



Helsana

Engagée pour la vie.

Rapport Helsana

Evolutions du volume des prestations dans l'assurance de base

Auteur

Pius Gyger, économiste de la santé

**Avec la collaboration de**

Dr. Eva Blozik, Mathias Früh, Andri Signorell, Wolfram Strüwe,
Manuel Elmiger, Can Arikan, Dragana Glavic-Johansen

Mise en page : Eigelb – Atelier für Gestaltung

Photos: iStock (Sohl/B&M Noskowski)

Impression : Stämpfli AG

Septembre 2019

Sommaire

Avant-propos	2-3
Objectif	4-5
Evolutions du volume de prestations	6-83
Personnes malades	6-9
Traitements dans les hôpitaux	10-19
Traitements ambulatoires à l'hôpital et chez le médecin	20-45
– Consultations TARMED	20-29
– Durées de consultation	30-37
– Prestations TARMED	38-43
– Part des différents médecins	44-45
Achats de médicaments	46-51
Soins	52-55
Psychiatrie	56-73
– Consultations ambulatoires	56-63
– Psychotropes ambulatoires	64-71
– Psychiatrie stationnaire	72-73
Prestations techniques / diagnostic	74-81
– Imagerie	74-79
– Laboratoire	80-81
Cas bénins aux urgences à l'hôpital ambulatoire	82-83
Discussion	84-88
Offre induite par la demande et demande induite par l'offre	84-85
L'enjeu de l'augmentation du volume des prestations	85-86
Rôle des assureurs	86-88
Conclusion	90-91
Méthodologie	92-93

Avant-propos

Les coûts du système de santé semblent connaître une évolution à sens unique, ils augmentent d'année en année. Les primes suivent cette évolution et chaque automne, le Conseil fédéral annonce par conséquent une nouvelle hausse. Cela fait longtemps que la politique s'est emparée de la notion d'augmentation du volume de prestations. Se pose alors la question suivante : quels sont les facteurs qui engendrent un recours croissant aux prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ? Cette publication se penche sur cette question en présentant des faits et des chiffres.

En plus des sources librement accessibles des deux offices fédéraux de la statistique et de la santé publique, cette étude utilise les données anonymisées de plus de 1,2 million d'assurés d'Helsana. Des aspects spécifiques du recours et de l'évolution du volume des prestations dans l'AOS peuvent ainsi être analysés sous différents angles.

L'évolution du volume des prestations reste un défi de taille. Il s'avère que les patients sont traités de plus en plus souvent, de manière plus intense et par de plus en plus de fournisseurs de prestations. Les médecins de premier recours disposent de moins en moins de temps, et les patients s'adressent de plus en plus directement à des spécialistes et à des hôpitaux. L'augmentation des consultations d'urgence ambulatoires ou des mesures diagnostiques montre clairement que le processus de fourniture des prestations recèle également un fort potentiel d'amélioration et d'économie. La maîtrise de cette évolution constituera l'un des enjeux centraux du système de santé à l'avenir. La coordination et la gestion de la fourniture de prestations médicales sont de plus en plus importantes.

En règle générale, les patients et les fournisseurs de prestations décident à quel moment réaliser quelles mesures médicales. Ces décisions sont influencées par notre système de santé très fragmenté et à l'organisation exigüe, et dépendent aussi de différents facteurs, parfois individuels.

Les décisions politiques prises à la va-vite ne débouchent pas sur le résultat espéré. Les améliorations devraient être décidées calmement et avec la clairvoyance requise. Pour commencer, il incombe aux intervenants concrets d'agir, car ils font partie de ce processus de changement et sont au cœur de l'action.

Dans le sens de la durabilité des soins de santé, le présent rapport d'Helsana sur le volume des prestations contribue à la transparence, notamment pour nos clients. Nous espérons qu'il suscitera un vif intérêt et vous souhaitons une lecture passionnante. N'hésitez pas à nous donner un feed-back constructif et efficace.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Responsable Politique de santé

Objectif

Pourquoi les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) sont-elles de plus en plus souvent sollicitées ? Quelles en sont les raisons ? On est loin du consensus dans la discussion correspondante sur la politique de la santé. Il n'est donc guère surprenant que différentes recettes soient avancées pour remédier à cette évolution. Un point fait l'unanimité : une augmentation du volume est trop souvent synonyme d'augmentation des coûts.

De nombreuses contributions au débat visent notamment à réglementer le recours aux prestations de santé. Quant à savoir quelles mesures médicales doivent être réalisées et à quel moment, la décision correspondante est prise sur la base de situations ne pouvant pas être observées avec précision et qui sont difficiles à normaliser entre patients et fournisseurs de prestations.

Différents facteurs influent sur la décision :

- Facteurs psychiques, tels que la peur du patient ou un souci de sécurité du médecin
- Conceptions personnelles, par exemple la foi en la technologie ou l'aversion contre les médicaments
- Circonstances financières, telles que les coûts ou le chiffre d'affaires des fournisseurs de prestations ou la participation aux coûts des patients
- Niveau de connaissance des fournisseurs de prestations, mais aussi des patients (évidence scientifique, health literacy)
- Environnement personnel des personnes concernées (situation familiale ou des proches)

Cette diversité des facteurs d'influence possibles reflète également les différentes perspectives juridiques et économiques sur la compréhension des rôles entre le fournisseur de prestations et le patient.

Ainsi, la relation de droit civil entre le médecin et le patient est considérée comme un rapport de mandat qui définit par conséquent le patient comme mandant et décisionnaire. Parallèlement, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) estime que tout ce que le médecin décide conjointement avec le patient est en principe efficace, approprié et économique (principe de confiance). D'un point de vue économique, on estime pour finir que la décision appartient au médecin (demande induite par l'offre) et que le patient n'a pas de limite de demande en raison de la couverture d'assurance (moral hazard).

Des circonstances individuelles extrêmement diverses de la relation médecin-patient se heurtent donc à des perspectives du système agrégées différemment. Il n'est donc guère surprenant que l'opérationnalisation concrète de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique (EAE) dans le domaine de la LAMal représente un défi colossal.

Le rapport d'Helsana sur le volume des prestations se focalise sur la présentation des faits et des tendances, qu'il est possible de répliquer avec des données de sources librement accessibles et des données de décompte. En principe, il est impossible, sur cette base, de distinguer les prestations « justifiées » des prestations « injustifiées » et de déterminer si les soins médicaux se sont « améliorés » ou « dégradés ».

Pour finir, il s'agit de promouvoir la connaissance sur les faits réels, d'améliorer la transparence et de permettre un questionnement plus ciblé de la réalité. Dans le meilleur des cas, le poids des décisions en matière de politique de la santé uniquement basées sur des hypothèses sera réduit.

Evolutions du volume de prestations

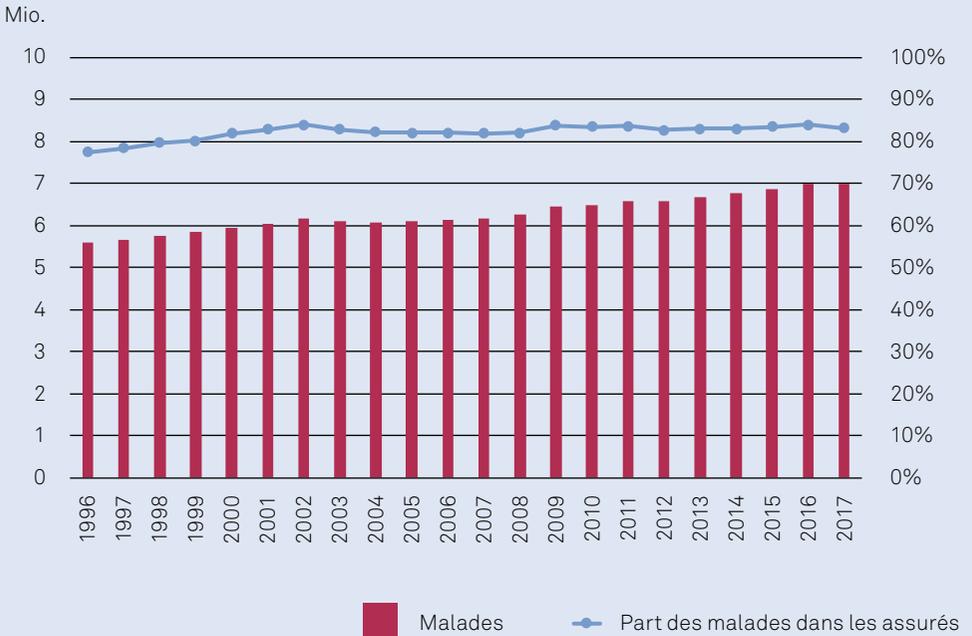
Personnes malades

Selon la statistique de l'assurance-maladie de l'OFSP, les malades correspondent au nombre de personnes assurées qui ont sollicité des prestations ambulatoires ou stationnaires au moins une fois au cours de l'année.

