s'attendre à une atténuation visible de l'augmentation des coûts à charge de l'AOS.

Le degré de réalisation des objectifs dépend, d'une part, de la volonté des parties concernées à mettre en œuvre les programmes de qualité, mais aussi, d'autre part, de la détermination à appliquer le système de sanctions existant.

La mise en œuvre complète des mesures proposées aurait des retombées sociales très positives. Les critères de qualité et la publicité de la conformité aux prescriptions accroissent la transparence et, partant, la concurrence entre les fournisseurs de prestations. À titre d'exemple, les patients dans le domaine ambulatoire ne savent pas si leur hôpital, leur médecin ou leur physiothérapeute fournit un travail de qualité. Actuellement, l'assurance prend en charge les prestations même en cas d'erreur, et les fournisseurs de prestations continuent en plus à gagner de l'argent. Si les patients avaient connaissance des données relatives à la qualité, ils pourraient opter pour l'hôpital le plus proche ou rechercher un hôpital de meilleure qualité lorsqu'ils doivent suivre un traitement ambulatoire.

Des retombées sociales positives supplémentaires devraient découler des mesures d'assurance de la qualité telles que les PROM (*patient reported outcome measures*), qui consistent à demander aux patients s'ils ont recouvré leur pleine capacité de travail après une intervention donnée.

Les évaluations par les pairs permettent quant à elles d'instaurer la confiance entre les fournisseurs de prestations tout en constituant une sorte de « contrôle social » amenant les pairs à améliorer leurs prestations. Aujourd'hui, les médecins qui fournissent des prestations de mauvaise qualité, erronées ou inutiles ne risquent pas grand-chose. Si l'on introduit des évaluations réalisées par les pairs et que la transparence augmente, il est indispensable d'adapter la culture de la sécurité. Par le passé, la réponse des hôpitaux en cas d'erreurs se fondait essentiellement sur la culpabilisation (culture du *name and blame*). Un autre aspect de la culture de la sécurité est souvent la réticence à divulguer des informations relatives à la qualité (procédures et résultats). Les experts dans le domaine de la sécurité des patients s'accordent à dire qu'aucune amélioration durable en la matière ne pourra être obtenue sans évolution de cette culture (Schwendimann et al. 2013). Le passage à une culture positive de la sécurité doit se faire à tous les niveaux, en particulier à celui de la direction. Celle-ci doit, pour ce faire, assurer un monitoring pour être informée en tout temps de l'avancée de ses efforts en matière d'amélioration de la qualité, et qu'elle le soutienne activement.

Expériences à l'étranger

Les programmes de qualité ciblant un problème de sécurité spécifique peuvent apporter des améliorations conséquentes, à l'instar du programme de référence mené dans l'état du Michigan (2006) sur plus de 100 unités de soins intensifs. Celui-ci a en effet permis d'obtenir une réduction massive du nombre de septicémies liées aux cathéters centraux (Pronovost et al. 2006). Une étude récente (Health Foundation 2014) montre cependant que les programmes d'amélioration correspondants doivent respecter certaines exigences, notamment une forte implication des dirigeants, l'application d'une approche interprofessionnelle, l'obligation pour les équipes en charge de l'amélioration de poursuivre un objectif défini conjointement (sur la réalisation duquel l'équipe doit rendre des comptes étayés par des données), un monitoring continu d'indicateurs majeurs facilement mesurables et des services d'assistance aux organisations impliquées allant au-delà des réunions communes. Un autre facteur clé de réussite est la mise en place de mesures d'accompagnement visant à améliorer la culture de la sécurité. L'exemple de l'Allemagne montre notamment que les mesures de la qualité en tant que telles ne sont souvent pas

suffisantes pour engager un processus d'amélioration durable. L'initiative Qualitätsmedizin (www.initiative-qualitaetsmedizin.de) impose par conséquent à ses membres, en se fondant sur les données relatives à la mortalité, de se soumettre à une évaluation par des pairs en cas de mauvais résultats et de convenir de mesures concrètes d'amélioration. L'obligation de participer à des évaluations par les pairs est de ce fait une mesure envisageable pour renforcer l'institutionnalisation du processus d'amélioration.

Conclusion

Les programmes nationaux menés dans les hôpitaux pilotes montrent qu'un renforcement global de la qualité et de l'économicité et l'augmentation de la sécurité des patients nécessitent une collaboration interdisciplinaire accompagnée de mesures de formation, l'engagement de la direction ainsi que des aménagements judicieux et l'utilisation régulière de checklists.

Des résultats similaires sont observés dans les hôpitaux pilotes qui se sont intéressés à la sécurité de la médication aux interfaces. Ici aussi, il n'est pas rare que la définition des responsabilités ou la réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, en principe une évidence, pâtisse de la pression du quotidien, ce qui conduit à de fréquentes erreurs de médication. Les programmes nationaux, de même que les évaluations obligatoires par les pairs, doivent être introduits et mis en œuvre de manière généralisée et contraignante. De plus, des mesures telles que « M27 Imposer un système de gatekeeping », « M12 Promouvoir les directives thérapeutiques », « M13 Promouvoir le second avis médical », « M11 Mettre en place des comités médicaux » et « M10 Renforcer les soins coordonnés » permettent d'améliorer considérablement la qualité. Dans l'ensemble, la présente mesure devrait contribuer d'une manière non négligeable à une atténuation de l'augmentation des coûts du système de santé, essentiellement sur le long terme.

M20 Réduire la demande induite par l'offre

Objectif

Réduire le recours aux prestations ambulatoires en stabilisant ou en réduisant la densité de médecins (nombre de médecins généralistes et de spécialistes pour 1000 et 10 000 habitants).

Description

La Suisse figure parmi les pays qui présentent la plus forte densité de médecins dans le monde. Cette densité exerce clairement une influence sur l'activité (visites et consultations) de même que sur les coûts, par personne assurée, à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En raison de l'asymétrie existant entre le médecin et le patient sur le plan de l'information, les fournisseurs de prestations influencent considérablement la demande des patients en matière de prestations. Du fait des incitations mises en place avec les tarifs à la prestation, ils ont tout intérêt à augmenter la demande en prestations médicales au-delà de ce qui est médicalement nécessaire.

La distribution géographique des médecins est très hétérogène en Suisse, notamment dans les grands cantons. Les centres urbains affichent une concentration de spécialistes particulièrement élevée. Par conséquent, les cantons devraient avoir la possibilité de limiter les admissions non seulement par domaine de spécialité, mais aussi par région, en fonction de la densité des médecins.

Selon l'art. 55a LAMal, en vigueur pour une durée limitée de trois ans, le Conseil fédéral peut faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin, l'admission des médecins qui exercent une activité dépendante ou indépendante et de ceux qui exercent au sein d'une institution de soins ambulatoires ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital. À cette fin, le Conseil fédéral a fixé le nombre maximum de médecins par canton et par domaine de spécialité (annexe 1 de l'Ordonnance sur la limitation de

l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, OLAF; RS 832.103). Les cantons peuvent cependant prévoir de ne pas appliquer ces chiffres à un ou plusieurs domaines de spécialité. Les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas soumis à la limitation.

La solution temporaire actuellement en vigueur doit être convertie en une mesure durable, raison pour laquelle le DFI a ouvert la procédure de consultation relative au projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations). Le projet mis en consultation repose sur un dispositif à trois niveaux. Il renforce les exigences en termes de qualité et d'économicité pour l'admission de tous les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et met à la disposition des cantons un instrument efficace pour maîtriser les coûts dans le domaine ambulatoire. Le projet crée, en premier lieu, pour les personnes exerçant une profession médicale ou de la santé une connexion avec les lois correspondantes portant sur les conditions applicables à l'exercice de leur profession. De plus et pour permettre à l'avenir une amélioration de la qualité et de l'économicité des prestations, le projet octroie au Conseil fédéral une compétence étendue l'habilitant à régler dans la LAMal l'admission de tous les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire, et notamment à imposer des charges en matière de qualité et d'économicité. Enfin, il prévoit la refonte de l'art. 55a LAMal en autorisant les cantons à fixer des plafonds pour l'admission de médecins dans une ou plusieurs spécialités médicales. Il convient de soutenir l'orientation de ce projet mis en consultation.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure vise la Confédération et les cantons. Une modification de la LAMal serait nécessaire pour limiter durablement le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Appréciation

Comme l'a montré une première version de la limitation des admissions, prévue dans un premier temps pour une durée de trois ans, à l'art. 55a LAMal (adoptée le 24 mars 2000 par le Parlement et entrée en vigueur au 3 juillet 2002 par le Conseil fédéral), cette mesure est très efficace. Lorsque la limitation des admissions est arrivée à échéance le 31 décembre 2011, après trois prolongations successives, certains cantons, surtout les cantons frontaliers et les cantons urbains, ont été confrontés à une hausse massive du nombre de demandes d'admissions à pratiquer. Le fait que la limitation des admissions ait été réintroduite le 1^{er} juillet 2013 par voie urgente pour une durée de trois ans et que le Parlement ait adopté le 17 juin 2016 une nouvelle prolongation pour la même durée témoigne également de l'importance de cette mesure.

Bien que controversée, la limitation des admissions exerce un effet modérateur indéniable sur la hausse du nombre de médecins exerçant à titre indépendant et, par conséquent, sur l'augmentation des coûts. La plupart des cantons la pratiquent. Au-delà de la nécessité de maîtriser l'évolution des coûts, un mécanisme de régulation des admissions dans le domaine ambulatoire devrait cependant avoir pour but d'améliorer non seulement la maîtrise des coûts mais aussi la qualité des prestations.

Conclusion

La diminution du nombre des médecins admis à pratiquer à la charge de l'AOS permet d'endiguer le recours aux prestations et, de ce fait, l'augmentation des coûts. Elle est toutefois critiquée aussi bien par les assureurs, qui se sont prononcés en faveur d'un assouplissement de l'obligation de contracter (ch. 5.5.1), que par certains médecins. Une application stricte de la part des cantons est nécessaire pour une mise en œuvre efficace de cette mesure. Un rapport du Conseil fédéral publié récemment met

en évidence qu'un mécanisme de limitation des admissions dans le domaine ambulatoire devrait aussi viser une amélioration de la qualité des prestations. Sur la base des critères, qui règlent l'admission des médecins, de nombreuses autres mesures proposées dans le rapport pourraient notamment être soutenues :

- l'adhésion à un réseau de soins intégrés (cf. « M10 Renforcer les soins coordonnés ») ;
- l'amélioration de la prise en charge des patients à travers le respect de lignes directrices, les programmes de Disease Management et les parcours des patient (cf. catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées) ; participation à des comités médicaux pour les interventions électives importantes ;
- l'obligation de participer à des programmes d'amélioration de la qualité pourrait accroître la qualité et l'efficacité des prestations (cf. « M19 Renforcer la qualité ») ;
- des exigences plus élevées en matière de qualité concernant les fournisseurs de prestations, comme la preuve d'une certaine expérience professionnelle acquise dans un établissement suisse de formation reconnue, ou des compétences dans la langue parlée dans la région linguistique concernée.

Idealement, cette mesure serait amenée à être supprimée ou assouplie ultérieurement dès lors qu'elle parviendrait à mettre en place les incitations appropriées de telle sorte que la restriction des admissions ne soit plus nécessaire (par ex. à travers un système de rémunération à la performance, dit *pay for performance*, qui rémunère les progrès objectivement mesurables réalisés en termes de santé).

M21 Lever le principe de territorialité

Objectif

Cette mesure a pour objectif d'endiguer les coûts en permettant de se procurer des médicaments, des moyens et des appareils, voire d'autres produits et prestations médicaux également à l'étranger, pour autant qu'ils y soient moins chers qu'en Suisse. L'ouverture à des prestations médicales allant au-delà des médicaments, des moyens et des appareils vise également à renforcer, de par la concurrence accrue avec des prestataires en dehors de la Suisse, l'incitation des prestataires suisses à créer la transparence dans le domaine de la qualité.

Description

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont soumises au principe de territorialité, selon lequel seules les prestations fournies en Suisse sont prises en charge. Sont exemptés les projets pilotes pour la prise en charge de prestations à l'étranger (art. 36a OAMal), dans le cadre desquels le recours à des prestations est aussi possible à l'étranger sur l'initiative de cantons et d'assureurs (Bayer-Oglesby 2016).

Cette mesure comprend deux orientations. Aujourd'hui, les assurés n'obtiennent pas de remboursements de la part des assureurs pour les moyens et appareils médicaux, de même que pour les médicaments qu'ils achètent à l'étranger, souvent à des prix inférieurs à ceux pratiqués en Suisse. La loi en vigueur impose un achat de ces produits en Suisse, et une circulaire de l'OFSP a enjoint aux assureurs de tenir compte de la législation actuelle et de ne plus rembourser les produits acquis à l'étranger.

La mesure vise à permettre, en créant les bases juridiques nécessaires, que des médicaments, des moyens et des appareils prescrits par un médecin en Suisse puissent être achetés à l'étranger à la charge de l'AOS. La liste des moyens et appareils (LiMA) répertorie uniquement les produits qui peuvent être utilisés par le patient lui-même ou avec l'aide d'intervenants non professionnels impliqués dans

5.5 Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations **législatives** / **Mesures dans** le domaine des soins et des prestations

l'examen ou le traitement. Les centres de remise sont tenus de fournir des produits adaptés, de garantir leur qualité et d'instruire les patients. Lors de l'acquisition d'un moyen ou d'un appareil à l'étranger, ni les adaptations personnelles ni les instructions d'utilisation par le fournisseur de prestations ne peuvent être garanties. L'utilisation des moyens et des appareils serait donc de la responsabilité du bénéficiaire, ce qui paraît toutefois raisonnable. À travers les importations parallèles de biens de consommation courante, qui se chiffrent en milliards, les gens sont habitués à assumer leurs propres responsabilités pour de tels achats.

Il s'agit par ailleurs d'examiner au moyen de projets pilotes, dans le cadre de la mesure, s'il est possible d'encourager les cantons et les assureurs à prévoir aussi la prise en charge d'autres prestations médicales fournies par des prestataires particuliers à l'étranger. Aucune modification de loi n'est nécessaire pour ce deuxième volet. Les conditions-cadre applicables aux projets sont définies à l'art. 36a OAMal. Si le besoin s'en faisait sentir, les exigences relatives aux projets pilotes pourraient être modifiées au niveau de l'ordonnance.

Ce thème présente des liens avec l'adaptation des dispositions à caractère international dans la LAMal. La consultation relative à la révision de l'OAMal en réponse aux motions 16.3988 Ettlil et 16.3950 Lohr « AOS. Introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations que le patient choisit de se procurer à l'étranger » est actuellement en cours.

La motion 16.3169 Heim « Faire obligation aux caisses-maladie de rembourser les moyens et appareils médicaux achetés à l'étranger » et le postulat 16.3690 Heim « Moyens auxiliaires médicaux hors de prix. Quand les assurés pourront-ils compter sur des baisses de prix ? » entendent charger le Conseil fédéral d'étudier quels produits il serait possible de se procurer à l'étranger à la charge de l'AOS. Dans sa réponse à ces deux interventions, le Conseil fédéral s'est déclaré disposé à examiner, dans le cadre de la révision de la LiMA, la possibilité d'opérer une distinction entre les produits dont l'acquisition à l'étranger serait autorisée et remboursée par les caisses-maladie, et ceux pour lesquels une telle acquisition ne serait pas possible. Il en fera rapport au Parlement et proposera éventuellement une adaptation de la LAMal dans ce sens. Les travaux correspondants ont déjà démarré et le rapport devrait être disponible courant 2017. Dans ses réponses aux motions 16.3948 Lohr et 16.3988 Ettlil « AOS. Introduction d'une obligation de remboursement pour les prestations que le patient choisit de se procurer à l'étranger », le Conseil fédéral a indiqué être également disposé à étudier pour les médicaments s'il serait judicieux de prévoir, à certaines conditions, un remboursement de certains produits achetés à l'étranger.

Destinataires et besoins législatifs

La levée du principe de territorialité pour une partie ou l'ensemble des domaines de l'AOS nécessiterait une modification de la LAMal, raison pour laquelle elle s'adresse au Conseil fédéral et à l'Assemblée fédérale. Par ailleurs, la mesure s'adresse prioritairement aux cantons et aux assureurs pour ce qui concerne le recours accru aux solutions disponibles actuellement pour déroger au principe de territorialité dans le cadre de projets pilotes.

Appréciation

Les effets que le premier volet de cette mesure, à savoir l'acquisition de médicaments, de moyens et d'appareils à l'étranger à la charge de l'AOS, pourrait avoir en termes d'endiguement des coûts dépendent des produits qu'il serait possible de se procurer à l'avenir à l'étranger et de l'écart entre les coûts à l'étranger et les coûts en Suisse. Si les assureurs avaient la possibilité de rembourser les moyens, les appareils et les médicaments acquis à l'étranger, il pourrait en résulter un frein à la hausse des coûts pour certains groupes de produits. On peut s'attendre à ce que les écarts de prix souvent très importants entre la Suisse et ses pays voisins se resserreraient. Étant donné que les produits devraient toujours

être prescrits par des fournisseurs de prestations suisses, la mesure ne devrait pas entraîner d'augmentation des volumes de prestations. Elle peut de ce fait être considérée comme efficace et efficiente.

Il convient d'aborder de manière différenciée le cas des projets pilotes, déjà possibles actuellement, visant à lever ou à relativiser le principe de territorialité dans d'autres domaines de prestations, c'est-à-dire le deuxième volet de la mesure. Comme dans d'autres secteurs de l'économie, on pourrait s'attendre à ce que la concurrence supplémentaire avec l'étranger ait des effets en termes d'endiguement des coûts et d'augmentation de la qualité, ou du moins de la transparence. En ce sens, une ouverture vers l'étranger serait souhaitable. L'évaluation des projets pilotes menés dans le cadre de l'art. 36a OAMal, qui permet la prise en charge des coûts de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontalières, a en outre montré qu'il n'en résultait ni de hausse des coûts pour l'assurance-maladie ni d'augmentation du volume des prestations (FF 2016 1, ici 8).

Cependant, une levée généralisée du principe de territorialité poserait la question du contrôle de la qualité, de l'évolution des volumes de prestations et de la planification sanitaire. La qualité des fournisseurs de prestations étrangers n'est a priori ni meilleure ni pire que celle des prestataires suisses. Les droits des patients sont potentiellement illimités et la LAMal, dans sa forme actuelle en Suisse, ne leur fixe guère de limites.

La planification sanitaire serait en outre un peu plus complexe pour les cantons si les patients avaient la possibilité de se faire traiter à l'étranger.

Il serait souhaitable que les cantons et les assureurs fassent davantage usage de la possibilité qui leur est donnée actuellement de développer des projets pilotes visant à relativiser le principe de territorialité, même au-delà des moyens, des appareils et des médicaments. Cependant, le recours à des prestations à l'étranger devrait dans tous les cas être volontaire. Se pose ainsi la question des incitations qui peuvent être proposées aux patients pour se rendre à l'étranger, étant donné que l'incitation par le prix ne les touche pas directement, hormis au niveau de la participation aux coûts (franchise et quote-part).

Conclusion

Un assouplissement ou une levée partielle du principe de territorialité permettrait d'encourager la concurrence dans l'AOS. Le principe de territorialité devrait être levé aussi bien pour les médicaments que pour les moyens et les appareils. Il convient d'autre part d'étudier s'il serait judicieux de faire de même dans d'autres domaines. Eu égard au niveau plus bas des salaires et des coûts observé à l'étranger, on peut également s'attendre à un effet modérateur en termes de coûts pour les prestations fournies en Suisse. Tandis qu'une modification de la loi est nécessaire pour les achats à l'étranger, il serait possible de baisser le coût des achats en Suisse sans une telle modification, en appliquant le droit de la concurrence, ce qui faciliterait les importations parallèles.

5.5.3 Mesures dans le secteur des médicaments

!! M22 Introduire un système de montant fixe / système de prix de référence

Objectif

La Suisse doit aussi adopter un système de prix de référence (appelé en Allemagne système de montant fixe, *Festbetragssystem*).

Description

Les génériques, en particulier, sont deux fois plus chers en Suisse que dans les neuf pays de référence

5.5 Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives / Mesures dans le secteur des médicaments

pris en compte par l'OFSP dans le cadre de la formation du prix des préparations originales. De même, des préparations originales qui n'apportent pas de bénéfices particuliers sont souvent trop coûteuses et néanmoins remboursées par l'AOS. L'instauration d'un système de prix de référence doit permettre d'abaisser ces prix et de réaliser des économies.

Concernant la forme concrète d'un tel système, les propositions suivantes ont été formulées :

- Introduction d'un système de prix de référence pour les médicaments pour lesquels le brevet protégeant la substance active est arrivé à échéance. Dans ce cas de figure, le montant du remboursement se fonderait sur le prix des médicaments les moins chers.
- Introduction d'un système de prix de référence prenant également en compte des préparations dites *me-too* (médicaments contenant d'autres substances actives ayant le même mécanisme d'action que des médicaments déjà autorisés et ne présentant souvent pas d'avantage significatif).
- Introduction d'un système de prix de référence intégrant également des médicaments protégés par brevet qui ne sont pas particulièrement innovants (conformément au système de montant fixe appliqué en Allemagne [Festbetragssystem]).

Destinataires et besoins législatifs

Le système de prix de référence concernerait pratiquement tous les acteurs impliqués dans la distribution, la prescription, la remise et le remboursement de médicaments, à savoir les entreprises pharmaceutiques titulaires d'autorisation, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Il aurait également des conséquences pour les assurés : si ces derniers se procurent un médicament dont le prix est supérieur au prix de référence fixé et publié par la Confédération, la différence de prix serait à leur charge.

Une modification de la LAMal serait indispensable pour introduire un système de prix de référence en Suisse, car il faudrait y inscrire les bases nécessaires et adapter la réglementation en matière de protection tarifaire.

Appréciation

L'ampleur des économies qu'il serait finalement possible de réaliser ou le fait que les écarts de prix entre la Suisse et les pays de référence se réduisent dépendrait de la forme que l'on retiendrait pour le système de prix de référence. Globalement, on part du principe que plus le système de prix de référence serait généralisé, plus les économies réalisées dans l'AOS devraient être élevées. Bien entendu, il serait également possible d'envisager une intégration progressive, en appliquant le prix de référence dans un premier temps seulement aux génériques.

Le système de prix de référence devrait être conçu de telle sorte que la Suisse reste attractive, y compris pour les fabricants de génériques, tout en permettant les économies recherchées. L'intégration dans le système des médicaments protégés par brevet devrait se heurter à une opposition plus forte de la part de l'industrie pharmaceutique. Par ailleurs, il conviendrait d'éliminer les incitations faites aux fournisseurs de prestations à remettre des médicaments plus onéreux (vu que la part relative à la distribution est actuellement définie en pourcentage du prix de fabrication, les médecins et les pharmaciens sont incités à remettre des préparations plus chères). La part relative à la distribution pour les médicaments d'un groupe de référence devrait de ce fait être forfaitaire et son montant rester identique aussi bien pour la remise d'une préparation originale que d'un générique.

Expériences à l'étranger

La plupart des pays de référence européens appliquent un système de prix de référence. Toutefois,

parmi les pays pris en compte par l'OFSP pour la fixation du prix des préparations originales, seule l'Allemagne prévoit l'inclusion de médicaments protégés par brevet dans un groupe de référence. L'expérience des pays de référence montre qu'un système de prix de référence permet de réaliser des économies. Il convient cependant de veiller à ce que les assurés n'aient pas à supporter une charge financière excessive en raison de prix de référence trop bas et de prix des médicaments trop élevés. Sur la base de l'expérience d'autres pays, il est recommandé d'accompagner l'introduction d'un système de prix de référence d'une campagne d'information visant à promouvoir davantage la confiance à l'égard des génériques et, partant, la commercialisation de ces derniers.

Conclusion

L'introduction d'un système de prix de référence devrait permettre de réaliser des économies en faveur de l'AOS. Le montant de ces économies dépend toutefois de la forme retenue. Pour des raisons politiques, une introduction progressive pourrait s'imposer.

!! M23 Adapter la marge relative à la distribution

Objectif

L'adaptation de la marge relative à la distribution réduit les incitations indésirables lors de la remise et de la vente de médicaments, ce qui permet d'accroître la part des médicaments moins chers, en particulier des génériques.

Le réexamen et l'actualisation de certains paramètres entrant en ligne de compte pour le calcul de la part relative à la distribution doivent par ailleurs permettre des économies de plusieurs millions de francs.

Description

La part relative à la distribution correspond à la différence entre le prix de fabrique (PF) et le prix public (PP), hors TVA, des médicaments figurant sur la liste des spécialités (LS). Elle rémunère les prestations logistiques du fournisseur de prestations et des grossistes. Pour les médicaments qui ne sont remis que sur prescription, elle se compose d'une prime relative au prix et d'une prime par emballage. La part relative à la distribution n'a pas changé depuis des années et certains paramètres pris en compte dans son calcul (par ex., le niveau des taux d'intérêt) devraient être actualisés. Une telle mise à jour devrait permettre de réaliser des économies de l'ordre de plusieurs millions de francs. Du fait de la prime relative au prix, les modalités actuelles de formation de la part relative à la distribution incitent à remettre des médicaments plus onéreux. Une adaptation devrait conduire à augmenter la part des médicaments moins chers, en particulier des génériques. Il est généralement recommandé d'adopter pour la marge relative à la distribution un système d'indemnité forfaitaire, ce qui permet d'éviter les incitations erronées.

La propharmacie (SD) en soi n'est pas remise en question pour l'heure. Une étude réalisée sur mandat de l'OFSP a mis en évidence que les coûts globaux dans les cantons admettant la propharmacie ne sont pas plus élevés que dans les autres (Trottmann et al. 2010). La propharmacie assurée par les médecins est autorisée dans 14 cantons germanophones avec des restrictions minimales ; elle est cependant interdite dans tous les cantons romands et dans le Tessin.

Destinataires et besoins législatifs

La mesure concerne essentiellement les pharmaciens, mais aussi les grossistes, les médecins, les hôpitaux ainsi que, dans une moindre mesure, les drogueries.

Sa mise en œuvre nécessiterait une modification de l'OPAS. En outre, l'OFSP devrait redéfinir l'ensemble des prix de la LS par voie de décision.

Appréciation

La mesure vise à améliorer l'économicité du système de santé en éliminant l'incitation indésirable à remettre des médicaments plus onéreux même lorsqu'il existe une alternative meilleur marché. L'adaptation de certains des paramètres pris en compte dans le calcul de la part relative à la distribution doit également permettre de réaliser des économies.

La modification de la marge relative à la distribution va de pair avec les deux autres mesures dans le secteur des médicaments, qui visent la promotion et la baisse du prix des génériques.

