



Date:

10 novembre 2021

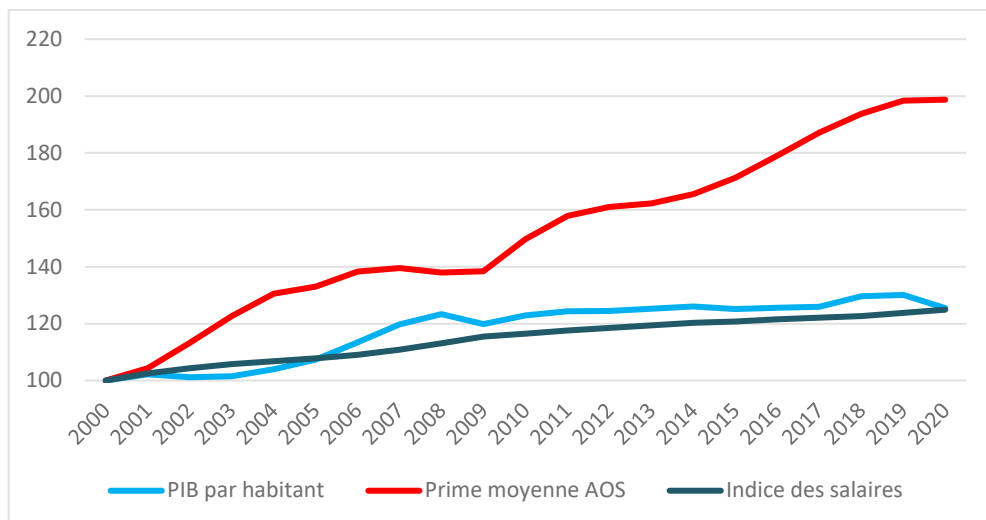
Introduction d'objectifs de croissance maximale des coûts dans le système de santé

Contexte

En Suisse, l'assurance maladie est obligatoire, et tous les assureurs maladie couvrent les mêmes prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins (AOS, assurance de base). L'AOS est le seul grand domaine de la sécurité sociale en Suisse qui n'a pas de gestion des dépenses. Si les tarifs et les prix des prestations médicales sont réglementés, les mesures actuelles visant à vérifier la quantité de prestations fournies ne sont pas suffisamment efficaces. Les assurés sont incités à recourir à des prestations qui vont au-delà du besoin médical réel. Les fournisseurs de prestations, quant à eux, sont incités à offrir des prestations médicalement inutiles aux assurés afin d'augmenter leurs revenus ou d'utiliser au maximum leur équipement.

Conséquence : les coûts dans le système de santé augmentent constamment, non seulement en raison de l'évolution démographique et des progrès medicotechniques, mais aussi en raison d'une augmentation de volume qui ne peut être justifiée médicalement. Les primes moyennes de l'AOS ont augmenté d'environ 3,5 % par an au cours des 20 dernières années (voir figure 1), soit trois fois plus que le produit intérieur brut par habitant (PIB, +1,1% par an). La forte augmentation des coûts représente une charge, en particulier pour les ménages privés à faibles et moyens revenus et pour les budgets publics des cantons et de la Confédération.

Figure 1: Evolution de la prime moyenne de l'AOS, du PIB par habitant et de l'indice des salaires en Suisse, 2000-2020



Source: OFS, OFSP, SECO; Index 2000=100

Weitere Informationen:

Office fédéral de la santé publique, section Médias et communication, tél. +41 58 462 95 05, www.ofsp.admin.ch

Introduction et mise en œuvre d'objectifs en matière de coûts

En 2017, un groupe d'experts¹ mandaté par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a proposé comme mesure principale l'instauration d'objectifs de maîtrise des coûts dans le système de santé suisse. L'idée de base du groupe d'experts est d'introduire des objectifs contraignants de croissance des coûts dans l'AOS assortis de mécanismes de correction appropriés. Cette mesure devrait limiter la croissance des coûts dans l'AOS à un niveau efficient. L'augmentation du volume des prestations médicalement inutiles actuellement observée doit être réduite sans restreindre les prestations médicalement nécessaires. Les patients doivent toujours avoir accès aux prestations de l'assurance de base.

La structure proposée pour l'instauration de tels objectifs devrait maintenir la charge administrative à un niveau réduit et modifier le moins possible la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons. La responsabilité des cantons et le partenariat tarifaire seront renforcés. Le modèle de base de l'objectif de maîtrise des coûts peut être résumé comme suit :

Dans un premier temps, le Conseil fédéral, sur recommandation d'une commission consultative composée des principaux acteurs du système de santé, fixe un objectif annuel de croissance maximale des coûts globaux (objectif national de coûts globaux). L'objectif de maîtrise des coûts doit être calculé sur la base d'évolutions des volumes et des prix justifiables sur les plans médicaux et économiques. À cette fin, il convient de tenir compte de variables macroéconomiques telles que le développement économique, et de facteurs importants comme l'évolution démographique, le potentiel d'efficience existant ou le progrès medicotechnique.