Alors que le nombre de malades a augmenté de 25 % entre 1996 et 2017, autrement dit d'environ 5,6 millions à 7 millions, la part dans la population a progressé de 79 % à près de 83 % entre 1996 et 2002. Depuis, la valeur est restée stable.

La part des malades dans la population globale est restée stable en Suisse.

1 | Evolution du nombre de personnes malades dans la population

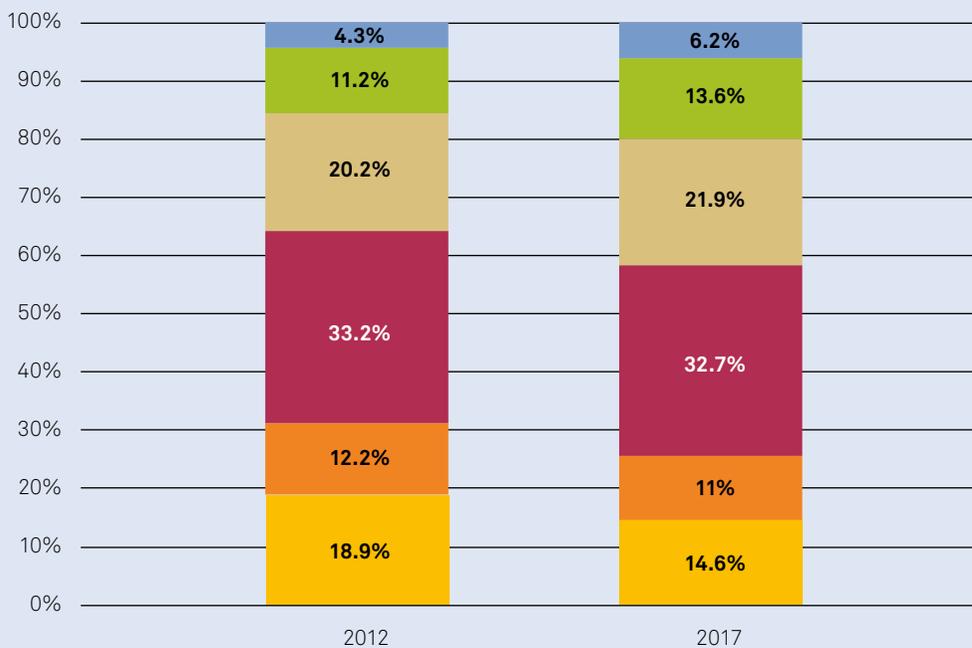


Analyse

A l'inverse, le nombre des différents fournisseurs de prestations par assuré a augmenté au fil du temps. La part des assurés sans aucun contact avec un fournisseur de prestations a diminué d'environ 19 % à 14,6 %. Le nombre d'assurés ayant suivi des traitements chez plus de onze fournisseurs de prestations différents a augmenté de près de 50 %.

Les assurés consultent de plus en plus différents fournisseurs de prestations.

2 | Différents fournisseurs de prestations consultés par assuré



Nombre de fournisseurs de prestations différents

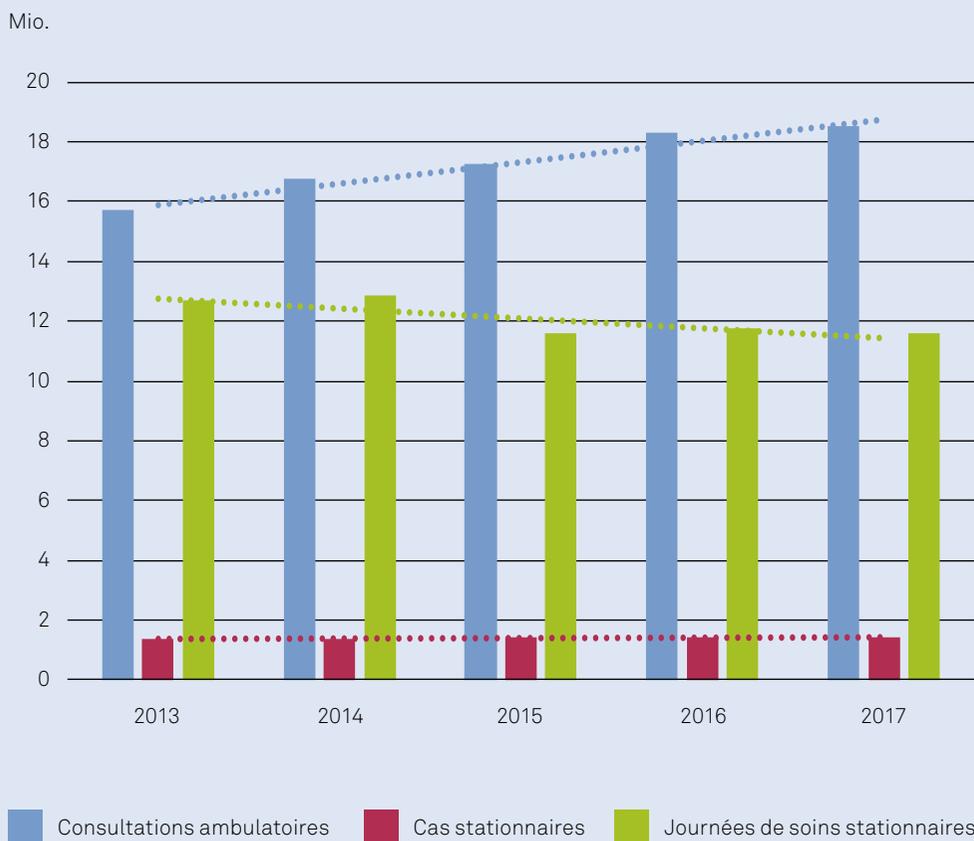
- > 11
- 8-11
- 5-7
- 2-4
- 1
- 0 = Personnes en bonne santé

Traitements dans les hôpitaux

Le nombre de cas dans le domaine stationnaire, accident compris, a augmenté d'environ 65 000 depuis 2013, ce qui représente une hausse d'environ 5 %. Les journées de soins en cas de séjours stationnaires ont, en revanche, diminué d'environ un million. Le nombre des consultations ambulatoires dans les hôpitaux a cependant augmenté de près de 3 millions, ce qui représente une hausse significative de 18 %.

La part des cas stationnaires par habitant est restée constante. Les consultations ambulatoires à l'hôpital ont, en revanche, constamment augmenté. Cela pourrait notamment s'expliquer par les progrès techniques dans les méthodes de traitement ambulatoires. Avec l'introduction du système SwissDRG, les hôpitaux ont en outre été incités à veiller davantage à la réduction de la durée de séjour et du nombre de cas. Récemment, la Confédération et les cantons se sont efforcés de prescrire des traitements devant être réalisés de manière ambulatoire et non stationnaire, à l'aide de listes dites ambulatoires. Ces listes visent avant tout à renforcer le transfert vers le secteur ambulatoire, qui s'opère de toute façon. Le contexte est cependant purement financier : étant donné que les assureurs et les assurés financent l'intégralité des coûts des interventions ambulatoires, alors que les cantons prennent en charge au moins 55 % dans le cas d'interventions stationnaires, ils allègent leur propre charge financière au détriment d'autres acteurs grâce à ces prescriptions contraignantes. L'amélioration de la situation des coûts globaux ne joue aucun rôle.