Expériences à l'étranger

En Allemagne, les médicaments sont remis pour l'essentiel par les pharmacies et les assurances-maladie. La pharmacie chez les médecins est marginale. Le montant de référence de la plupart des instruments réglementaires est le *Herstellerabgabepreis* (HAP), librement choisi par l'entreprise pharmaceutique. Les marges dans la suite de la chaîne de commercialisation des grossistes et des pharmacies sont réglementées, de telle sorte que le prix de vente pratiqué par les pharmacies (*Apothekenabgabepreis*) peut être calculé sur la base du HAP si ce dernier est connu. Les rabais au sein de la chaîne de commercialisation, par exemple de l'entreprise pharmaceutique au grossiste ou du grossiste à la pharmacie, ne sont possibles que de manière très limitée, afin de prévenir les effets contraires tels que la demande induite par l'offre. Outre la régulation de la chaîne de commercialisation, il existe un réseau dense d'instruments, dont certains se recoupent, visant à contrôler les prix indirectement et directement.

La loi octroie à l'assurance-maladie obligatoire un rabais de 7 % sur le HAP pour les médicaments remboursables brevetés et non soumis au système de montant fixe. Ce rabais est payé par les pharmacies, l'entreprise pharmaceutique étant tenue de rembourser. Le rabais fabricants pour les génériques qui ne sont pas soumis au système de montant fixe est de 16 %, de 10 % pour les génériques qui sont soumis à ce système et les génériques soumis au système de montant fixe dont le prix est inférieur de 30 % au montant fixe sont exonérés du rabais.

En plus du rabais fabricants, les entreprises pharmaceutiques sont soumises depuis le 1^{er} août 2009 à un moratoire sur les prix qui est régulièrement reconduit. Bien qu'autorisées à augmenter leurs prix, elles sont toutefois tenues d'accorder aux assurances-maladie un rabais équivalant à la différence avec le prix au 1^{er} août 2009.

Aux Pays-Bas, les pharmacies reçoivent un forfait par prescription et ont la possibilité d'obtenir un remboursement pour certaines prestations autres que la remise de médicaments enregistrés (services de garde, activités en lien avec le respect des réglementations, informations aux patients, etc.). Cependant, jusqu'à maintenant de telles prestations n'ont que rarement fait l'objet de contrats chez les assureurs. Jusqu'en 2012, les hôpitaux étaient remboursés séparément et sans risque pour les médicaments coûteux.

Conclusion

L'adaptation de la part relative à la distribution s'inscrit dans la continuité des autres mesures visant à encourager la remise de médicaments moins onéreux et de génériques. On peut s'attendre à ce que la mise en œuvre de cette mesure entraîne des économies à moyen terme. La mise à jour de certains paramètres pourrait en outre permettre des économies à court terme.

M24 Imposer aux pharmaciens et aux médecins propharmaciens de remettre des génériques**Objectif**

En présence de prescriptions de préparations originales, les pharmaciens sont tenus de remettre des génériques moins onéreux si le médecin n'a pas exclu une substitution pour des raisons médicales. Ils doivent remettre les génériques les moins chers fixés par l'assureur (sur le modèle allemand). Cette obligation doit également s'appliquer aux médecins propharmaciens.

Description

Les pharmaciens peuvent d'ores et déjà remettre un générique à la place d'une préparation originale prescrite. Ils n'y sont toutefois pas tenus. Lorsque les assurés s'opposent à ce genre de substitution, en particulier, les pharmaciens peuvent aussi remettre la préparation originale plus coûteuse. Actuellement, les médecins propharmaciens ne sont pas non plus obligés de remettre des génériques. Les assurés qui achètent ou reçoivent la préparation originale ou un générique plus cher que le générique moins coûteux doivent participer aux coûts du médicament à hauteur de 20 % (quote-part différenciée). La mesure proposée prévoit que le pharmacien ou le médecin propharmacien soit tenu de remettre le générique moins cher imposé par l'assureur à la place de la préparation originale, pour autant que cette dernière ne soit pas explicitement nécessaire pour des raisons médicales.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse aux pharmaciens et aux médecins propharmaciens, qui seraient tenus de la mettre en œuvre et verraient leur liberté de choix limitée, mais aussi aux assurés, dont la liberté de choix serait également restreinte.

Pour mettre en œuvre la mesure, il conviendrait d'adapter l'art. 52a LAMal de telle sorte qu'en lieu et place de la formulation actuelle « peut remplacer », soit inscrite une obligation de substituer à la préparation originale ou au générique plus cher le générique meilleur marché prévu par l'assureur pour le remboursement.

Appréciation

On constate qu'en Suisse, de nombreuses préparations originales sont encore remises malgré la disponibilité de génériques moins coûteux. Les mesures mises en œuvre à ce jour, telles que la hausse de la participation des assurés aux coûts des préparations originales plus onéreuses, ont eu un effet limité. Même des préparations originales avec une quote-part augmentée à 20 % se vendent encore très fréquemment. D'autre part, les génériques sont considérablement plus chers en Suisse que dans les pays de référence. Cette mesure pourrait, d'un côté, entraîner une augmentation de la part des génériques et, de l'autre, promouvoir les génériques meilleur marché. Les entreprises pharmaceutiques titulaires d'autorisation seraient par ailleurs obligées de proposer leurs génériques à un prix avantageux pour qu'ils soient pris en charge par les assureurs. D'un point de vue économique, une mesure de ce type devrait renforcer la concurrence entre les titulaires d'autorisation.

Aussi bien les pharmaciens, les médecins propharmaciens que les assurés connaîtraient une limitation de leur liberté de choix concernant les médicaments qu'ils souhaiteraient remettre ou obtenir. Une seule exception à la substitution subsisterait, pour le cas de figure où un médecin prescrirait explicitement la préparation originale pour des raisons médicales. Cette mesure suppose un niveau de confiance élevé de la part des assurés à l'égard de la qualité et de l'interchangeabilité des génériques. En effet, selon le niveau des prix, il ne sera pas toujours possible de se procurer le même médicament. Les fournisseurs de prestations devraient donner aux assurés les explications nécessaires lors de la remise d'un

nouveau médicament et les informer qu'il ne s'agit pas d'un médicament à prendre en plus, faute de quoi des cas de surdosage pourraient survenir.

Expériences à l'étranger

L'Allemagne a adopté une obligation de substitution, qui pose le principe selon lequel le pharmacien est tenu de remettre l'un des trois génériques les moins chers. Cependant, compte tenu des contrats prévoyant des rabais conclus entre les assureurs et les fabricants de produits pharmaceutiques, les pharmaciens doivent en premier lieu remettre le médicament remboursé par l'assureur. Cette mesure a entraîné, outre l'introduction d'un système de montant fixe, une augmentation de la part des génériques.

Conclusion

L'obligation de substitution est une mesure complémentaire à l'instauration d'un système de prix de référence. On a pu constater dans d'autres pays européens que la substitution obligatoire constituait à elle seule une mesure d'accompagnement appropriée dans le cadre de l'introduction d'un tel système pour promouvoir la remise de génériques et, de ce fait, réaliser des économies.

La mise en place d'un système de prix de référence (cf. « M22 Introduire un système de montant fixe / système de prix de référence ») implique que, dans les faits, il importe peu aux assureurs que le médicament remis soit onéreux ou bon marché, puisque dans le cadre de l'AOS, ils sont seulement tenus de rembourser le prix de référence, et que celui-ci est identique pour tous les médicaments d'un même groupe. Ce sont les assurés qui devraient prendre à leur charge une éventuelle différence avec le prix public effectif. Notons qu'un avantage consenti par certains assureurs au niveau du remboursement pour les génériques peu onéreux, comme le prévoit la proposition, pourrait cependant, selon le système retenu, entraîner une baisse des prix de référence.

5.5.4 Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification

!! M25 Maintenir la structure tarifaire à jour

Objectif

À l'instar de la structure tarifaire SwissDRG pour les prestations hospitalières stationnaires fournies dans le domaine des soins somatiques aigus, la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires TARMED doit être adaptée chaque année par le Conseil fédéral. L'objectif est de ramener à des proportions raisonnables l'accroissement du volume des prestations médicales en cabinet et dans les services ambulatoires des hôpitaux. Pour y parvenir, le Conseil fédéral a toutefois besoin de données. Il faut par conséquent imposer aux partenaires tarifaires de lui fournir des données y compris pour le domaine ambulatoire.

Description

Le Conseil fédéral dispose en principe de deux compétences subsidiaires s'agissant des structures tarifaires pour les tarifs à la prestation : l'une portant sur la fixation de structures conformément à l'art. 43, al. 5, LAMal et l'autre sur la modification de ces dernières, en vertu de l'art. 43, al. 5bis, LAMal. Ces deux compétences s'appliquent à toutes les structures tarifaires uniformes sur le plan suisse. Le 20 juin 2014, en adoptant l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), le Conseil fédéral a fait usage pour la première fois de la compétence qui lui est conférée par l'art. 43, al. 5bis, LAMal et a adapté la structure tarifaire TARMED. Cette ordon-

nance est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014. Une consultation est en cours concernant une modification de l'ordonnance visant à adapter à nouveau la structure TARMED et, par la même occasion, à l'instaurer dès le 1^{er} janvier 2018 comme structure tarifaire uniforme pour les prestations médicales dans toute la Suisse. Les nouveautés visent à permettre de réaliser des économies à hauteur de plusieurs centaines de millions de francs et à apporter de ce fait une contribution importante à l'endiguement des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Étant donné qu'un tarif à la prestation incite à fournir le plus grand nombre de prestations possible, on peut craindre que le corps médical compense, du moins en partie, les économies prévues par une augmentation du volume de prestations. L'idée de la présente mesure, dans le but de remédier à ce problème, est que le Conseil fédéral ajuste tous les ans la structure tarifaire en faisant usage de sa compétence subsidiaire et en tenant compte de l'évolution du volume de prestations observé. Le Conseil fédéral doit faire savoir qu'il actualisera régulièrement la structure tarifaire TARMED et réaliser cet ajustement. L'objectif est d'encourager la volonté de négocier des partenaires tarifaires. Le Conseil fédéral a par ailleurs besoin de données de la part de ces derniers pour adapter régulièrement la structure tarifaire TARMED. En sa qualité d'autorité d'approbation, il peut exiger ces données, mais la base légale n'est pas suffisante pour l'y autoriser en tant qu'autorité d'adaptation ou de fixation. L'initiative parlementaire 17.401 "Maintenance et développement des tarifs" de la CSSS-N prévoit d'imposer aux fournisseurs de prestations et aux assureurs de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à la modification et à l'approbation des tarifs et des prix.

Destinataires et besoins législatifs

La mesure s'adresse au Conseil fédéral et aux partenaires tarifaires.

S'agissant des besoins législatifs, l'obligation de livrer des données nécessiterait une modification de la LAMal.

Appréciation

Le droit en vigueur prévoit que le Conseil fédéral ne peut faire usage de sa compétence pour adapter une structure tarifaire que si celle-ci s'avère inappropriée et que les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une révision. Si ces derniers s'accordent sur une structure révisée propre à être approuvée, une adaptation de la structure tarifaire par le Conseil fédéral n'est plus nécessaire. L'autonomie tarifaire demeure ainsi garantie.

Appliquée de manière systématique, la mesure décrite ci-avant pourrait freiner l'augmentation des prestations facturées selon la structure tarifaire TARMED. Elle créerait en outre une incitation pour les fournisseurs de prestations à s'asseoir à nouveau à la table des négociations avec les assureurs. Il convient toutefois de tenir compte du fait qu'une périodicité trop courte pour les réexamens réalisés par le Conseil fédéral pourrait instaurer dans les faits un système tarifaire fédéral et évincer les partenaires tarifaires.

Conclusion

Une application systématique de la mesure pourrait contribuer à freiner l'augmentation des volumes de prestations. Elle constitue toutefois une ingérence forte dans l'autonomie des partenaires tarifaires. Il convient par ailleurs de noter qu'elle présente certaines interactions avec d'autres mesures.

Si une organisation tarifaire nationale venait à être instaurée (mesure « M34 Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG) »), laquelle aurait à l'avenir la compétence pour élaborer et développer ainsi que pour adapter et gérer les structures tarifaires pour les tarifs à la prestation, le Conseil fédéral ne serait très probablement plus amené à adapter régulièrement la structure tarifaire TARMED.

La fixation d'un plafond global pour la hausse des coûts dans le domaine ambulatoire (cf. chap. 5.2 Instauration d'un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS) augmenterait la pression politique sur les partenaires tarifaires de manière à ce qu'ils adaptent et mettent à jour régulièrement la structure tarifaire TARMED.

Si, eu égard à l'augmentation constatée des coûts et des volumes de prestations, le Conseil fédéral procédait à une adaptation subsidiaire de la structure tarifaire TARMED, il serait également possible dans ce contexte de prendre en compte la synthèse des positions tarifaires (mesure « M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire »).

M26 Instauration d'un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire

Objectif

Élaborer un catalogue d'interventions à pratiquer à l'hôpital en ambulatoire, interventions qui sont aujourd'hui encore réalisées majoritairement en stationnaire et dont il a été prouvé qu'elles sont avantageuses pour les patients tout en étant plus économes en ressources (Lemos et al 2006 : 24 ss). Ces prestations doivent être financées par les cantons et les assureurs selon la même clé de répartition que les prestations stationnaires. Cette mesure poursuit un double objectif : elle vise d'une part à permettre le traitement adéquat des patients qui bénéficient d'un traitement ambulatoire en hôpital et, d'autre part, à éliminer les différences de tarification et de financement entre des prestations identiques fournies à l'hôpital en ambulatoire ou (en cas de nécessité médicale) en stationnaire et à permettre une utilisation appropriée des ressources, ce qui permet de diminuer les coûts.

Description

La description de la mesure concorde avec celles des mesures « M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaires vers l'ambulatoire)» et «M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire ». Lorsque, dans le régime stationnaire, en plus de la tarification forfaitaire, le financement des prestations en hôpital de jour et en stationnaire s'effectue selon le même principe, le processus de transfert chez le même prestataire est plus juste en termes de financement. En d'autres termes, pour un financement égal par les cantons et les assureurs, les principes suivants s'appliquent :

- la liste à élaborer comprend les prestations fournies à l'interface entre le domaine hospitalier ambulatoire et le domaine stationnaire et présentant un haut potentiel de transfert ;
- de même que les prestations stationnaires, ces prestations sont attribuées par les cantons aux établissements figurant sur la liste des hôpitaux, dans le cadre de contrats de prestations. Les contrats de prestations sont assortis de conditions en matière d'assurance de la qualité et de monitoring.

La mesure doit aussi être appliquée dans les cliniques psychiatriques et les cliniques de réadaptation, où le potentiel de transfert est également considérable.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse à la Confédération, aux cantons, aux fournisseurs de prestations, aux sociétés de discipline médicale et aux assureurs.

Selon le droit en vigueur, on ne peut procéder à un traitement stationnaire que lorsque le besoin d'être hospitalisé est avéré et que les critères EAE sont remplis. Afin de conférer encore davantage de poids

à la règle existante, il conviendrait de procéder à une adaptation de l'OPAS en vue de l'élaboration de la liste des prestations. Le financement identique des prestations fournies en hôpital de jour nécessiterait une modification de la LAMal.

La forfaitisation de la prestation est effectuée par les partenaires tarifaires et les cantons dans le cadre de SwissDRG SA. La société anonyme devrait pour ce faire élargir le but indiqué dans ses statuts de manière à ce que les prestations en hôpital de jour puissent être incluses dans les structures tarifaires SwissDRG, Tarpsy (structure tarifaire pour la psychiatrie) et ST Reha (structure tarifaire pour la réhabilitation).

Appréciation³⁴

L'intégration de forfaits ambulatoires, aussi appelés *One-Day-DRG* ou *Zero-Night-DRG*, dans la structure tarifaire SwissDRG et des hospitalisations de jour dans Tarpsy pour l'indemnisation des cas traités à l'hôpital en ambulatoire/en hospitalisation de jour dans les hôpitaux et les cliniques permettrait à l'avenir de prendre en compte les prestations concernées et leurs différents éléments de coûts dans la détermination du prix. Elles pourraient ainsi être remboursées selon les mêmes principes de calcul, indépendamment du fait qu'elles aient été fournies en ambulatoire ou en stationnaire. Cette mesure permettrait d'éliminer une incitation inopportune : aujourd'hui, les différents niveaux d'indemnisation et, de ce fait, la contribution à la couverture des coûts de l'hôpital sont déterminants dans le choix de la forme de traitement, ambulatoire ou stationnaire. Le but est que cette décision se fonde uniquement sur des critères médicaux. Le cofinancement de ces prestations par les cantons accroît la cohérence en terme de financement pour les prestations identiques fournies en ambulatoire ou en stationnaire par le même prestataire. La répartition du financement entre canton et AOS est, en fin de compte, une question de politique financière et de répartition, c'est-à-dire qu'il s'agit de décider si la clé actuellement appliquée de 55:45 (art. 49a LAMal) doit être maintenue ou légèrement revue, en fonction du transfert de volumes de prestations estimés, de sorte que ce transfert n'ait pas d'incidence sur la répartition actuelle des charges.

SwissDRG est la seule organisation existante et fonctionnelle au sein de laquelle les partenaires tarifaires et les cantons sont conjointement représentés et peuvent discuter de la tarification de ce type de prestations ambulatoires (à l'interface ambulatoire-stationnaire). Il est donc judicieux que SwissDRG traite cette question.

En revanche, il n'existe pas encore de système tarifaire avec des forfaits uniformes sur le plan suisse en ce qui concerne la réadaptation. Celui-ci n'est qu'en cours d'élaboration. S'agissant de la psychiatrie, il reste des questions de définitions à éclaircir avant de pouvoir définir des forfaits ambulatoires.

Conclusion

Un certain nombre de fondements et de travaux allant dans le sens de cette mesure sont déjà mis en œuvre, lancés ou à l'étude dans les cantons, à la Confédération et au sein de SwissDRG. Le financement identique délimité proposé ici devrait rencontrer une opposition moins forte qu'un financement identique pour toutes les prestations LAMal et, par conséquent, avoir des chances considérables de se concrétiser.

³⁴ Voir aussi les appréciations des mesures M07 et M15.

5.6 Mesures nouvelles nécessitant des adaptations législatives

5.6.1 Mesures visant à éviter les incitations inopportunes

!! M27 Imposer un système de gatekeeping

Objectif

Le gatekeeping consiste à attribuer aux assurés un premier interlocuteur dans le système de santé. Avec la coordination des soins qui y est liée, ce dispositif doit permettre d'augmenter l'économicité, par exemple en évitant des examens inutiles ou à double le long de la chaîne de traitement.

Description

Le gatekeeper est le premier interlocuteur des assurés et joue ainsi un rôle prépondérant pour la prescription et la coordination de traitements ultérieurs. Il s'agit généralement d'un médecin de premier recours, qui garde une vue d'ensemble sur les mesures médicales et paramédicales concernant son patient. Il peut donc le suivre tout au long de la chaîne de traitement et remplit une fonction de supervision. Par ailleurs, le gatekeeping est fortement lié aux soins intégrés. Grâce à une meilleure acceptation réciproque, la frontière entre médecine générale et médecine spécialisée devrait s'atténuer et être perçue dans le sens d'une collaboration entre les deux types de professionnels. Il faut rappeler que les problèmes de coordination et les doublons engendrent des coûts considérables.

La promotion du gatekeeping devrait si possible s'opérer par des incitations positives. Considérant que le peuple a refusé le 17 juin 2012 le projet de réseaux de soins "Proposition Managed Care", il ne semble pas opportun d'imposer ce dispositif à tous les assurés. À l'heure actuelle, il existe déjà des modèles qui limitent le choix des fournisseurs de prestations en contrepartie d'un rabais de prime. Ces modèles sont très appréciés, comme le montre leur constante progression : en 2015, 63,6 % des assurés y étaient soumis (Forum Managed Care 2015). Les modèles sont toutefois très différents les uns des autres et 24,8 % des assurés avaient opté pour une variante « médecin de famille » ou « HMO », celles dont le fonctionnement se rapproche le plus du gatekeeping. Si ce pourcentage est en augmentation, la progression est moins forte que pour les autres modèles. Il serait judicieux d'inscrire dans la LAMal de nouvelles incitations spécifiques pour les assurés.

Destinataires et besoins législatifs

La mesure s'adresse en priorité aux assureurs, qui peuvent offrir des modèles limitant le choix du médecin. Le législateur serait concerné s'il s'agissait de fixer des obligations ou de définir un cadre favorable aux incitations positives.

Appréciation

Le gatekeeping permet de piloter la prise en charge de manière efficace et efficiente. De même que dans les soins intégrés, il serait crucial d'assurer une coordination et un traitement d'excellente qualité.

Expériences à l'étranger

En Allemagne, le gatekeeping est désigné par l'expression « prise en charge centrée sur le médecin de famille » (*hausarztzentrierte Versorgung*). Cet instrument est bien ancré dans les soins intégrés (*managed care*). Pour participer à ce modèle, les médecins de famille doivent disposer de qualifications particulières. Ils ont l'obligation de participer à des cercles de qualité officiels consacrés aux traitements

médicamenteux. Ils doivent également suivre des lignes directrices fondées sur des preuves et éprouvées dans la pratique et qui ont été élaborées pour la prise en charge dans la médecine de famille (ÄrzteZeitung 2009).

Dans les années 2000, la France a instauré un système de gatekeeping facultatif dans le but de maîtriser les coûts des soins ambulatoires. Les patients désignent un soignant ou un médecin de premier recours appelé « médecin traitant », avec lequel ils passent un contrat. Il peut aussi s'agir d'un spécialiste. Le médecin traitant assure une prise en charge de base appropriée et remplit la fonction de gatekeeper en guidant les patients dans le système de santé. S'ils souhaitent une consultation spécialisée, les patients ont besoin d'un bon de délégation de leur médecin traitant. Ils restent néanmoins libres de s'adresser au spécialiste de leur choix.

La participation à ce système se fait sur une base volontaire, tant pour les patients que pour les médecins, et plus de 85 % de la population a un médecin traitant. La majorité des incitations s'adressent aux patients plutôt qu'aux médecins. La part remboursée par l'assurance-maladie obligatoire passe de 70 à 30 % pour les personnes qui n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Aux Pays-Bas, le gatekeeping est obligatoire. Les patients peuvent choisir librement parmi tous les médecins et tous les fournisseurs de prestations disponibles, mais doivent impérativement être envoyés chez un spécialiste par leur médecin de premier recours.

Conclusion

Le gatekeeping constitue un instrument des soins intégrés et peut contribuer à une prise en charge efficace. Les expériences faites à l'étranger montrent que ce système nécessite, d'une part, qu'il existe des incitations pour participer au système et, d'autre part, que les fournisseurs de prestations qui assument la fonction de gatekeeper disposent des compétences nécessaires. Grâce à une meilleure acceptation réciproque, la frontière entre médecine générale et médecine spécialisée devrait s'atténuer et être perçue dans le sens d'une collaboration entre les deux types de professionnels, car, une fois encore, les problèmes de coordination et les doublons engendrent des coûts considérables.

S'il est vrai que les modèles qui restreignent le choix des fournisseurs de prestations pourraient progresser sur une base volontaire, il serait judicieux, compte tenu des avantages décrits, de faire considérablement augmenter le recours au gatekeeping, raison pour laquelle il faut aussi conduire des démarches à caractère obligatoire "M27, Imposer un système de gatekeeping".

Cette mesure présente en particulier une interaction avec la mesure « M10 Renforcer les soins coordonnés », mais aussi avec le catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées et la mesure « M18 Introduire une obligation de contracter différenciée ».

!! M28 Empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires

Objectif

Limiter les tarifs des prestations remboursées par les assurances complémentaires et empêcher les tarifs abusifs.

Contexte

La problématique des tarifs des prestations prises en charge par les assurances complémentaires est liée à celle de la tarification excessive en général. Le mode de financement de l'hôpital et/ou la rémunération du chirurgien sont en effet susceptibles de créer un système d'incitation qui conduit à effectuer un plus ou moins grand nombre d'interventions. La somme perçue par l'hôpital pour un traitement fait

aussi partie du système d'incitation. Lorsqu'ils soignent des patients couverts par une assurance complémentaire, les hôpitaux reçoivent des indemnités pour les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'AOS. Or ils sont souvent bien mieux rémunérés pour ces prestations que lorsqu'ils traitent des patients qui ne disposent que de l'assurance de base. D'un point de vue économique, il est donc plus intéressant de traiter des assurés au bénéfice d'une complémentaire et l'incitation est plus forte pour les hôpitaux de multiplier ce type de traitements ou de prescrire des traitements inutiles. Les tarifs des prestations relevant des assurances-maladie complémentaires ne sont pas soumis à autorisation³⁵.

Cela étant, le Surveillant des prix a la compétence d'intervenir dans le domaine des tarifs des prestations hospitalières prises en charge par les assurances complémentaires. Une enquête préalable est actuellement en cours à ce sujet dans les centres hospitaliers régionaux du canton de Berne³⁶.

Description

L'objectif est de limiter l'incitation des hôpitaux à fournir un nombre excessif de prestations dans le secteur stationnaire pour les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, en empêchant les tarifs abusifs.

La question est toutefois de savoir s'il est possible de limiter les tarifs relatifs au domaine de l'assurance complémentaire en imposant aux partenaires tarifaires des accords contraignants contre les tarifs abusifs. La Commission de la concurrence (COMCO) a estimé que les conventions tarifaires conclues entre des associations de fournisseurs de prestations et des assureurs – c'est-à-dire à un niveau collectif – dans le domaine de l'assurance complémentaire constituaient des restrictions illicites à la concurrence (Cf. par ex. WEKO 1997 et WEKO 2001). Dès lors, une réglementation au niveau des organisations est impossible. En revanche, il est possible que les assureurs passent une convention contre les tarifs abusifs avec un fournisseur de prestations en particulier.

Il existe plusieurs options pour atteindre cet objectif :

- a) Définir un coefficient maximal entre le remboursement effectué par l'AOS et le remboursement des prestations prises en charge par les assurances complémentaires dans le cadre d'un traitement stationnaire. Cette solution permettrait de mieux lier le remboursement de ces prestations à celui des prestations assurées par l'AOS.
- b) Assujettir les tarifs relevant de l'assurance-maladie complémentaire à approbation obligatoire.
- c) Renforcer l'intervention du Surveillant des prix.

Destinataires et besoins législatifs

- a) L'option « ratio maximal entre le remboursement de l'AOS et celui des assurances complémentaires » s'adresse en priorité à l'Assemblée fédérale, le ratio devant être inscrit dans la loi. Le besoin législatif est indiscutable. Cette variante pourrait aussi être mise en œuvre par l'inscription du ratio dans les conventions tarifaires passées entre les assureurs AOS et les fournisseurs de prestations. Dans les deux cas, il faudrait déterminer si cela n'entraînerait pas une restriction illicite de la concurrence dans le domaine des assurances complémentaires.

