



Stop à l'augmentation des coûts de la santé !

**S'opposer à l'accroissement des coûts de la
santé : les positions du PDC suisse**

Rapide aperçu de ses principales exigences

1. Le PDC exige un frein aux coûts.

La progression des frais de santé est fulgurante et celle des primes aussi par conséquent : dans les deux cas, la tendance ne connaît qu'une orientation : à la hausse ! Il faut arrêter cet engrenage en impliquant davantage les acteurs du secteur de la santé dans une coresponsabilité financière.

2. Un financement uniforme fixe les bonnes incitations pour des soins intégrés efficaces.

Le PDC s'engage pour un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières. On garantit ainsi que l'élément déterminant ne soit pas le financement mais l'indication médicale relative à la forme de traitement. Si les pouvoirs publics contribuent au financement des prestations ambulatoires, les primes pour les soins intégrés seront moins élevés.

3. En cas d'échec des négociations entre les partenaires tarifaires, la compétence subsidiaire de l'État doit assurer une indemnisation adéquate.

Nous demandons aux partenaires tarifaires de profiter de l'autonomie contractuelle de la LAMal et de définir des tarifs actuels et de convenir de mesures contraignantes contre l'accroissement du volume des prestations. S'ils n'y parviennent pas, le Conseil fédéral doit intervenir et imposer des *mesures de limitation des coûts*.

4. Il faut créer une obligation de transparence sur la qualité, de l'indication au résultat.

La loi doit prescrire la *saisie de données relatives à la qualité prévue par les indications et concernant le résultat, la présentation transparente* et des *possibilités de sanctions*.

5. Utilisation renforcée des nouvelles technologies.

Le secteur de la santé doit aussi tirer parti de la numérisation. Elle permet d'accroître l'efficacité, d'améliorer la qualité et l'information des assurés et des patients.

6. Il faut revoir à la baisse les prix élevés des médicaments et des LiMA.

Il faut réformer les critères appliqués pour fixer les prix des médicaments et des LiMA (y compris l'examen de nouveaux modèles p. ex « Payer pour la performance »). Par principe, les nouveaux médicaments ne doivent figurer sur la liste que pour une durée temporaire avec l'obligation de justifier un bon rapport coûts/avantages. En cas d'extension des indications et d'accroissement des volumes de prestations, les prix doivent être revus à la baisse.

7. Il faut renforcer la responsabilité individuelle des assurés et des patients.

Il faut encourager les modèles d'assurance alternatifs (franchises, modèles de soins intégrés). Le principe de territorialité doit être assoupli pour les prestations médicales reçues, les médicaments et les moyens auxiliaires fournis dans les pays limitrophes.

8. Renforcer et adapter la déduction fiscale des primes de l'assurance maladie obligatoire.

La possibilité de déduire fiscalement des primes de l'assurance maladie obligatoire doit être renforcée et adaptée régulièrement.

