

Poser des priorités – un devoir de gestion politique¹

«Le rationnement comme politique n'est pas une réalité en Suisse et ne s'impose pas»: La commission fédérale des principes de l'assurance-maladie mandatée par le Conseil Fédéral ne voit pas pour l'instant la nécessité de rationner des prestations indispensables. C'est au corps médical qu'il incombe de fixer, cas par cas, quelles sont les mesures reconnues à employer.

Fritz Britt

Les coûts du système de santé sont un des sujets de discussion favoris dans les cafés de tous les coins du pays. On y parle d'explosion des coûts (alors qu'objectivement, ils augmentent linéairement!). On râle sur l'augmentation des primes d'assurance-maladie (alors que seulement un tiers des coûts de la santé sont financés par les primes). On évoque aussi les limites et ce qui est supportable financièrement. Les discussions de bistrot par contre passent sous silence des sujets tels que la «hausse de la consommation de prestations de santé», la «densité et gestion de l'offre», «modalités thérapeutiques et prestations médicales améliorées» et la «responsabilité individuelle». Or, si l'on veut mener une discussion sur le choix des priorités, les deux faces de la médaille doivent être abordées: coûts et prestations.

Les coûts du système de santé augmentent en Suisse d'environ 5% chaque année. Avec cette augmentation, la Suisse se situe dans la moyenne européenne. Avec environ 11% du produit intérieur brut (PIB), la Suisse se situe au 3^{ème} rang mondial après les USA et l'Allemagne. Elle est au premier rang européen pour le niveau des prix de presque toutes ces prestations sanitaires et les produits, et la prise en charge est qualifiée d'excellente. *Où est le problème?*

Les limites de la charge financière admise par la population ne se laisse certainement pas mesurer par la proportion du PIB attribué à la santé. Et l'axiome économique selon lequel aucun bien n'est disponible en quantité illimitée, ne doit pas être accepté en lui-même comme justification suffisante pour affirmer qu'un rationnement est un fait inéluctable. La question de savoir quelle quantité et

quelle qualité de prestations doivent être financées par les assurances sociales est par contre ouverte. Il s'agit d'une question politique. Pour permettre que cette discussion publique (et politique) se déroule à un niveau concret, la commission fédérale des principes de l'assurance-maladie (CFP) instaurée par la LAMal et mandatée par le Conseil fédéral, a défini «le choix des priorités» comme un thème permanent de son programme de travail et a distribué les charges correspondantes.

L'essence de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est de garantir à tous les assurés l'accès à toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques reconnues efficaces, appropriées et économiques. La CFP est d'avis que ce principe de base demeure valable pour les mesures médicales très onéreuses. Elle ne voit pour l'instant pas la nécessité de rationner des prestations indispensables, c'est-à-dire d'exclure certaines prestations du remboursement obligatoire pour des raisons économiques. Lors de ses réflexions, cette commission prend comme critère fondamental l'accès aux soins pour tous, tel qu'il est inscrit dans la loi, selon les besoins de chacun. La responsabilité de déterminer lesquelles des mesures reconnues sont nécessaires pour traiter les cas individuels incombe au corps médical.

L'assurance-maladie sociale est fondée (contrairement à l'assurance-accidents) sur le principe du remboursement. Les assureurs n'interviennent donc pas dans les traitements individuels, sauf dans les cas explicitement prévus par l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), la liste des spécialités (LS) ou par des conventions tarifaires. *La responsabilité de se restreindre aux moyens nécessaires au cas individuel (art. 56 LAMal) incombe ainsi au corps médical.* Les médecins-conseils font le lien entre les assureurs et les médecins traitants. Étant donné cette responsabilité du corps médical, la formation postgraduée et continue, et particulièrement l'élaboration et l'application de lignes directrices diagnostiques et thérapeutiques, ont une importance déterminante.