³⁵ La loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance (loi sur la surveillance des assurances, LSA ; RS 961.01) a notamment pour but de protéger les assurés contre les risques d'insolvabilité des entreprises d'assurance et contre les abus (art. 1, al. 2). La loi ne prévoit pas de contrôle de l'adéquation du montant des primes. Il s'agit plutôt, d'une part, de garantir la solvabilité des entreprises d'assurance (limite inférieure) et, d'autre part, d'éviter les primes abusives (limite supérieure). Si les primes d'assurance sont donc soumises à approbation, ce n'est pas le cas des tarifs conclus entre les fournisseurs de prestations et les assureurs complémentaires.

³⁶ Cf. Newsletter 3/15 du Surveillant des prix, disponible à l'adresse suivante : https://blog.preisueberwacher.ch/file.axd?file=2015%2f6%2fNewsletter_03_15_f.pdf

- b) Le destinataire principal de l'option « approbation obligatoire » est l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). Cette option ne peut être mise en œuvre qu'en modifiant la loi, car la FINMA devrait alors approuver non seulement les primes, mais aussi les tarifs. Une fois encore, il faudrait définir si cette mesure serait conforme à la législation sur la concurrence.
- c) La dernière option s'adresse en priorité au Surveillant des prix, à qui il faudrait alors allouer les ressources nécessaires.

Appréciation

Réduire les tarifs des traitements stationnaires pris en charge par l'assurance complémentaire – et donc les remboursements – peut se répercuter de manière positive sur les coûts à la charge de l'AOS dans la mesure où cette diminution provoquerait une baisse du nombre des traitements. Elle pourrait également contribuer à réduire les capacités stationnaires, ce qui serait positif. Par ailleurs, la diminution des tarifs aurait un impact sur les revenus des hôpitaux, en particulier sur le budget des établissements qui traitent un grand nombre de patients disposant d'une assurance complémentaire. Pour certains experts du groupe de travail, l'AOS est un secteur déficitaire pour les hôpitaux, qui le subventionnent de manière détournée par le biais des revenus issus de l'assurance complémentaire. Une baisse des tarifs les empêcherait de continuer à procéder ainsi. La baisse de leur capacité bénéficiaire entraînerait, toutes choses égales par ailleurs, une diminution des moyens disponibles pour les investissements et l'innovation. En d'autres termes, ces hôpitaux devraient améliorer leur efficacité, comme y parviennent visiblement d'autres hôpitaux. Ce phénomène s'inscrit dans la logique des forfaits par cas et de l'évaluation comparative (benchmarking).

Au niveau social, la diminution des coûts dans le domaine de l'assurance complémentaire aurait un effet positif sur le montant des primes, pour autant que les assureurs en fassent bénéficier les assurés. La baisse de la somme totale allouée aux remboursements des prestations hospitalières stationnaires devrait également se traduire par une diminution des primes de l'assurance de base, à moins que cette baisse soit compensée par des transferts vers le domaine ambulatoire.

Conclusion

En empêchant les tarifs abusifs dans le domaine de l'assurance complémentaire, c'est-à-dire les remboursements trop élevés des traitements stationnaires, et en donnant l'impulsion à une baisse des traitements à l'hôpital, on permet de faire baisser les coûts assumés par l'AOS et par les cantons, qui tous deux participent au financement des traitements stationnaires des patients couverts par une assurance complémentaire.

En raison du cofinancement par l'AOS des prestations stationnaires, cette mesure est indirectement liée aux mesures visant une prise en charge adéquate (cf. catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées du chap.5.4.3). Les options a) et b) peuvent être combinées avec l'option c).

5.6.2 Mesures dans le secteur des médicaments



M29 Introduire le principe du prix avantageux

Objectif

Il faut inscrire dans la LAMal le principe du prix avantageux pour la formation du prix des médicaments. Il est possible de réduire les coûts en ne retenant que le plus petit des deux résultats obtenus par la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et par la comparaison thérapeutique.

5.6 Mesures nouvelles nécessitant des adaptations législatives / **Mesures dans** le secteur des médicaments

Description

En vertu de l'art. 65b, al. 5, OAMal, les deux critères pour la formation des prix – la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et la comparaison thérapeutique – sont pondérés à parts égales depuis le 1^{er} mars 2017. Dès lors, un médicament peut soit être proposé en Suisse à un prix plus élevé que dans les pays de référence (lorsque le prix est tiré vers le haut par la comparaison thérapeutique), soit être plus cher qu'un traitement comparable sans que cela se justifie par une meilleure efficacité (lorsque le prix est tiré vers le haut par la comparaison avec l'étranger). Cette situation est en contradiction avec l'art. 43, al. 6, LAMal, selon lequel les autorités doivent veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. En effet, il n'est pas justifié que le prix d'un traitement augmente en raison de l'introduction d'un nouveau médicament sans plus-value, uniquement parce que ce dernier se vend plus cher à l'étranger. La mesure vise cependant aussi à ce que les médicaments ne soient pas proposés en Suisse à un prix supérieur à celui pratiqué dans les pays de référence. Il convient donc d'éviter de fixer dans la LS un prix plus élevé qu'à l'étranger en se basant sur une comparaison avec des médicaments vendus en Suisse (qui peuvent ne plus avoir été examinés depuis longtemps et dont le prix se fonde parfois sur un ancien cours de change). Ne considérer que le plus petit résultat obtenu à partir des deux critères de formation du prix garantirait le respect des deux critères, car ne pas atteindre un niveau de prix en raison d'une comparaison est toujours économique.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure concerne surtout les entreprises pharmaceutiques titulaires d'une autorisation de mise sur le marché de produits pharmaceutiques, qui devraient accepter que leurs médicaments soient proposés à des prix inférieurs au niveau des pays de référence ou à celui des médicaments de leurs concurrents.

Selon la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt de principe du 14 décembre 2015, 9C_417/2015) et du Tribunal administratif fédéral (notamment C-5488/2012), le cadre légal actuel ne permet pas d'ignorer l'un des deux critères de formation du prix, en particulier la comparaison thérapeutique. Ne pas procéder à une comparaison thérapeutique ou ignorer le prix ainsi obtenu lors de la fixation du prix – parce que plus haut que le résultat atteint par la comparaison du prix avec l'étranger – rendrait l'examen du caractère économique partiel, ce qui n'est pas possible en vertu de la LAMal. Il est donc nécessaire de modifier la loi, qui devrait prévoir que l'analyse du caractère économique repose sur la comparaison thérapeutique et la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, mais que seul le plus bas des deux résultats obtenus influence le prix du médicament.

Appréciation

La suppression du principe de territorialité – également proposée – pourrait contrer le problème de l'éventuel report de l'approvisionnement en nouveaux médicaments innovants en raison d'une trop grande pression sur les prix. Elle permettrait de malgré tout mettre de nouveaux médicaments à la disposition d'une partie de la population suisse. On peut cependant se demander si, dans ces conditions, un assuré qui vit loin des frontières se rendrait à l'étranger pour se procurer un médicament.

Dans le cas où la branche arriverait à faire entendre l'argument selon lequel les prix étrangers se fondent souvent sur les prix suisses, raison pour laquelle il serait important que les prix restent comparativement élevés en Suisse, il serait possible de concrétiser les baisses de prix sous la forme de rabais (comme cela se pratique en Allemagne, où les prix de la liste restent haut, mais où les montants déboursés sont bas).

Conclusion

Introduire le principe du prix avantageux permettrait de réduire les coûts engendrés par les médicaments en Suisse. Afin de produire le plus grand effet possible, la mesure devrait être combinée avec la suppression du principe de territorialité.

M30 Réaliser un examen annuel des prix, de l'efficacité et de l'adéquation des médicaments remboursés

Objectif

D'une part, il faut vérifier chaque année les prix des médicaments inscrits dans la liste des spécialités (LS), afin que les prix en Suisse soient mieux adaptés à ceux pratiqués en Europe. D'autre part, il y a lieu de maintenir un contrôle périodique des critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) pour s'assurer que les médicaments inefficaces ne soient pas remboursés par l'AOS.

Description

L'art. 32, al. 2, LAMal prévoit de réexaminer périodiquement si les prestations prises en charge par l'AOS (donc aussi les médicaments de la LS) remplissent toujours les critères EAE. L'OAMal dispose que les médicaments de la LS font l'objet d'un réexamen tous les trois ans. Cet examen vise à déterminer si des médicaments doivent être radiés de la LS en raison de leur inefficacité ou de leur inadéquation. Les titulaires d'autorisation sont tenus d'informer l'OFSP de toutes les études existantes sur un médicament, tant dans le cadre de la procédure d'admission que pour le réexamen. Ce principe vaut aussi et en particulier pour les études qui n'ont pas permis de mettre en évidence l'efficacité du médicament. Jusqu'à présent, l'industrie pharmaceutique avait tendance à ne pas transmettre ces études, qui ne pouvaient par conséquent pas être suffisamment prises en compte lors de l'examen des critères EAE.

Selon les dispositions de l'OAMal entrées en vigueur le 1^{er} mars 2017, la vérification du caractère économique se fonde sur une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et une comparaison thérapeutique (comparaison de l'efficacité et des coûts par rapport aux autres médicaments disponibles en Suisse). Comme le réexamen intervient tous les trois ans, les changements de prix à l'étranger et les variations des taux de change ne se concrétisent en Suisse qu'avec un décalage. Ainsi, l'industrie pharmaceutique profitera par exemple sur certains produits d'un cours de change EUR/CHF de 1,29 jusqu'en 2019, alors que le taux est depuis longtemps beaucoup plus bas. La mesure proposée vise à ce que le caractère économique soit examiné une fois par an en effectuant au minimum une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger afin que l'AOS puisse plus rapidement bénéficier des changements intervenus à l'étranger ou sur les cours de change. Par ailleurs, il y a lieu de déterminer si le bénéfice d'un médicament doit lui aussi être évalué chaque année. Si tel était le cas, il faudrait procéder à une comparaison thérapeutique tous les ans.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse au Conseil fédéral, en tant qu'autorité compétente pour l'adoption des dispositions d'ordonnance régissant la mise en oeuvre de l'évaluation des critères EAE et le réexamen périodique des médicaments de la LS. La mise en oeuvre de la mesure concerne quant à elle l'OFSP, qui est en charge de ces examens, et l'industrie pharmaceutique, qui y participe.

La publication de tous les résultats de recherche s'inscrit dans l'intérêt non seulement des assureurs-maladie, mais aussi des autorités d'autorisation, qui souhaitent tenir compte de ces informations. Cette volonté explique que des changements sont d'ores et déjà en cours au sujet de l'accès aux résultats de

recherches tant en Suisse qu'au niveau international. La loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH; RS 810.30) exige que les essais cliniques soient enregistrés à l'avance. La loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques (LPth); RS 812.21) révisée (pas encore en vigueur) prévoit, à l'art. 67b nouveau, que le Conseil fédéral peut exiger, compte tenu des réglementations reconnues sur le plan international, que les résultats d'essais cliniques menés en vue de développer un médicament à usage humain soient publiés suite à l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché. Au niveau européen, le nouveau règlement de l'UE du 16 avril 2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain entrera en vigueur en 2018. Il dispose, entre autres, que tous les essais cliniques doivent être enregistrés et leurs résultats, transmis. Toutes les données saisies seront alors automatiquement disponibles sur une base de données européenne accessible au public. Obliger les titulaires d'autorisation à transmettre l'ensemble des résultats de recherches lors des procédures liées à la LS s'inscrit par conséquent dans les efforts menés au niveau international pour rendre publiques les données de recherches. Cette obligation pourrait améliorer l'efficacité des vérifications, en particulier à l'occasion du réexamen triennal des conditions d'admission, lors duquel l'OFSP évalue en même temps plus de 500 médicaments. En outre, cette règle s'appliquerait aussi aux médicaments autorisés depuis longtemps et pour lesquels les études ne seront pas accessibles sur le portail évoqué. De fait l'OAMal doit être modifiée.

La LAMal prévoit de réexaminer périodiquement l'ensemble des critères EAE. Pour que l'examen du caractère économique puisse se limiter à la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, il faut une base légale correspondante dans la loi. C'est le constat dressé par le Tribunal fédéral dans son arrêt de principe du 14 décembre 2015 9C_417/2015. Ensuite, il y aura lieu d'adapter l'OAMal en conséquence.

Appréciation

La partie de la mesure la plus efficace au regard de la maîtrise des coûts dans le secteur des médicaments serait le réexamen annuel du caractère économique par une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. Par ailleurs, analyser le bénéfice d'un médicament à intervalles plus réguliers devrait permettre de contrer les coûts injustifiés des nouvelles possibilités thérapeutiques. Il est en effet courant que le bénéfice d'un médicament ou d'une option thérapeutique soit relativisé après sa mise sur le marché.

La mise à disposition de toutes les études n'entraînerait que rarement un refus d'admission dans la LS ou la radiation d'un médicament, car les études parvenant à des résultats négatifs s'opposent toujours à des travaux aboutissant à des résultats positifs, qui doivent également être pris en compte. Il faudrait donc évaluer les conclusions tirées des différents résultats. Il serait éventuellement possible de restreindre l'utilisation d'un médicament à certains patients au moyen de limitations, afin de s'assurer que ce dernier ne soit utilisé que là où son efficacité a été suffisamment mise en évidence.

Ces dernières années, les médicaments de la LS ont fait l'objet de plusieurs réexamens, ce qui a permis à l'AOS de réaliser d'importantes économies. La baisse du prix des médicaments n'a eu qu'un effet marginal sur l'offre disponible en Suisse. Quelques médicaments ont été retirés du marché – surtout des génériques – et d'autres radiés de la LS.

Outre l'impact financier sur les titulaires d'autorisation, le réexamen annuel aurait un impact financier sur les grossistes, les pharmaciens et les médecins pharmaciens, car la marge du distributeur – et donc le bénéfice tiré de la vente de médicaments – correspond à un pourcentage du prix de fabrique, fixé par l'OFSP, des médicaments inscrits dans la LS.

Conclusion

La mesure qui devrait le mieux permettre de ralentir la hausse des coûts est le passage d'un examen

triennal à un examen annuel. La Suisse n'est pas la seule intéressée à rendre publiques toutes les données de recherche, ce qui explique que des initiatives similaires soient menées au niveau international. Il n'est pas encore possible de savoir si la publication des résultats de recherche négatifs aurait au final des répercussions sur la LS.

M31 Supprimer la prime à l'innovation accordée aux médicaments récemment autorisés

Objectif

Les nouveaux médicaments devraient être admis dans la LS au prix appliqué aux médicaments qui figurent déjà dans la liste. En d'autres termes, il y a lieu de supprimer le supplément octroyé sous forme de prime à l'innovation. Par ailleurs, les anciens médicaments avec un faible bénéfice devraient figurer dans la LS à un prix inférieur, pour autant qu'ils remplissent les critères EAE. S'ils ne répondent plus à ces critères, ils doivent en être radiés.

Description

Si un médicament apporte un progrès thérapeutique important par rapport à un autre médicament, l'OFSP lui octroie une prime à l'innovation pendant quinze ans au plus dans le cadre de la comparaison thérapeutique (comparaison avec d'autres médicaments en Suisse). Généralement, cette prime s'élève au maximum à 20 % du prix du médicament.

La suppression de la prime à l'innovation et la proposition liée de radier de la LS les thérapies existantes présentant un faible bénéfice ou d'en faire baisser le prix auraient pour effet que le progrès thérapeutique (meilleure efficacité, diminution des effets secondaires par rapport aux autres possibilités de traitement) ne jouirait plus d'une rémunération spéciale. Il y aurait cependant toujours une différence de prix par rapport aux thérapies existantes, différence dont profiterait le titulaire de l'autorisation d'un nouveau médicament avec un meilleur bénéfice.

Destinataires et besoins législatifs

La modification s'adresse au Conseil fédéral, qui a prévu dans l'OAMal l'attribution d'une prime à l'innovation. Les autres acteurs concernés sont l'OFSP, qui fixe le prix des médicaments de la LS, et les entreprises pharmaceutiques titulaires d'autorisation, qui entreprennent les démarches pour faire inscrire leurs médicaments dans la LS.

Une modification de l'OAMal serait nécessaire. D'une part, il faudrait supprimer la disposition prévoyant la prime à l'innovation. D'autre part, il faudrait édicter une disposition faisant baisser le prix des médicaments figurant dans la LS dont le bénéfice est faible.

Appréciation

La mesure diminuerait le prix des médicaments en Suisse de manière sporadique. Pour attribuer une prime à l'innovation, il faut qu'un progrès thérapeutique significatif ait été mis en évidence par des études cliniques comparatives. La politique de l'OFSP en la matière est donc très modérée. Ainsi, la mesure n'aurait qu'un faible impact financier, d'autant plus qu'elle n'aurait pas d'effet sur la rétribution de l'innovation à l'étranger. Cette rétribution (qui prend aussi la forme de majoration) continuera d'être importée en Suisse tant que la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger influencera fortement le prix des médicaments en Suisse.

La suppression de la prime à l'innovation et la baisse des prix des médicaments en découlant pourraient avoir pour conséquence que les médicaments soient introduits en Suisse et inscrits dans la LS plus tardivement ou même que le titulaire de l'autorisation renonce à le distribuer en Suisse ou à l'inscrire

dans la LS. Par conséquent, l'approvisionnement de la population suisse serait en danger tant qu'il ne serait pas possible d'obtenir le remboursement par l'AOS des médicaments à l'étranger (cf. M21 Lever le principe de territorialité).

Expériences à l'étranger

Partout dans le monde, le marché des médicaments fonctionne globalement de manière à ce que les nouveaux médicaments efficaces soient plus onéreux que les anciens médicaments moins bons. Mais le prix des anciens médicaments n'est pas pour autant baissé. En Allemagne, les nouveaux médicaments protégés par un brevet sont évalués en fonction du bénéfice qu'ils apportent. En cas de bénéfice additionnel, l'industrie pharmaceutique et les assureurs conviennent d'un prix adéquat. Dans le cas contraire, le médicament est soumis au système du montant fixe, ce qui signifie que son remboursement est limité au montant appliqué pour les médicaments comparables et plus anciens. En France aussi, on évalue d'abord si un médicament apporte un nouveau bénéfice, avant de négocier son prix. Le volume de ventes attendu est également pris en compte dans la fixation du prix.

Conclusion

Cette mesure influence la formation du prix des médicaments et peut, dans certains cas, aboutir à une baisse de prix. Son effet se trouverait renforcé par l'introduction du principe coût-efficacité pour les cas où le prix obtenu par la comparaison thérapeutique est inférieur à celui issu de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (cf. « M29 Introduire le principe d'économicité »). En effet, le nouveau médicament serait admis dans la LS au maximum au prix obtenu par la comparaison thérapeutique, l'éventuelle rétribution de l'innovation à l'étranger n'influençant pas le prix suisse.

La mesure pourrait faire diminuer le chiffre d'affaires des fournisseurs de prestations, en plus de la baisse induite par la mesure « M23 Adapter la marge relative à la distribution », car la marge du distributeur est un pourcentage du prix des médicaments.

M32 Encourager l'importation parallèle de médicaments

Objectif

Il convient d'encourager l'importation parallèle en Suisse de médicaments en provenance du marché intérieur de l'UE (épuisement régional). En effet, l'importation parallèle en provenance de pays où les médicaments sont moins chers permet de réduire les coûts.

Description

Le Parlement a décidé de modifier au 1^{er} juillet 2009 la loi sur les brevets comme suit : « une marchandise brevetée ne peut être mise en circulation en Suisse qu'avec l'accord du titulaire du brevet lorsque, en Suisse ou dans le pays de mise en circulation, le prix de cette marchandise est imposé par l'État » (art. 9a, al. 5, de la loi sur les brevets du 25 juin 1954, LBI ; RS 232.14). Concrètement, cette disposition interdit l'importation parallèle d'une préparation originale tant que la protection découlant du brevet n'est pas échue. Aussi, seuls les médicaments qui ne sont pas protégés par un brevet peuvent être admis dans la LS. Pour être admis, ils doivent en outre être au moins 15 % meilleur marché que la préparation originale suisse. Les médicaments importés en parallèle se trouvent alors en concurrence avec les préparations originales et leurs génériques, généralement moins chers.

Afin de garantir la sécurité des patients, les médicaments importés en parallèle doivent répondre aux mêmes exigences légales que les médicaments autorisés en Suisse. Il conviendrait de supprimer l'obligation de proposer une notice d'emballage en trois langues, ce qui serait toutefois acceptable, parce

que, d'une part, les patients sont suffisamment responsables pour n'acheter que des médicaments dont ils comprennent la notice et que, d'autre part, l'obligation actuelle constitue clairement un obstacle au commerce, comme le montre entre autres le très faible nombre de médicaments importés en parallèle inscrits pour l'heure dans la LS. Comme les médicaments importés en parallèle doivent forcément être meilleur marché, d'importantes économies seraient possibles.

Destinataires et besoins législatifs

Les titulaires d'une autorisation de mise sur le marché seraient les premiers concernés par une modification de la réglementation. Des médicaments alternatifs identiques et plus avantageux arriveraient dans le commerce et gagneraient des parts de marché, en particulier pour les médicaments protégés par un brevet.

Pour que ces derniers puissent être importés puis autorisés par Swissmedic, il faudrait modifier la loi sur les brevets ainsi que la loi sur les produits thérapeutiques dans la mesure où il s'agit de règles de police sanitaire.

Appréciation

Les économies générées par les importations parallèles dépendent des gains que celles-ci permettent de réaliser. En l'absence de concurrence avec les génériques les moins chers, l'importation parallèle devient plus attractive. Il est difficile d'évaluer le niveau d'acceptation de la population suisse vis-à-vis des médicaments importés en parallèle. Les conséquences de cette mesure sont donc très difficiles à estimer.

Conclusion

L'importation de médicaments meilleurs marchés peut générer d'importantes économies, pour autant que la population suisse soit prête à se procurer des médicaments autorisés dans un autre pays. La mise en place d'un système de prix de référence concernerait également les médicaments importés en parallèle dont le principe actif n'est plus protégé par un brevet. Ces médicaments devraient alors, eux aussi, être proposés à un prix qui corresponde au prix de référence, pour que les assurés ne doivent pas payer de supplément. Les règles particulières pour la fixation du prix des médicaments importés en parallèle seraient abrogées.

M33 Introduire un droit de recours

Objectif

Actuellement, seuls les titulaires d'autorisation peuvent recourir contre les décisions de l'OFSP concernant la Liste des spécialités (LS). Afin de créer un équilibre qui permettrait de réduire le coût des médicaments, il y a lieu d'accorder un droit de recours aux assureurs-maladie et à leurs associations pour qu'ils défendent les intérêts des patients.

Description

En vertu de l'art. 48 en relation avec l'art. 50 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021), les titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament peuvent former un recours contre les décisions de l'OFSP devant le Tribunal administratif fédéral. Cette réglementation, qui n'accorde le droit de recourir qu'aux titulaires d'autorisation, peut conduire à ce que le prix de certains médicaments de la LS soit excessif, puisqu'il pèse une menace permanente de litige. Par conséquent, il faut habiliter les assureurs à déposer des recours, afin qu'ils ne soient plus

seulement un agent payeur, mais qu'ils aient un certain pouvoir d'action vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Cette mesure permettrait de soulager l'AOS en n'inscrivant pas dans la LS des médicaments peu efficaces et en faisant baisser les prix. En cas de menace de recours par les assureurs, les titulaires d'autorisation seraient en effet davantage disposés à accepter des prix moins élevés et des limitations importantes, afin d'éviter que le remboursement d'un médicament ne soit repoussé en raison de la procédure de recours. Les possibilités de recours prévues en droit des constructions et de l'environnement (recours des associations) montrent qu'il est possible d'accorder le droit de recourir à des entités qui n'auraient en soi pas de légitimité pour agir. Deux variantes sont possibles.

Variante 1 : accorder aux assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale et à leurs associations le droit de recourir contre toutes les décisions de l'OFSP au sens des art. 64 à 75 OAMal. Ces acteurs pourraient ainsi défendre efficacement les intérêts des assurés dans le domaine des médicaments, qu'il s'agisse de décisions concernant les prix, l'admission dans la LS, la radiation de la LS, l'extension des indications, etc. Une disposition correspondante devrait être ajoutée à l'art. 52 LAMal.

Variante 2 : il serait également possible de mettre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie à armes égales dans le secteur des médicaments en retirant à l'industrie pharmaceutique son droit de recourir. Il faudrait alors publier la liste des médicaments remboursés par les caisses en annexe de l'OPAS, comme c'est l'usage pour la liste des analyses et la liste des moyens et appareils (LiMA).

La variante 1 est préférable à la variante 2, car elle renforcerait la primauté des négociations, inscrite dans la LAMal. Cette solution permettrait pour la première fois aux assureurs, en négociant adroitement avec l'industrie pharmaceutique, d'obtenir des prix et des conditions meilleurs au bénéfice de leurs assurés et de faire appliquer le principe d'économicité inscrit dans la LAMal dans le secteur des médicaments.

Destinataires et besoins législatifs

Cette modification profiterait aux assureurs-maladie et à leurs associations, qui auraient alors la possibilité de s'engager pour que les médicaments qui ne remplissent pas (ou plus) les critères EAE ne soient pas admis dans la LS ou en soient radiés, que les prix baissent et que les limitations ne soient pas fixées de manière trop généreuse. Les titulaires d'autorisation devraient par exemple s'attendre à ce que les assureurs déposent un recours contre les prix qu'ils considèrent injustifiés. L'introduction d'un droit de recours pour les assureurs et leurs associations nécessite de créer une base légale correspondante dans la LAMal, à la manière de ce qui existe pour les conventions tarifaires cantonales, que les assureurs ont le droit de contester.

Appréciation

Les économies dégagées par cette mesure pourraient se compter en dizaines de millions de francs. Permettre non plus uniquement aux entreprises pharmaceutiques de déposer un recours mais aussi aux assureurs ou à leurs associations pourrait faire accepter aux titulaires d'autorisation des baisses de prix ou des radiations de certains médicaments parce qu'ils ne souhaitent pas voir le remboursement de leurs médicaments reporté ou compromettre les chances de leurs nouveaux produits d'être admis dans la LS. Compte tenu de la petite taille de notre pays, il est peu probable que la mesure diminue l'attractivité de la Suisse pour les nouveaux médicaments innovants, d'autant plus le niveau des prix des produits pharmaceutiques y resterait élevé en comparaison internationale, même après l'introduction de ce droit de recours. Par leur effet suspensif, les recours de l'industrie pharmaceutique peuvent aujourd'hui retarder les baisses de prix demandées par l'OFSP et empêcher les radiations nécessaires de la LS. Le droit de recours proposé ici mettrait pour sa part les assureurs en capacité de négocier des compromis avec l'industrie pharmaceutique, qui pourrait par exemple accepter une baisse de prix à condition qu'en contrepartie les assureurs ne s'opposent pas à l'admission rapide d'un médicament

innovant. La communauté des assurés pourrait ainsi plus rapidement bénéficier des économies générées par les baisses de prix. Une alternative à la variante 1 serait de retirer aux titulaires d'autorisation le droit de recourir, en publiant la LS en annexe à une ordonnance, comme c'est déjà le cas pour la LiMA et la liste des analyses (cf. variante 2).