Situation de départ

- Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, les **coûts par assuré ont plus que doublé** (1996 : 1'547 francs, 2006 : 2'758 francs, 2016 : 3'763 francs par assuré). Ils ont facilement augmenté d'un tiers en 10 ans. Au niveau mondial, le système de santé suisse fait donc partie des plus onéreux. Actuellement, la Suisse consacre environ 11 % de sa performance économique au système de santé. D'après les prévisions de la Confédération, ce pourcentage continuera d'augmenter à l'avenir.
- Le système de santé est en même temps devenu un moteur de l'emploi en Suisse. Quasiment un emploi sur 12 concerne le secteur de la santé ce qui fait un demi-million de personnes dans toute la Suisse. Il y a en moyenne en Suisse 4,2 médecins pour 1000 habitants. La densité de médecins en Suisse est donc supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE (3,3). En 1996, il y avait 26'626 médecins et, en 2016, ils étaient 36'175. La croissance de l'emploi en Suisse fait partie des plus fortes en Europe alors que le nombre d'employés dans des conditions initiales comparables est le plus élevé. Cela donne à réfléchir. **Quelle est l'efficacité de notre système de santé ?**
- Les causes de cette croissance des coûts sont bien connues et sont liées aux progrès de la médecine, à l'évolution démographique, à l'accroissement du volume des prestations, à l'attitude des assurés dans le recours aux prestations **et finalement aux mauvaises incitations dues au mode de financement et à la tarification.**
- **Il existe en Suisse une sur-prévoyance** : on effectue par exemple chaque année 16'000 opérations du ménisque inutiles sans blessure accidentelle. Les coûts par intervention sont compris dans une fourchette allant de 2'350 francs à 15'000 francs selon qu'il s'agit de soins ambulatoires ou hospitaliers. Dans notre pays, quasiment les trois quarts des opérations nécessitent un séjour à l'hôpital alors qu'aux Etats-Unis ce sont des soins ambulatoires dans 99 % des cas. Cela fait par an 70 millions de francs de frais supplémentaires qui pourraient être économisés, sans inconvénient pour le patient.
- Cette **évolution des coûts se reflète dans les primes**. La charge est lourde notamment pour les personnes et les familles qui appartiennent à la classe moyenne et qui, de justesse, ne bénéficient pas de la réduction des primes. Les ménages suisses consacrent en moyenne environ 7 % de leurs revenus bruts aux primes versées aux caisses maladie. La charge est disproportionnée surtout pour les ménages des catégories de revenus inférieures. Ainsi, une famille comprenant quatre personnes verse par an 15'000 francs de primes à la caisse maladie. Les ménages privés supportent plus de 61 % des frais de santé. Il s'agit en majeure partie de versements aux assurances sociales.
- **Le PDC a pu obtenir un allègement pour les familles en 2017**. Grâce au PDC, les primes pour les enfants vivant dans des ménages à faible ou moyen revenu sont désormais réduites de 80 % au lieu de 50 % auparavant. Par ailleurs, la prime pour les jeunes adultes de 19 et 25 ans est nettement réduite. Ces modifications importantes allègent la charge pour les familles dans une certaine mesure. En 2016, les dépenses liées à la réduction des primes se sont élevées à 4,31 milliards de francs et ont été financées par la Confédération à hauteur de 57,5 % (2,48 milliards de francs). **Cependant, l'augmentation des primes versées aux caisses de maladie a été supérieure à la réduction des primes ces dernières années**. Il faut désormais s'attaquer à l'augmentation des primes, à la progression constante des frais de santé.

Objectifs du PDC

Le PDC veut préserver des soins de santé de qualité et assurer aux malades un accès rapide aux thérapies efficaces. Mais nous voulons arrêter le gaspillage, éviter la surabondance de prestations et renforcer la coresponsabilité de tous les acteurs.

Le manifeste du PDC définit plusieurs points forts qui engagent tous les acteurs du système de santé et différents domaines d'action dans le but de limiter la progression des frais de santé.

Le rapport d'expert demandé par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et publié à l'automne 2017 confirme la pertinence des priorités thématiques et des mesures concernant les frais de santé qui ont été proposées par le PDC suisse dans ce manifeste.

Points forts

1. Frein aux coûts

De nombreuses exigences du PDC, connues de longue date, ne sont pas appliquées. On voit que le seul remède est de mettre en place un instrument général tel que la limitation des coûts au niveau stratégique supérieur. Par conséquent, le PDC demande d'introduire un frein au coût dans le système de santé : si les coûts de l'assurance maladie obligatoire par assuré progressent en moyenne annuelle plus rapidement que l'évolution d'un indicateur à définir plus précisément (salaires nominaux, indice des prix, etc.), le Conseil fédéral devra prendre des mesures impératives de limitation des coûts. Sa mise œuvre doit s'effectuer en accord avec les cantons et les partenaires sociaux. La limitation des coûts est donc un moyen d'éradiquer les inefficacités et les incitations négatives du système de santé et d'économiser de ce fait les 20 à 30 % de moyens engagés inutilement. En même temps elle servira de catalyseur – notamment pour les mesures indiquées ci-dessous.