En outre, le Conseil fédéral répartit cet objectif de coûts totaux entre les différents cantons en se fondant sur les mêmes critères. Pour chaque canton, il recommande un objectif de coûts globaux au canton et fixe une marge de tolérance, soit la mesure dans laquelle les cantons peuvent dépasser l'objectif des coûts globaux recommandé. Le Conseil fédéral formule également des recommandations pour la répartition des coûts entre les différentes catégories de coûts. Il s'agit des prestations des hôpitaux (secteurs stationnaire et ambulatoire), des médecins ambulatoires (en pratique privée), des médicaments et des autres groupes de coûts de l'AOS (p. ex. EMS, soins infirmiers ambulatoires, analyses de laboratoire, physiothérapie, moyens et appareils).

Les cantons sont alors libres de choisir leurs propres objectifs contraignants dans les limites de cette marge de tolérance. Chaque canton fixe donc un objectif cantonal de coûts globaux dans les limites de la marge de tolérance contraignante, sur la base de la recommandation de la Confédération. Les acteurs concernés (fournisseurs de prestations et assureurs) doivent être consultés. La mise en œuvre effective de cette consultation est laissée aux cantons. Si un canton ne fixe pas d'objectif répondant à ces exigences dans un certain délai, les recommandations de la Confédération s'appliquent sans marge de tolérance. Chaque canton répartit ensuite ses objectifs de coûts globaux entre les catégories de coûts prédéfinies par le Conseil fédéral, avec la participation des acteurs concernés. Chaque canton est libre de cette répartition, pour autant que l'objectif cantonal de coûts globaux (y compris la marge de tolérance) soit respecté.

Si l'objectif est dépassé, les cantons (et dans ses domaines de compétence la Confédération) doivent vérifier la présence de toute évolution préjudiciable et la nécessité de prendre des mesures correctives, par exemple s'il apparaît que les tarifs applicables ne sont plus économiques et ne se conforment donc plus aux exigences légales. Une offre trop importante de fournisseurs de prestations peut également être corrigée dans le cadre des compétences cantonales dans le domaine de l'admission des fournisseurs de prestations. Les instruments permettant aux autorités compétentes de corriger toute évolution préjudiciable sont pour la plupart déjà disponibles. Quelques lacunes sont comblées de façon ciblée. L'introduction d'objectifs en matière de coûts fournit un cadre de référence à tous les acteurs et soutient les autorités compétentes dans la mise en œuvre des tâches de pilotage qui leur sont déjà confiées aujourd'hui.

¹ Rapport d'experts «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins»

Opportunités

L'introduction d'objectifs en matière de coûts donne à la Confédération, aux cantons et aux partenaires tarifaires de nouvelles possibilités de piloter l'évolution des coûts dans une perspective globale qui fait défaut aujourd'hui. La transparence par rapport à l'augmentation médicalement explicable des coûts sera améliorée, et les acteurs du système de santé devront assumer leur responsabilité dans ce domaine, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui : les cantons, qui sont essentiellement responsables des soins de santé en Suisse, devront être de plus en plus comparés en termes d'évolution des coûts. Cette situation améliorera la prise de conscience politique du fait que les décisions prises par les cantons, par exemple en matière de planification hospitalière et de tarifs, ont également des conséquences sur l'évolution des primes.

L'objectif de maîtrise des coûts, l'amélioration de la transparence qui en résulte et la probabilité accrue d'interventions correctives de la Confédération et des cantons en cas d'évolution préjudiciable incitent également les partenaires tarifaires à s'entendre sur des solutions telles que la fixation de tarifs actuels, adéquats et économiques. Le comportement des fournisseurs de prestations en particulier, mais aussi des assureurs, sera influencé positivement, de sorte que le volume de prestations médicalement injustifiées sera réduit et les réserves d'efficience existantes seront mieux exploitées.

Risques

L'introduction d'objectifs en matière de coûts requiert un certain effort. Les objectifs doivent être définis, leur respect doit être vérifié et, en cas d'évolution préjudiciable, des mesures correctives doivent être décidées et contrôlées. L'effort administratif qui en résulte doit être mis en relation avec les gains d'efficience possibles, qui sont très élevés même avec une réduction modérée des coûts. La conception de la mesure proposée (mesures correctives non pas uniquement sur la base du dépassement des objectifs, mais après examen du respect des exigences légales, p. ex. en matière de tarifs) ainsi que le suivi de l'évolution des coûts et de la qualité permettent d'éviter les phénomènes de rationnement (listes d'attente, glissement vers l'assurance complémentaire et le financement privé) et la diminution de la qualité des traitements.