Expériences à l'étranger

Il n'existe pas d'expérience directement comparable à l'étranger. Dans d'autres pays, comme l'Allemagne, les prix des médicaments sont négociés entre les entreprises pharmaceutiques et les assureurs-maladie, ce qui prouve que permettre aux uns et aux autres de lutter à armes égales pour défendre leurs intérêts constitue un moyen efficace de soulager les payeurs de primes.

Conclusion

Les deux variantes recèlent un important potentiel d'économies, permettant toutes deux de placer les assureurs-maladie et l'industrie pharmaceutique sur un pied d'égalité dans le secteur des médicaments, dont les coûts sont importants. La variante 1 est préférable à la variante 2, car elle offrirait aux assureurs la possibilité de défendre les intérêts des patients contre ceux des fournisseurs de prestations dans l'esprit de la primauté des négociations, qui revêt une importance particulière dans la LAMal.

5.6.3 Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification



M34 Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG)

Objectif

Obliger les partenaires tarifaires du domaine ambulatoire à mettre en place une organisation tarifaire qui serait responsable d'élaborer, de développer, d'adapter et d'entretenir les structures tarifaires pour les tarifs à la prestation. Les partenaires tarifaires soumettraient pour approbation au Conseil fédéral les structures tarifaires mises au point par l'organisation et leurs modifications.

Description

En vertu de l'art. 49 LAMal, les parties à une convention sont tenues de convenir pour le remboursement des traitements stationnaires (y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance) des forfaits qui soient liés aux prestations reposant sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Pour remplir cette obligation, les partenaires tarifaires instituent conjointement avec les cantons une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et le maintien des structures.

Il n'existe pas de telle disposition pour le domaine ambulatoire. Il est déjà arrivé que les partenaires tarifaires n'aient pas réussi à s'entendre pour réviser certains tarifs à la prestation (notamment pour les prestations médicales ou de physiothérapie). Aussi, il s'agirait à l'avenir d'obliger les acteurs du domaine ambulatoire à instituer une organisation en charge des structures tarifaires.

Destinataires et besoins législatifs

Destinataires : les partenaires tarifaires du domaine ambulatoire, qui doivent négocier les structures tarifaires à la prestation.

Besoins législatifs : modification de l'art. 43 LAMal.

Appréciation

Une organisation nationale serait instituée pour l'élaboration et le développement des structures tarifaires à la prestation. Selon le droit en vigueur, ces structures doivent être uniformes sur le plan suisse. Les partenaires tarifaires conserveraient la possibilité de facturer leurs prestations selon le tarif au temps consacré ou le tarif forfaitaire au sens de l'art. 43, al. 2, let. a et c, LAMal. En d'autres termes, ils pourraient toujours convenir de valeurs du point dans des conventions séparées. En ce sens, l'autonomie tarifaire des partenaires serait maintenue. Par ailleurs, l'organisation tarifaire ne pourrait remplir ses tâches légales que si les fournisseurs de prestations lui transmettent les données dont elle a besoin concernant les coûts et les prestations.

Confier à une organisation tarifaire l'élaboration et le développement des structures tarifaires à la prestation devrait permettre de réaliser des gains d'efficacité.

Conclusion

La création d'une organisation tarifaire nationale devrait permettre de lever les blocages et d'obtenir des gains d'efficacité. Cette mesure est liée aux propositions « M25 Maintenir la structure tarifaire à jour », « M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire » et « M18 Introduire une obligation de contracter différenciée ». Si la loi disposait à l'avenir que la convention qui fixe les structures tarifaires à la prestation et qui doit être soumise pour approbation au Conseil fédéral doit également prévoir des mesures d'économie, cette dernière tâche pourrait être confiée à l'organisation tarifaire (élaboration de mesures d'économies).



M35 Créer un organe indépendant de contrôle des factures

Objectif

Instituer un organe indépendant de contrôle des factures qui assure une vérification efficace des factures et des critères EAE.

Description

Il faudrait envisager de mettre en place un organe indépendant de contrôle des factures si les assureurs n'arrivaient pas à intensifier leur travail de vérification des factures et du respect des critères EAE et à parvenir à un résultat efficace. L'organe de contrôle s'acquitterait des tâches liées à la vérification des factures sur mandat des assureurs.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse aux assureurs. Ces derniers pourraient par eux-mêmes décider de créer un organe de contrôle commun et indépendant. Dans le cas contraire, l'institution d'un tel organe nécessiterait de modifier la LAMal. Dans les deux situations, il y aurait lieu de déterminer si les questions liées à la protection des données et à la surveillance imposent d'autres modifications législatives.

Appréciation

Effet et efficacité : un organe indépendant de vérification des factures centraliserait les ressources que les assureurs consacrent aujourd'hui au contrôle. L'examen des factures et des critères EAE pourrait être mené plus efficacement et produire de plus grands effets en raison d'économies d'échelle et de l'augmentation du nombre de données disponibles. Ces vérifications comptent parmi les principales tâches des assureurs.

Retombées sociales : les assurés bénéficieraient de cette mesure, car l'organe de vérification contrôlerait les factures de manière plus efficace, permettant ainsi d'allouer plus de ressources au contrôle approfondi des critères EAE. La création de l'organe devrait entraîner une hausse des contestations de factures qui aboutissent et, partant, une augmentation des remboursements dont les fournisseurs de prestations devront s'acquitter. En fin de compte, les primes pourraient donc baisser.

Expériences à l'étranger

En Allemagne, le service médical de l'assurance-maladie (MDK), organisé régionalement, aide les caisses-maladie dans leur activité de vérification des factures. Le MDK est une institution commune des caisses qui proposent l'assurance-maladie publique. Les experts se prononcent de manière indépendante en ce qui concerne l'approche médicale et les soins, mais la décision relative à la prise en charge d'une prestation appartient aux caisses (MDK 2017a, MDK 2017b). « En 2015, le MDK a procédé à 5,85 millions de contrôles, dont plus de 2,5 millions dans le domaine ambulatoire. Ont ainsi été contrôlés près de 15 % des 17 millions d'hospitalisations prises en charge par l'assurance-maladie publique [...]. Dans quasiment 50 % des hospitalisations ayant fait l'objet d'un contrôle, des contestations ont abouti, obligeant les fournisseurs de prestations à procéder à des remboursements. L'association faîtière des caisses d'assurance-maladie obligatoire (GKV-SpiBu) estime que ce contrôle efficace a permis de réaliser 2,3 milliards d'économies en 2013 (soit 3,6 % des dépenses hospitalières) [...] » (Busse et Blankart 2017 : 14).

Conclusion

Sur la base des constats tirés en Allemagne, il est probable que la création d'un organe indépendant de contrôle des factures améliorerait et renforcerait l'examen des factures et des critères EAE (cf. « M09 Renforcer le contrôle des factures » et « M08 Renforcer les HTA »).

M36 Réduire les conflits de gouvernance des cantons

Objectif

Instituer une instance indépendante de fixation et d'approbation des tarifs compétente pour l'ensemble des tarifs cantonaux ou, du moins, pour les tarifs hospitaliers dans le but de réduire les conflits de gouvernance des cantons.

Description

À l'heure actuelle, les cantons cumulent différentes casquettes vis-à-vis des hôpitaux, poursuivant des intérêts contradictoires. En tant que propriétaires de la plupart des établissements, ils assument d'abord le rôle et les obligations de l'employeur, avec ses intérêts propres. Par ailleurs, les cantons constituent l'instance décisionnelle pour la planification hospitalière et la fixation des tarifs des prestations stationnaires et ambulatoires. En même temps, conformément à l'art. 49a LAMal, ils subventionnent les hôpitaux en finançant les prestations stationnaires à hauteur de 55 % au minimum. Les cantons sont encore amenés à faire valoir leurs intérêts dans le cadre de la définition, en application de l'art. 41, al. 1 bis, LAMal, des tarifs de référence pour les hospitalisations hors canton, soit dans les établissements qui ne figurent pas sur leur liste des hôpitaux, mais sur celle du canton où se situe l'hôpital. Enfin, les secteurs ambulatoires des hôpitaux se trouvent d'une certaine manière en concurrence avec les cabinets privés pour les prestations médicales.

Du point de vue de la gouvernance, les cantons ont généralement intérêt à ce que les prix soient élevés. Le conflit de gouvernance qui en résulte peut se traduire non seulement par des coûts de la santé élevés, mais aussi par une distorsion de la concurrence et une limitation indirecte du libre-choix de

l'hôpital.

Afin de remédier à cette situation, il est proposé de créer une instance indépendante de fixation et d'approbation des tarifs. Cette tâche doit revenir à une instance neutre, dont les travaux ne seraient guidés que par l'application des dispositions de la LAMal et de ses ordonnances. Ce changement nécessiterait de retirer aux cantons leur compétence actuelle pour l'attribuer à une autre instance. Il y aurait aussi lieu de doter cette instance de ressources humaines, dont les coûts devraient cependant être inférieurs aux économies envisageables dans la ligne correspondante des budgets cantonaux. Il faudrait par ailleurs prévoir un investissement de départ permettant d'acquérir les connaissances nécessaires.

Le nouvel organe serait compétent pour tous les tarifs – stationnaires et ambulatoires – actuellement administrés en première instance par les gouvernements cantonaux. Aussi, la régulation des tarifs de l'assurance-maladie serait toujours assumée par deux instances : la Confédération (Conseil fédéral, DFI resp. OFSP pour les structures tarifaires et les prix des médicaments, des analyses de laboratoire et des moyens et appareils) et le nouvel organe de fixation et d'approbation des tarifs pour tous les autres tarifs, à savoir ceux qui sont actuellement du ressort des cantons.

La nouvelle instance pourrait prendre différentes formes. Le groupe d'experts propose deux options.

Variante 1 : la solution la plus proche de la situation actuelle consisterait à ce que les cantons eux-mêmes créent une instance indépendante de fixation et d'approbation des tarifs, dans laquelle ils siègeraient. Ce dispositif permettrait aux cantons de se libérer d'éventuels conflits d'intérêts. Cette solution présente le grand avantage de pouvoir mettre à profit une partie des ressources et des connaissances des cantons. Elle comporte toutefois le risque que les cantons ne parviennent pas à s'entendre ou qu'ils se mettent d'accord pour respecter leurs intérêts respectifs à tour de rôle.

Variante 2 : une autre possibilité serait de créer une *commission d'arbitrage présidée par le Surveillant des prix*, dont les membres défendraient l'intérêt général des cantons et, éventuellement, d'autres acteurs (on peut en particulier penser aux assureurs et aux fournisseurs de prestations). Confier la présidence de la commission au Surveillant des prix est pertinent au regard de sa bonne connaissance des tarifs. Il intervient au niveau fédéral et ne poursuit aucun intérêt particulier. La commission d'arbitrage disposerait d'un secrétariat rattaché à la surveillance des prix, qui serait financé proportionnellement par les cantons et, cas échéant, par les autres acteurs siégeant dans l'instance.

Destinataires et besoins législatifs

Cette mesure s'adresse en premier lieu aux cantons et au Surveillant des prix. Elle impliquerait des modifications législatives.

Appréciation

Il n'est, certes, pas possible d'évaluer avec précision l'impact des différents rôles des cantons et des conflits de gouvernance qui en résultent en termes d'efficacité du système de santé. Toutefois, les travaux du Surveillant des prix menés depuis plusieurs années sur les tarifs hospitaliers montrent que les pratiques cantonales en matière de tarifs hospitaliers stationnaires et ambulatoires ont tendance à privilégier les intérêts des hôpitaux aux dépens de ceux des assureurs, ce qui a un impact négatif sur l'évolution des coûts de la santé. D'un point de vue économique, on peut en outre supposer qu'une instance d'approbation des tarifs centrale et indépendante travaillerait avec plus d'efficacité et d'efficacité, à condition de disposer des connaissances nécessaires, de structurer clairement les processus et de leur adjoindre un calendrier contraignant. L'instance d'approbation des tarifs pourrait améliorer l'efficacité du système, en cela qu'elle devrait faire baisser le nombre de recours formés devant le Tribunal administratif fédéral.

Expériences à l'étranger

Il n'existe pas d'expérience comparable à l'étranger, en raison des spécificités de l'organisation fédérale du système de santé suisse et des questions de gouvernance qui en résultent.

Conclusion

Résoudre les conflits de gouvernance au niveau des cantons devrait permettre de contrer leurs effets négatifs sur les coûts de la santé, sur le libre-choix de l'hôpital et sur la concurrence entre hôpitaux, secteurs ambulatoires des hôpitaux et cabinets privés. S'il n'est pas possible de quantifier avec précision l'impact de la mesure sur l'efficacité, l'efficience et la qualité du système de santé, il est probable qu'elle permette de freiner la hausse des coûts. Par ailleurs, il apparaît que les coûts administratifs engendrés par la future instance centrale devraient être inférieurs aux économies qui pourront être réalisées dans les administrations cantonales.

Cette mesure doit être considérée en interaction avec plusieurs autres propositions, au premier rang desquelles :

- M01 Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS (cf. chap. 5.2),
- M14 Effectuer une planification hospitalière au niveau régional,
- M15 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire.

À cette liste s'ajoutent l'admission des hôpitaux en fonction des bonus liés au volume de prestations (« M03 Intégrer les hôpitaux sur la liste des hôpitaux en fonction de la rémunération du personnel interne et du personnel externe (bonus liés au volume de prestations, kickbacks) »), la promotion des soins coordonnés (« M10 Renforcer les soins coordonnés »), le développement de la qualité (cf. « M19 Renforcer la qualité ») et la suppression du principe de territorialité (cf. M21). L'interdépendance des mesures dépendra des formes sous lesquelles elles seront concrétisées. Les éventuels effets secondaires de la mesure dépendront de la variante choisie ; ils devront être étudiés en détail puis traités sur la base de ces examens.

!! M37 Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires

Objectif

Permettre un contrôle direct sur les coûts du domaine ambulatoire en fixant une enveloppe budgétaire maximale.

Description

Les cantons sont aujourd'hui libres de prévoir ou non un budget global pour le domaine stationnaire (art. 51 LAMal). Pour l'heure, les cantons de Genève, du Tessin et de Vaud font usage de cette possibilité. Cette mesure propose de mettre à la disposition des cantons un outil similaire pour l'ambulatoire, consistant à fixer un montant maximal disponible par an et à prévoir des sanctions en cas de dépassement. De même qu'actuellement pour le stationnaire, il appartiendrait aux cantons de décider d'utiliser cet instrument ou pas. L'art. 51 LAMal pourrait être modifié comme suit : « Le canton peut fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux *ou du secteur ambulatoire*. La répartition des coûts selon l'art. 49a est réservée. » Tout comme le mécanisme actuel qui concerne les hôpitaux et les EMS, la mesure devrait être considérée comme complémentaire à l'instauration d'un plafond général contraignant (cf. section 5.2).

Sa mise en pratique pourrait prendre différentes formes et être plus ou moins vaste, intense et détaillée. Il serait par exemple envisageable d'obtenir la valeur du point en divisant le budget cantonal par le nombre de points facturés. Si les prestations facturées par les fournisseurs dépassent le budget, la valeur du point s'en trouverait réduite d'autant. Ce mécanisme pourrait inciter les fournisseurs de prestations à réguler eux-mêmes le volume de prestations jusqu'à un certain point (par ex., en procédant à une comparaison du volume des prestations, des pratiques de facturation et du revenu moyen par discipline, pour identifier les pratiques problématiques) afin de pouvoir conserver leur ancien niveau de revenu. En cas de besoin, l'OFS pourrait collecter et traiter les données nécessaires en collaboration avec les assureurs et les cantons, pour que ces derniers puissent mettre à profit l'instrument. Le mécanisme pourrait être appliqué par fournisseur de prestation ou par groupe de fournisseur de prestations. Une baisse de la valeur du point pourrait amener les fournisseurs de prestations à devoir rembourser les montants facturés en trop. Cet inconvénient peut être évité en utilisant une valeur provisoire inférieure à la valeur du point effective. Le solde en faveur du fournisseur de prestations lui serait versé à la publication de la valeur du point définitive.

Indépendamment du mécanisme de remboursement, il faudrait aussi définir le périmètre des prestations concernées par le budget global (TARMED, analyses de laboratoire, physiothérapie, etc.). Les cantons auraient la possibilité d'exclure certaines prestations du dispositif, afin de ne pas contrecarrer des effets par ailleurs souhaités, comme le transfert de prestations du stationnaire vers le secteur ambulatoire (par ex., chirurgie, dialyse, soins). Tout en veillant à maintenir une adéquation avec les mesures menées dans le domaine stationnaire, les cantons devraient également définir en détail tous les autres aspects (notamment la durée des plafonds et la fréquence de leur renouvellement, l'éventualité d'introduire des différenciations régionales, la prise en compte de l'évolution démographique et du progrès médical, les mesures visant à assurer la qualité, etc.).

Destinataires et besoins législatifs

La mesure s'adresse en priorité aux cantons, qui définiraient son utilisation et les détails de sa concrétisation. Lors de leurs négociations, les partenaires tarifaires sont directement concernés par les règles cantonales. Au fond, ils sont déjà libres de convenir de plafonds pour les dépenses ambulatoires dans le cadre de la négociation des tarifs. La législation actuelle laisse également une grande marge de manœuvre aux cantons, comme l'a souligné la jurisprudence. Le canton de Vaud met par exemple en œuvre une telle mesure pour le secteur hospitalier ambulatoire sur une base volontaire. Lors de son introduction, la structure tarifaire TARMED a *de facto* constitué un plafond, le concept de neutralité des coûts autorisant une hausse maximale des coûts de 5 %.

Une modification législative serait toutefois nécessaire pour renforcer la position des cantons et permettre à ces derniers de fixer y compris dans le domaine ambulatoire des plafonds budgétaires contraignants pour les fournisseurs de prestations. L'art. 51, al. 1, LAMal pourrait notamment être modifié en ce sens.

Appréciation

Le potentiel d'économie de cette mesure est considéré comme très important. Définir un montant maximal disponible n'agit pas uniquement de manière indirecte comme le font d'autres mesures, mais a des répercussions directes sur les coûts. En outre, inclure les prestations ambulatoires dans le périmètre des plafonds cantonaux permettrait d'éviter les éventuels transferts de coûts indésirés du stationnaire vers l'ambulatoire.

La mesure est efficiente. Elle requiert seulement que les cantons affectent quelques ressources (supplémentaires) à l'administration du budget global, auxquelles s'ajouteraient des ressources nécessaires à l'autorégulation des fournisseurs de prestations. Chaque canton pourrait librement décider d'appliquer

ou non la mesure. Grâce au système fédéral, les acteurs pourraient apprendre des expériences menées ailleurs. De plus, ce sont les cantons qui connaissent le mieux les réalités locales et leurs particularités, ce qui permet d'escompter une meilleure acceptation par les fournisseurs de prestations. Ils sont aussi les mieux à même d'identifier et, cas échéant, de contrer une éventuelle rationalisation non souhaitée des traitements ou une baisse de la qualité des soins.

Les patients se déplacent d'un canton à l'autre. Toutefois, les effets secondaires devraient être limités si l'on part du principe que dans le système actuel, une partie des traitements effectués n'est pas nécessaire et que l'autorégulation des prestataires impulsée par le plafond budgétaire conduirait à ce que ces derniers identifient eux-mêmes les traitements inutiles.

La mesure met à la disposition des cantons un outil qu'ils ne sont pas obligés d'utiliser. Cet instrument pourrait aussi déployer son effet sur les coûts par sa simple existence, car la menace d'y recourir pourrait déjà produire une modification dans le comportement des fournisseurs de prestations.

Expériences à l'étranger

L'Allemagne a décidé après quelques années d'abandonner les plafonds pour les budgets alloués au domaine stationnaire, à l'ambulatoire ou aux médicaments, par crainte de voir la prise en charge devenir insuffisante en cas d'augmentation du nombre de patients. Il a aussi été reproché aux budgets prédéfinis de ne permettre aux prestataires de savoir qu'après-coup combien ils seraient rémunérés pour leurs prestations. Pour ces raisons, les tarifs fixes ont été réintroduits en Allemagne, à savoir : un système DRG pour le stationnaire et le dispositif appelé « volume des prestations admises » pour l'ambulatoire. Les tarifs fixes ne sont néanmoins garantis que jusqu'à un certain montant, en lien avec le nombre de patients traités. La gouvernance s'opère donc de nouveau par les tarifs plutôt que par des plafonds budgétaires. Cependant, le prix est implicitement orienté par les partenaires tarifaires de sorte que l'évolution de l'ensemble des coûts suive peu ou prou l'évolution des salaires, afin que le montant des primes reste stable par rapport aux salaires. Si les plafonds budgétaires contraignants ont été abandonnés, il existe toujours un plafond implicite, même s'il n'est pas fixé de manière claire.

Conclusion

Définir un plafond budgétaire est une variante poussée de mise en œuvre d'objectifs budgétaires. Dans le domaine stationnaire, les cantons peuvent déjà prévoir des budgets globaux. Une extension de ce principe au domaine ambulatoire se justifie par rapport aux transferts de prestations et de coûts, mais pas uniquement. Plus généralement, cette mesure doit évidemment être considérée conjointement avec la proposition de fixer un plafond contraignant (M01), même si elle est plutôt complémentaire. La transparence de la prise en charge revêt une importance cruciale pour éviter que les prescriptions budgétaires n'entraînent une baisse de la qualité ou un rationnement des traitements nécessaires du point de vue médical au lieu d'augmenter l'efficacité. Aussi cette mesure entretient-elle des liens étroits avec le renforcement de la transparence (M04). Elle doit en outre être analysée conjointement avec les mesures suivantes :

- M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaires vers l'ambulatoire
- M20 Réduire la demande induite par l'offre
- M26 Instaurer un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire

Il faut encore mentionner la planification hospitalière au niveau régional (M14), l'obligation du système de gatekeeping (M27) et le renforcement de la qualité (M19). L'interdépendance des mesures dépendra des formes sous lesquelles elles seront concrétisées. Les éventuels effets secondaires de la mesure dépendront des modalités de sa mise en œuvre ; ils devront être étudiés en détail par les cantons puis

traités sur la base de ces examens.

5.6.4 Autres mesures

M38 Supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient

Objectif

Supprimer le caractère doublement facultatif de l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP), afin de renforcer les effets positifs de ce dernier sur la qualité des traitements, la sécurité des patients et l'efficacité de la prise en charge.

Description

Entrée en vigueur le 15 avril 2017, la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient (LDEP ; RS 816.1) oblige, par la modification des art. 39 et 49a LAMal, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance à s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'art. 11, let. a, LDEP. Les hôpitaux disposent d'un délai transitoire de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la LDEP (c'est-à-dire jusqu'au 14 avril 2020) tandis que les EMS et les maisons de naissance, d'un délai de 5 ans (à savoir jusqu'au 14 avril 2022). Il n'existe pas de disposition similaire pour les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire, les deux chambres ayant décidé à la fin de leurs délibérations, sous la pression des médecins, de renoncer à une telle obligation.

En vertu de l'autodétermination en matière d'information, les patients peuvent librement décider s'ils souhaitent ouvrir un DEP et choisir les données qu'ils rendent accessibles aux différents professionnels de la santé. Obliger les patients à ouvrir un DEP (avec la possibilité d'*opt out*) serait constitutionnellement impossible, malgré que le DEP se fonde sur les art. 95 et 122 Cst. Lors de ses débats, le Parlement a clairement refusé d'autoriser que de nouveaux modèles d'assurance alternatifs au sens de l'art. 62 LAMal offrent une réduction de prime en contrepartie de la participation au DEP, par crainte de créer des incitations inopportunes (CN, 18.3.2015).

Obliger les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire à s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence peut à la fois soutenir l'introduction à large échelle du DEP et offrir aux patients qui en ont ouvert un la possibilité que toutes les données utiles à leur traitement médical y soient saisies.

Destinataires et besoins législatifs

Destinataires : tous les fournisseurs de prestations qui ne sont pas concernés par l'obligation de participer au DEP introduite par les modifications des art. 39 et 49a LAMal, entrées en vigueur le 15 avril 2017 avec la LDEP.

Besoins législatifs : modification de la LAMal. Lors des débats parlementaires sur la LDEP, il a été proposé de refondre l'art. 59a LAMal (et de créer une nouvelle section 7) en se basant sur la réglementation, visée à l'art. 59 LAMal, des sanctions en cas de non-respect des exigences relatives à l'économicité et à la qualité des prestations. Un délai transitoire (de 3 à 5 ans) devrait compléter la disposition.

Une autre possibilité serait d'ajouter une exigence matérielle (participation au DEP) à la liste des obligations prévues à l'art. 36 LAMal pour l'admission des médecins. Cette exigence s'appliquerait uniquement aux médecins admis à partir d'une certaine date. Dans cette variante, il faudrait également définir

un délai transitoire afin que la disposition ne crée pas d'inégalité de traitement entre les nouveaux médecins et les médecins déjà admis (inégalités des barrières d'accès au marché). Le délai devrait être défini de sorte à ne pas entraver les droits acquis des médecins en exercice et à garantir leur sécurité économique. Toutefois, on peut se demander si l'interdiction de pratiquer à la charge de l'AOS, c'est-à-dire l'exclusion automatique, ne constituerait pas une sanction disproportionnée, même si la réglementation proposée permet une gradation des sanctions.