2. Un financement uniforme fixe les bonnes incitations pour des soins intégrés efficaces

Actuellement, le mode de financement des prestations ambulatoires et hospitalières n'est pas le même. Les séjours hospitaliers sont cofinancés par le canton à hauteur de 55 %, les prestations ambulatoires sont entièrement prises en charge par l'assurance-maladie. Par ailleurs, les tarifs sont différents pour les mêmes prestations selon qu'il s'agit de soins ambulatoires (TARMED) ou hospitaliers (DRG). Les assurances complémentaires renforcent les mauvaises incitations dans la mesure où les prestations ambulatoires sont, en partie, très fortement surpayées. Par exemple, une opération des varices coûte environ 2'500 francs en traitement ambulatoire et ces frais sont pris en charge par l'assurance. Dans le cas d'un traitement hospitalier, les frais sont de 6044 francs (assurance : 2'720 francs / canton : 3'324 francs) et atteignent même 10'073 francs avec l'assurance complémentaire. La conséquence est que les interventions ne s'effectuent plus en fonction du type de traitement le plus judicieux du point de vue médical et économique mais en fonction de la meilleure rémunération appliquée pour la prestation. Les réseaux de médecins qui, grâce à un bon suivi, évitent les séjours hospitaliers sont désavantagés par ce système puisque le réseau ne bénéficie pas proportionnellement des gains d'efficacité réalisés au niveau de l'économie nationale. L'uniformité du financement des traitements ambulatoires et hospitaliers rendrait les modèles de prévoyance intégrés encore plus attractifs parce que la participation du canton aux frais permettrait de baisser les primes en conséquence.

Mesures :

- **Le PDC est favorable à un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières.** Il garantit un financement par les assurés et le canton, en appliquant les mêmes clés de répartition, indépendamment du lieu où la prestation est fournie. De nouvelles formes d'indemnisation avec un alignement des intérêts (même prix pour la même prestation) sont possibles et la prévoyance intégrée s'en trouve renforcée. Globalement la prise en charge de frais de santé par le canton reste la même, puisque les cantons paient moins pour les traitements hospitaliers.
- Les **réseaux de soins intégrés doivent être encouragés au niveau régional.** Les gains d'efficacité des réseaux de médecins qui réduisent les séjours hospitaliers grâce à un bon suivi peuvent être répercutés aux assurés sous forme de réductions plus importantes sur les primes. Elles rendent les modèles d'assurance alternatifs plus attrayants. La concurrence accrue entre les prestations, au niveau des assurés et des prestataires, favorise l'innovation en matière de soins intégrés.
- Il faut donner **davantage d'autonomie et de pouvoir de décision au personnel soignant**, en fonction de sa formation, dans les soins ambulatoires et hospitaliers surtout dans les modèles de soins intégrés.
- En introduisant un **article pilote dans l'assurance maladie** et en permettant l'indemnisation de prestations au-delà de la LAMal, on peut encourager de nouveaux modèles d'assurance innovants.
- Il faut établir une **liste des interventions ambulatoires uniforme pour toute la Suisse** afin d'éviter des inégalités de traitement entre les patients. Parallèlement aux listes de traitements ambulatoires, il faut réduire les capacités pour les soins hospitaliers.

3. En cas d'échec des négociations entre les partenaires tarifaires, la compétence subsidiaire de l'État doit assurer une indemnisation adéquate

La LAMal actuelle a institué la concurrence régulée. Comme on le voit par ailleurs il est de plus en plus fréquent, dans ce système soumis à l'obligation de contracter, que les partenaires tarifaires ne parviennent à s'entendre sur de nouvelles indemnisations. Les blocages finissent par priver les assurés de la répercussion des avantages apportés par les progrès de la médecine en termes d'efficacité. En dépit de prix stables, les coûts augmentent et l'accroissement des volumes de prestations progresse sans aucune limitation.