3 | Evolutions du volume de prestations dans les hôpitaux



Les consultations ne relèvent pas uniquement du TARMED, mais de différents diagnostics et traitements ambulatoires, tels la chirurgie de jour, les radiothérapies, les endoscopies, l'imagerie, etc. En chiffres absolus, les journées de soins, les cas stationnaires et les consultations ne sont pas comparables. L'illustration montre cependant clairement la différence entre ces trois tendances.

L'importance grandissante des soins ambulatoires se reflète aussi dans l'augmentation du nombre de consultations hospitalières ambulatoires par assuré, alors que les cas stationnaires par assuré sont restés pratiquement constants. Cette tendance devrait s'expliquer par les progrès techniques et par les commodités correspondantes pour les patients.

	Consultations ambulatoires par assuré	Cas stationnaires par assuré
2013	1.957	0.171
2014	2.061	0.171
2015	2.090	0.170
2016	2.194	0.173
2017	2.209	0.172

Tableau 1 : Consultations ambulatoires et cas stationnaires par assuré

De plus en plus de patients sont traités en ambulatoire à l'hôpital. Jusqu'à présent, l'importance grandissante des soins ambulatoires dans le domaine hospitalier s'est imposée même sans mesures de financement spécifiques ni adaptations des systèmes tarifaires.



Au plan national, la probabilité d'une hospitalisation par personne assurée est passée de 10,5 % en 2012 à 12,4 % en 2017.

La part de la population avec au moins une hospitalisation par an est très variable selon les cantons – elle oscille entre 9 % et 14 %.

Les cantons de Vaud, de Zoug et de Fribourg présentent la part la moins importante de séjours stationnaires par assuré. La part la plus importante est enregistrée par les deux Bâle. Dans tous les cantons, la probabilité d'un séjour stationnaire a légèrement progressé malgré l'importance grandissante des soins ambulatoires. En Suisse romande, la fréquence de l'hospitalisation tend à être plus faible que dans le reste de la Suisse. Des explications possibles en sont les structures de l'offre stationnaire et ambulatoire, la structure de la population et/ou des différences d'ordre culturel. Le résultat pour le canton de Genève n'a par exemple rien de surprenant : Genève est un canton aux structures ambulatoires prononcées. Cela se reflète dans les coûts de l'AOS, car contrairement au domaine stationnaire, ils doivent être intégralement pris en charge par les assureurs. Genève se situe en tête des traitements ambulatoires en termes d'intensité et de fréquence.

4 | Fréquences des hospitalisations par canton (2017)



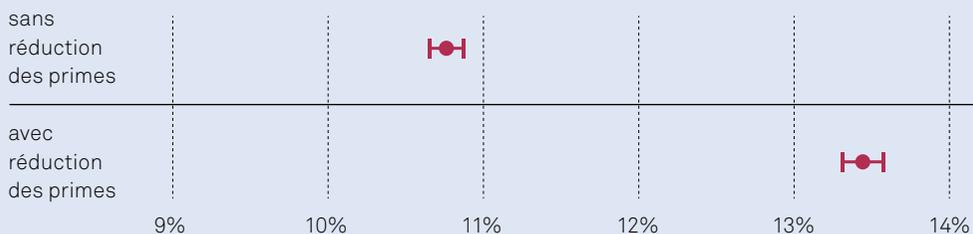
Analyse

De nombreuses études, même internationales, montrent que la morbidité est corrélée à l'éducation, au revenu et à la fortune. Par ailleurs, les personnes fortunées choisissent plus fréquemment des franchises à option plus élevées (<https://epaper.helsana.ch/praeemienreport/fr/56/>). De ce fait, les assurés au bénéfice d'une réduction des primes sont hospitalisés nettement plus souvent (cf. illustration 5).

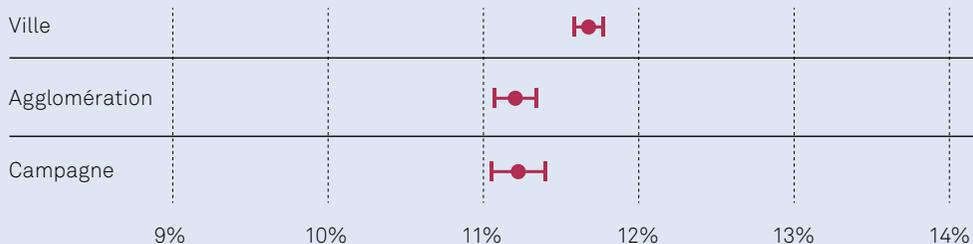
Les différences de fréquence entre la population urbaine et non-urbaine sont relativement faibles.

La probabilité d'une hospitalisation est plus importante chez les assurés bénéficiaires d'une réduction des primes que chez les autres assurés.

5 | Fréquence des hospitalisations avec ou sans bénéfice d'une réduction des primes

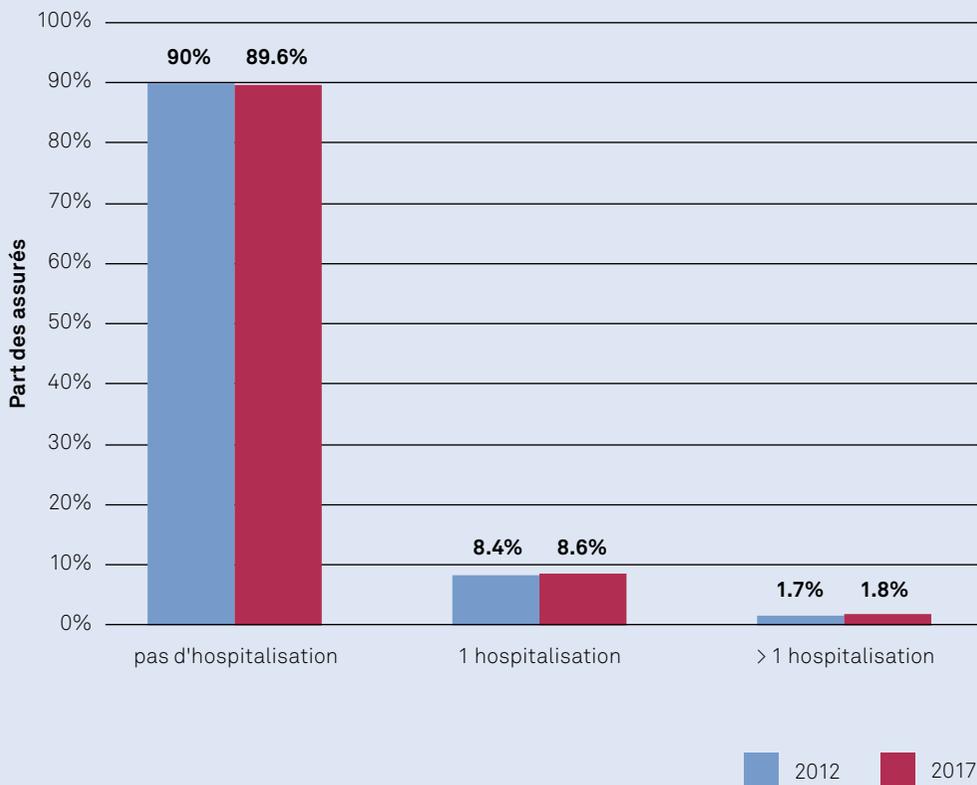


6 | Fréquence des hospitalisations de la population urbaine et non-urbaine



Au fil du temps, on n'observe qu'une légère hausse de la part des assurés avec un ou plusieurs séjours dans différents hôpitaux. Le recours à différents hôpitaux évolue de façon linéaire avec la croissance de la population.