Appréciation

Obliger tous les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire à s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'art. 11, let. a, LDEP et ainsi permettre à leurs patients d'accéder au DEP pourrait donner un nouvel élan à la numérisation de la documentation médicale, qui progresse particulièrement lentement dans le domaine ambulatoire (à l'heure actuelle, seuls environ 40 % des cabinets gèrent leurs dossiers médicaux de manière totalement informatisée). Il s'agit là d'une condition nécessaire pour mettre en place un échange d'informations entièrement numérique et sans problème de compatibilité entre les diverses institutions de soins et les différents professionnels de la santé. Un accès rapide et facile aux informations utiles permet d'augmenter l'efficacité des processus de traitement et d'éviter la réalisation d'exams à double. L'utilisation du DEP pourrait entraîner d'autres gains d'efficacité grâce à l'amélioration de la qualité des traitements et de la sécurité des patients (par ex., baisse des hospitalisations en urgence grâce à la présence d'un plan de traitement intégré pour les patients en fin de vie ou atteints d'une maladie grave, diminution des incidents dus aux médicaments grâce à une vue d'ensemble sur la médication). Il serait par ailleurs possible de réduire notablement le temps considérable consacré lors d'une admission à l'hôpital à la conduite d'une anamnèse médicamenteuse, indispensable pour prescrire une bonne médication, pour la durée de leur séjour à l'hôpital, aux patients polymorbides recevant une polymédication. Dans le cadre de la stratégie fédérale en matière de qualité, la sécurité de la médication aux interfaces a été évaluée et un projet de bonnes pratiques, élaboré en collaboration avec sept hôpitaux pilotes. Ce processus a montré qu'actuellement, le professionnel responsable de cette anamnèse consacre en moyenne 20 à 30 minutes à interroger les proches, les médecins de famille et les pharmaciens (Stiftung Patientensicherheit 2017). En présence d'un DEP complet, cet investissement de temps pourrait être réduit à quelques minutes à chaque admission hospitalière, permettant ainsi de réaliser des économies se montant en millions de francs. Sans parler des avantages que constituerait le fait, d'une part, d'éviter les interactions médicamenteuses inutiles et, d'autre part, d'assurer la continuité de la prescription de médicaments potentiellement vitaux. En outre, l'utilisation du DEP par les patients devrait permettre d'améliorer la qualité du processus de traitement en responsabilisant davantage les patients, en renforçant leur droit à l'autodétermination et en améliorant leurs compétences en matière de santé (« patient éclairé » et partage de la décision).

En même temps, il faut garder à l'esprit que le caractère doublement facultatif est une question épineuse et très sensible, en particulier pour les médecins. Faire avancer trop rapidement sa suppression pourrait avoir un effet contre-productif sur le climat positif actuel et sur la bonne disposition des fournisseurs de prestations ambulatoires à participer à la mise en œuvre de la LDEP. Des voix s'élèveraient peut-être pour demander des mesures d'accompagnement, telles que des incitations tarifaires ou des aides publiques pour la numérisation des documents des cabinets médicaux, ce qui réduirait à néant les économies réalisées.

Expériences à l'étranger

Il n'existe pas beaucoup d'expériences à l'étranger qui permettent de tirer des enseignements. Or (2017 : 9) a mis en évidence que les mesures structurelles comme l'organisation de la pratique, les investissements dans les programmes informatiques ou la saisie numérique portent leurs fruits. On ne

dispose pas d'informations supplémentaires sur l'utilisation du dossier électronique du patient et ses conséquences en France. En Allemagne, les médecins qui tiennent des dossiers médicaux informatisés et les utilisent pour leurs décomptes aux assureurs reçoivent un dédommagement depuis 2016. Comme cette rémunération n'a été que récemment introduite, il n'est pas possible de savoir si et comment elle influence les coûts.

Conclusion

Il est difficile de quantifier les gains d'efficacité et les économies que la suppression du caractère doublement facultatif permettrait de réaliser pour le système de santé, ne serait-ce qu'en raison du fait que les patients resteraient libres d'ouvrir ou non un DEP. Une utilisation importante du DEP pourrait toutefois avoir un effet positif sur la mesure « Éviter les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons », de même qu'inciter à utiliser les mêmes systèmes informatiques, en particulier dans le domaine stationnaire. De ce fait, il serait erroné de minimiser le potentiel d'économie que revêt cette mesure, surtout à long terme.

La suppression de ce principe complète par ailleurs les mesures « M06 Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé », « M19 Renforcer la qualité » ainsi que l'adéquation de la prise en charge (cf. catalogue de mesures destinées à limiter les prestations médicalement non justifiées), autant de mesures qui seront renforcées par l'utilisation du DEP. D'un côté, les patients qui bénéficient d'un dossier électronique peuvent évoluer plus efficacement dans le système de santé. De l'autre, ce dispositif permet d'éviter de réaliser des démarches inutiles ou à double, ce qui renforcerait la qualité des traitements et de la sécurité des patients et, en même temps, générerait des économies.

De plus, les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire pourraient être obligés d'utiliser le dossier électronique du patient pour pouvoir facturer à la charge de l'AOS, renforçant ainsi la mesure « M18 Introduire une obligation de contracter différenciée ». Cette approche semble intéressante du point de vue de la maîtrise des coûts de l'AOS et devrait être poursuivie.

5.7 Mesures prioritaires

Le groupe d'experts considère les mesures suivantes comme prioritaires :

M01 Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS

M02 Introduire dans la LAMal un article expérimental

Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement

M04 Créer la transparence nécessaire

M07 Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire

M08 Renforcer les HTA

M09 Renforcer le contrôle des factures

M10 Renforcer les soins coordonnés

M11 Mettre en place des comités médicaux

M12 Promouvoir les directives thérapeutiques

M13 Promouvoir le second avis médical

M14 Effectuer une planification hospitalière au niveau régional

Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives

M19 Renforcer la qualité

M25 Maintenir la structure tarifaire à jour

M22 Introduire un système de montant fixe / système de prix de référence

M23 Adapter la marge relative à la distribution

Mesures nouvelles nécessitant des adaptations législatives

M34 Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG)

M27 Imposer un système de gatekeeping

M28 Empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires

M29 Introduire le principe d'économicité

M35 Créer un organe indépendant de contrôle des factures

M37 Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires

6 Bilan

Vingt ans après l'introduction de la LAMal, il apparaît, d'une part, que la population est satisfaite des soins offerts par notre système de santé mais aussi, d'autre part, que les coûts de ce système, qui ont toujours été élevés, connaissent une augmentation annuelle qui dépasse de loin le développement économique général. Les incitations prévues au sein du système pour promouvoir l'efficience sont insuffisantes et les acteurs impliqués ne se considèrent pas suffisamment responsables des coûts. Alors que ces acteurs disposent dans le cadre de la LAMal d'une marge de manœuvre considérable pour développer des modèles innovants de prise en charge capables de générer des économies et des gains d'efficience, ils n'ont pas fait usage de ces possibilités autant qu'il eût été souhaité. C'est pourquoi, dans l'intérêt des contribuables et des payeurs de primes, des interventions plus fermes s'imposent afin d'exploiter le potentiel en matière d'efficience déjà existant et de parvenir à endiguer la hausse des coûts. À noter qu'il est crucial que ce processus ne se fasse pas aux dépens des patients.

Le présent rapport d'experts propose, en guise de mesure d'ordre général de maîtrise des coûts dans le système de santé, de prévoir une amélioration significative de la gestion globale dudit système. Le principal instrument de pilotage, nouveau, que propose le groupe d'experts, consiste à instaurer des plafonds contraignants pour l'augmentation des coûts de l'AOS. La responsabilité des coûts se verrait ainsi renforcée pour tous les acteurs impliqués, et ce de façon contraignante ; les expériences dans les pays voisins indiquent en outre qu'il s'agit là d'une mesure efficace pour maîtriser les coûts. La mise en œuvre des plafonds généraux de l'AOS dans les différents domaines d'activité devrait être opérée, autant que possible, dans le cadre des compétences actuelles, c'est-à-dire par les cantons, les partenaires tarifaires et, en fin de compte, les fournisseurs de prestations. Si les plafonds sont dépassés, des sanctions prévues par la loi doivent permettre de corriger la courbe des dépenses de l'AOS. Cette mesure vise à garantir que l'évolution des coûts de l'AOS soit ramenée, surtout à long terme, à un niveau financièrement supportable, l'objectif premier étant d'exploiter le vaste potentiel de gains d'efficience et d'économies que recèle le système de santé, sans pour autant procéder à des coupes dans les prestations médicales nécessaires. Si cet objectif devait être atteint, non seulement les payeurs de primes de l'AOS mais aussi les cantons, les communes et la Confédération verraient leurs charges financières réduites de façon notable.

Pour parvenir à respecter les plafonds généraux de l'AOS, il convient de mettre en place de multiples mesures visant à freiner la hausse des coûts. Aussi le groupe d'experts propose-t-il des mesures qui reposent sur le système existant et qui ne requièrent pas de modifier ce système en profondeur. Pour commencer, plusieurs mesures déjà existantes doivent être renforcées. Même sans modification légale, les partenaires tarifaires et les cantons, notamment, disposent de nombreux moyens pour intensifier certaines mesures visant à freiner la hausse des coûts, comme par exemple la promotion de la transparence. En dehors de ces mesures qui peuvent être mises en place rapidement, le groupe d'experts propose ensuite un certain nombre de mesures qui ont déjà été débattues et de mesures nouvelles qui nécessitent des adaptations législatives. Ces diverses mesures s'adressent en premier lieu au Conseil fédéral ou au législateur. Une autre mesure d'ordre général, consistant à introduire dans la LAMal un article relatif aux projets pilotes, vise à élargir la marge de manœuvre d'ores et déjà considérable que la loi offre aux acteurs pour rechercher des solutions innovantes. Concrètement, il s'agit, dans des cas précis et lorsque l'intérêt de la limitation des coûts le justifie, d'autoriser certaines initiatives qui dérogent au cadre de la LAMal. Les principes fondamentaux de la LAMal, notamment la solidarité de la communauté des assurés et l'accès pour tous aux prestations de soins, doivent cependant être garantis en tout temps.

Pour atteindre l'objectif de gain d'efficacité et d'endiguement de la hausse des coûts, tous les acteurs du système de santé, à savoir la Confédération, les cantons et les communes ainsi que les assureurs-

maladie et les fournisseurs de prestations, doivent participer à l'effort commun. Les mesures proposées par le groupe d'experts ont vocation à servir de base de discussion pour les acteurs politiques et ceux du système de santé.

7 Bibliographie

- ATIH – Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2016). Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire. Programme national chirurgie ambulatoire. Lyon. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf.
- Ali, Javid; Pieper, Dawid (2016). Die vorliegende Evidenzlage zu Zweitmeinungen ist dürftig – eine systematische Übersichtsarbeit. Meeting Abstract. 17. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. DOI: 10.3205/16ebm008.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk «Leitlinien». 1. Auflage 2012. <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>.
- ÄrzteZeitung (2009). Hausarztzentrierte Versorgung. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/article/564709/hausarztzentrierte-versorgung.html.
- BAG (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>.
- BAG (2016). Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten. [Oliver Peters, Claude Vuffray, Kris Haslebacher]. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/articles-et-analyses-aos/stationaere-leistung-zusatzversicherung.pdf.download.pdf/stationaere-leistung-zusatzversicherte.pdf>.
- BAG (2017) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015 (STAT KV 15). <https://www.bag.admin.ch/kvstat>.
- BFS (2014). Kosten des Gesundheitswesens seit 1960. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.assetdetail.1160165.html>.
- BFS (2015a). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens: Provisorische Daten. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.gnpdetail.2017-0082.html>.
- BFS (2015b). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015 –2045. Neuchâtel: BFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung.assetdetail.350324.html>.
- BFS (2016). Lebenserwartung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/raum-umwelt/resources/umweltindikatorensystem/emissionen-und-abfaelle/stickoxideffizienz.assetdetail.1902601.html>.
- Barroy, Helene; Or, Zeynep; Kumar, Ankit; Bernstein, David (2014), *Sustaining universal health coverage in France: a perpetual challenge*. Health, nutrition, and population (HNP) discussion paper. Washington, DC: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/452591468038118776/Sustaining-universal-health-coverage-in-France-a-perpetual-challenge>.
- Bayer-Oglesby, Lucy (2015). Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland-Schweiz im Gesundheitswesen. Evaluation des Pilotprojektes in der Grenzregion Basel-Stadt / Basel Landschaft / Landkreis Lörrach. Phase II. Schlussbericht 2015. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) Dossier 49. Neuchâtel: Obsan. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_49.pdf.
- Bjertnaes, Oyvind; Deilkås, Ellen Tveter; Skudal, Kjersti Eeg; Iversen, Hilde Hestad; Bjerkan, Anne

- Mette (2014). The Association between Patient-Reported Incident in Hospitals and Estimated Rates of Patient Harm. In: *International Journal for Quality in Health Care*. 2015; 27:26-30. DOI: [10.1093/intqhc/mzu087](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu087).
- Boes, Stefan; Napierala, Christoph (2017). Fehlanreize bei den Ärzten beseitigen. In: *Die Volkswirtschaft* 2017/3: 27-31. http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2017/02/DV_3_2017_DE.pdf.
- Brändle, Thomas; Colombier, Carsten (2017). Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 21, Bern.
- Blümel, Miriam; Busse, Reinhard (2016): The German Health Care System, 2015. In: Mossialos, Elias; Wenzl, Martin; Osborn, Robin; Sarnak, Dana (eds.) (2016). *International Profiles of Health Care Systems, 2015*. New York: The Commonwealth Fund, 69-76. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015>.
- Botschaft vom 18. November 2015 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug), BBl 2016 1.
- Brüngger, Beat; Fischer, Barbara; Früh, Mathias; Rapold, Roland; Reich, Oliver; Telser, Harry; Trottmann, Maria (2014). Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Olten: Polynomics. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheits2020/nkg2020/2015/art/studie-koordinationsbedarf.pdf.download.pdf/studie-koordinierte-versorgung-koordinationsbedarf.pdf>.
- Bundesratsbericht (2016). Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N), 8. November 2013. Vom 25. Mai 2016. <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20134012/Bericht%20BR%20D.pdf>
- Bundesratsbericht (2017). Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 12. Januar 2016. Vom 3. März 2017. <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2016/20163000/Bericht%20BR%20D.pdf>
- Busse, Reinhard; Blankart, Rudolf (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Erfahrungen aus Deutschland. Studie zu Handen der Expertengruppe Kostendämpfung. Berlin und Bern: Technische Universität Berlin und Universität Bern (*unveröffentlicht*).
- Chevreur, Karine; Durand-Zaleski, Isabelle; Bahrami, Stéphane; Hernández-Quevedo, Cristina; Mladovsky Philipa (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6). Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/previous-hits-and-summaries/country-hits-old/france-hit-2010>.
- Chevreur, Karine; Berg Brigham, Karen; Durand-Zaleski, Isabelle; Hernández-Quevedo, Cristina (2015). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(3). Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/france-hit-2015>.
- CNAM (2016) La rémunération sur objectifs de santé publique : Bilan à 4 ans, Dossier de presse, 21 avril 2016. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2015-210416.pdf.

- Cosgrove, Delos M.; Fisher, Michael; Gabow, Patricia; Gottlieb, Gary; Halvorson, George C.; James, Brent C.; Kaplan, Gary S.; Perlin, Jonathan B.; Petzel, Robert; Steele, Glenn D.; Toussaint, John S. (2013). Ten Strategies To Lower Costs, Improve Quality, And Engage Patients: The View From Leading Health System CEOs. In: *Health Affairs* 2013; 32:321-327.
- Cour des Comptes (2013), Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. Rapport public annuel 2013, France. http://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/file/2_1_3_mede_cin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf.
- Credit Suisse (2016). Wachsender Optimismus – grösste Sorgen weniger virulent. Credit Suisse Sorgenbarometer 2016. Schlussbericht. 40. Credit Suisse Sorgenbarometer im Auftrag des Bulletin der Credit Suisse. September 2016. Bern: gfs.bern. <https://www.credit-suisse.com/media/assets/corporate/docs/about-us/responsibility/worry-barometer/schlussbericht-credit-suisse-sorgenbarometer-2016.pdf>.
- Doran, Tim; Kontopantelis, Evangelos; Valderas, Jose M.; Campbell, Stephen; Roland, Martin; Salisbury, Chris; Reeves, David (2011). Effect of financial Incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2011;342:d3590.
- Durand-Zaleski, Isabelle (2013). The French health care system, 2013. In: Thomson, Sarah; Osborn, Rerobin; Squires, David; Jun, Miraya (Eds.). *International profiles of health care systems*. New York: The Commonwealth Fund, 45-56. <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Nov/International-Profiles-of-Health-Care-Systems.aspx>.
- Eidgenössisches Finanzdepartement (2016). Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2016, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.
- El Saghir, Nagi S.; Keating, Nancy L.; Carlson, Robert W.; Koury, Katia E.; Fallowfield, Lesley (2014). Tumor Boards: Optimizing the Structure and Improving Efficiency of Multidisciplinary Management of Patients with Cancer Worldwide. In: 2014 ASCO Educational Book, <http://meeting-library.asco.org/content/11400461-144>.
- Europarat, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ), Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation (2002). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für die optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates am 10. Oktober 2001 und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe (Developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Recommendation Rec(2001)13 adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 10 October 2001 and explanatory memorandum, 2001 - in English). In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2002; 96(Suppl 3):3-60. <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/europaratmethdt.pdf>.
- Eugster, Gebhard (2016). BVGerU C-6266/2013, Erw. 4.3.6. In: Meyer, Ulrich (Hrsg.). *Soziale Sicherheit* (Schweizerisches Bundesverwaltungsgericht, Band XIV). Basel: Helbing Lichtenhahn.
- Europäische Kommission (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Volume 1. European Economy Institutional Paper 037, October 2016. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/eeip/ip037_en.htm.
- Feldmann, Stephan (2015). Doktoren zwischen Herz und Knete. *Gesundheit und Gesellschaft*, Ausgabe 11/15, 18. Jahrgang: 19-23.
- Forum Managed Care (2015). <http://www.fmc.ch>.

- gfs.bern (2016a). Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. http://www.fmh.ch/files/pdf17/20160106_FMH-Begleitforschung_Kurzbericht_D.pdf.
- gfs.bern (2016b). Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, Bern. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/erhebung-gesundheitskompetenz-schweiz.pdf.download.pdf/erhebung-gesundheitskompetenz-chweiz.pdf>.
- Guyatt, Gordon H.; Oxman, Andrew D.; Visit, Gunn E.; Kunz, Regina; Falck-Ytter, Yngve; Alonso-Coello, Pablo; Schünemann, Holger J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ 2008; 336:924-926.
- Hare, Kristoffer Borbjerg; Vinther, Jesper Høeg; Lohmander L. Stefan; Thorlund, Jonas Bloch (2014). Large regional differences of arthroscopic meniscal procedures in the public and private sector in Denmark. BMJ Open 2015; 5(2): e006659. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006659.
- Health Foundation (2014). Improvement Collaboratives in Health Care. <http://www.health.org.uk/publication/improvement-collaboratives-health-care>.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht. <https://www.healthliteracyeurope.net>.
- Hollenbeck, Brent K.; Nallamathoe, Brahmajee K. (2011). Financial Incentives and the Art of Payment Reform. JAMA. 2011; 306(18):2028-2030. DOI: 10.1001/jama.2011.1630.
- Huber, Kathrin (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013. Obsan Dossier 48. Neuenburg: Obsan. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_48_3.pdf.
- Jeurissen, Patrick (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Niederlanden. Studie zuhanden der Expertengruppe Kostendämpfung (*unveröffentlicht*).
- Jha, Ashish; Epstein, Arnold (2010). Hospital Governance and the Quality of Care. In: Health Affairs 2010; 29:182-187.
- Kauer, Lukas (2016). Long-term Effects of Managed Care. In: Health Economics, forthcoming.
- Kommission für Konjunkturfragen (2006): Reform des Gesundheitswesens, Jahresbericht 2006 der KfK, Bericht vom 8. September 2006, Beilage zum Magazin «Die Volkswirtschaft».
- KPMG (2017). Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. https://home.kpmg.com/content/dam/kpmg/campaigns/health-transparency-map/pdf/KPMG_Global_Health_System_Transparency_Index.pdf.
- Lemos, Paulo; Jarrett, Paul; Philip, Beverly (2006). Day Surgery: Development and praxis. IAAS. <http://www.iaas-med.com/files/historical/DaySurgery.pdf>.
- Mansky, Thomas; Nimptsch, Ulrike (2012): G-IQI Version 3.2: Bundesreferenzwerte für die German Inpatient Quality Indicators. IQM Initiative Qualitätsmedizin und MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2012: 49-59. https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media-pool/745/media_file/sendfile.
- MDK (2017a). Gliederung und Organisation der Medizinischen Dienste. http://www.mdk.de/Gliederung_Organisation.htm.

- MDK (2017b). Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen. <http://www.mdk.de/313.htm>.
- Mousquès, Julien; Daniel, Fabien (2015a). Results of the Evaluation of Multidisciplinary Group Practices, Health Care Networks and Health Care Centers Participating in Experiments with New Modes of Remuneration (ENMR). *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 211. Juillet-août 2015. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/211-the-impact-of-multi-professional-group-practices-on-the-quality-of-general-practice.pdf>.
- Mousquès, Julien; Daniel, Fabien (2015b). Multiprofessional Group Practices Generate Gains in Terms of Productivity and Expenditures Results of the Evaluation of Multidisciplinary Group Practices, Health Care Networks and Health Care Centers Participating in Experiments with New Modes of Remuneration (ENMR). *Questions d'économie de la santé Irdes* n° 210. Juin 2015. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/210-multiprofessional-group-practices-generate-gains-in-terms-of-productivity-and-expenditures.pdf>.
- Muheim, Leander LS.; Senn, Oliver; Früh, Mathias; Reich, Oliver; Rosemann, Thomas; Neuner-Jehle, Stefan M. (2017). Inappropriate use of arthroscopic meniscal surgery in degenerative knee disease. An observational study from Switzerland. *Acta Orthopaedica* 2017. DOI: 10.1080/17453674.2017.1344915.
- Naiditch, Michel; Dourgnon, Paul (2009). The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. Document de travail no. 22. Paris: IRDES. <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT22PrefDocSchemePolitFrenchExpGate-keeping.pdf>.
- Nelson, Eugene C; Eftimovska, Elena; Lind, Cristin; Hager, Andreas; Wasson, John H.; Lindblad, Stefan (2015). Patient reported outcome measures in practice. In: *BMJ* 2015: 350:g7818.
- OECD (2017). OECD.stat. <http://stats.oecd.org>.
- OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264265592-en.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
- Or, Zeynep (2017). Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Frankreich. Studie zuhanden der Expertengruppe Kostendämpfung (*unveröffentlicht*).
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle PVK (2008). Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Subkommission EDI/UVEK der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 21. August 2008.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle PVK (2013). Evaluation der Zulassung und Überprüfung von Medikamenten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 13. Juni 2013.
- Pronovost, Peter; Needham, Dale; Berenholtz, Sean; Sinopoli, David; Chu, Haitao; Cosgrove, Sara; Sexton, Bryan; Hyzy, Robert; Welsh, Robert; Roth, Gary; Bander, Joseph; Kepros, John; Goechel, Christine (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. In: *The New England Journal of Medicine* 2006; 355:2725-2732. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa061115#t=article>.

- Qaseem, Amir; Forland, Frode; Macbeth, Fergus; Ollenschläger, Günter; Phillips, Sue; van der Wees, Philip, et al. (2012). Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. In: *Annals of Internal Medicine* 2012: 156:525-531.
- Roth, Maik; Roth, Sacha (2012). Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010 (Obsan Bericht 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rüefli, Christian; Huegli, Eveline; Berner, Delia (2016). Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Bern: Büro Vatter.
- Rütsche, Bernhard (2012). Spitalplanung und Spitalfinanzierung: Grundsatzurteil des Bundesgerichts. In: *HILL Zeitschrift für Recht und Gesundheit*, 2012 (50).
- SASIS AG (2015). SASIS-Datenpool 2010-2015. <https://www.sasis.ch/de/Angebot/Produkt/ProductDetail?topMenuId=472>.
- SAMW (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz. http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Publikationen/Berichte/Effizienz_Gesundheitswesen.pdf.
- Schleiniger, Reto; Slembeck, Tilman; Blöchliger, Jonas (2007). Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen, Schlussbericht zur Studie im Auftrag von Santésuisse, Zentrum für Wirtschaftspolitik, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Juli 2007.
- Schwendimann, René; Zimmermann, Natalie; Küng, Kaspar; Ausserhofer, Dietmar; Sexton, Bryan (2012). Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ Quality and Safety* 2013: 22:32-41.
- Selby, Kevin; Gaspoz, Jean-Michel; Rodondi, Nicolas; Neuner-Jehle, Stefan; Perrier, Arnaud; Zeller, Andreas; Cornuz, Jacques (2015). Creating a List of Low-Value Health Care Activities in Swiss Primary Care. *JAMA Internal Medicine* 2015: 175(4):640-642.
- SGMI (2015). Vision «eHealth 2025». Von «Patient Care» zu «Empowered Health». Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik SGMI. <https://www.e-health-suisse.ch/politik-recht/strategische-grundlagen/strategie-ehealth-schweiz.html>.
- Slembeck, Tilman (2006). Kostentreiber im Gesundheitswesen – eine Auslegeordnung, Santésuisse Studie, Solothurn, November 2006.
- Stiftung Patientensicherheit (2017). Pilotprogramme Patientensicherheit Schweiz: progress! Sichere Medikation an Schnittstellen. <http://patientensicherheit.ch/de/themen/Pilotprogramme-progress--/progress--Sichere-Medikation.html>.
- Strupler, Pascal (2017). Kosten des Gesundheitssystems steigen stärker als in den Nachbarländern. In: *Die Volkswirtschaft* 2017/3: 6-10. http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2017/02/DV_3_2017_DE.pdf.
- Stukenberg, Timo (2016). Schärfere Regeln für Operationen. http://www.deutschlandfunk.de/krankenhausoekonomie-schaerfere-regeln-fuer-operationen.697.de.html?dram:article_id=349181.
- Swan Tan, Siok; van Ineveld, Martin; Redekop, Ken; Hakkaart-van Roijen, Leona (2011): The Netherlands: The Diagnose Behandeling Combinaties. In: Busse, Reinhard; Geissler, Alexander; Quentin, Wilm; Wiley, Miriam (eds.) (2011). *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. New York: Open University Press, 425-446.

- Swiss Medical Board (2013). Ruptur des vorderen Kreuzbands operative oder konservative Behandlung? Swiss Medical Board Reviewbericht 2009.
- Trageser, Judith; Vettori, Anna; Iten, Rolf; Crivelli, Luca (2012). Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie erstellt im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Publikationen/Berichte/Effizienz_Gesundheitswesen.pdf.
- Trottmann, Maria; Früh, Mathias; Reich, Oliver; Telser, Harry (2010). Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP. Olten: Polynomics.
- Ubel, Peter A.; Asch, David A. (2015). Creating Value in Health by Understanding and Overcoming Resistance to De-Innovation. *Health Affairs* 2015; 34: 239-244.
- Van Den Bos, Jill; Rustagi, Karan; Gray, Travis; Halford, Michael; Ziemkiewicz, Eva; Shreve, Jonathan (2011). The \$17.1 Billion Problem: The Annual Cost of Measurable Medical Errors. *Health Affairs* 2011; 30(4):596-603.
- Van Such, Monica; Lohr, Robert; Beckman, Thomas; Naessens, James M. (2017). Extent of diagnostic agreement among medical referrals. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2017; 1-5. DOI: [10.1111/jep.12747](https://doi.org/10.1111/jep.12747).
- WEKO (1997). Privattarif der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. In: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 1997/4. https://www.weko.admin.ch/dam/weko/de/dokumente/2006/01/rpw_1997-4.pdf.download.pdf/rpw_1997-4.pdf, 481-487.
- WEKO (2001). Tarifvertrag in der halbprivaten Zusatzversicherung. In: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 2001/4. https://www.weko.admin.ch/dam/weko/de/dokumente/2006/01/rpw_2001-4.pdf.download.pdf/rpw_2001-4.pdf, 645-688.
- WEKO (2014). Jura. In: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 2014/2. https://www.weko.admin.ch/dam/weko/de/dokumente/2014/09/rpw_2014-2.1.pdf.download.pdf/rpw_2014-2.pdf, 410-417.
- Zweifel, Peter (2017). Nebenwirkungen bei der Krankenversicherung nicht unter Kontrolle. In: *Die Volkswirtschaft* 2017/3: 16-19. http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2017/02/DV_3_2017_DE.pdf.