Mesures :

- Il faut que les partenaires tarifaires soient tenus de convenir de mesures contraignantes de lutte contre l'accroissement des volumes de prestations. S'ils n'y parviennent pas, **il faut** introduire **des mesures contraignantes de limitation des coûts (mécanisme d'intervention)** lorsque l'évolution des coûts est sensiblement supérieure à l'évolution des revenus. La fixation des mesures de réduction des coûts relève de la compétence de la Confédération et leur mise en œuvre de la compétence des cantons.
- Lorsque les partenaires sociaux ne parviennent pas à s'entendre sur des tarifs adéquats et des règles d'indemnisation conformes aux critères EAE¹, la Confédération ou le canton doit intervenir suffisamment tôt à titre subsidiaire. **Le PDC soutient par conséquent l'intervention actuelle du**

¹ La Loi fédérale sur l'assurance-maladie indique que les prestations médicales ou prescrites par le médecin doivent être efficaces, appropriées et économiques pour être prises en charge ou remboursées par les assureurs-maladie dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Leur efficacité doit être démontrée par des méthodes scientifiques. Les critères EAE sont revus périodiquement.

Conseil fédéral auprès du TARMED concernant les tarifs. Il demande au Conseil fédéral de s'appuyer sur les résultats des négociations des partenaires sociaux pour définir les tarifs à titre subsidiaire – il faut que les négociations servent à quelque chose.

- Aucune approbation administrative obligatoire des tarifs n'est nécessaire lorsque les partenaires sociaux se mettent d'accord sur des tarifs, des forfaits ou d'autres formes d'indemnisation innovantes qui visent à rendre la prévoyance efficiente. C'est une charge administrative inutile et un obstacle à l'innovation.
- Il faut que la **facturation** des prestations médicales puisse être **contrôlée par les patients**. (indication de la prestation et du temps consacré).

4. Il faut imposer une transparence sur la qualité, de l'indication au résultat

Le système de santé suisse se distingue par un accès quasiment illimité. Cependant, nous avons peu d'informations sur la qualité de nos soins, il n'y a pas assez de transparence. Il est prouvé que des prestations inutiles sont exécutées et prises en charge - aux frais de la collectivité.

Mesures :

- Il faut imposer des exigences de qualité concernant les prestataires. A ce titre, la **définition et le contrôle de la qualité au niveau des indications et des résultats**, la **transparence** et des possibilités de **sanction** à l'égard de ceux qui ne respectent pas ces obligations doivent faire l'objet de dispositions légales obligatoires.
- Il faut assurer le libre choix de l'hôpital et la réduction des charges administratives en adoptant des critères de gestion hospitalière uniformes pour toute la Suisse et de prescriptions uniformes pour la fourniture de données (OFS, OFSP, cantons).
- Il faut instaurer une transparence des subventions directes cantonales (rétribution de prestations d'intérêt général sans prestation complémentaire définie par voie contractuelle) avec des réductions de prix en cas de subventions directes cantonales indifférenciées.
- Les recommandations du HTA / Swiss Medical Board (contrôle de l'efficacité des interventions médicales) doivent être mises en œuvre et devenir obligatoires. Les initiatives « Smarter Medecine » / « Choosing Wisely » (listes d'interventions inutiles) doivent être activement soutenues et encouragées.

5. Utilisation renforcée des nouvelles technologies

Inévitablement, le secteur de la santé entre lui aussi dans l'ère de la numérisation. La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) a certes défini des conditions préalables importantes, avec l'application facultative pour les médecins mais elle a aussi raté une chance. Le dossier électronique du patient est un instrument de l'assurance qualité et permet d'éviter les traitements excessifs ou inappropriés.

