

Loi sur l'assurance maladie

Article 47c : le retour

Afin de maîtriser les coûts de la santé, le Conseil fédéral veut contraindre les partenaires tarifaires à convenir d'objectifs de coûts. La semaine dernière, le Conseil national a approuvé cette demande qui avait déjà été rejetée précédemment. La question de savoir si cela pourrait également concerner les soins de base est controversée.

Par Adrian Riklin

L'assurance obligatoire des soins est la seule sécurité sociale dans notre pays qui n'a pas tenté jusqu'à présent de contrôler l'évolution des coûts. Au cours des vingt dernières années, les coûts ont fortement augmenté : d'environ 4,5 pour cent par an, soit presque deux fois plus que le produit intérieur brut. La cause n'est pas tant les tarifs des prestations, régulés par le tarif médecine interne Tarmed, que leur quantité.

Partant de ce constat, le Conseil fédéral a élaboré un projet en deux volets qui vise notamment à mettre un terme à l'extension incontrôlée de prestations non nécessaires. Depuis le début de l'année, une régulation de l'accès à la profession de médecin est déjà en vigueur. Elle cherche à éviter que qu'il y ait trop de médecins dans une même spécialité.

La semaine dernière, le Conseil national a approuvé l'article le plus controversé du premier paquet : l'article 47c (Mesures de maîtrise des coûts) de la loi sur l'assurance maladie. Et ce, alors qu'il semblait déjà enterré. En décembre, le président du Conseil des Etats Thomas Hefti (PLR) a fait basculer le vote sur cet article avec sa voix prépondérante. Mais la conseillère nationale du Centre (ancien PDC) Ruth Humbel l'a ensuite repêché dans la corbeille à papier avec une proposition de retour.

Une forte résistance

Cet article oblige les partenaires tarifaires à réduire les coûts des prestations s'ils augmentent trop par rapport à l'année précédente. Cela signifie que les fournisseurs de prestations médicales doivent convenir d'un objectif de coûts avec les caisses d'assurance maladie. En cas de dépassement de cet objectif, soit un tarif plus bas serait appliqué pour l'année suivante – soit les fournisseurs de prestations devraient rembourser de l'argent.

Alors que la gauche et le centre ont approuvé l'article, le PRD et l'UDC craignent « une forme d'économie planifiée » si aucun accord n'est trouvé entre les partenaires tarifaires. Mais la plupart des fournisseurs de prestations et des caisses maladie s'opposent également à une telle mesure. L'opposition des médecins, en particulier des généralistes, est virulente. Le fait que l'introduction d'un nouveau modèle de tarification Tarmed (Tardoc) soit retardée joue également un rôle dans cette opposition. Les médecins de famille et les psychiatres souffrent particulièrement de ce retard, car leurs prestations sont jusqu'à présent rémunérées à des tarifs relativement bas – alors que les traitements tels que ceux de la cataracte sont beaucoup trop élevés en raison des progrès technologiques. C'est ainsi qu'Yvonne Gilli, médecin généraliste et ancienne conseillère nationale des Verts, argumente vivement contre l'article 47c. Elle craint un rationnement des prestations médicales, un avantage pour les assurés privés – et finalement une médecine à deux vitesses.

Objectifs de qualité obligatoires

Mais la majorité de la gauche voit les choses différemment. « Nous ne partageons pas les craintes d'un rationnement », déclare la conseillère nationale socialiste saint-galloise Barbara Gysi. « Pour éviter une réduction des prestations, nous avons des objectifs de qualité contraignants ». En fait, la nouvelle version est plus nuancée que la proposition initiale : il ne faut corriger que dans les cas où l'augmentation des coûts est « inexplicable ». En fin de compte, l'article crée de la transparence, dit Gysi, « les cantons et la Confédération auront ainsi une meilleure vue de la structure des coûts ». La proposition de Gysi d'introduire un paragraphe stipulant que l'accès aux prestations ne doit pas être limité a certes été rejetée, mais elle pourrait être reprise et intégrée à l'article.