Les thèses de la CFP

1. Le système de santé suisse

La Suisse dispose, à l'échelle internationale, d'un système de santé de très bonne qualité. La densité des soins (p.ex. nombre de méde-

¹ Exposé de Fritz Britt, directeur de la division principale Assurance-maladie et accidents, Office fédéral des assurances sociales, Berne, prononcé au 4. Forum Novartis de l'économie de la santé le 28.11.01 à Berne. Titre du Forum: De la pose de priorité à la satisfaction des patients.

cins, d'hôpitaux, de pharmacies) est très élevée. Les goulets temporaires dans les périodes de surcharge (arrêt d'admission de patients non-urgents ou temps d'attente pour les opérations électives) restent dans des limites acceptables. Vu les progrès continus et l'apparition de nouvelles méthodes de traitements, l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations existantes et nouvelles du système de santé doivent être constamment évaluées.

2. *Égalité des chances*

La renonciation à fournir des prestations médicales nécessaires, pour cause d'insuffisance de moyens financiers ou en raison de critères non-médicaux, est *incompatible avec l'interdiction de discrimination ancrée dans la Constitution fédérale*.

L'assurance-maladie obligatoire couvre toutes les prestations nécessaires à la santé et empêche ainsi l'avènement d'une médecine à deux vitesses. Les prestations supplémentaires de confort ou de luxe doivent être par contre financées de façon privée. En font partie le confort hospitalier, le souhait d'être traité personnellement par le médecin-chef, certaines interventions de chirurgie plastique et des prestations dont l'efficacité n'est pas prouvée (une partie des médecines complémentaires ou d'autres méthodes non-évaluées).

3. *Que signifie rationner?*

On parle de rationnement *lorsqu'une prestation médicale ne peut être fournie à toutes les patientes* parce que les ressources nécessaires ne sont pas disponibles (p.ex. financement, équipements, vaccins, personnel, lits, organes). Un choix doit alors être fait. Il existe un rationnement explicite, lorsque les critères en sont connus et discutés ouvertement. Un rationnement furtif a lieu lorsque les critères de sélection sont définis au coup par coup, de manière aléatoire, sans qu'une discussion compréhensible pour la population ait eu lieu au préalable. On ne peut par contre pas parler de rationnement lorsque des prestations disponibles en quantité limitée sont remplacées par des prestations équivalentes, lorsque les choix du lieu et du moment de la fourniture des prestations sont restreints pour le patient ou lorsque des méthodes inefficaces ou peu efficaces ne sont pas prises en charge.

4. *Appréciation de la situation actuelle en Suisse*

La marge de rationalisation à l'intérieur du système de santé est encore assez large avec le cadre financier actuel pour ne pas devoir renoncer à des traitements nécessaires pour les patient-es. Les médecins, les patient-es et leur famille sont libres de restreindre les prestations à ce qui est nécessaire et utile. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer encore les connaissances sur les possibilités et les limites des différentes modalités thérapeutiques. Il existe aussi des contraintes autres que financières rendant une sélection inévitable, comme p.ex. le manque ou la disponibilité restreinte d'organes, d'équipements techniques ou d'experts formés dans une méthode nouvelle. Cette appréciation vaut pour le court terme, elle doit être réactualisée régulièrement en fonction des développements médicaux, économiques, épidémiologiques ou démographiques.

5. *Budget global, forfaits par cas*

Des budgets annuels bloqués pour des hôpitaux ou pour des services d'hôpitaux (budget global) ainsi que des tarifs fixes pour certaines prestations (forfaits par cas) ne sont pas des mesures de rationnement en elles-mêmes. Un budget trop restreint, un budget trop rigide ou un budget placé à un niveau organique trop bas, peut donner lieu à un rationnement pour des cas individuels. C'est pourquoi il faut prévoir des filets de sécurité pour financer les prestations médicales très onéreuses (p.ex. réassurance, fonds pour cas individuels coûteux). De plus, pour faire face à des situations demandant un tri, les hôpitaux doivent développer des règles internes comportant des aspects structurels (p.ex. décisions en équipe), des aspects communicatifs (p.ex. transparence envers les instances financières/autorités de surveillance), et des aspects médico-scientifiques (p.ex. Evidence Based Medicine, «medical review systems»). Ces règles doivent aider les médecins et le personnel soignant dans leur fonction de triage. Il existe un besoin de critères et de principes fondamentaux validés et largement acceptés pour pouvoir ancrer ces directives internes.