8 Annexe

8.1 Mesures appliquées à l'étranger afin de freiner la hausse des coûts

8.1.1 Allemagne

Avec la Suisse et l'Autriche, l'Allemagne compte parmi les pays qui affichent les dépenses de santé par habitant les plus élevées (OCDE 2017). Bien que les dépenses pour les prestations soient couplées à l'évolution des salaires soumis à cotisations, ces dépenses se sont considérablement dissociées de la rémunération de base après la dernière réforme majeure du système de santé, intervenue en 2004 (Busse et Blankart 2017 : 6).

L'Allemagne a, elle aussi, engagé et développé différentes mesures visant à maîtriser les coûts, et elle continue de déployer des efforts dans ce sens. Toutefois, il a été reconnu que notamment la pensée sectorielle, prédominante du fait des flux financiers et de la fixation de budgets sectoriels, a régulièrement été à l'origine de coûts élevés et de problèmes de qualité dans le système de santé allemand ces trois dernières décennies (Busse et Blankart 2017 : 5, 23).

Plafond contraignant pour la croissance

Le principe applicable est que le remboursement des prestations dans l'assurance-maladie publique (GKV) doit être organisé de telle sorte qu'il n'y ait pas d'augmentation de la contribution que versent le salarié et l'employeur à parts égales en fonction du salaire (stabilité des contributions) (§ 71 du code social, livre V). Dans le secteur ambulatoire, cet objectif est réalisé grâce à un couplage du remboursement global aux fournisseurs de prestations ambulatoires avec la somme des salaires de base, à savoir la somme des revenus soumis à cotisations des membres de l'assurance sociale (« plafonnement »). Les négociations dans le secteur stationnaire sont plus complexes et se déroulent au niveau de l'État fédéral, des *Länder* et des hôpitaux. Ici aussi, le taux de variation de la somme des salaires de base constitue une valeur de référence indicative (Busse et Blankart 2017 : 5 s.).

Volume des prestations admises dans le domaine ambulatoire

Chaque année, les partenaires tarifaires fixent à l'avance pour tous les médecins qui facturent des prestations des budgets globaux individuels basés sur la morbidité, lesquels sont basés sur le remboursement global de l'année précédente ainsi que sur les prix et les tendances observées concernant l'évolution des volumes de prestations. Les budgets globaux ne sont pas augmentés a posteriori en cas de surplus de prestations (Commission européenne 2016 : 90). Les associations de médecins conventionnés répartissent le budget global entre les différents médecins. Dans ce système, lorsqu'un médecin fournit plus de prestations que ce qui est prévu d'après le volume des prestations admises (*Regelleistungsvolumen*, RLV), qui est fixé préalablement, ces prestations excédentaires sont rémunérées avec une décote. Le montant du RLV est communiqué aux médecins de manière prospective en début de trimestre (Busse et Blankart 2017 : 8 s.) L'accord sur un budget global dans une région libère les caisses-maladie de l'obligation et de la possibilité de payer directement les médecins, à l'exception des modèles visant à promouvoir les soins intégrés (Busse et Blankart 2017 : 7).

Prix de base, budget de recettes et décote pour dégressivité des coûts fixes dans le domaine stationnaire

Les prix de base par cas spécifiques aux *Länder* s'appuient sur le prix de base fédéral³⁷, qui est défini dans le cadre de négociations entre la Société allemande des hôpitaux (DKG) et l'association faîtière des caisses d'assurance-maladie obligatoire (GKV-SpiBu). Le prix de base fédéral est relevé tous les ans selon une valeur de modification (§ 9 de la loi allemande sur la rémunération des prestations hospitalières, KHEntgG). La limite basse de la marge de négociation est constituée par l'augmentation des salaires de base, qui correspond à l'évolution des recettes des caisses-maladie. La limite supérieure, quant à elle, est définie par la valeur de référence indicative calculée par l'office statistique fédéral allemand et représente l'évolution des frais de personnel et d'équipement à l'hôpital. Si l'augmentation des salaires de base est supérieure à la valeur de référence, la valeur de modification est égale à cette dernière. En d'autres termes, lorsque les recettes des caisses-maladie augmentent plus vite que les coûts des hôpitaux, les frais engagés par ces derniers sont automatiquement couverts. Si, au contraire, les coûts des hôpitaux augmentent plus vite que les recettes, des négociations sont menées en vue de trouver des solutions pour couvrir le déficit. Sur la période 2010-2017, le prix de base fédéral a été relevé en moyenne de 2,1 % par an, tandis que le PIB a affiché une croissance moyenne de 2,4 % (Busse et Blankart 2017 : 11).

Au début de l'année, en théorie (mais dans les faits souvent plus tard), les caisses-maladie négocient avec chacun des hôpitaux le type et, surtout, le volume des prestations à fournir (le *case-mix*). Le budget et le cumul de recettes sont ensuite soumis à un régime de compensation pour prendre en compte l'exédent ou le déficit des volumes convenus. Les hôpitaux qui dépassent le niveau convenu doivent rembourser l'année suivante une partie de ces revenus supplémentaires. En règle générale, ils doivent verser aux agents payeurs une compensation pour recettes excédentaires correspondant à 65 % des prestations facturées en plus. A contrario, les hôpitaux qui n'ont pas fourni les prestations prévues touchent une compensation pour manque de recettes à hauteur de 20 %. Les manques de recettes portant sur les rémunérations supplémentaires pour les médicaments et les produits médicaux ne sont pas compensés (§ 4 KHEntgG) (Busse et Blankart 2017 : 12 s.).

Entre 2013 et 2016, une décote pour prestations excédentaires (*Mehrleistungsabschlag*) devait constituer une incitation supplémentaire pour prévenir une augmentation injustifiée du volume des prestations dans les hôpitaux. Ainsi, pour les prestations qui dépassaient le budget de recettes convenu, il fallait appliquer au budget de la période suivante une minoration supplémentaire de la rémunération de 25 % (décote pour prestations excédentaires). Cette décote a été remplacée en 2017 par une décote pour dégressivité des coûts fixes, qui doit permettre une minoration considérablement plus élevée ou une durée de décote plus longue (Busse et Blankart 2017 : 11). La nouvelle décote correspond au montant moyen de la part des coûts fixes estimée pour les prestations supplémentaires dans les forfaits par cas.

Mesures dans le domaine des soins et des prestations**Évaluations des technologies de la santé (HTA)**

Le Comité mixte fédéral (Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA), qui se compose de cinq représentants des assureurs et de cinq représentants des fournisseurs de prestations ainsi que de trois membres

³⁷ Le prix de base spécifique par région est convenu au niveau du *Land*, conformément au § 10, al. 1, KHEntgG, et évolue dans une fourchette autour du prix de référence fédéral (de +2,50 % à -1,25 %). Les écarts entre les prix de base des différents *Länder* tiennent principalement à des particularités historiques, quoique non justifiées sur le plan économique (Busse et Blankart 2017 : 11).

indépendants, étudie les nouveaux diagnostics et traitements médicaux selon une procédure standardisée conforme aux principes de la médecine fondée sur des données probantes. Il est soutenu dans cette tâche par l'Institut pour la qualité et l'économicité dans le système de santé (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG) et l'Institut pour la qualité et la transparence dans le système de santé (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTiG). En tant qu'institut scientifique indépendant, l'IQWiG réalise des expertises visant à déterminer les bénéfices et les effets dommageables des mesures thérapeutiques pour les patients ainsi que les avantages et les inconvénients des méthodes d'analyse et de traitement. L'IQTiG développe des instruments destinés à l'assurance qualité externe. Des évaluations des technologies de la santé (ETS) sont également réalisées, mais pas de manière systématique. Tous les nouveaux procédés diagnostiques et thérapeutiques appliqués en ambulatoire doivent avoir été jugés positifs en termes de bénéfices et d'efficacité pour être pris en charge par la GKV (Blümel et Busse 2016 : 73 ss ; Commission européenne 2016 : 100).

Programmes de traitement structurés pour les maladies chroniques

À l'heure actuelle, il existe des programmes de traitement structurés au sens du § 137f du code social, livre V (DMP) spécifiés par le G-BA et (initialement) adoptés par le Ministère fédéral de la santé (Bundesministerium für Gesundheit, BMG) pour six pathologies. Le G-BA est chargé d'identifier les maladies chroniques qui se prêtent à un tel programme, de définir les exigences de contenu sur la base de données probantes et de faire appliquer ces exigences par le biais de directives contraignantes.

Les assureurs proposent des contrats correspondants avec des modèles de soins intégrés qui visent à améliorer la prise en charge de ces maladies chroniques et la coordination entre les différents fournisseurs de prestations ambulatoires. Pour financer les programmes, le fonds national pour la santé (Gesundheitsfonds) verse aux caisses-maladie une contribution forfaitaire annuelle, dont le montant en 2017 était de 145,68 euros par assuré inscrit. Cette somme leur permet de financer le surcoût administratif et la rémunération additionnelle des fournisseurs de prestations ambulatoires, qui prend essentiellement la forme de rémunérations complémentaires aux positions des prestations existantes dans la prise en charge dite ordinaire. Les hôpitaux sont rémunérés normalement selon des forfaits par cas définis au préalable. Les contrats conclus doivent être vérifiés du point de vue de la conformité aux exigences et autorisés par l'office fédéral (allemand) des assurances sociales (Bundesversicherungsamt).

Compte tenu de la complexité des DMP et de l'absence de mandat légal, les preuves de leur portée en termes d'endiguement des coûts sont relativement limitées. Enfin, deux études conçues selon des approches similaires ont abouti à des résultats divergents concernant les coûts pour les patients inscrits dans le programme DMP Cardiopathies coronariennes (Busse et Blankart 2017 : 23 s.).

Soins particuliers au sens du § 140a du code social, livre V

Les bases légales pour les contrats et les réseaux de soins intégrés, organisés de manière plutôt décentralisée, ont été posées dans le cadre de la loi de réforme de la santé, en 2000. Cette forme de prise en charge ne s'est toutefois imposée qu'après la suppression de l'obligation d'approbation explicite par les associations de médecins conventionnés et après l'attribution d'un financement de départ d'un montant de 680 millions d'euros par an pour la période 2004-2008. Quelques années plus tard, un nouveau financement à hauteur de 225 millions d'euros par an pour 2016-2019 a été approuvé dans le cadre de la loi sur le renforcement de l'offre de soins, entrée en vigueur en 2016.

Des programmes de prise en charge particuliers sont lancés par des caisses-maladie ou des réseaux de fournisseurs de prestations selon les besoins. Les caisses-maladie sont autorisées à partager avec

les fournisseurs de prestations et les patients les économies réalisées. Les contrats négociés doivent toutefois être économiques, ils ne peuvent pas limiter les prestations complètes garanties par le livre V du code social et doivent être soumis au Bundesversicherungsamt pour vérification et approbation. La participation aux programmes de soins intégrés est volontaire et gratuite pour les assurés.

Malgré l'ampleur du dispositif, avec presque 6400 contrats enregistrés, près de deux millions de patients participants et un volume de 1,35 milliard d'euros en 2011, des évaluations ne sont accessibles au public que pour certains projets. En particulier, on dispose d'étonnamment peu de preuves concernant les effets en matière de maîtrise des coûts ou d'amélioration de la qualité du programme global (Busse et Blankart 2017 : 24 s.).

Dossiers médicaux électroniques

Les médecins qui tiennent des dossiers médicaux électroniques et utilisent ces derniers pour la facturation auprès des assureurs perçoivent en contrepartie une indemnité, depuis 2016. À compter de 2018, les praticiens qui n'utiliseront pas des factures électroniques ne toucheront qu'une rémunération réduite pour leurs prestations (Blümel et Busse 2016 : 75).

Mesures dans le secteur des médicaments

Rabais fabricants et remise pharmacies

La loi octroie aux caisses d'assurance-maladie obligatoire un rabais de 7 % sur le *Herstellerabgabepreis* (HAP) pour les médicaments remboursables brevetés et non soumis au système de montant fixe. Il existe en outre différentes mesures légales instituant des rabais, dont certaines se recoupent. Le rabais fabricants pour les génériques qui ne sont pas soumis au système de montant fixe est de 16 %, de 10 % pour les génériques qui sont soumis à ce système et les génériques soumis au système de montant fixe dont le prix est inférieur de 30 % au montant fixe sont exonérés du rabais.

En plus du rabais fabricants, les entreprises pharmaceutiques sont soumises depuis le 1^{er} août 2009 à un moratoire sur les prix qui est régulièrement reconduit. Bien qu'autorisées à augmenter leurs prix, elles sont toutefois tenues d'accorder aux caisses-maladie un rabais équivalant à la différence avec le prix au 1^{er} août 2009 (§ 130a, al. 3a, du code social, livre V).

Les caisses-maladie ont droit, en plus du rabais fabricants, à une remise sur la marge des pharmacies. Celle-ci, qui n'a pas cessé de varier depuis l'introduction des bases légales, se monte à près de 2 % de la rémunération réglementée des pharmacies.

Les économies réalisées par les caisses-maladie de par les rabais fabricants et les remises pharmacies se sont élevées à environ 2,8 milliards d'euros en 2016 (évaluation sur la base de la période janvier-novembre 2016). Quelque 60 % de ce montant sont imputables aux rabais fabricants et environ 40 % à la remise pharmacies (Busse et Blankart 2017 : 16).

Substitution par des génériques

En Allemagne, la substitution par des génériques joue un rôle décisif sur le plan de la maîtrise des coûts dans le secteur des médicaments. Dès lors que le médecin prescripteur n'exclut pas explicitement la substitution, les pharmacies sont tenues de remettre un médicament bon marché en vertu du § 129 du code social, livre V. Elles peuvent alors choisir parmi les trois alternatives les moins chères. La réglementation relative à la remise des génériques n'est pas sans recoupements avec les contrats prévoyant des rabais conclus individuellement avec les caisses-maladie et visés au § 130a, al. 8, du code social, livre V. En présence d'un tel contrat, la pharmacie doit remettre le produit donnant lieu à un rabais, car

l'effet escompté en termes d'endiguement des coûts est plus élevé dans ce cas de figure (Busse et Blankart 2017 : 16 s.).

Contrats de rabais

Le § 130a, al. 8, du code social, livre V, dispose que les caisses-maladie peuvent conclure des contrats individuels prévoyant des rabais avec les fabricants de produits pharmaceutiques, par lesquels elles leur assurent la remise exclusive d'un médicament moyennant le paiement de rabais. Lorsque les pharmacies remettent des médicaments soumis à un contrat de rabais, elles sont tenues de remettre le produit qui donne lieu à un rabais pour autant que le médecin prescripteur n'ait pas explicitement exclu la substitution. Cette obligation faite aux pharmacies, inscrite dans la loi en 2007 seulement, a contribué au succès des contrats de rabais. Les prix et les rabais négociés dans le cadre du § 130a, al. 8, du code social, livre V, restent normalement confidentiels.

Trois mois après l'institution de la disposition légale, en juillet 2007, environ 70 % des caisses-maladie avaient conclu des contrats de rabais avec 53 entreprises pharmaceutiques et portant sur plus de 17 997 produits. Cinq ans plus tard, la quasi-totalité des caisses-maladie avait négocié des contrats pour 34 879 médicaments au total. De ce fait, près d'un médicament prescrit sur deux faisait l'objet d'au moins un contrat de rabais. En avril 2013, tous les contrats portant sur un portefeuille de produits et les contrats qui n'avaient pas fait l'objet d'un appel d'offres public ont été déclarés nuls pour des raisons relevant du droit des cartels. Le nombre des contrats de rabais est ainsi tombé à 16 406 (mai 2013), pour remonter à 24 590 à la fin 2016 (Busse et Blankart 2017 : 17).

Montants fixes

Le système de montant fixe fait partie des instruments de contrôle indirect des prix. La fixation d'un montant maximal de remboursement a pour effet que les patients doivent payer eux-mêmes la différence entre le montant fixe et le prix de vente en pharmacie. Le médecin prescripteur et la pharmacie doivent les informer sur ce supplément à payer. À titre d'incitation supplémentaire destinée aux patients, les médicaments dont le prix est inférieur de 30 % au montant fixe sont entièrement exonérés des majorations habituelles (Busse et Blankart 2017 : 18).

Dans le cadre de la procédure contraignante applicable depuis 2011 pour les nouveaux médicaments, prévue par la loi relative à la restructuration du marché pharmaceutique (*Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz*, AMNOG), les entreprises pharmaceutiques peuvent fixer librement le HAP et commercialiser les médicaments au prix demandé durant la première année suivant leur mise sur le marché. Elles sont toutefois tenues de soumettre au G-BA, lors de la mise sur le marché, un dossier démontrant les bénéfices supplémentaires apportés par la préparation. Après instruction du dossier, le G-BA fait rapidement procéder à une évaluation des bénéfices, pour laquelle il sollicite l'IQWiG. Il statue ensuite sur l'existence et la nature des bénéfices supplémentaires. Les médicaments qui n'apportent pas d'efficacité supplémentaire sont classés dans les différents groupes de montant fixe, ce qui limite le remboursement au prix des médicaments comparables. À l'inverse, si le médicament démontre une valeur ajoutée clinique, la GKV-SpiBu (en concertation avec l'Association des compagnies d'assurances santé privées) négocie avec l'entreprise pharmaceutique concernée son niveau de remboursement sur la base de la décision du G-BA (Busse et Blankart 2017 : 19).

À l'heure actuelle, seul un petit nombre de médicaments soumis au système de montant fixe ont un prix nettement supérieur au prix plafond du montant fixe. L'instauration de montants fixes s'est montrée, de ce fait, être une mesure globalement efficace pour contenir l'augmentation des coûts. Sur l'ensemble du marché pharmaceutique, les fabricants ont toutefois compensé en partie les baisses de prix par des hausses supérieures à la moyenne sur le marché des médicaments non soumis au système de montant

fixe. La GKV-SpiBu évalue le montant annuel des économies réalisées grâce aux montants fixes à 7,1 milliards d'euros (Busse et Blankart 2017 : 18).

Budget pharmaceutique annuel pour les médecins travaillant en cabinet

De 1993 à 2001, des plafonds de dépenses appliqués au niveau fédéral ont été une mesure significative de maîtrise des coûts dans le secteur pharmaceutique ambulatoire. En 2002, ces plafonds de dépenses ont été supprimés, pour être remplacés par des valeurs de référence par cabinet et des objectifs chiffrés en matière de prescription économique et appropriée de médicaments, valeurs de référence et objectifs qui sont négociés au niveau régional entre les associations de médecins conventionnés et les caisses-maladie. Pour leur prescription de médicaments, les médecins doivent respecter des budgets annuels déterminés. Les médecins conventionnés qui prescrivent plus que 125 % de la valeur de référence calculée ex-post sont tenus de rembourser l'excédent à moins de pouvoir prouver que le dépassement est imputable à des « particularités du cabinet ». Bien que le principe de responsabilité individuelle n'ait été que partiellement appliqué dans les faits, l'introduction de cet instrument a influencé les comportements en matière de prescription (Busse et Blankart 2017 : 20 s.).

Encouragement des importations parallèles

La remise de produits d'importation parallèle est encouragée par un quota inscrit dans la loi prévoyant une part de 5 % pour la vente de médicaments importés parallèlement. Même après un reconditionnement et une procédure d'autorisation simplifiée pour les produits destinés au marché étranger, le prix de vente de ces médicaments reste souvent inférieur à celui des préparations originales. Cette possibilité de recourir aux importations parallèles permet ainsi d'instaurer une concurrence dans le secteur par ailleurs protégé de la concurrence des médicaments brevetés. Pour qu'une spécialité puisse être prise en compte dans le quota, elle doit satisfaire à la règle des 15/15, c'est-à-dire qu'elle doit être soit 15 % soit 15 euros moins chère que la préparation originale produite pour le marché allemand. Selon une étude réalisée pour le compte de l'Association allemande des importateurs de médicaments (Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschland e.V.), les importations de médicaments permettent de réaliser des économies directes d'un montant de 240 millions d'euros (Busse et Blankart 2017 : 22).

Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification

Contrôle des prestations/Service médical

« Les caisses-maladie bénéficient pour le contrôle des prestations dans le domaine stationnaire du soutien du service médical de l'assurance-maladie (MDK), organisé en sections régionales. En 2015, le MDK a effectué 5,85 millions de contrôles, dont plus de 2,5 millions dans le domaine stationnaire. Près de 15 % des 17 millions de cas d'hospitalisation en stationnaire facturés via la GKV ont ainsi été contrôlés. Environ 50 % des cas d'hospitalisation examinés ont donné lieu à des réclamations concernant la facturation et à des remboursements de la part des fournisseurs de prestations. La GKV-SpiBu estime qu'un contrôle efficace a permis d'économiser 2,3 milliards d'euros en 2013 (soit 3,6 % des dépenses hospitalières) » (Busse et Blankart 2017 : 14).

8.1.2 France

En France, la hausse des coûts dans le système de santé a été une préoccupation majeure ces 20 dernières années. Aussi, une série de mesures ont-elles été prises pour contenir l'augmentation des coûts. « Ces mesures étaient axées en particulier sur le contrôle du déficit chronique de l'assurance-maladie

[...]. Les mesures visant à endiguer les coûts n'ont cependant pas toujours été accompagnées d'efforts en vue d'améliorer l'efficacité des modèles de prestations (capacité à maîtriser les volumes de prestations avec les ressources disponibles). Cette expérience a conduit à s'interroger sur la manière d'améliorer les résultats et la qualité tout en réduisant les pertes dans le système » (Or 2017 : 5).

Plafond contraignant pour la croissance

Plafond de dépenses global pour les soins de santé

Au niveau macro, le Parlement exerce un contrôle sur le système de santé et ses ressources en adoptant chaque année une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) élaborée par le gouvernement. Celle-ci comprend depuis 1996 un plafond de dépenses global annuel pour les soins de santé. Appelé objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), il est fixé pour l'année calendaire suivante. Le ministère de la Santé répartit les dépenses budgétisées de l'assurance-maladie publique conformément à l'ONDAM dans les différentes branches, fixant ainsi pour tous les acteurs une limite de dépenses précise. L'objectif global est subdivisé en trois sous-objectifs pour les principaux fournisseurs de prestations de santé : le domaine ambulatoire, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Les plafonds monétaires sont utilisés pour indiquer la croissance des dépenses en pourcentage. Les plafonds ne sont pas contraignants et les acteurs ne sont pas tenus de s'y conformer, les plafonds de l'ONDAM ont donc été constamment dépassés les cinq premières années. C'est pourquoi des mesures supplémentaires ont été mises en place (Barroy et al. 2014).

- Un comité d'alerte a été institué en 2004, dont la mission est de surveiller de près l'évolution des dépenses d'assurance-maladie. Il est chargé d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses d'assurance-maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM.
- En 2010, le comité d'alerte s'est vu confier une compétence supplémentaire. Depuis cette date, il peut procéder à une évaluation ex-ante de l'ONDAM, avant que le projet de loi de financement de la sécurité sociale soit soumis au Parlement.
- S'il ressort un risque de dépassement du plafond pour le secteur hospitalier, les tarifs DRG peuvent être adaptés (abaissés) (Or 2017 : 6 s.).

« Ces dernières années, les procédures budgétaires lancées avec l'ONDAM ont commencé à montrer des signes très prometteurs d'une amélioration de la surveillance des dépenses de santé et des relations de travail entre les acteurs. Le contrôle des coûts dans le système de santé s'en est trouvé renforcé. Tandis que le taux de croissance des dépenses de santé recule depuis dix ans, on n'enregistre de succès quant au respect de l'ONDAM que depuis 2010 [...] : la hausse des coûts dans le système de santé a atteint son maximum à 7 % en 2002, pour baisser à 5 % en 2004 et à 2 % en 2015-2016 » (Or 2017 : 7).

Mesures dans le domaine des soins et des prestations

Différentes mesures ont été mises en place en France dans le domaine des soins et des prestations. Dans le but de renforcer les soins coordonnés, un système volontaire de gatekeeping et un système de *pay for performance* (P4P) ont été instaurés et les cabinets de groupe ont été encouragés. Des agences régionales de santé (ARS) sont en charge de la régulation des ressources et des volumes dans les domaines ambulatoire, stationnaire et social. Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire est encouragée.

Évaluations des technologies de la santé (HTA)

La réalisation et l'organisation d'évaluations des technologies de la santé (HTA) sont réglementées par le gouvernement et l'assurance-maladie publique. Elles sont principalement assurées par la Haute Autorité de Santé (HAS)³⁸. Tous les nouveaux médicaments, appareils et procédés doivent subir au préalable une HTA pour être inscrits dans la liste positive de l'assurance-maladie publique et remboursés en conséquence. L'HTA est effectuée avant la mise sur le marché et sert surtout à déterminer le taux de remboursement par l'assurance-maladie publique et à fournir une base pour la tarification (tarifs fixés par voie légale). Les HTA visent notamment à déterminer l'efficacité de la nouvelle technologie, c'est-à-dire à établir quels sont ses bénéfices du point de vue médical et de la santé publique (le « service médical rendu » pour les médicaments et le « service attendu » pour les appareils et les procédés). Le taux de prise en charge par l'assurance-maladie publique (entre 0 % et 100 %) est fixé en fonction des bénéfices identifiés. On procède également à une comparaison avec les médicaments (amélioration du service médical rendu, ASMR) et les appareils et procédés (amélioration du service attendu, ASA) existants. Cette base permet une décision explicite sur le prix (tarif). Les médicaments, appareils et procédés sont réexaminés tous les cinq ans (Chevreul et al. 2015 : 43 s.).

« La France répertorie explicitement dans une liste tous les produits remboursés par l'assurance-maladie publique (liste dite positive). En 2006, le pays affichait l'une des plus longues listes en Europe de médicaments remboursables à l'«efficacité prouvée» [...]. Depuis 1999, la prise en compte du critère du bénéfice dans les décisions en matière de remboursement (service médical rendu, SMR) a permis de retirer plusieurs centaines de médicaments (Or 2017 : 13).