7 | Séjours dans différents hôpitaux



Traitements ambulatoires à l'hôpital et chez le médecin

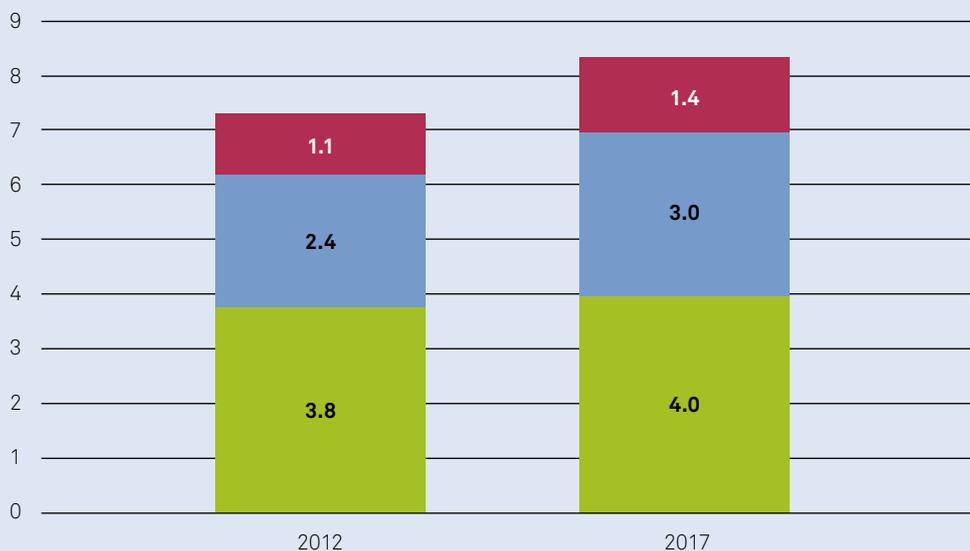
Le TARMED est le tarif suisse uniforme appliqué pour le décompte des prestations fournies dans la pratique médicale ambulatoire et dans le domaine hospitalier ambulatoire. Il comprend plus de 4600 positions et pratiquement toutes les prestations des cabinets médicaux et du domaine hospitalier ambulatoire. Un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, de la difficulté et de l'infrastructure requise. Le TARMED fait la distinction entre les prestations médicales et les prestations techniques. Différents indicateurs peuvent être générés sur cette base grâce aux données de décompte.

Le nombre de points tarifaires, les consultations, mais aussi la durée des prestations en minutes fournies au patient peuvent ainsi être déterminés. Grâce au nombre de positions enregistrées dans le tarif avec les durées, il est ainsi possible de calculer la durée du traitement, mais aussi la durée par consultation et par patient ou par spécialité. Les durées tarifées dans le TARMED se distinguent éventuellement des durées effectives. Etant donné que la structure tarifaire est restée pratiquement inchangée entre 2012 et 2017, la manière dont les durées de consultation et les consultations ont évolué au fil du temps peut être très bien représentée malgré des erreurs dans la structure tarifaire.

Consultations TARMED

La population suisse consulte de plus en plus souvent des médecins et des services hospitaliers ambulatoires. Entre 2012 et 2017, le nombre moyen de consultations par personne assurée chez des spécialistes a augmenté de 2,4 à 3,0 (+23,3 %), contre une progression de 1,1 à 1,4 (+22,4 %) dans les services hospitaliers ambulatoires. Ces taux de croissance sont considérables. L'augmentation des consultations moyennes par assuré chez des médecins de premier recours (MPR) est moins importante ; elle a seulement progressé de 3,8 à 4,0 (+5,6 %).

8 | Consultations par assuré chez des médecins de premier recours, des spécialistes et dans des services hospitaliers ambulatoires



Nombre de consultations

 Hôpital ambulatoire

 Spécialistes

 Médecins de premier recours

Analyse

Le nombre absolu de consultations augmente dans les trois groupes de fournisseurs de prestations. Les évolutions sont très différentes d'un canton à l'autre. Dans les cantons du Jura et de Schaffhouse, on constate par exemple un recul chez les médecins de premier recours bien qu'une croissance ait été enregistrée dans tous les autres cantons et groupes. Le taux de croissance le plus faible pour les spécialistes a été enregistré dans le canton du Jura. Dans les autres cantons, les spécialistes atteignent des taux de croissance parfois supérieurs à 50 %. Il ne semble pas y avoir de lien entre la croissance des consultations chez les médecins de premier recours et les spécialistes ou services hospitaliers ambulatoires. Il n'y a pas non plus de différences évidentes entre la ville et la campagne ou entre la Suisse romande et les autres régions du pays.

La croissance du nombre de consultations ambulatoires chez des spécialistes et dans les services hospitaliers ambulatoires est littéralement exorbitante, avec parfois des valeurs supérieures à 70 %. Notamment par rapport à celles des médecins de premier recours de 20 %.

Tant chez les médecins de premier recours et les spécialistes que dans les services hospitaliers ambulatoires, le nombre des consultations ambulatoires augmente considérablement. Cette croissance est nettement moins importante chez les médecins de premier recours.

9 | Croissance des consultations par fournisseur de prestations et canton (2017 par rapport à 2012)



Taux de croissance

■ Hôpital ambulatoire

■ Spécialistes

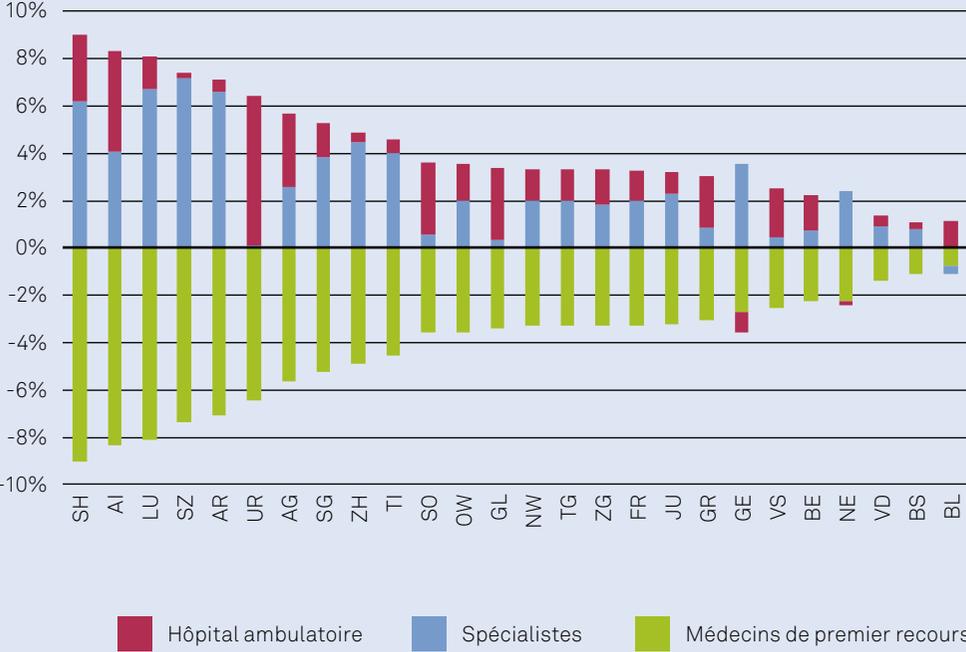
■ Médecins de premier recours

Pour cette raison, la part des consultations TARMED ambulatoires chez les médecins de famille a baissé par rapport au total de toutes les consultations TARMED chez les médecins de premier recours, les spécialistes et à l'hôpital durant cette période, et ce dans tous les cantons. La baisse a cependant été la plus forte dans les cantons ruraux alémaniques. Il n'y a que dans les cantons de Genève et de Neuchâtel que la part a également baissé à l'hôpital.