6. *Alternatives au rationnement*

Pour garantir à l'avenir aussi un système de santé quantitativement satisfaisant pour toute la population, des efforts sont nécessaires dans de nombreux domaines:

- Réduction des besoins en prestations par la promotion de la santé, la prévention et l'encouragement à la prise en charge personnelle en cas de maladie («self care»).
- Réduction de la demande de prestations par des informations sur les limites de la médecine, pour relativiser des espérances démesurées et pour progressivement permettre aux patients de prendre ou de prendre part à des décisions sur leur santé en toute connaissance de cause («patient empowerment»).
- Réduction du gaspillage des ressources par la promotion constante des mesures médicales efficaces, adaptées et économiques fondées sur des connaissances avérées, en évitant les doublons, et en supprimant les incitations financières au gaspillage.
- Encouragement des structures innovatrices (p.ex. modèles de soins, HMO, réseaux de soins verticaux) et de processus de gestion (Case Management et autres techniques de Managed-care).
- Refus des tarifs abusifs.
- Recherche scientifique tendant à une utilisation rationnelle des ressources dans le domaine de la santé compte tenu des moyens financiers limités. Développement de la recherche sur les systèmes de santé et de l'évaluation des techniques.
- Délimiter les prestations prises en charge par l'assurance-maladie sociale qui sont financées solidairement et celles qui sont financées individuellement par les assurances complémentaires.

7. Qui est concerné?

Il convient d'appeler tous les acteurs impliqués à leur responsabilité. On doit faire en sorte que les ressources limitées dans le domaine de la santé servent à obtenir la meilleure efficacité possible pour la santé. Certains acteurs sont particulièrement prédestinés à prendre l'initiative et à tenir un rôle moteur dans leur domaine. Quelques exemples: Les efforts (actuellement inexistant) pour rendre les patients plus responsables et capables de relativiser les attentes en la médecine de même que pour initier la recherche sur les systèmes de santé nécessitent l'engagement de la Confédération. La promotion de la santé et de la prévention concernent les cantons et la Confédération. Le développement de l'Evidence Based Medicine relève de la responsa-

bilité des prestataires de soins, particulièrement du corps médical, et le développement de structures innovatrices est une tâche incombant aux assurances-maladies.

8. Prestations médicales onéreuses:

Une préoccupation durable pour la CFP

Les discussions au sujet de l'attitude à adopter envers les mesures médicales onéreuses dans le cadre de l'assurance-maladie sociale ne sont pas closes avec l'adoption des thèses présentées ici. La CFP va continuer à s'occuper de ce sujet d'une part pour en approfondir certains aspects, d'autre part pour réévaluer périodiquement sa position au vu de l'évolution des développements médico-techniques, économiques, épidémiologiques et démographiques.

9. Travaux préparatoires en prévision de situations nécessitant des décisions de rationnement individuelles

Bien que le but déclaré demeure d'éviter de devoir prendre des décisions de rationnement individuelles, ce sujet ne peut pas être ignoré. Un groupe d'experts venant d'horizons variés devrait se pencher sur la question et déjà réfléchir maintenant sur les critères qui pourraient être utilisés si un rationnement des prestations devait être introduit. Les solutions proposées demanderont une large approbation politique et sociale. Des instances devraient être mises sur pied pour appliquer ces critères, respectivement pour en surveiller la mise en œuvre. Les premiers efforts entrepris dans les domaines de la médecine de transplantation ou de la planification contre les pandémies de grippe vont déjà dans ce sens.