Sous certaines conditions, on procède également depuis 2013 à une **évaluation économique** en vue d'établir le rapport coût-bénéfice, en particulier lorsqu'un produit ou une technologie est considéré comme innovant et pourrait avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance-maladie publique (chiffre d'affaires prévisionnel de plus de 20 millions d'euros deux ans après la mise sur le marché) (Chevreul et al. 2015 : 44, 163 ; Durand-Zaleski 2016 : 64).

Planification des capacités par les agences régionales de santé

En 2009, 26 agences régionales de santé (ARS) ont été créées. Elles remplissent des missions publiques, essentiellement dans les domaines de la planification (des capacités) et de l'administration du budget santé qui leur a été attribué. Les ARS ont été mises en place pour veiller à ce que les soins de santé correspondent au mieux aux besoins de la population. Elles sont chargées de définir les besoins au niveau régional sur la base de caractéristiques épidémiologiques et démographiques et d'améliorer la coordination des connexions/interfaces entre les secteurs ambulatoire et hospitalier ainsi qu'entre les services sanitaires et sociaux. Les plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) prévoient une planification non seulement pour le secteur hospitalier mais aussi pour l'ambulatoire (principalement en termes de capacités). La mise en œuvre s'effectue dans le cadre de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) établis pour cinq ans (Chevreul et al. 2015 : 19 s., 32 s., 34s. ; Or 2017 : 17).

Les schémas régionaux d'organisation des soins constituent la base légale des contrats conclus entre les hôpitaux et les ARS (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), qui définissent notamment les

³⁸ La HAS est un institut public indépendant qui exerce différentes missions visant à améliorer la qualité et l'efficacité des prestations. À ce titre, elle assure notamment l'évaluation des médicaments et des appareils et des procédés médicaux, l'accréditation des organisations de santé, la certification des médecins ainsi que la publication de guides (Chevreul et al. 2015 : 28).

responsabilités de l'hôpital concerné ainsi que les prestations, les objectifs de qualité et les ressources nécessaires. La durée des contrats est normalement de cinq ans. Les capacités et les volumes de prestations fournies sont réexaminés annuellement. Si les hôpitaux ne se tiennent pas aux objectifs convenus contractuellement, ils peuvent être sanctionnés financièrement (jusqu'à 1 % du total de leurs recettes) et les ARS peuvent leur retirer l'autorisation de fournir des prestations. Cependant, aucun hôpital n'a été sanctionné à ce jour (Chevreul et al. 2015 : 35).

« À l'heure actuelle, la régulation des hôpitaux est plutôt axée sur l'activité que sur l'offre de lits. Un instrument de régulation important consiste à assortir l'autorisation de seuils d'activité minimaux pour assurer la qualité des traitements. Les normes applicables en termes de volume de prestations s'appliquent ainsi à la chirurgie cardiaque, à l'obstétrique ou aux traitements oncologiques. Par ailleurs, les ARS surveillent directement l'activité hospitalière au niveau régional en vue d'identifier les établissements présentant des volumes de prestations ou une croissance significativement hauts ou bas. Depuis 2011, le ministère de la Santé collabore avec la HAS, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en vue de mettre à la disposition des ARS des lignes directrices pour accompagner ces dernières dans la surveillance et la réduction des particularités régionales s'agissant des procédures médicales et chirurgicales » (Or 2017 : 17).

Les disparités en termes de volume de prestations hospitalières entre les régions et les établissements font l'objet de rapports publics, le but étant de sensibiliser les acteurs concernés au sujet des traitements non pertinents et de limiter le nombre de ces traitements. Les rapports relatifs aux disparités régionales sont publiés par l'ATIH depuis 2013. « Récemment, le ministère de la Santé a publié, en collaboration avec l'IRDES et l'ATIH, un atlas des variations concernant les taux d'interventions chirurgicales. Bien qu'aucun rapport officiel ne soit encore disponible sur les effets de ces actions, les premières analyses de la CNAMTS sont encourageantes » (Or 2017 : 17).

Mesures dans le secteur des médicaments

Les mesures appliquées dans le secteur des médicaments (cf. à ce sujet Chevreul et al. 2015 : 51, 98, 134, 138, 156 s., 161 ss ; Chevreul et al. 2010 : 235 ; Durand-Zaleski 2016 : 66 ; Or 2017) sont les suivantes :

- un strict **contrôle du prix des médicaments**, depuis 2013 aussi au moyen d'évaluations économiques ;
- la **baisse du prix** des médicaments répertoriés (conditions : lors du renouvellement de la convention correspondante, en particulier lorsqu'une augmentation significative des volumes a eu lieu suite à une extension de l'indication ; à l'échéance du brevet et lors de l'admission du premier générique dans la liste positive ; en cas de risque de dépassement du plafond de l'ONDAM du fait des dépenses pharmaceutiques ou lorsque des études révèlent des modifications concernant l'efficacité ou les effets secondaires par rapport aux essais cliniques) ;
- le **retrait de la liste positive de médicaments** dont le bénéfice (SMR) est insuffisant (plusieurs centaines de médicaments depuis le lancement des ETS en 1999) ;
- la **baisse du taux de remboursement** de 35 % à 15 %, intervenue en 2010, pour les médicaments présentant un bénéfice insuffisant. Par la suite, en 2011, le taux de prise en charge a été abaissé de 35 % à 30 % pour les médicaments présentant un intérêt thérapeutique modéré ;
- la **promotion de la remise de génériques** : des incitations financières encouragent les pharmaciens à remettre des génériques. En effet, ils sont autorisés depuis 1999 à substituer des génériques aux préparations originales et leurs marges sont les mêmes, qu'ils remettent des génériques

ou des préparations originales. En outre, les fabricants peuvent accorder pour les génériques des remises sur les prix plus élevées (jusqu'à 50 %, contre 2,5 % au plus pour les préparations originales). Si les patients insistent pour obtenir la préparation originale, ils ne peuvent pas bénéficier du système de tiers-payant normalement appliqué : ils doivent payer le médicament puis envoyer une demande de remboursement à l'assurance-maladie. Cette politique a entraîné une forte croissance du marché des génériques (en 2011, ils représentaient une part de 24 % du marché des médicaments répertoriés). Une rémunération P4P a en outre été introduite en 2014. Les pharmaciens reçoivent un bonus annuel pouvant aller jusqu'à 3000 euros en fonction de la part de génériques qu'ils ont dispensés ;

- l'encouragement des pharmacies à remettre des **biosimilaires** au début du traitement (depuis 2014) ;
- un projet pilote est en cours depuis 2014 et jusqu'en 2017, qui permet la remise de doses unitaires d'antibiotiques dans les pharmacies afin de réduire le gaspillage et la surconsommation (*overuse*).

Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification

Promotion de la chirurgie ambulatoire par les forfaits

Depuis 2009, un nombre croissant d'interventions font l'objet d'une tarification unique/identique, indépendamment du fait qu'elles aient été réalisées en ambulatoire ou en stationnaire. Les prix des séjours ambulatoires sont alignés avec ceux des hospitalisations simples avec nuitée. Cette mesure vise à encourager les hôpitaux à investir dans la chirurgie ambulatoire. La réalisation en stationnaire de certaines interventions nécessite en outre un accord préalable de l'assurance-maladie (*mise sous accord préalable*). Cette adaptation des prix a permis d'augmenter le taux d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire (Chevreul et al. 2015 : 131 ; CNAM 2016 ; Durand-Zaleski 2016 : 66 ; Or 2017 : 17).

Système de rémunération à la performance

Un système de rémunération à la performance (*pay for performance*, P4P) a été instauré en 2009. La mise en œuvre s'effectuait dans le cadre de contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui prévoyaient des incitations financières visant à améliorer la qualité et l'efficacité des prestations et de la médecine de premier recours. Le CAPI a été remplacé en 2012 par le nouveau système de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui intègre dans la rémunération à la performance les objectifs de santé publique et qui s'applique à l'ensemble des médecins (Chevreul et al. 2015 : 60, 84, 96 s., 157 ; Durand-Zaleski 2016 : 61 ; Or 2017 : 9).

« L'efficacité, en termes de coûts, du système français de la ROSP est difficile à mesurer, car il n'y a pas eu de véritable évaluation de la réforme. Selon la CNAM, les mesures structurelles (organisation du cabinet, investissements dans des logiciels, enregistrement numérique) ont permis d'obtenir des résultats positifs. On observe aussi des progrès dans le traitement du diabète (dosage, suivi [...]). Il est toutefois difficile d'évaluer l'efficacité du système de la ROSP indépendamment des programmes lancés récemment visant à améliorer la qualité des traitements, parmi lesquels la promotion active des directives nationales de renforcement de la coordination des soins pour les patients diabétiques (CNAM 2016). Bien que la CNAMTS identifie de légères améliorations, comme une diminution des prescriptions inadaptées, les changements sont relativement minimes dans l'ensemble » (Or 2017 : 9).

Rémunération alternative dans les cabinets de groupe pluridisciplinaires (projets pilotes)

Il existe en France différentes structures de médecine de premier recours. Les centres de santé traditionnels (*Health Centers*, HC) sont les cabinets de groupe, qui sont principalement axés sur la première prise en charge mais peuvent aussi proposer des prestations médicales spécialisées. Les maisons de santé pluridisciplinaires (*Multidisciplinary Health Houses*, MHH) ont été créées plus tard. Ces maisons de santé sont des structures de cabinets de groupe dans lesquelles collaborent des professionnels médicaux et paramédicaux indépendants. Contrairement aux cabinets individuels traditionnels, les cabinets de groupe sont considérés en France comme le moyen d'assurer des soins de santé de qualité et plus efficaces. Dans ces structures de premier recours, l'accent est mis davantage sur les prestations de prévention et sur la coordination des soins que sur le traitement curatif des symptômes aigus. Elles permettent de faciliter l'accès aux traitements (horaires d'ouverture plus étendus), d'encourager la collaboration entre les professionnels de la santé (notamment entre les médecins généralistes et le personnel soignant) de même que d'élargir l'offre des prestations proposées aux patients (Or 2017 : 11).

Différents systèmes de rémunération dans les HC et les MHH ont été testés depuis 2010 dans le cadre de projets pilotes (Expérimentation de nouveaux modes de rémunération, ENMR). « L'IRDES a mené une évaluation formelle de ces projets pilotes en termes de qualité, de coûts, de volumes et d'offre médicale. Les résultats montrent que dans la plupart des domaines (mais pas dans tous) et dans la majorité des régions, la qualité des soins (prévention, coordination, etc.) est meilleure dans les cabinets de groupe que dans les cabinets individuels, les premiers réalisant légèrement moins de traitements et affichant une consommation plus faible de médicaments (Mousquès et Daniel 2015a, 2015b). L'analyse a aussi mis en évidence que la densité de médecins généralistes a augmenté plus vite dans les domaines dans lesquels des projets pilotes ont été lancés que dans les autres. Dans les régions rurales/sous-médicalisées, les cabinets de groupe semblent être plus attractifs que les cabinets individuels pour les médecins de premier recours » (Or 2017 : 11 s.).

Contrôle des volumes et du prix des prestations hospitalières (tarifs dégressifs)

« Pour contrôler les dépenses hospitalières (selon la rémunération basée sur les prestations), le Parlement fixe des plafonds nationaux pour les soins aigus (différents pour les hôpitaux publics et privés) (cf. ONDAM). Dès lors que la croissance effective du volume global dépasse les plafonds, les prix sont abaissés en conséquence. L'évolution du volume des prestations n'est pas surveillée au niveau des hôpitaux individuels mais à un niveau agrégé (secteur public, secteur privé). Depuis 2006, les prix ont été régulièrement révisés à la baisse vu que l'activité a augmenté plus fortement que prévu.

Dans l'ensemble, le système semble faire ses preuves : la part des dépenses hospitalières dans les dépenses globales du système de santé a reculé depuis l'instauration de la T2A³⁹. Les dernières années (2014/2015), le plafond ONDAM pour le secteur hospitalier n'a même pas été atteint.

Ce mécanisme de régulation au niveau macro a toutefois ses revers [...]. Il a en effet créé un environnement peu lisible : il est difficile pour les hôpitaux de prévoir leur situation budgétaire pour l'année suivante vu que les prix changent tous les ans en fonction de l'activité globale. Le manque d'informations sur les objectifs spécifiques de la politique de rémunération a par ailleurs généré chez les prestataires de soins un sentiment de frustration et de ressentiment à l'égard de la T2A. Du fait de l'absence de signaux de prix clairs et de données sur les coûts pour une évaluation comparative des hôpitaux, ces

³⁹ Une rémunération liée aux prestations (T2A, tarification à l'activité) a été instaurée en 2004/2005 pour les prestations hospitalières de soins aigus. La réforme avait notamment pour but d'améliorer l'efficacité des hôpitaux, de créer des conditions de concurrence uniformes pour les paiements aux hôpitaux publics et privés, et d'accroître la transparence dans l'activité hospitalière et dans la gestion des coûts (Or 2017 : 15).

derniers sont essentiellement occupés à rapprocher leurs comptes » (Or 2017 : 16).

« En 2014, le ministère de la Santé a de plus instauré un **mécanisme de régulation prix-volume** individualisé au niveau des hôpitaux. Il a ainsi fixé un taux plafond national pour l'augmentation des prestations concernant une série de DRG présentant des volumes importants ou une croissance élevée (notamment les prothèses du genou et la cataracte). Si, dans un hôpital, le nombre de cas (pour un DRG défini) augmente plus rapidement qu'exigé, le tarif du groupe homogène de malades (GHM) concerné baisse de 20 %. Bien qu'il n'existe pas suffisamment d'informations sur les effets de cette politique sur les hôpitaux, une récente communication du ministère de la Santé présente un tableau mitigé. Un consensus se dégage de plus en plus sur le fait que l'« adéquation du traitement » et la réduction des interventions dites d'« intérêt limité » doivent être prioritaires » (Or 2017 : 18).

8.1.3 Pays-Bas

Le système de santé néerlandais se caractérise par une concurrence régulée. Le gouvernement contrôle le système mais n'en assure pas le fonctionnement. Les assureurs et les fournisseurs de prestations stationnaires n'ont pas un but lucratif, mais ils ne sont pas publics. Le système est uniforme au plan national ; les assureurs offrent les mêmes primes dans tout le pays et sont accessibles à tous les assurés. Le secteur des assurances complémentaires, dont relève notamment la médecine dentaire, est relativement important. Les hôpitaux sont des établissements de taille relativement conséquente et les médecins spécialistes exerçant en ambulatoire travaillent principalement pour les hôpitaux. Pour plus de deux tiers des prestations hospitalières, les tarifs peuvent être négociés librement entre les fournisseurs de prestations et les assureurs ; les autres tarifs sont fixés par l'État. Les médecins de premier recours exercent essentiellement dans de petits cabinets de groupe. La participation des assurés aux coûts est traditionnellement très basse. Elle a toutefois augmenté durant les dernières années et les assurés ont maintenant la possibilité d'opter pour une participation aux coûts supplémentaire (Jeurissen 2017 : 1 s.).

Plafond contraignant pour la croissance

Plafond de dépenses global pour les soins de santé

Aux Pays-Bas, les dépenses de santé sont considérées comme faisant partie intégrante du budget de l'État, bien qu'elles ne soient pas directement financées par les impôts. Du fait de cette approche, le système de santé est tenu de respecter des plafonds de dépenses fixés par le gouvernement. En cas de dépassement, le ministère de la Santé devrait adapter a posteriori les volumes et les prix pour que les plafonds soient respectés. Entre 1994 et 2012, ces plafonds n'ont cependant été respectés qu'une seule fois, notamment parce qu'une modification après coup jusqu'à deux ans plus tard n'était guère réalisable politiquement. Pour cette raison, et du fait des critiques formulées au sujet des dépenses de santé prétendument sous-évaluées au vu des listes d'attente, les plafonds de dépenses ont été globalement abandonnés après 2000. Cette suppression s'est traduite par une forte hausse des coûts.

Suite à cette augmentation massive, un instrument (macro-budgétaire) a été développé, qui permet au gouvernement d'abaisser ex-post de manière forfaitaire les budgets de l'ensemble des fournisseurs de prestations en cas de non-respect des plafonds de dépenses. La menace de recourir à cette option « nucléaire » impopulaire auprès des fournisseurs de prestations a conduit ces derniers et les assureurs à conclure des conventions destinées à maintenir la croissance des coûts dans les rails. Du fait de cette régulation par les prestataires eux-mêmes, les plafonds se sont révélés plutôt aisés à mettre en œuvre. Depuis ces conventions, il n'a pas été nécessaire d'engager l'« option nucléaire », à savoir à l'instrument

macro-budgétaire. Cet instrument a contribué d'une manière décisive au fléchissement de la croissance des coûts. Les plafonds prescrits par l'État posent un cadre pour les attentes des fournisseurs de prestations et les assureurs lors des négociations (Jeurissen 2017 : 12 s.). L'effet conjugué des plafonds de dépenses, des conventions et de la menace du recours à l'instrument macro-budgétaire a bien entraîné un recul du nombre de prestations fournies par les hôpitaux, mais pas une baisse des prix. Les marges des prestataires sont restées inchangées car, bien que les volumes se soient réduits, les prix ont eu tendance à augmenter. Hormis dans le domaine des soins de base, où les fournisseurs de prestations ont moins d'influence sur les flux de patients, on constate une baisse des volumes de prestations d'année en année. Le phénomène ne serait cependant pas durable si ces diminutions ne concernaient pas des prestations inutiles. En effet, les besoins médicaux ont tendance, eux, à s'accroître en raison de l'évolution démographique (Jeurissen 2017 : 14).

Mesures visant à éviter les incitations inopportunes

Aux Pays-Bas, les assureurs ne sont pas tenus de collaborer avec tous les fournisseurs de prestations, ils ont donc la possibilité de conclure des contrats de manière sélective. La passation de contrat sélective se limite toutefois aux prestations de la liste B (avec un nombre élevé de cas et un besoin homogène en ressources). Les fournisseurs de prestations sont par ailleurs tenus de rémunérer les fournisseurs de prestations qui ne sont pas sous contrat, bien qu'à 80 % seulement du prix du marché d'une prestation. Cette règle fixée par le pouvoir judiciaire réduit les incitations faites aux assureurs à s'engager en faveur des stratégies de managed care. Ses effets sur les coûts ne sont pas clairs (Jeurissen 2017 : 8).

Mesures dans le domaine des soins et des prestations

Système de gatekeeping

Les patients néerlandais peuvent librement choisir parmi les médecins et les fournisseurs de prestations, mais ils doivent consulter leur médecin de premier recours avant de pouvoir recourir à un traitement par un spécialiste. Les Pays-Bas appliquent de ce fait un système strict de gatekeeping. La hausse des coûts de santé s'est aplatie depuis 2012, mais il est impossible de déterminer dans quelle mesure ce dispositif y a contribué vu qu'il était déjà en place auparavant.

Mesures dans le secteur des médicaments

Les Pays-Bas ont mis en œuvre différentes mesures visant à contenir la hausse des coûts dans le secteur des médicaments. Depuis 1996, leur prix est fixé en fonction des prix pratiqués dans cinq pays de référence voisins. Dès 2004, le gouvernement a négocié des conventions dans le but de réduire les coûts, ce qui a permis de réaliser des économies se montant à 340 millions d'euros. Les assureurs ne remboursent plus que le générique le moins cher d'une spécialité depuis 2005. Cette règle a permis d'économiser environ 400 millions d'euros. Une part relativement importante des économies réalisées aux Pays-Bas résulte donc du secteur des médicaments (Jeurissen 2017 : 3).

Mesures relatives aux coûts globaux et à la tarification

Tarifs par capitation

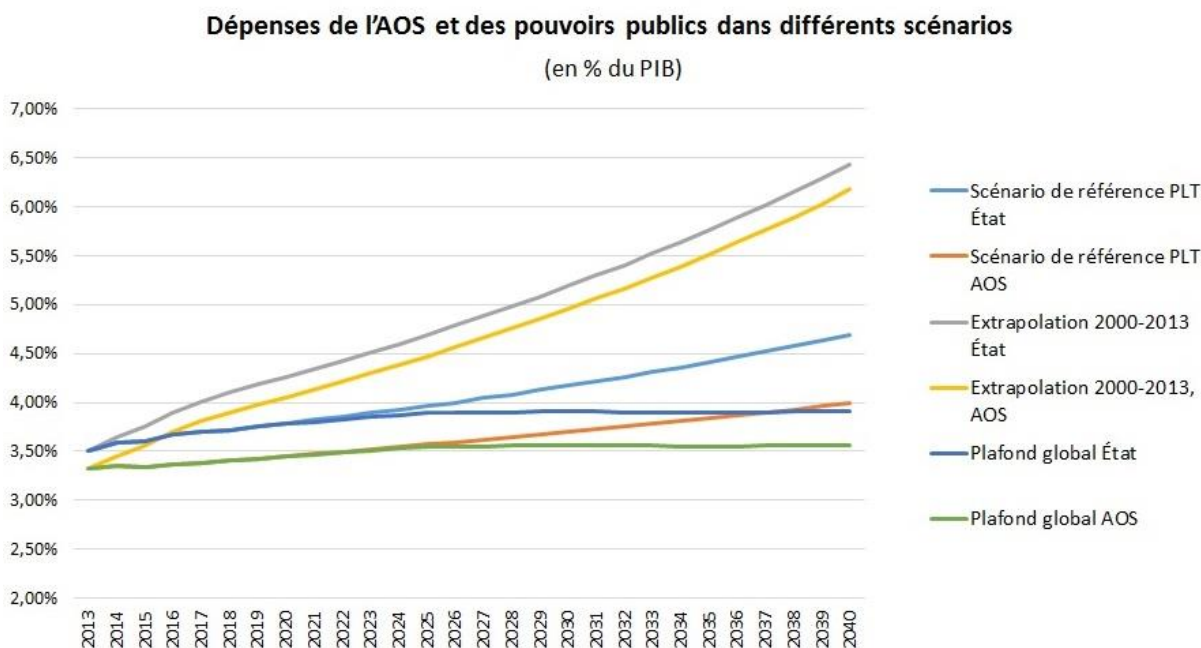
La mesure qui a certainement eu le plus d'effet dans l'enraiment de la croissance des coûts aux Pays-Bas est le consentement des spécialistes indépendants, à partir de 1995, à percevoir une rémunération forfaitaire pour le traitement des patients. L'accord des fournisseurs de prestations a pu être obtenu car ce mode de rémunération leur permettait de mettre fin à la réduction des prix habituellement appliquée

a posteriori à tous les fournisseurs de prestations en cas de dépassement des plafonds. Cette mesure s'est révélée efficace pour maîtriser la hausse des coûts mais les incitations à fournir des prestations supplémentaires ont manqué, si bien que de listes d'attente sont apparues pour les traitements chirurgicaux planifiés. La productivité du travail a diminué dans les hôpitaux (Jeurissen 2017 : 5). Les tarifs dans le domaine des soins de base ont également été modifiés en 2015. Depuis lors, la rémunération des prestataires de soins de premiers recours repose sur une combinaison de forfait par patient traité et de tarif à la prestation. Parallèlement, il existe d'autres flux de paiements, moins importants, pour la gestion de maladies et les innovations. La rémunération de ces dernières peut être négociée librement entre les assureurs et les fournisseurs de prestations.

8.2 Scénarios concernant l'évolution des coûts pour la période 2013-2040

Un premier scénario de référence se base sur l'évolution des dépenses envisagée pour le système de santé selon les perspectives à long terme (PLT) des finances publiques en Suisse 2016, avec une croissance annuelle moyenne dans l'AOS et pour les pouvoirs publics de 3,3 %. La Figure 25 montre l'évolution des dépenses de santé de l'AOS et des pouvoirs publics (Confédération, cantons et communes, AVS/AI) en pourcentage du PIB.

Figure 25 : Dépenses de l'AOS et des pouvoirs publics dans différents scénarios



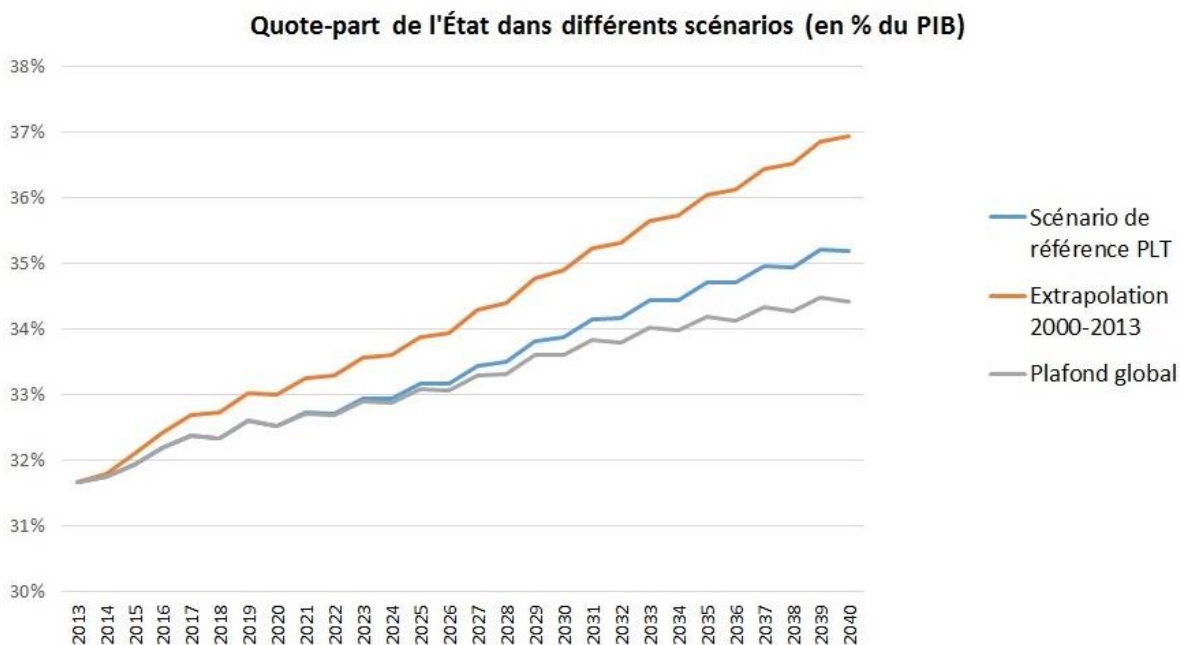
Source : calculs des auteurs, sur la base des Projections concernant l'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2045 (2017)

Les dépenses liées à la réduction individuelle des primes sont incluses dans les dépenses de l'État. Le vieillissement de la population aura des conséquences plus marquées sur les dépenses des administrations publiques que sur celles de l'AOS, la raison principale étant que les pouvoirs publics consacrent une plus large partie de leurs dépenses aux soins de longue durée que l'AOS. Le deuxième scénario est une extrapolation de l'évolution moyenne des coûts des années 2000 à 2013 pour la période allant jusqu'à 2040. Les taux de croissance d'environ 4,7 % en crédits annuels ont été calculés séparément

pour l'AOS et pour les administrations publiques⁴⁰. Pour 2040, les dépenses projetées de l'AOS et des pouvoirs publics s'élèvent respectivement à 6,2 % et à 6,4 % du PIB, soit bien au-dessus des chiffres du scénario de référence des perspectives à long terme des finances publiques. Toutefois, à la différence de ce dernier, le scénario d'extrapolation ne prend pas en compte le fléchissement du développement économique par rapport aux années passées, soit en crédits annuels une croissance du PIB plus faible de 0,4 point. Le PIB est un moteur important de la croissance des dépenses de santé. Le troisième scénario illustre parfaitement l'effet des plafonds pour l'augmentation des coûts proposés au chap. 5.2. Dans ce scénario, on part du principe, en simplifiant quelque peu, que les dépenses évolueront jusqu'en 2020 conformément aux projections des perspectives à long terme. À partir de 2021, les dépenses évoluent ensuite pendant une première période de transition de cinq ans avec un plafond contraignant dont le taux est fixé à 3,3 % pour l'AOS et le secteur public. Le scénario prévoit pour les cinq années suivantes un plafond global à 2,7 %. En raison du ralentissement de la croissance de la population active, la dynamique du PIB fléchira pour la période 2031-2040. Par conséquent, on se base pour cette période sur un plafond global à 2,5 %. Ce scénario présente, en comparaison avec le scénario de référence, une réduction relativement importante de la croissance des dépenses, en particulier pour les administrations publiques. Selon ces projections, les dépenses de l'AOS s'élèvent en 2040 à 3,6 % du BIP (contre 4 % du PIB dans le scénario de référence), tandis que celles des pouvoirs publics atteignent 3,9 % du PIB (contre 4,7 % du PIB dans le scénario de référence).

