

Union patronale suisse
A l'att. de M. Hans Rudolf Schuppisser
Case postale
8032 Zurich

Lausanne, le 1^{er} juillet 2004
S:\COMMUN\POLITIQUE\Position\2004\POL0439.doc
MAP/fkr

Révisions partielles dans l'assurance-maladie (LAMal) concernant le financement hospitalier et le managed care

Monsieur,

Nous avons bien reçu votre courrier du 19 mai dernier, relatif au projet mentionné sous rubrique, et vous remercions de nous consulter à ce propos.

Suite au rejet par le Conseil national du projet de 2^e révision de la LAMal lors de la session d'hiver 2003, le Conseil fédéral a remis l'ouvrage sur le métier en élaborant une série de nouveaux projets distincts les uns des autres. La nécessité d'une révision de la LAMal n'est pas contestée et pas contestable. En effet, si la LAMal a vraisemblablement atteint ses objectifs en termes de prestations et de système, il en va différemment de la maîtrise des coûts. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable que les éléments de concurrence et les incitations économiques pour toutes les parties prenantes du secteur de la santé soient renforcés.

Les deux projets « financement hospitalier » et « managed care » semblent aller dans la bonne direction, même s'il est très difficile d'évaluer aujourd'hui l'impact réel que peuvent avoir ces réformes – à l'instar de celles récemment mises en consultation (notamment la liberté de contracter) – sur l'évolution des coûts de la santé. Quant à la nouvelle tactique du Conseil fédéral, qui consiste à soumettre ses projets séparément plutôt que par paquet, elle doit être saluée dans la mesure où elle devrait permettre l'adoption rapide des réformes les moins contestées. Après ces remarques introducives, nous souhaitons faire quelques commentaires sur le financement hospitalier et le managed care.

A. Financement hospitalier

Ce projet marque le passage du système dual à celui du dual fixe, y compris pour les frais d'investissement. Il consacre également un nouveau mode de financement axé sur les prestations (et non plus sur les institutions) et l'égalité de traitement entre l'ensemble des hôpitaux – publics ou privés – figurant sur les listes cantonales de planification hospitalière.

Ces modifications permettront un gain évident de transparence puisque, désormais, les cantons et les assureurs assumeront de façon paritaire le paiement des prestations hospitalières, dont le coût comprendra aussi bien les charges d'exploitation que les coûts

d'investissement. On évitera ainsi la délicate distinction entre ces deux types de dépenses et l'on améliorera la visibilité des coûts effectifs et des responsabilités, avec la possibilité d'établir des rapports prix-prestations et qualité-prix des prestations. Il convient toutefois de considérer cette étape comme une simple transition vers le système moniste (dans lequel les coûts sont pris en charge soit par l'Etat soit par les assureurs), qui constitue le seul moyen de remédier aux désavantages des systèmes dual ou dual fixe (en particulier la distorsion entre les secteurs hospitalier et ambulatoire et les conflits d'intérêts pour les cantons). Certes, le projet prévoit que le Conseil fédéral proposera un projet de système de financement moniste dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la révision, mais il serait préférable que ce passage soit d'ores et déjà réglé dans le présent projet afin que le système de financement moniste puisse entrer en vigueur automatiquement à l'échéance de cette période transitoire de trois ans.

On l'a dit, le système dual fixe est un progrès indéniable par rapport à la situation qui prévaut actuellement. Une critique s'impose néanmoins concernant la répartition paritaire des frais entre les assureurs et les cantons. Selon le Conseil fédéral, les cantons assument actuellement quelque 55 à 57% des coûts d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés et l'intégralité des coûts d'investissement (système dual). Avec le projet, leur charge sera réduite puisque leur part s'élèvera à 50% des coûts d'exploitation et d'investissement. Cette économie se fera au détriment de l'assurance obligatoire des soins et, de ce fait, induira une augmentation des primes de l'ordre de 10%, répartie sur trois ans. Il est pourtant indispensable que la réforme prévue soit, dans le pire des cas, financièrement neutre pour les assurés, sous peine d'entrer en contradiction avec son objectif premier : la maîtrise des coûts. En conséquence, si la répartition paritaire est maintenue, des baisses d'impôts équivalentes aux économies réalisées par les cantons devraient être accordées aux contribuables. Cette solution paraissant irréaliste, il conviendrait plutôt de fixer la participation des cantons à un pourcentage qui permet d'éviter toute hausse de primes (vraisemblablement autour de 60%).