Cela fait longtemps que la couverture par les médecins de premier recours est en baisse. Les services hospitaliers ambulatoires sont en outre très accessibles, et les spécialistes sont souvent plus disponibles que les médecins de premier recours débordés. Il pourrait s'agir des raisons éventuelles de ce transfert des médecins de premier recours vers les services hospitaliers ambulatoires et les spécialistes.

Les patients sont de plus en plus souvent soignés par des spécialistes et des services hospitaliers ambulatoires. Aussi l'importance de ces deux secteurs de soins a-t-elle augmenté.

10 | Evolution des quotes-parts de consultations entre médecins de premier recours, spécialistes et services hospitaliers ambulatoires (2017 par rapport à 2012)

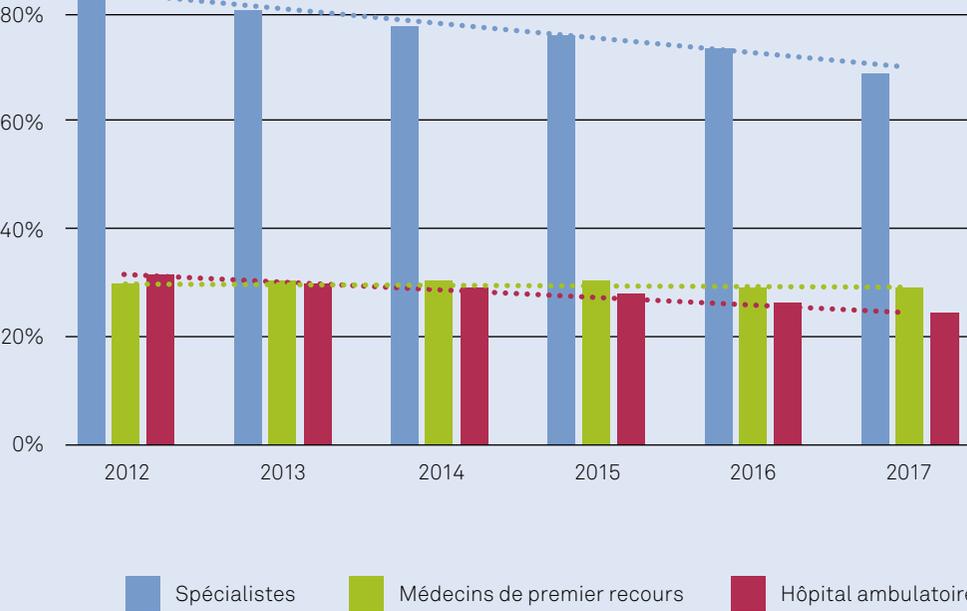


Analyse

Les consultations diffèrent aussi massivement selon le sexe. Les femmes sont plus souvent en traitement ambulatoire que les hommes. En 2012, les femmes ont consulté des spécialistes avec une fréquence par habitant supérieure de 83 % à celle des hommes. En 2017, cette valeur était encore de 70 %. Dans les services hospitaliers ambulatoires, cette valeur a reculé de 31 % à 24 %. Chez les médecins de premier recours, la différence de fréquence est constante à 30 %. On peut supposer qu'au moins une partie de cette différence s'explique par des examens gynécologiques.

Les différences en matière de fréquence des consultations par personne selon le sexe diminuent.

11 | Fréquences des consultations entre hommes et femmes selon le prestataire

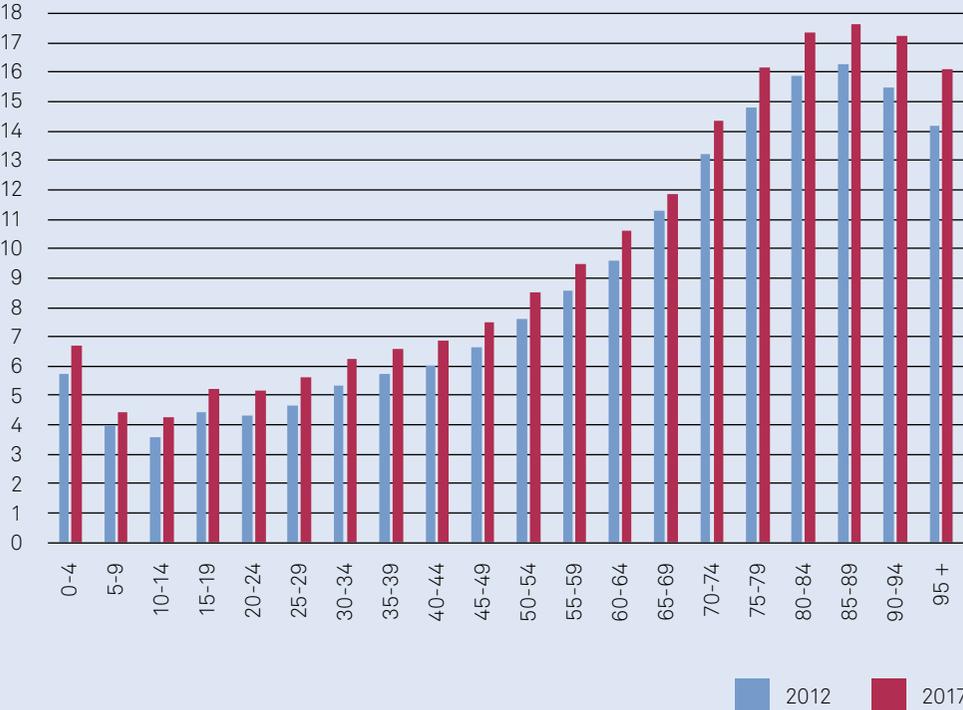


Analyse

Des différences significatives concernant les consultations par assuré se manifestent également selon les classes d'âge. Plus une personne est âgée, plus elle sollicite des traitements médicaux. Entre 2012 et 2017, le nombre moyen de consultations par assuré a augmenté dans toutes les classes d'âge, majoritairement de l'ordre d'une consultation. Une morbidité accrue de la population globale ou une évolution des préférences des patients ne suffisent pas à expliquer ce changement. Les raisons résident plutôt dans les conditions du marché de la santé induites par l'offre.

Dans chaque classe d'âge, la fréquence moyenne des consultations a augmenté entre 2012 et 2017 – le plus fortement toutefois chez les plus de 70 ans.

12 | Consultations selon la classe d'âge (en minutes)



