

Comment le politique aimerait déléguer le rationnement aux médecins

Jürg Schlup

Dr méd., président de la FMH



Voici quelques mois, notre système de santé a de nouveau été classé parmi les plus performants au niveau international: le troisième rang parmi 195 pays en ce qui concerne la qualité et l'accès aux soins [1]¹. Les primes de caisses-maladie payées pour cet accès général aux traitements de haute qualité s'élèvent en moyenne à 5,8% du revenu brut [2]. Et même si les ménages suisses doivent consacrer toujours plus à la santé, il leur reste aussi plus d'argent pour la consommation ou les économies [3, p. 10]. Plus de trois citoyens sur quatre sont satisfaits du système de santé et attachent plus d'importance à la qualité et la quantité des prestations de santé qu'au prix [4]. Face à cette appréciation positive y compris pour les coûts [3, p. 10], la priorité devrait être mise sur les 11% de la population pour qui les primes des caisses-maladie représentent un problème persistant [4]. Une autre priorité serait de décharger les payeurs de primes en introduisant un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières. Cette mesure à elle seule présente un potentiel d'économies de plusieurs milliards de francs par année [5].

Il est prévu de confronter le budget limité aux exigences croissantes auxquelles fait face le système de santé.

Au lieu de cela, le DFI a déjà annoncé en 2016 vouloir examiner un changement de système radical qui consisterait à utiliser les budgets comme instrument de pilotage [6]. Dans ce contexte, il n'est guère surprenant que le groupe d'experts constitué pour appuyer ces travaux propose l'instauration de «plafonds contraignants pour l'augmentation des coûts de l'AOS [...] en tant que mesure centrale pour contenir la hausse des coûts de la santé» [7, p. 27]. Il s'agit de confronter le budget limité aux exigences croissantes auxquelles fait face le système de santé. Les «plafonds» prédéfinis seraient répartis sur les différents secteurs de soins, les experts proposant même explicitement «d'instaurer des plafonds sans connaissance détaillée du potentiel d'amélioration de l'efficacité» [7, p. 33]. Il appartiendra ensuite aux médecins d'éviter les dépassements du budget fixé, en réduisant leur volume de prestations.

Si les besoins des patients dépassent le budget, les médecins n'auront d'autre choix que de refuser des prestations ou de subir des sanctions telles que des «réductions automatiques des tarifs» [7, p. 33]. La liberté thérapeutique devient donc le lieu d'un conflit de loyauté entre le respect des plafonds et l'intérêt des patients.

D'après le rapport d'experts, le patient ne serait pas pénalisé, étant donné que 20% des prestations seraient

Si les besoins des patients dépassent la limite politique, le médecin doit refuser des prestations ou s'accommoder de sanctions financières.

de toute manière inutiles: il s'agit «d'exercer la pression nécessaire sur les différents acteurs» [7, p. 30] pour exploiter pleinement le potentiel d'efficacité. Les auteurs prônent «un regard sur les situations à l'étranger» qui, selon eux, montre 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» [7, p. 5]. Cela laisse perplexe quand on sait que la médecine à deux vitesses prévaut en Allemagne, avec 87% de la population (avec une assurance de base) touchée par les budgets. En Rhénanie-du-Nord-Westphalie, les assurés de base doivent attendre 38 jours pour un rendez-vous chez l'ophtalmologue et 42 jours pour aller chez le radiologue alors que l'attente des assurés en privé n'est que de cinq jours [8]. Une enquête de l'AOK Rheinland/Hamburg a montré que les assurés de base doivent attendre 71 jours pour un rendez-vous chez le cardiologue, soit 52 jours de plus que les assurés en privé [9].

On peut donc légitimement s'interroger si les interventions budgétaires venant d'une administration hypertrophiée, pour la mise en œuvre du budget global, sont susceptibles d'améliorer la couverture des soins. Les Pays-Bas, la France et l'Allemagne, trois pays cités en exemple pour le budget global, occupent respectivement les 9^e, 15^e et 20^e rangs dans le classement mentionné plus haut. Ils se trouvent donc nettement derrière la Suisse. Pour un système de santé à la 20^e place, les contribuables allemands consacrent 14,6% de leur salaire brut à l'assurance-maladie.

¹ Les références se trouvent sous www.bullmed.ch
→ Numéro actuel ou
→ Archives → 2017 → 47.

Références

- 1 GDB 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*; 390(10091), S.231-266, 15.7.2017
- 2 Communiqué de presse OFS, 25 novembre 2016. Enquête sur le budget des ménages 2014.
- 3 Früh, M.; Gyger, P; Reich, O. (Dezember 2016). Rapport Helsana. Evolution des dépenses en matière de santé; URL: <https://www.helsana.ch/docs/rapport-sur-les-depenses-helsana-2016.pdf>
- 4 Bieri, U. et al. (2017). L'essentiel en bref sur le «Moniteur de la santé 2017». gfs.bern
- 5 Klaus, G. (novembre 2016) Un gain d'efficacité grâce un financement uniforme. *Helsana Point de vue* 4/16; p. 3-5.
- 6 Communiqué de presse OFSP. Des mesures sont nécessaires pour freiner la hausse des coûts de la santé. Berne, le 2 septembre 2016
- 7 Rapport d'experts: Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins du 24 août 2017, publié le 25 octobre 2017.
- 8 *Westfalenpost*; 21.04.2017; Ulf Meinke. Privatpatienten werden deutlich bevorzugt beim Arzttermin.
- 9 *Spiegel online*, 17.7.2011. Ärzte diskriminieren Kassenpatienten systematisch.