Pourquoi la CFP arrive-t-elle à des conclusions opposées à celles qui ont été obtenues par d'autres instances du système de santé?

Les différences sont dues au concept de rationnement et à l'orientation de la CFP.

Le concept de rationnement: la CFP part du principe que même avec des moyens limités, dans les cas individuels, toutes les prestations médicales nécessaires et utiles peuvent être financées à un niveau qualitatif satisfaisant. C'est seulement si un certain seuil quantitatif et qualitatif ne peut plus être assuré que des situations de rationnement pour des cas indi-

viduels, ou même à une échelle plus large, peuvent être nécessaires.

L'orientation: La CFP se place au niveau de la société et veut garantir que les situations de rationnement individuelles ne soient pas nécessaires dans des conditions normales. Des situations de ressources insuffisantes lors de surcharges extrêmes ou de situations exceptionnelles (qui peuvent nécessiter des décisions de rationnement) ne peuvent jamais être exclues même avec des moyens supplémentaires. Le choix des priorités au pied du lit du malade dans de telles situations exceptionnelles incombe aux médecins et aux autres membres des professions soignantes. La CFP ne peut ni ne veut énoncer de critères et de normes pour de telles situations.

Le rationnement comme politique n'est pas une réalité en Suisse et ne s'impose pas. La question se pose en outre de savoir si la discussion est menée honnêtement, notamment du côté des prestataires. Il est facile d'éviter élégamment la discussion sur les prix, les revenus ou l'élargissement de l'offre, en mettant en avant ce sujet émotionnel et de renvoyer ainsi la balle à la politique. Cela rappelle certaines discussions sur le système de la santé!

Poser des priorités

«Poser des priorités» est une tâche politique aussi ancienne que la mémoire humaine. Assurer les soins, leur qualité et leur densité est une tâche étatique inscrite déjà dans les Constitutions cantonales du 19^{ème} siècle. Les restrictions à la fourniture de prestations existent ainsi déjà depuis des années. Des priorités ont aussi été inscrites dans la LAMal, et il existe des processus prévus pour fixer des priorités:

- La plupart des traitements dentaires et les méthodes de contraception sont exclus légalement de la prise en charge par l'assurance-maladie sociale alors qu'il s'agit de prestations accessibles gratuitement ou fortement subventionnées dans de nombreux pays.
- De nombreuses prestations comme la physiothérapie, la psychothérapie médicale, le traitement de l'obésité, ou certains médicaments comme p.ex. l'Interferon-alpha, sont soumises à des restrictions quantitatives ou leur prise en charge est subordonnée à des conditions énumérées dans l'OPAS, respectivement dans son

Annexe 1, ou dans la Liste des Spécialités (LS). Certaines autres prestations, comme p.ex. la revascularisation au laser transmyocardique, sont explicitement exclues des prestations obligatoires.

- D'autres restrictions quantitatives, comme le nombre maximal de minutes facturables par trimestre pour les médecines complémentaires ou le nombre de séances de physiothérapie par ordonnance médicale sont partiellement prévues dans certains accords tarifaires.

Les restrictions au niveau légal sont décidées par le Parlement. Ce sont le Conseil Fédéral (nouvelles fournitures de prestations), respectivement le Département de l'Intérieur (prestations) et l'OFAS (médicaments) qui décident par le biais moyen d'ordonnances, conseillés à chaque fois par les commissions consultatives compétentes. Ces commissions sont constituées d'experts venant d'horizons variés: en plus des représentants des prestataires de soins, des assurances, des administrations cantonales et fédérales, y siègent aussi des représentants des organisations de patients et de consommateurs. Le processus de définition des priorités est ainsi institutionnalisé au niveau le plus élevé.