Même si le Conseil fédéral obtient une compétence subsidiaire dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, la planification hospitalière continuera à relever de la compétence des cantons. Cette mesure devrait inciter ces derniers à collaborer de manière efficace en établissant une planification commune – par le biais d'un concordat intercantonal – dans ce domaine et permettre ainsi de réaliser des synergies et, partant, des économies substantielles. Autre point positif : les mêmes conditions s'appliqueront à l'ensemble des hôpitaux inscrits sur les listes cantonales ; il ne sera plus possible de faire des distinctions en fonction de la couverture d'assurance (base ou complémentaire) des assurés. Le projet devrait ainsi avoir pour effet d'augmenter la concurrence dans le secteur hospitalier et donc d'optimiser le rapport qualité-prix des prestations.

S'agissant de l'établissement des listes cantonales, il conviendrait à notre sens d'accorder un poids plus important aux assureurs, par exemple en les associant d'une manière ou d'une autre au processus de conclusion de mandats de prestations avec les hôpitaux. Cette intégration aux négociations nous paraît indispensable dans la mesure où les assureurs seront dorénavant également responsables des coûts d'investissement et devront fournir un effort supplémentaire en ce qui concerne les coûts d'exploitation. Il s'agit de respecter le principe « qui paie commande » en donnant la possibilité aux assureurs d'exercer une certaine influence sur les coûts.

B. Managed care

La CVCI soutient le projet de « managed care » tel que présenté par le Conseil fédéral, qui prévoit une plus grande souplesse relative aux formes particulières d'assurance et un renforcement de l'incitation à l'utilisation de celles-ci ; nous sommes convaincus que ces instruments sont propres à contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie. Pour atteindre cet objectif, nous estimons qu'il est essentiel d'inciter plutôt que d'imposer et de laisser la plus grande marge de manœuvre possible aux partenaires concernés (assureurs, assurés et fournisseurs de prestations) dans l'élaboration des différents modèles. Ceci afin d'éviter de devoir affronter les mêmes oppositions qui ont fait échouer la deuxième révision de la LAMal et, surtout, de permettre aux partenaires de développer des modèles efficaces et souples et de collaborer en toute confiance. Il est toutefois évident que le système « managed care » ne pourra prendre tout son sens que si l'obligation de contracter est supprimée, faute de quoi les fournisseurs de prestations ne seront guère incités à participer aux modèles de « managed care ».

Art. 41b :

La possibilité pour les assureurs de prévoir des contrats de trois ans pour les assurés qui choisissent un mode particulier d'assurance (choix limité du fournisseur de prestations) devrait leur permettre de proposer des modèles attractifs, tant d'un point de vue financier que qualitatif. L'assureur pourrait en effet compter sur la fidélité du client, dont le départ anticipé ne serait possible qu'en cas de modifications essentielles des conditions d'assurance. On peut se demander s'il ne serait pas préférable d'augmenter la durée maximale à cinq ans, de sorte à favoriser le développement d'offres encore plus intéressantes, sans pour autant lier les assurés de manière excessive.

S'agissant des modifications des conditions d'assurance pouvant justifier une résiliation anticipée, nous ne sommes pas convaincus qu'une modification de prime doive en être exclue de par la loi, et ce quelle que soit son importance (une augmentation/réduction de prime de plus de 10% ne devrait-elle pas être considérée comme une « modification essentielle » ?). En outre, pourquoi ne pas laisser le soin aux intéressés de régler cette question contractuellement ?

Art. 41c :

La réglementation relative aux réseaux de soins intégrés est très générale et laisse ainsi une grande marge de manœuvre aux intéressés. Il y a toutefois lieu de se demander s'il est bien nécessaire d'imposer aux partenaires contractuels une responsabilité budgétaire sur l'ensemble des prestations de l'assurance obligatoire des soins et de ne conférer la possibilité de proposer des prestations sur-obligatoires qu'aux réseaux de soins intégrés.

Le Conseil fédéral devra se montrer extrêmement prudent dans la façon de « régler les détails » afin de ne pas anéantir les efforts du législateur quant à la marge de manœuvre laissée aux partenaires contractuels.

Art. 52 et 52a :

Le Conseil fédéral s'est montré raisonnable en renonçant à l'obligation de prescrire des génériques, tout en encourageant la possibilité de substitution. Une obligation pourrait

entraîner des risques par rapport au respect de la prescription et nuire à l'innovation dans le secteur pharmaceutique.

Art. 62 al. 1

La réduction de prime et le système des ristournes sont des incitations financières indispensables pour assurer le bon fonctionnement des réseaux de soins intégrés.

En conclusion, la CVCI estime que les projets « financement hospitalier » et « managed care », associés aux autres chantiers en cours dans le cadre de la LAMal, devraient globalement déployer des effets positifs sur la maîtrise des coûts de la santé. La CVCI accueille dès lors favorablement ces deux projets, sous réserve des quelques remarques faites ci-dessus.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à nos commentaires et vous prions d'agrérer, Monsieur, nos salutations distinguées.

CHAMBRE VAUDOISE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE

Guy-Philippe Bolay
Directeur adjoint

Mathieu Piguet
Sous-directeur