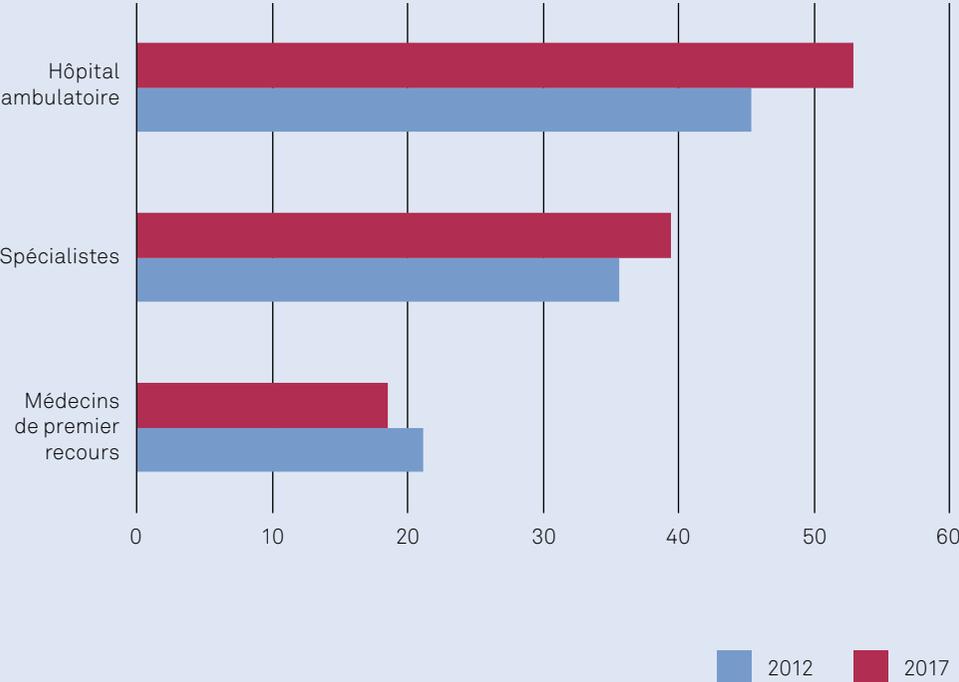
Durées de consultation

Les durées de consultation individuelles diffèrent également de façon significative selon qu'elles sont assurées par un médecin de premier recours, un spécialiste ou dans un service hospitalier ambulatoire. L'évolution de 2012 à 2017 est cependant variable : alors que la durée de consultation moyenne chez les médecins de premier recours a baissé de deux minutes dans une moyenne suisse globale entre 2012 et 2017, elle a en moyenne progressé de 36 à 39 minutes chez les spécialistes et de 45 à 53 minutes à l'hôpital, soit une hausse pouvant atteindre 18 %.

Tout au plus les traitements des patients passent-ils de la médecine narrative à des domaines essentiellement techniques/interventionnistes. Comme cela a déjà été évoqué, il est envisageable que les hôpitaux et les spécialistes soient plus facilement accessibles ou que les patients apprécient qu'il y ait plus de temps pour les clarifications, le diagnostic et l'information. Pour autant que ces besoins existent, les spécialistes et les services hospitaliers ambulatoires sont plus à même de les satisfaire. Le cas échéant, les capacités en termes d'offres sont tout simplement disponibles chez les spécialistes et dans les services hospitaliers ambulatoires pour une extension des durées de consultation.

Dans la médecine de premier recours ambulatoire, moins de temps a été consacré au travail avec les patients par consultation en 2017 par rapport à 2012. La situation est en revanche totalement différente chez les spécialistes et dans le secteur hospitalier.

13 | Evolution des durées de consultation



Alors qu'en 2012, les patients ont passé 223 minutes dans les services hospitaliers ambulatoires ou chez le médecin en ambulatoire, la durée était de 288 minutes en 2017, soit près de cinq heures. Le temps que les assurés ont en moyenne passé chaque année chez un fournisseur de prestations TARMED ambulatoires entre 2012 et 2017 a progressé de près de 29 % dans l'ensemble de la Suisse.

La durée du traitement ambulatoire par habitant a augmenté dans tous les cantons. Les cantons de Genève, de Bâle-Ville et de Vaud se classent en tête. Dans les cantons de Genève et de Vaud, les prestations en durée par personne assurée sont comparativement longues, alors que ces cantons affichent des taux d'hospitalisation bas (cf. le chapitre « Traitements dans les hôpitaux »). Un tel trade-off n'est en revanche pas observable dans le canton de Bâle-Ville.

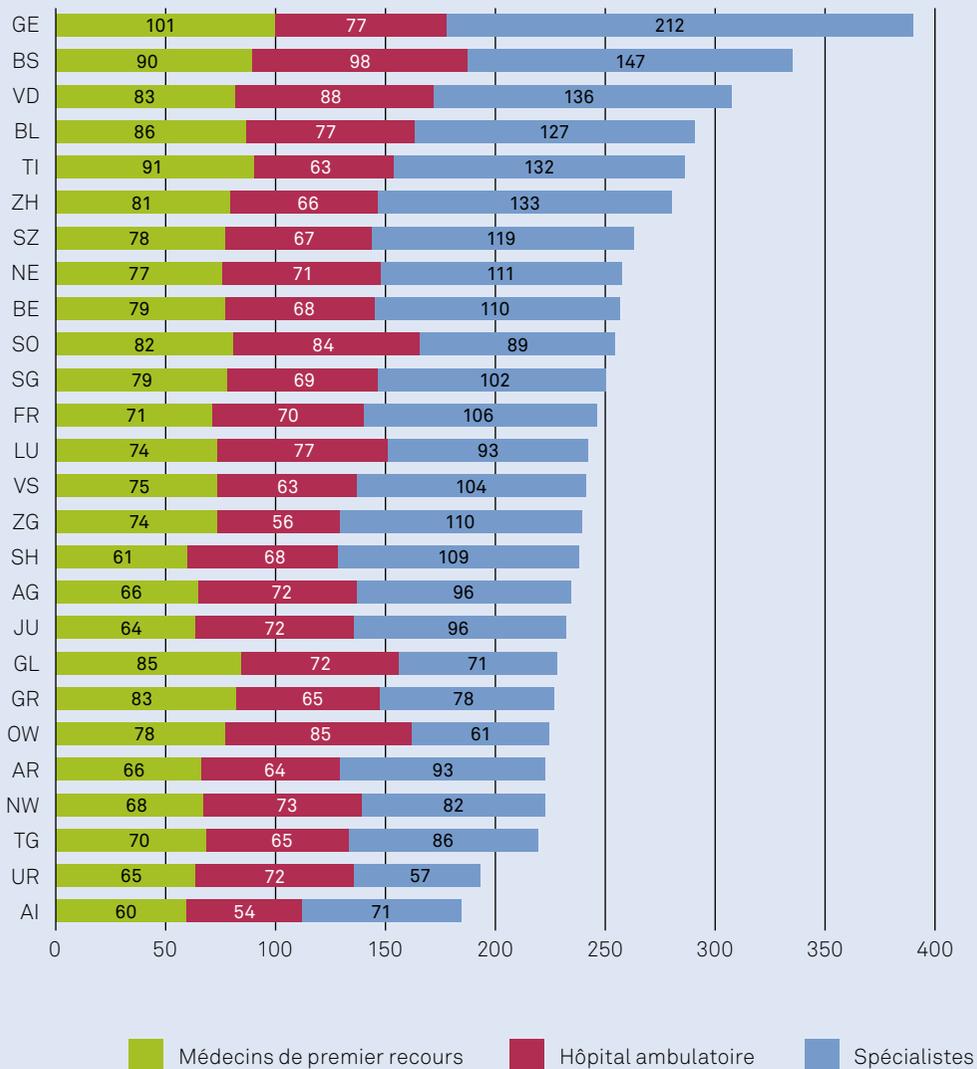
14 | Durée de consultation (en minutes) chez les médecins et dans les services hospitaliers ambulatoires



La distinction par médecins de premier recours, spécialistes et services hospitaliers ambulatoires débouche sur le tableau suivant pour 2017 : alors que les durées chez les médecins de premier recours et dans les hôpitaux se caractérisent par une répartition relativement uniforme en Suisse, les différences cantonales chez les spécialistes sont beaucoup plus importantes.

Notamment dans les cantons essentiellement urbains et romands, les durées de consultation des patients chez les spécialistes sont particulièrement élevées. Cela est surtout frappant dans le canton de Genève. Un rapport avec l'importance grandissante des soins ambulatoires est parfaitement envisageable. Le cas échéant, les patients requièrent un traitement plus complexe. Il est toutefois plus probable qu'il y ait un lien entre l'offre disponible et la volonté des fournisseurs de prestations d'utiliser au mieux les capacités (demande induite par l'offre).

15 | Durée de consultation (en minutes) chez les médecins de premier recours, les spécialistes et dans les services hospitaliers ambulatoires (2017)



La comparaison entre la croissance du nombre de consultations par canton entre 2012 et 2017 et la hausse de la durée moyenne de consultation par canton débouche sur un constat étonnant. Il s'avère que l'augmentation de la fréquence des consultations est également plus élevée dans les cantons où la durée des consultations connaît une forte croissance.