Les commissions consultatives ne changent rien au caractère démocratique des décisions politiques sur l'étendue des prestations des assurances sociales. La législation actuelle empêche en tout cas que des décisions technocratique non-démocratiques soient prises. Cela n'est pas souhaitable du tout et il est fortement déconseillé de mandater ces commissions d'experts soi-disant indépendantes pour prendre des décisions. La décision de ce qui est une prestation obligatoire et ce qui ne l'est pas est une décision politique et certainement pas une décision technique ou médicale. Cela serait d'ailleurs en opposition complète de discussion qui est menée sur le plan international quant à la manière de poser des priorités. La Suisse dispose d'instruments démocratiques – soit dit en passant et sans fanfaronner – nettement plus avancés que d'autres pays développés. Les discussions internationales sur le rationnement sont en effet actuellement dominées par la question de la démocratisation de la prise de décision. Les instruments correspondants sont déjà institutionnalisés en Suisse.

Traitements très onéreux

Différents milieux en Suisse et à l'étranger préconisent que les traitements très onéreux ne soient plus pris en charge par l'assurance-maladie sociale (rationnement explicite), de façon à libérer des ressources et à les attribuer à lever les goulets dans l'accès aux soins et à éviter ainsi des situations de rationnement furtif. La méthode employée pour déterminer les prestations à supprimer se base principalement sur le rapport prix/utilité (cost-utility analysis), inscrit dans un processus démocratique et transparent. Cette approche est problématique pour les raisons suivantes:

- Plusieurs scientifiques, pour des raisons méthodologiques, mettent en doute la pertinence de l'analyse du rapport coût/utilité pour pouvoir prendre des décisions politiques aussi délicates. L'emploi du Quality Adjusted Life Years (QALYs) désavantage les personnes âgées, et l'évaluation de l'utilité d'un état de santé déterminé par une personne en bonne santé diffère de l'appréciation des patients aigus ou chroniques.
- La désignation de prestations efficaces pour lesquelles il n'y a pas d'alternative, comme «trop chères pour l'assurance sociale», mène directement et officiellement à une médecine à deux vitesses. Ceci est en contradiction avec le critère fondamental d'égalité des chances inscrit dans la LAMal et la Constitution fédérale.
- Il est plus que douteux d'affirmer que le renoncement à des mesures très onéreuses soulagerait les goulets d'accès aux autres prestations; cela serait éventuellement possible dans un système de santé dirigiste avec une allocation des ressources centralisée, mais certainement pas dans un système de partenariat et avec un processus de décision décentralisé tel que nous le connaissons en Suisse.

Perspectives

Le développement scientifique, économique et démographique pourra éventuellement rendre nécessaire un rationnement à grande échelle à l'avenir. On peut s'y préparer en développant de meilleures bases scientifiques pour permettre des processus décisionnels adéquats et transparents. Mais ce développement n'est de loin pas inéluctable. Il est incontestable qu'une meilleure coordination sur le plan financier permettraient de mieux coordonner les systèmes sociaux en Suisse. Il est incontestable aussi que les tarifs dans tous les domaines de prestations pourraient être ramenés à un niveau reflétant un plus juste rapport prix et prestation. Finalement, il faut relever que nous travaillons en Suisse avec des structures de soins qui ne peuvent qu'être coûteuses, compte tenue des dispersions régionales et de l'éclatement des compétences. Il est urgent de réorganiser les processus de travail tant dans le domaine hospitalier qu'au niveau des collaborations entre les spécialités.

Il serait en admissible que les discussions sur le rationnement amènent à négliger les efforts visant à améliorer l'efficacité du système. Toutes les forces doivent se porter sur la rationalisation, afin d'éviter que le reproche de ne pas avoir accompli son devoir de gestionnaire ne puisse être justifié, au cas où un rationnement deviendrait nécessaire. Il faut prendre en compte ce devoir à tous les niveaux (institutions, patients, maladies, compte tenu des gestion des soins). Il consiste en règle générale à déterminer des priorités, et est ainsi une tâche de gestion politique.