La Figure 6 montre l'évolution projetée de la quote-part de l'État dans les trois scénarios. Dans le scénario avec les plafonds globaux, la quote-part de l'État projetée se monte pour l'année 2040 à 34,4 % du PIB. Cette valeur est inférieure de 0,8 point de PIB à la quote-part prévue selon le scénario de référence des perspectives à long terme des finances publiques.

Figure 6 : Quote-part de l'État dans différents scénarios

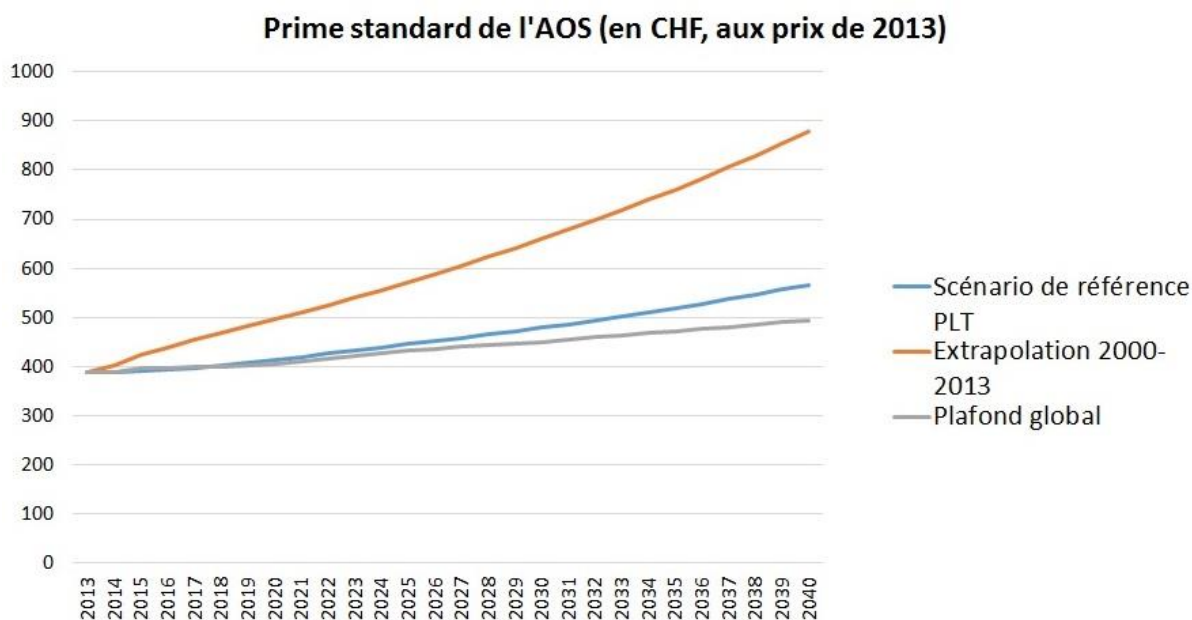


Source : calculs des auteurs, sur la base des perspectives à long terme des finances publiques (2016).

⁴⁰ Le calcul de la moyenne ne tient pas compte de l'année 2008 pour l'État, eu égard au lancement de la RPT et de la révision de la statistique financière.

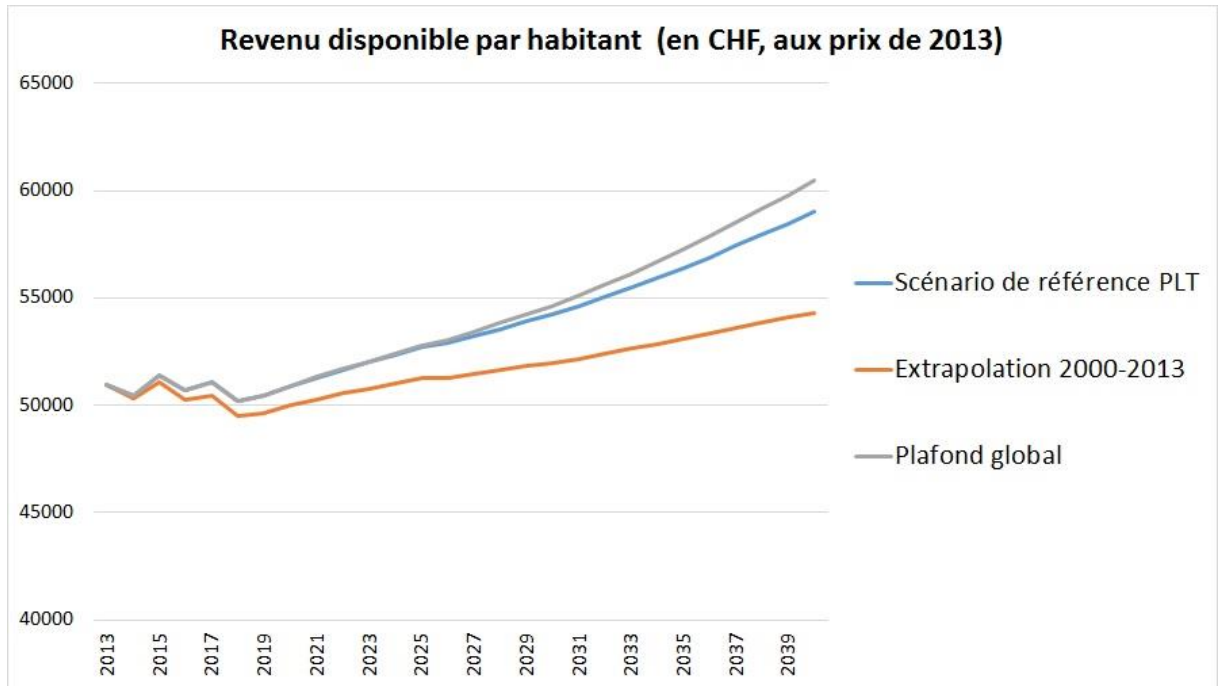
Si la dynamique des dépenses de santé se maintenait au niveau des années 2000 à 2013 (scénario Extrapolation), la prime standard pour un adulte à partir de 26 ans, après correction de l'inflation, serait plus de 50 % plus élevée que dans le scénario de référence (cf. Figure 7). En présence de plafonds globaux, la hausse de la prime standard jusqu'en 2040 serait, elle aussi, sensiblement ralentie par rapport au scénario de référence, de près de 15 %. Cet effet se reflète également dans l'évolution du revenu disponible moyen par habitant en Suisse (cf. Figure 8). Celui-ci correspond au PIB par habitant après correction de l'inflation, déduction faite des recettes fiscales nécessaires pour les dépenses publiques croissantes et des dépenses par personne en faveur de l'AOS : par conséquent, le revenu disponible par habitant dans le scénario Extrapolation atteint à peine 55 000 francs en 2040, un chiffre largement plus bas que dans le scénario de référence, où il se monte à 59 000 francs environ. L'instauration de plafonds contraignants permettrait de réduire encore davantage la charge supplémentaire devant être supportée par la population du fait de la hausse des dépenses de santé, et le revenu disponible par habitant se monterait à un peu plus de 60 000 francs.

Figure 7 : Prime standard de l'AOS



Source : calculs des auteurs, sur la base de la statistique de l'AOS et de la statistique financière

Figure 8 : Revenu disponible par habitant



Source : calculs des auteurs, sur la base des perspectives à long terme des finances publiques (2016)

Les scénarios montrent qu'à défaut d'instrument efficace pour contrôler les coûts, une hausse supplémentaire des dépenses de santé peut entraîner, comme jusqu'ici, une charge supplémentaire conséquente pour la population. Même dans le scénario de référence basé sur les perspectives à long terme des finances publiques et les hypothèses correspondantes concernant le vieillissement de la population, l'immigration et le développement économique, les charges financières supplémentaires sont considérables. Un contrôle efficace par l'instauration de plafonds peut maintenir durablement dans des limites raisonnables la charge supplémentaire entraînée par la hausse des dépenses de santé de l'AOS et des pouvoirs publics.




8.3 Vue d'ensemble des mesures

Tableau 4 Tableau synoptique des mesures

 Mesures pouvant être mises en œuvre immédiatement  Mesures déjà débattues nécessitant des adaptations législatives

 Mesures nouvelles nécessitant des adaptations législatives

 Mesures prioritaires

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
M01	Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS	Introduire des plafonds pour l'augmentation des coûts pris en charge par l'AOS a pour but de produire la pression politique nécessaire et d'instaurer les contraintes indispensables. Outre un meilleur pilotage du système dans son ensemble, les plafonds présentent l'avantage de déléguer aux acteurs des différents domaines le choix de définir où les économies doivent être réalisées.	Législation : Confédération (év. cantons et fournisseurs de prestations) Mise en œuvre : fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, autorités d'approbation et cantons	Introduire dans la LAMal les conditions-cadre pour les plafonds et les éventuelles sanctions	
M02	Introduire dans la LAMal un article expérimental	L'introduction dans la LAMal d'un article expérimental a vocation à fournir une base légale claire pour la réalisation de projets pilotes innovants destinés en particulier à tester des mesures propres à juguler l'explosion des coûts.	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération, cantons, fournisseurs de prestations, assureurs-maladie	Article relatif aux projets dans la LAMal	
M04	Créer la transparence nécessaire	Créer la transparence nécessaire doit permettre de mettre les données requises à la disposition de tous	Fournisseurs de presta-		

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
		les acteurs afin que ces derniers puissent effectuer les tâches qui leur incombent sur le plan de la gestion et de l'optimisation du système.	tions et assureurs-maladie		
M07	Transférer des prestations effectuées en milieu stationnaire vers l'ambulatoire	Élaborer un catalogue d'interventions à pratiquer en ambulatoire, interventions dont il a été prouvé qu'elles sont avantageuses pour les patients tout en étant plus économes en ressources. L'objectif premier de cette mesure est de fournir des traitements adéquats aux patients qui bénéficient de soins ambulatoires et d'utiliser les ressources d'une façon appropriée, destinée à entraîner une baisse des coûts	Confédération, cantons et assureurs-maladie	À vérifier, en ce qui concerne une adaptation éventuelle de l'OPAS	!!
M08	Renforcer les HTA	L'objectif consiste à limiter les prestations inefficaces ou inutiles en réglementant l'obligation de prise en charge ou en excluant leur remboursement par l'AOS.	Confédération	Examiner les besoins législatifs en ce qui concerne l'intensification des activités à l'échelle fédérale (co-financement par l'AOS et les cantons)	!!
M09	Renforcer le contrôle des factures	Éviter les traitements inutiles et clarifier les responsabilités, voire engager la responsabilité financière des fournisseurs de prestations.	Assureurs-maladie		!!
M10	Renforcer les soins coordonnés	L'objectif des soins coordonnés consiste à améliorer la qualité et l'économicité des soins des patients sur l'ensemble ou du moins sur de grandes parties de la	Fournisseurs de prestations et assureurs-maladie	À vérifier, en ce qui concerne la suppres-	!!

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
		chaîne de traitement.	die (éventuellement cantons)	sion partielle de l'obligation de contracter	
M11	Mettre en place des comités médicaux	La mesure relative aux « comités médicaux » vise à exercer une influence sur les indications pour les interventions électives, notamment là où l'on peut supposer, au vu de différences géographiques, qu'il existe une certaine offre excédentaire.	Hôpitaux et assureurs-maladie [en cas de besoin législatif : Confédération]	À vérifier, en ce qui concerne l'inscription dans l'annexe 1 de l'OPAS	!!
M12	Promouvoir les directives thérapeutiques	Renforcer l'application de directives thérapeutiques doit permettre d'améliorer la qualité des indications ainsi que la coordination interdisciplinaire et donc d'éviter les traitements superflus, insuffisants ou inappropriés, ce qui réduirait le nombre des prestations inutiles.	Fournisseurs de prestations et assureurs-maladie		!!
M13	Promouvoir le second avis médical	Éviter les prestations qui n'apportent pas de bénéfice significatif (<i>low value care, ineffective care</i>) : le second avis médical doit améliorer la qualité de l'indication et, partant, conduire à une meilleure adéquation des soins.	Fournisseurs de prestations et assureurs-maladie	À vérifier, en ce qui concerne les solutions de mise en œuvre, notamment pour la prise en charge des coûts par l'AOS	!!
M14	Effectuer une planification hospitalière au niveau régional	Une planification hospitalière régionale avec des listes hospitalières / régions les plus importantes vise à renforcer la concentration de l'offre stationnaire et à éliminer les doublons entre les cantons.	Législation : cantons, év. Confédération Mise en œuvre : cantons		!!

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
M03	Intégrer les hôpitaux sur la liste hospitalière en fonction de la rémunération du personnel interne et du personnel externe (bonus liés au volume de prestations, kickbacks)	Faire dépendre l'intégration d'un hôpital de la rémunération qu'il offre à son personnel interne et à son personnel externe a pour but de réduire les incitations inopportunes actuellement possibles en lien avec l'augmentation du volume des prestations des médecins (et l'éventuelle sélection des patients qui s'ensuit).	Hôpitaux et cantons [en cas de besoin législatif : Confédération]	À vérifier, en ce qui concerne la réduction de l'insécurité juridique et la promotion d'une solution uniforme à l'échelle nationale	
M15	Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire	Il s'agit d'encourager une facturation forfaitaire pour des interventions ambulatoires standardisées. L'idée est aussi de synthétiser certaines positions dans les structures tarifaires de tarifs à la prestation afin d'en limiter la complexité.	Fournisseurs de prestations et assureurs-maladie [en cas de besoin législatif : Confédération]	À vérifier, en ce qui concerne l'élargissement de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral	
M05	Éviter les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons	Il convient de diminuer autant que possible les pertes de temps dues aux erreurs de saisie et aux doublons afin d'augmenter, d'une part, l'efficacité et, d'autre part, la sécurité des patients dans le domaine stationnaire.	Fournisseurs de prestations et cantons [en cas de besoin législatif : Confédération]	À vérifier, en ce qui concerne la promotion de systèmes informatiques uniformes dans le cadre de l'AOS	
M06	Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé	En renforçant le degré d'information des patients (potentiels) et, partant, leur degré d'auto-responsabilité, les compétences de la population suisse en matière de santé s'améliorent. Les personnes doivent être en mesure de s'orienter de façon plus efficace au sein du système de santé, d'améliorer leur capacité à prévenir les maladies et de mieux prendre soin de leur santé.	Assurés [en cas de besoin législatif : Confédération]	À vérifier	

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
		Les patients développent en outre un regard plus critique face à la consommation de prestations médicales, de sorte qu'ils contribuent eux-mêmes à la diminution du nombre des prestations inutiles et donc à la limitation des coûts.			
M16	Tenir compte des effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire	Une prise en compte plus fréquente des effets d'échelle dans la structure tarifaire vise à répercuter sur les assurés les gains d'efficacité réalisés par les fournisseurs de prestations en raison de la représentation insuffisante ou inadéquate de ces effets dans la structure tarifaire.	Fournisseurs de prestations et assureurs-maladie [en cas de besoin législatif : Confédération]	À vérifier, en ce qui concerne l'élargissement de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral	
M17	Faciliter l'importation parallèle de matériel médical et d'implants	Il faut assouplir le cloisonnement actuel du marché suisse concernant le matériel médical et les implants. En d'autres termes, il convient de faciliter les importations parallèles.	COMCO		
M19	Renforcer la qualité	L'amélioration de la qualité des prestations permet de réduire le nombre de personnes subissant, dans le cadre de traitements médicaux, des incidents dommageables ou des dommages coûteux résultant d'un manque de qualité thérapeutique. Cet objectif peut être atteint grâce à des mesures telles que la participation des fournisseurs de prestations à des programmes d'amélioration de la qualité, l'application de critères de qualité définis plus stricts ainsi que l'obligation de faire réaliser des évaluations par des pairs	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations et assureurs-maladie	Renforcement de la qualité dans la LAMal	!!

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
		(<i>peer reviews</i>) et de mettre en œuvre les résultats.			
M25	Maintenir la structure tarifaire à jour	La structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires TARMED doit être adaptée chaque année par le Conseil fédéral. L'objectif est de ramener à des proportions raisonnables la croissance en termes de volume des prestations médicales en cabinet et dans les services ambulatoires des hôpitaux. Pour y parvenir, le Conseil fédéral a toutefois besoin de données. Il faut par conséquent imposer aux partenaires tarifaires de lui fournir des données, y compris pour le domaine ambulatoire.	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations et Confédération	Obligation de transmission de données à des fins de fixation des tarifs dans la LAMal	!!
M22	Introduire un système de montant fixe / système de prix de référence	La Suisse doit elle aussi adopter un système de prix de référence (appelé en Allemagne système de montant fixe, <i>Festbetragssystem</i>).	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération	Système de prix de référence dans la LAMal (y c. adaptation de la réglementation de la protection tarifaire)	!!
M23	Adapter la marge relative à la distribution	L'adaptation de la marge relative à la distribution réduit les incitations indésirables lors de la remise et de la vente de médicaments, ce qui permettrait d'accroître la part des médicaments moins chers, en particulier des génériques. Le réexamen et l'actualisation de certains paramètres entrant en ligne de compte pour le calcul de la part relative à la distribution doivent par ailleurs permettre des économies de	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération	Adaptation des marges relatives à la distribution dans l'OA-Mal et l'OPAS	!!

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
		plusieurs millions de francs.			
M24	Imposer aux pharmaciens et aux médecins propharmaciens la remise de génériques	Les pharmaciens sont tenus de remettre des génériques moins onéreux en présence de prescriptions de préparations originales si le médecin n'a pas exclu une substitution pour des raisons médicales. Ils doivent remettre les génériques les moins chers, fixés par l'assureur (sur le modèle allemand). Cette obligation doit également s'appliquer aux médecins propharmaciens.	Législation : Confédération Mise en œuvre : pharmacies et propharmaciens	Obligation de substitution dans la LAMal	
M26	Instaurer un financement uniforme des prestations forfaitaires dans le domaine hospitalier ambulatoire	Élaborer un catalogue d'interventions à pratiquer à l'hôpital en ambulatoire, interventions qui sont aujourd'hui encore réalisées majoritairement en stationnaire et dont il a été prouvé qu'elles sont avantageuses pour les patients tout en étant plus économes en ressources. Ces prestations doivent être financées par les cantons et les assureurs selon la même clé de répartition que les prestations stationnaires.	Législation : Confédération Mise en œuvre : cantons et assureurs-maladie	Financement uniforme dans la LAMal	
M20	Réduire la demande induite par l'offre	Le recours aux prestations ambulatoires diminue du fait de la stabilisation ou de la réduction de la densité médicale (nombre de médecins généralistes et de spécialistes pour 1000 et 10 000 habitants).	Législation : Confédération Mise en œuvre : cantons	Limitation des admissions dans la LAMal	
M21	Lever le principe de territorialité	Cette mesure a pour objectif d'une part l'endiguement des coûts à travers la possibilité de se procurer	Législation : Confédération	Levée du principe de territorialité dans la	

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
		des médicaments, des moyens et des appareils, voire d'autres produits et prestations médicaux à l'étranger, pour autant qu'ils y soient moins chers qu'en Suisse. L'ouverture à des prestations médicales allant au-delà des médicaments, des moyens et des appareils renforcerait également, de par la concurrence accrue avec des prestataires en dehors de la Suisse, l'incitation des prestataires suisses à créer la transparence en matière de qualité.	tion [dans le cadre de projets pilotes : cantons et assureurs-maladie] Mise en œuvre : assurés et assurances-maladie	LAMal	
M18	Introduire une obligation de contracter différenciée	La l'obligation de contracter différenciée renforce la concurrence dans le cadre des mécanismes du marché. Si l'obligation qui est faite aux assureurs de prendre en charge les prestations de l'ensemble des fournisseurs de prestations admis est levée ou assouplie, la liberté de contracter peut avoir un effet positif sur les coûts et la qualité des prestations.	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations et assureurs-maladie	Obligation différenciée de contracter dans la LAMal ; définition de critères min. dans l'OAMal	
M34	Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG)	Obliger les partenaires tarifaires du domaine ambulatoire à mettre en place une organisation tarifaire qui serait responsable d'élaborer, de développer, d'adapter et d'entretenir les structures tarifaires pour les tarifs à la prestation. Les partenaires tarifaires soumettraient pour approbation au Conseil fédéral les structures tarifaires mises au point par l'organisation et leurs modifications.	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, cantons	Réglementer dans la LAMal l'organisation tarifaire	!!

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
M27	Imposer un système de gate-keeping	Le gatekeeping consiste à attribuer aux assurés un premier interlocuteur dans le système de santé. Avec la coordination des soins qui y est liée, ce dispositif doit permettre d'augmenter l'économicité, par exemple en évitant des examens inutiles ou à double le long de la chaîne de traitement.	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations et assureurs-maladie	Modifier la LAMal pour rendre le gatekeeping obligatoire	!!
M28	Empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires	Limiter les tarifs des prestations remboursées par les assurances complémentaires et empêcher les tarifs abusifs.	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération ou FINMA	Modifier la LSA ou la LAMal pour soumettre à approbation les tarifs de l'assurance complémentaire ; év. introduction d'un ratio entre les tarifs de l'AOS et ceux de l'assurance complémentaire	!!
M29	Introduire le principe du prix avantageux	Inscrire dans la LAMal le principe du prix avantageux pour la fixation du prix des médicaments. Il est possible de réduire les coûts en ne retenant que le plus petit des deux résultats obtenus par la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et par la comparaison thérapeutique.	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération	Introduire dans la LAMal le principe d'économicité	!!
M35	Créer un organe indépendant de contrôle des factures	Instituer un organe indépendant de contrôle des factures qui assure une vérification efficace des factures et des critères EAE.	Législation : Confédération	Réglementer dans la LAMal l'organe de contrôle des factures	

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
			Mise en œuvre : assureurs-maladie	(à vérifier : surveillance et protection des données)	
M37	Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires	Permettre un contrôle direct sur les coûts du domaine ambulatoire en fixant une enveloppe budgétaire maximale.	Législation : Confédération Mise en œuvre : cantons	Réglementer dans la LAMal les budgets globaux pour l'ambulatoire	!!
M30	Réaliser un examen annuel des prix, de l'efficacité et de l'adéquation des médicaments remboursés	D'une part, il faut vérifier chaque année les prix des médicaments inscrits dans la liste des spécialités (LS), afin que les prix en Suisse soient mieux adaptés à ceux pratiqués en Europe. D'autre part, il y a lieu de maintenir un contrôle périodique des critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) pour s'assurer que les médicaments inefficaces ne soient pas remboursés par l'AOS.	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération	Modifier l'OAMal pour instaurer un contrôle annuel des prix et des critères EAE	
M31	Supprimer la prime à l'innovation accordée aux médicaments récemment autorisés	Les nouveaux médicaments devraient être admis dans la LS au prix qui serait appliqué aux médicaments qui figurent déjà dans la liste. Il y a lieu de supprimer le supplément octroyé sous forme de prime à l'innovation. Par ailleurs, les anciens médicaments avec un faible bénéfice devraient figurer dans la LS à un prix inférieur, pour autant qu'ils remplissent les critères EAE. S'ils ne répondent plus à ces critères, ils doivent en être radiés.	Législation : Confédération Mise en œuvre : Confédération	Supprimer dans l'OAMal la prime à l'innovation	

Nr.	Mesure	Description succincte	Destinataires	Besoins législatifs	Priorité
M32	Encourager l'importation parallèle de médicaments	Il convient d'encourager l'importation parallèle en Suisse de médicaments en provenance du marché intérieur de l'UE (épuisement régional). En effet, l'importation parallèle en provenance de pays où les médicaments sont moins chers permet de réduire les coûts.	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations	Modification de la loi sur les brevets et év. de la loi sur les produits thérapeutiques	
M33	Introduire un droit de recours	Pour l'heure, seuls les titulaires d'autorisation peuvent recourir contre les décisions de l'OFSP concernant la Liste des spécialités (LS). Afin de créer un équilibre qui permettrait de réduire les coûts des médicaments, il y a lieu d'accorder un droit de recours aux assureurs-maladie et à leurs associations pour qu'ils défendent les intérêts des patients.	Législation : Confédération Mise en œuvre : assureurs-maladie	Modification de la LAMal	
M36	Réduire les conflits de gouvernance des cantons	Instituer une instance indépendante de fixation et d'approbation des tarifs compétente pour l'ensemble des tarifs cantonaux ou, du moins, pour les tarifs hospitaliers dans le but de réduire les conflits de gouvernance des cantons.	Législation : Confédération Mise en œuvre : cantons, Surveillant des prix, autres acteurs	Modification de la LAMal, év. de la LSPr	
M38	Supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient	Supprimer le caractère doublement facultatif de l'utilisation du dossier électronique du patient (DEP), afin de renforcer les effets positifs de ce dernier sur la qualité des traitements, la sécurité des patients et l'efficacité de la prise en charge.	Législation : Confédération Mise en œuvre : fournisseurs de prestations	Modifier la LAMal pour obliger les fournisseurs de prestations à s'affilier à une communauté	