D'une part, la relation pourrait s'expliquer par le fait que les fournisseurs de prestations stimulent eux-mêmes et allongent la durée des consultations dans les régions où les capacités en termes d'offres sont relativement généreuses (demande induite par l'offre). D'autre part, les assurés recherchent peut-être aussi davantage de diagnostics et de traitements ambulatoires. Ou bien la morbidité connaît une évolution plus ou moins forte selon le canton. Notamment dans les petits cantons, il est en outre possible que des changements relativement mineurs du nombre de malades aient un effet relativement important sur le pourcentage.

Dans tous les cantons, les traitements sont nettement plus fréquents et intensifs dans le domaine ambulatoire depuis 2012.

16 | Augmentation du nombre de consultations et de la durée des consultations par canaux (2017 par rapport à 2012)



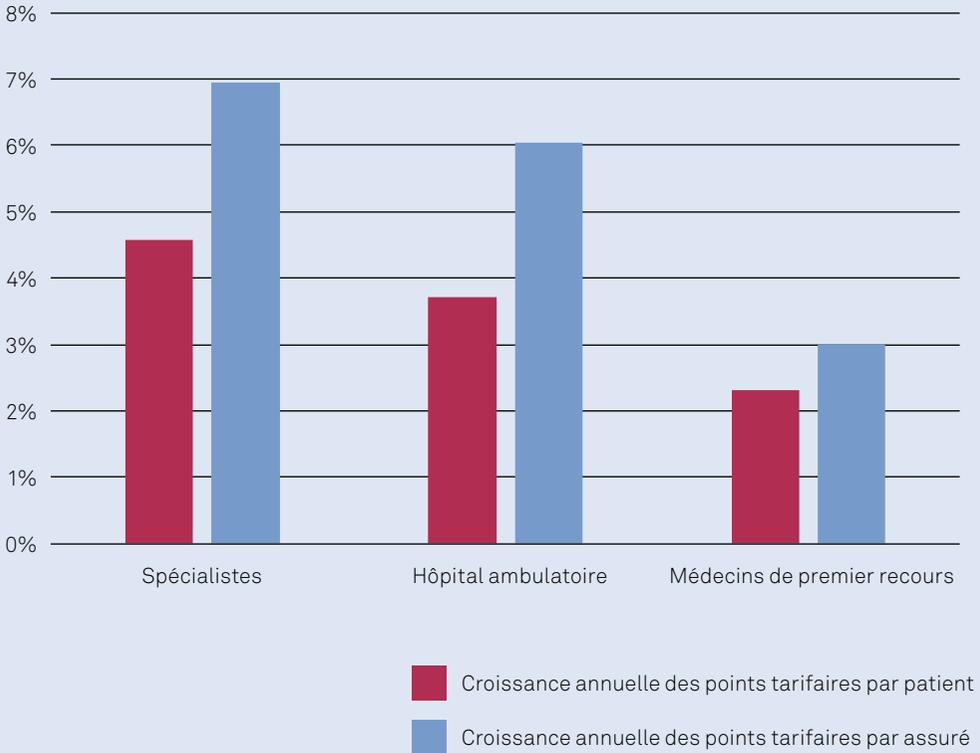
Prestations TARMED

Le tarif à la prestation TARMED est géré dans différents chapitres. Le chapitre 00 reproduit par exemple des prestations de base, le chapitre 08 inclut des prestations en lien avec les yeux. Des points tarifaires sont attribués aux différentes prestations dans le TARMED. Le chapitre 00 attribue par exemple 18,61 points tarifaires à la prestation « Consultation, première période de 5 min. ». Les données de décompte permettent d'afficher les points tarifaires occasionnés.

Dans les représentations suivantes, est considéré comme patient celui qui a sollicité un traitement au moins une fois par an et qui a été enregistré par le système de l'assurance-maladie.

La croissance annuelle des points tarifaires par assuré et par patient est énorme. Chez les assurés, elle dépasse cependant la croissance par patient. Cela confirme le recours de plus en plus intensif des patients aux prestations médicales dans le domaine TARMED, alors que les assurés les sollicitent de plus en plus souvent. Les fréquences augmentent toutefois plus fortement que les intensités de traitement.

17 | Croissance TARMED chez les médecins de premier recours, les spécialistes et dans les services hospitaliers ambulatoires (2017 – 2012)



Dans tous les groupes de prestataires, les prestations fournies ont augmenté massivement et de manière pratiquement linéaire entre 2012 et 2017 : de 3,7 à 5,6 milliards (+51 %) chez les médecins spécialistes, de 3,1 à 4,3 milliards (+39 %) dans les services hospitaliers ambulatoires et de 2,4 à 2,9 milliards (+21 %) chez les médecins de premier recours. Les points tarifaires facturés aux assureurs par les spécialistes et les services hospitaliers ambulatoires ont donc augmenté beaucoup plus fortement que ceux des médecins de premier recours entre 2012 et 2017.

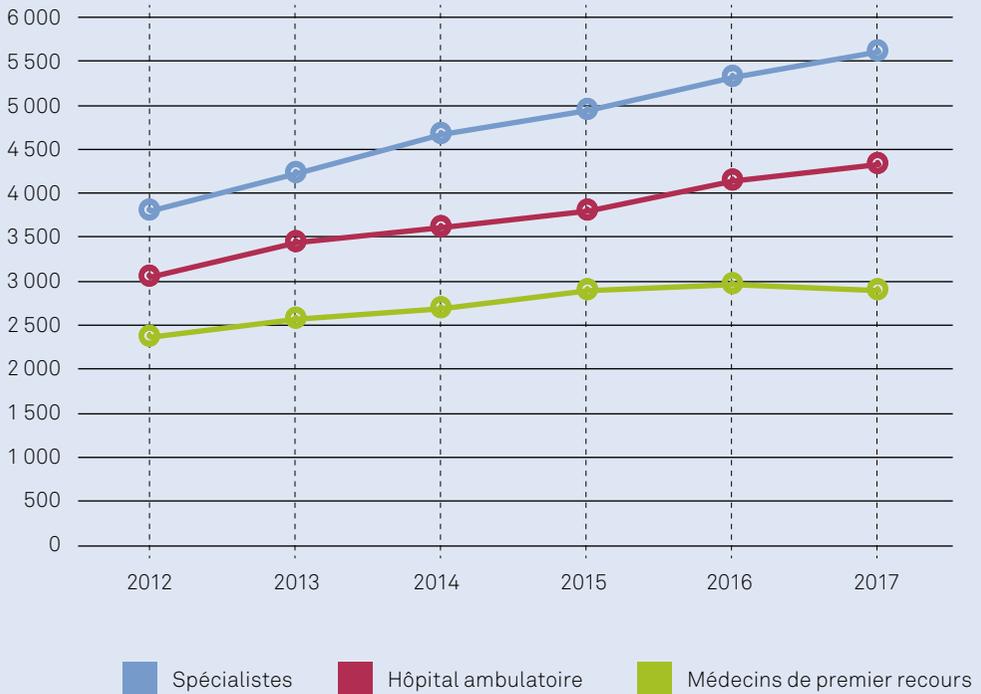
La situation est la suivante si l'on observe l'évolution des points tarifaires par chapitres choisis du TARMED :

	Croissance 2012-2017
Procédés par imagerie	30.8%
Prestations de base	39.8%
Diagnostic et thérapie non chirurgicale du cœur et des vaisseaux	40.5%
Psychiatrie	40.8%
Ops, salle de réveil, clinique de jour	51.8%
Œil	53.9%
TOTAL	38.8%

Tableau 2 : Croissance des points tarifaires TARMED selon les chapitres du TARMED

18 | Evolution des points tarifaires TARMED chez les médecins de premier recours, les spécialistes et dans les services hospitaliers ambulatoires

Points tarifaires
(en milliers)