Mesures :

- **Des incitations aussi bien pour les patients que les médecins doivent accélérer l'introduction du dossier électronique du patient.** Les avantages des applications eHealth en termes d'efficacité doivent être répercutés au collectif d'assurés concernés sous la forme de réductions de primes, à condition que les assurés s'engagent à utiliser ces technologies compte tenu de conditions d'assurance adéquates (tels que les modèles d'assurance alternatifs actuels).

6. Les prix élevés des médicaments et des LiMA² doivent être revus à la baisse

Le coût des thérapies qui utilisent des médicaments innovants nouvellement autorisés augmente considérablement. Les indemnités versées par l'assurance-maladie pour les prescriptions de moyens et appareils médicaux s'élèvent chaque année à environ 550 millions de francs. Les nouveaux médicaments arrivent de plus en plus tôt sur le marché, bien qu'ils n'aient pas été suffisamment testés d'après les critères EAE. Les médecins et les patients souhaitent un accès rapide aux nouvelles options thérapeutiques. Comparativement aux pays étrangers, il faut plus de temps pour que les patients suisses profitent des thérapies innovantes.

Les médicaments dont le brevet est arrivé à expiration sont sensiblement plus chers en Suisse que dans les pays limitrophes. En même temps, nous avons une faible pénétration des génériques par rapport aux autres pays.

La surmédication et le gaspillage de médicaments sont importants. Il faut que les règles soient mieux respectées³ (compliance).

Mesures :

- Il faut accélérer les processus établis à l'OFSP pour l'autorisation de nouveaux médicaments innovants et le contrôle régulier des prix des médicaments. L'Office fédéral de la santé publique doit **réformer les critères de la fixation des prix** (y compris l'examen de nouveaux modèles comme par exemple « Pay for Performance »). Par principe, les nouveaux médicaments ne doivent figurer sur la liste que pour une durée temporaire avec l'obligation de justifier un bon rapport coûts/avantages. En cas **d'extension des indications et d'accroissement des volumes de prestations, les prix** doivent être **revus à la baisse**.
- Il faut améliorer la pénétration des génériques sur le marché. Pour cela, il faut réduire les barrières à l'accès et remplacer par une marge fixe la marge actuelle en fonction du prix.
- Il faut introduire un **système de prix de référence** pour les **médicaments et les génériques dont le brevet est arrivé à expiration** pour que l'AOS n'indemnise intégralement, par substance active ou classe de médicaments, qu'un médicament moins cher.
Sur la liste des LiMA ne doivent figurer que les produits correspondant aux prestations obligatoires. Les prix doivent être négociés par les partenaires contractuels en tenant compte de la concurrence. Pour les produits rarement pris en charge par la caisse, il faut prévoir des prix fixes qui doivent être réexaminés régulièrement.
- Le gaspillage de médicaments doit être réduit grâce à une amélioration qualitative des prescriptions et le contrôle du respect du traitement.

7. Il faut renforcer la responsabilité individuelle des assurés et des patients

Il faut aussi prendre davantage en considération le principe de subsidiarité dans le système de santé. Les assurés et les patients qui ont une possibilité de choix et assument leur responsabilité contribuent de manière décisive à limiter la progression des coûts à la charge de la collectivité. La hausse illimitée des coûts et des primes présente le risque que les assurés et les patients se sentent moins responsables. Plus la prime est élevée plus on veut de prestations et en cas de maladie, les assurés ne pensent pas aux frais occasionnés, mais au meilleur traitement. En cas de maladie grave ou de fragilité en fin de vie, la situation est particulièrement difficile et délicate. Les patients, les proches et les

² Liste des moyens et appareils

³ Disposition du patient à collaborer aux mesures thérapeutiques ou de diagnostic ou respect du traitement concernant la prise de médicaments selon la prescription.

prestataires sont confrontés à un choix difficile entre ce qui est médicalement possible et humainement raisonnable. Le patient souhaite-t-il profiter de toutes les techniques médicales possibles pour prolonger sa vie, indépendamment de sa qualité de vie ? Ou bien le patient veut-il s'en aller sans souffrir autant que possible et mourir dignement avec un accompagnement attentif et professionnel ?

