

Mesures de maîtrise des coûts – 2^e paquet

Situation initiale

Le Conseil fédéral avait lancé à la mi-2022 le deuxième paquet de mesures visant à maîtriser les coûts de la santé et l'avait transmis au Parlement pour délibération. Ces mesures devaient permettre de réduire la charge des primes et d'augmenter l'efficacité du système. Ce deuxième paquet devait limiter la croissance des coûts aux prestations médicalement justifiables. Le Conseil fédéral n'a toutefois pas pu chiffrer les économies attendues de ce deuxième paquet. Cela affaiblit la crédibilité des propositions, car les éventuels effets de réduction des coûts ne sont pas démontrés. C'est pourquoi le Parlement a déjà fortement limité le paquet de mesures.

Le Conseil fédéral avait prévu les mesures suivantes, avec des modifications tant structurelles qu'organisationnelles :

- **Réseaux de soins coordonnés** : La mesure prévoit une obligation légale pour les fournisseurs de prestations de s'organiser en réseaux.
- **Examen différencié de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE)** : les prestations doivent être examinées de manière centralisée.
- **Modèles de prix et remboursements** : Modèles confidentiels pour réduire les coûts des médicaments et promouvoir les médicaments innovants.
- **Tarifs de référence pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse.**
- **Transmission électronique des factures** : obligation pour tous les prestataires de soins.
- **Renforcement des prestations des pharmaciens** : Extension des compétences dans le cadre de la prévention et du soutien thérapeutique.

Situation des débats sur l'ensemble du paquet (actuellement au Conseil national) :

- La proposition du Conseil fédéral selon laquelle les fournisseurs de prestations devraient à l'avenir s'organiser en réseaux reste très controversée. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) demande que les réseaux prévus pour les soins coordonnés soient supprimés du projet.
- La CSSS-N demande que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) tienne compte de manière appropriée des caractéristiques spécifiques des médicaments, comme la disponibilité des substances actives et le nombre d'indications remboursées, lorsqu'il fixe des rabais de quantité.
- La commission s'oppose également à l'introduction d'une limite supérieure pour les points de taxe facturables par jour ouvrable. Sur les points encore en suspens, la CSSS-N suit en grande partie les décisions du Conseil des Etats.
- La CSSS-N souhaite également que les principes que les partenaires tarifaires doivent respecter lors de l'élaboration, de l'actualisation et du développement des tarifs soient précisés, afin de garantir que les gains d'efficacité résultant des progrès médico-techniques soient pris en compte dans les tarifs. Parallèlement, la commission se prononce contre une obligation légale d'indiquer la durée d'un traitement médical sur les factures.

Il appartient désormais au Conseil national et au Conseil des États de trouver un accord sur les points restants. Le Parlement conclura ses délibérations fin 2024 ou début 2025. Seul le vote final montrera quelles mesures seront introduites, après quoi un référendum pourrait être lancé contre le paquet.

Évaluation et critique

Les mesures proposées présentent des faiblesses considérables :

1. **Plus de bureaucratie, peu d'efficacité** : de nombreuses mesures augmentent les exigences réglementaires sans pour autant freiner l'évolution des coûts. Le contrôle de l'Etat lors des examens EAE, en particulier, sape la responsabilité individuelle des fournisseurs de prestations et augmente les coûts bureaucratiques.
2. **Limitation du libre choix** : l'introduction de réseaux de soins coordonnés pourrait à long terme porter atteinte au libre choix du médecin, sans pour autant générer des économies significatives. L'accès aux médecins spécialistes serait ainsi plus difficile. De plus, de tels réseaux sont depuis longtemps une réalité. Pour les tableaux cliniques complexes, on fait déjà appel à plusieurs fournisseurs de prestations pour assurer des soins de haute qualité et les fournisseurs de prestations sont en principe libres de s'organiser sous cette forme.
3. **Manque d'incitation à l'innovation** : l'accent mis sur la réduction des coûts néglige les mesures de promotion de l'innovation, qui pourraient à long terme améliorer aussi bien la qualité que la structure des coûts.

Exigences de la SSAPM

Les mesures efficaces de réduction des coûts qui ne conduisent pas à une réduction des prestations et donc à une limitation de l'approvisionnement doivent être examinées en détail. En principe, les mesures doivent être examinées selon les critères suivants :

- **Clarté et transparence** : une définition précise des économies attendues et des chiffres clés solides pour les mesures proposées.
- **Encouragement de la responsabilité individuelle** : créer des incitations pour les fournisseurs de prestations à coopérer et à innover volontairement, plutôt que d'introduire de nouvelles prescriptions étatiques.
- **Efficacité plutôt que bureaucratie** : se focaliser sur les mesures dont il est prouvé qu'elles réduisent les coûts, comme des négociations de prix transparentes ou un approvisionnement en médicaments optimisé.
- **Préserver la liberté de choix** : s'assurer que les mesures n'entravent pas le libre choix du médecin et la qualité des soins.

Lors des débats finaux sur ce paquet de mesures de maîtrise des coûts, le Parlement devrait rester critique et ne suivre aucune mesure qui ne ferait que créer des charges réglementaires supplémentaires. Si le projet devait aboutir à un référendum, la SSAPM informera ses membres si elle soutient le référendum.