Dans ce cas, ce sont les collègues de Gilli, les Verts, qui ont fait pencher la balance. La conseillère nationale zurichoise Katharina Prelicz-Huber a proposé avant le vote de reporter ce débat afin de pouvoir traiter ultérieurement l'article additionnel avec l'initiative du parti centriste sur la maîtrise des coûts et l'initiative du PS sur l'allègement des primes, pour lesquelles la commission du Conseil national a spécialement créé une sous-commission. Il serait donc « logique » de discuter également de l'article 47c dans ce cadre.

Dans son parti, on a « débattu à l'infini » sur la question de cet article. Elle-même est favorable à une gestion des coûts, dit Prelicz-Huber. Et d'ajouter : « Mais la question devrait plutôt être la suivante : De quoi avons-nous besoin et que devons-nous pouvoir garantir à tous ? Au lieu de : de quoi n'avons-nous pas besoin ? » De ce point de vue, elle comprend les préoccupations d'Yvonne Gilli : « On pourrait vraiment s'attaquer à d'autres points pour éviter les mauvaises incitations à des traitements inutiles – par exemple les salaires des médecins-chefs et des managers ou les versements de bonus ».

Katharina Prelicz-Huber explique qu'elle a approuvé l'article après qu'Alain Berset, ministre de la Santé du PS, a une nouvelle fois clairement assuré qu'il ne s'agissait « en aucun cas d'un budget global » et de l'amorce d'un rationnement, mais de « limiter l'augmentation des coûts à ce qui est médicalement justifiable ». Mais pour elle, les raisons profondes des problèmes du système de santé sont ailleurs : « Le principal mal réside dans les forfaits par cas, les DRG (Diagnosis related groups), introduits il y a dix ans. Depuis, nous nous trouvons dans cette malheureuse tendance à l'économie et sommes prisonniers d'un système dans lequel nous ne pouvons pas faire grand-chose de plus que d'éviter le pire ».

Avant l'initiative sur la maîtrise des coûts

Une des raisons de voter malgré tout en faveur de l'article est peut-être aussi de devancer quelque peu l'initiative sur le frein aux coûts – et de la rendre ainsi obsolète dans le meilleur des cas. En effet, selon le texte du parti du Centre, des mesures bien plus indifférenciées seraient à l'ordre du jour : les coûts de la santé seraient directement liés à l'évolution économique – il est difficile d'imaginer les conséquences d'une telle mesure en cas de crise économique majeure. Aux yeux de Prelicz-Huber, l'initiative du Centre est donc plutôt une « initiative de démantèlement ». Des primes plus avantageuses – et en contrepartie un accès plus difficile aux soins de base ? Il vaudrait mieux un article comme le 47c, qui ne s'oppose explicitement qu'aux prestations non nécessaires.

Même si Le Centre devait tenter de rendre son initiative plus attrayante en proposant des primes plus avantageuses : La demande n'a que peu de chances d'être acceptée en votation populaire. La reprise par Ruth Humbel de l'article 47c pourrait donc être due à une stratégie consistant à essayer d'en réaliser une partie. Dans un premier temps, l'article sera à nouveau soumis à la commission de la santé du Conseil des Etats, puis au Conseil des Etats en été.

Pour la gauche, la question se pose de savoir quels arguments elle peut opposer activement aux bruyants appels à des mesures d'économie. Ce qu'il faut certainement, même s'il sera difficile de gagner des majorités, c'est la mise en œuvre rapide et progressive de l'Initiative sur les soins infirmiers (acceptée en novembre 2021); une meilleure coordination dans le traitement des malades chroniques, ainsi qu'une planification hospitalière suprarégionale judicieuse.

Il est particulièrement urgent, notamment au vu de l'augmentation des coûts des primes, que le Parlement se prononce rapidement en faveur d'un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Concrètement, cela signifierait : plus de financement par l'impôt et moins par les primes également dans le domaine ambulatoire – et donc le renforcement d'une prise en charge de base ambulatoire avantageuse.