Les patients qui achètent actuellement des médicaments et d'autres prestations médicales à des prix avantageux dans les pays voisins ne comprennent pas que l'assurance-maladie obligatoire ne prenne pas en charge ces prestations.

Mesures :

- Les **régions de prime** doivent refléter les écarts de frais de santé qui existent effectivement entre les régions.
- Il faut soutenir et encourager de manière ciblée le libre choix de produits d'assurance alternatifs (franchises, modèles de prévoyance intégrée / modèles d'assurance alternatifs).
- Cela fait partie de **l'obligation d'information** des prestataires de parler avec leurs patients des variantes thérapeutiques et de leur influence sur la qualité de vie et la durée de vie ainsi que de l'incidence en termes de coûts.
- Les patients et leurs proches doivent être bien informés pour pouvoir décider dans quelle mesure il y a lieu d'avoir recours en fin de vie à certaines techniques médicales possibles.
- **Les directives anticipées** s'imposent aux prestataires.
- Il faut investir davantage dans la médecine palliative, tout particulièrement pour la période qui précède directement la fin de vie.
- Le principe de territorialité doit être assoupli pour les **prestations médicales reçues, les médicaments et les moyens auxiliaires fournis dans les pays limitrophes** à condition que ces prestations soient moins chères et de qualité équivalente à une prestation comparable autorisée en Suisse et qu'elles soient prescrites en Suisse.

8. Renforcer et adapter la déduction fiscale des primes de l'assurance maladie obligatoire

Les ménages suisses subissent une perte de salaire en termes réels du fait de l'augmentation annuelle des primes. Les personnes et les familles de la classe moyenne qui justement ne bénéficient pas des réductions de primes sont touchées plus particulièrement. Il convient d'améliorer la déduction fiscale pour ces personnes. Le droit en vigueur permet selon le canton une déduction fiscale limitée des primes versées par les assurés aux caisses maladie. Pour cette raison, le PDC exige d'étendre la possibilité de déduction fiscale des primes de l'assurance-maladie obligatoire, que ce soit à l'échelon du canton avec une déduction fiscale sur tout le territoire⁴ et à l'échelon fédéral avec une augmentation de la déduction de l'assurance de l'impôt fédéral direct et un ajustement régulier en fonction de l'évolution en termes réels de l'augmentation des primes de l'assurance-maladie obligatoire.

⁴ p.ex. L'initiative populaire sur les caisses maladies du PDC Bâle-Ville

Conclusion

La hausse des coûts du système de santé se répercute sous la forme d'augmentations des primes versées aux caisses maladie. Celles-ci ont augmenté en moyenne d'environ 4 % par an. Cette progression a un impact négatif sur le revenu disponible : La croissance potentielle du revenu disponible moyen a régressé de 2016 à 2017 à cause de la hausse des primes. Cette évolution persistante n'est pas supportable à long terme pour les ménages suisses et les poussent aux limites de leurs possibilités. Certaines études indiquent que l'augmentation des primes d'ici à 2040 sera de 3,2 % par an. Il est impossible de financer cette hausse qui exige que l'on trouve des solutions. Le PDC considère comme réaliste de pouvoir économiser 10 % des coûts inutiles du système de santé, sans perte de qualité, en mettant en œuvre les mesures exigées dans ce papier. Des études récentes⁵ indiquent qu'une économie de coûts allant jusqu'à 30 % est possible. Voilà la position du PDC : nous voulons éviter les coûts inutiles et stopper la progression des coûts et ainsi l'augmentation permanente des primes.

⁵ OECD Wasteful Spending 2017; D.M. Berwick, JAMA, 2012; V.L. Hood, Eur J Intern Med. 2012.