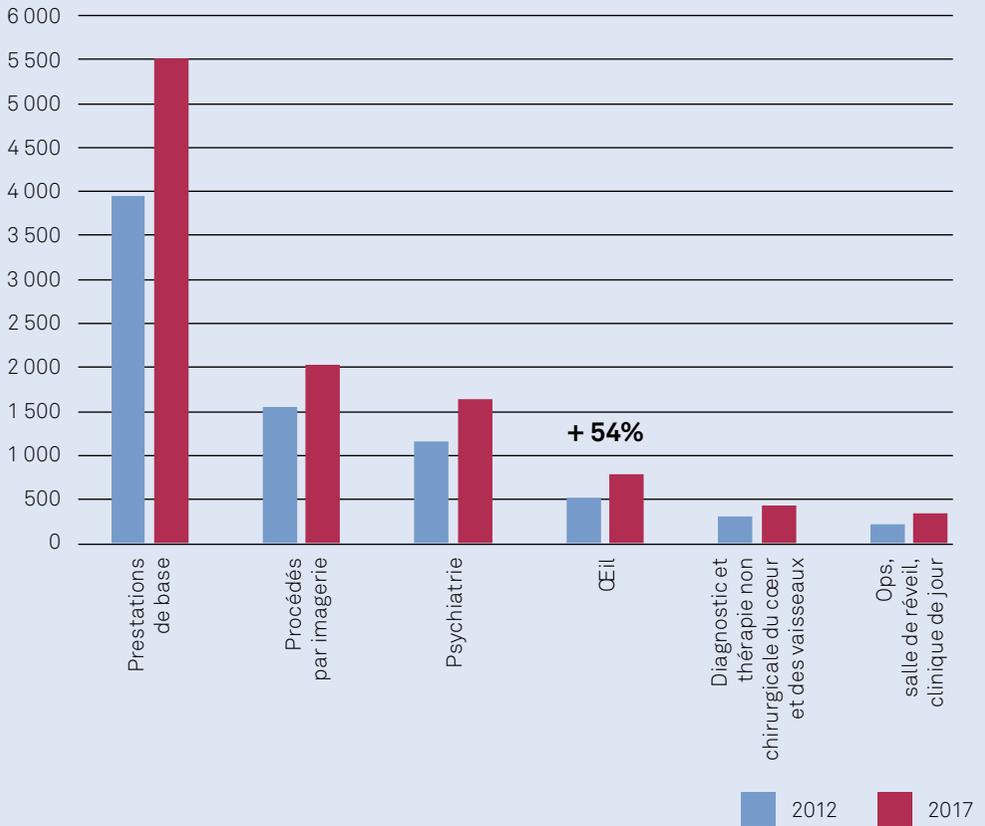


Les points tarifaires globalement décomptés ont augmenté d'environ 39 % entre 2012 et 2017. Sur les six chapitres les plus importants en volume, la hausse du chapitre 8 « Œil » a été particulièrement frappante, avec 54 %.

Cette évolution devrait en partie être liée à l'importance grandissante des soins ambulatoires, mais aussi à l'évolution démographique. Le nombre de consultations et la durée moyenne des consultations ont par ailleurs augmenté durant cette période.

19 | Evolution des points tarifaires TARMED selon les chapitres du TARMED

Points tarifaires
(en milliers)



Part des différents médecins

Le besoin de coordination entre les fournisseurs de prestations a été un thème récurrent de la politique de la santé ces dernières années. Il inclut des thématiques telles que le managed care, le dossier électronique du patient ou aussi l'interprofessionnalité. A cet égard, il est intéressant de savoir comment le recours à différents fournisseurs de prestations a évolué.

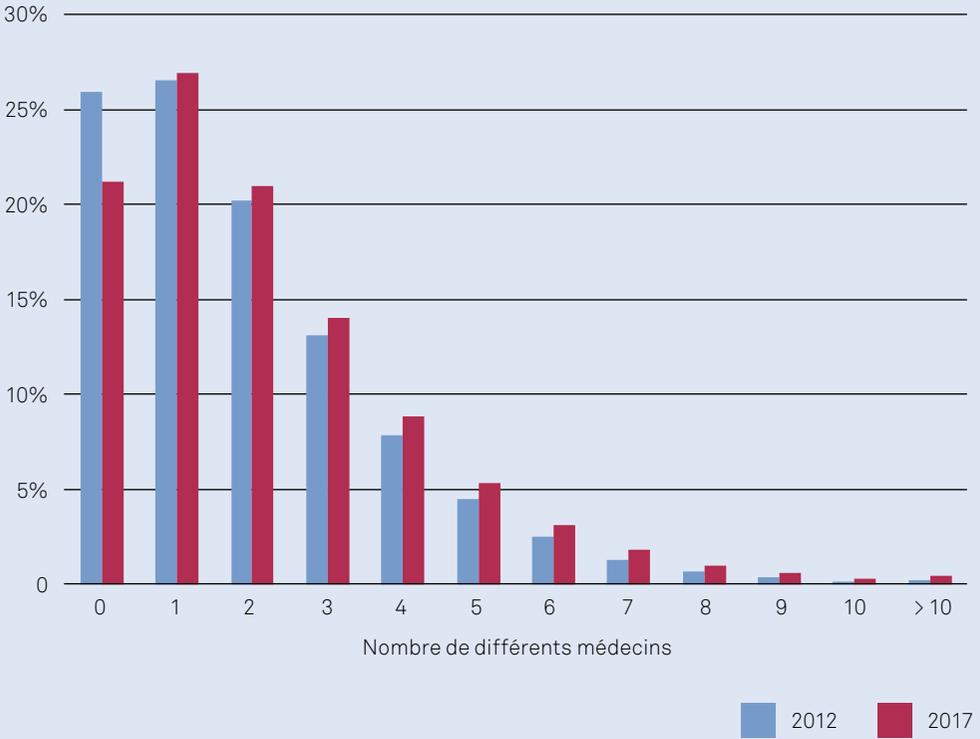
L'illustration suivante montre que la part des assurés qui ne consultent aucun médecin au cours de l'année est passé d'environ 26 % à 21 %. Ne sont pas inclus dans ces chiffres les hôpitaux. Il s'agit uniquement des médecins en pratique libérale avec un numéro de code-crédencier. La part des assurés qui consultent un ou plusieurs médecins a, en revanche, progressé dans tous les groupes.

La probabilité que des prestations qui seraient évitables si la coordination était de qualité soient fournies augmente avec chaque fournisseur de prestations supplémentaire consulté (laboratoire, procédés d'imagerie, ordonnances, etc.). Le besoin de coordination devient de plus en plus urgent. Or, avec l'augmentation de la spécialisation, la coordination devient progressivement plus complexe, et la gestion des interfaces se complique. Parallèlement, les médecins de premier recours ont de moins en moins de temps pour traiter les patients. Il semble donc y avoir encore moins de temps disponible pour une coordination.

Eu égard à l'augmentation du nombre de consultations chez différents fournisseurs de prestations et au besoin de traitement accru, le besoin de coordination est de plus en plus important. Or, les médecins de premier recours ont de moins en moins de temps pour s'y consacrer.

20 | Part des assurés chez différents médecins

Part des assurés



Achats de médicaments

Les achats de médicaments pris en charge par l'assurance de base dans les pharmacies suisses se sont élevés à quelque 47 millions en 2012. En 2017, ils étaient déjà d'environ 60 millions. Les achats chez les médecins ont progressé de 32 à environ 41 millions et d'environ 8 à 12 millions lors des traitements hospitaliers ambulatoires. La population suisse a relativement peu recours à la vente par correspondance.

Les taux de croissance annuels des achats diffèrent considérablement et évoluent comme suit selon le canal :

Taux de croissance annuel moyen, 2012-2017	
Pharmacies	4.6%
Médecins	4.8%
Hôpitaux	10.9%
Pharmacie par correspondance	1.5%

Tableau 3 : Taux de croissance des canaux d'achat de médicaments

21 | Evolution des achats de médicaments selon le canal

Achats en mio.



● Pharmacies ■ Médecins ▲ Hôpitaux ◆ Pharmacie par correspondance

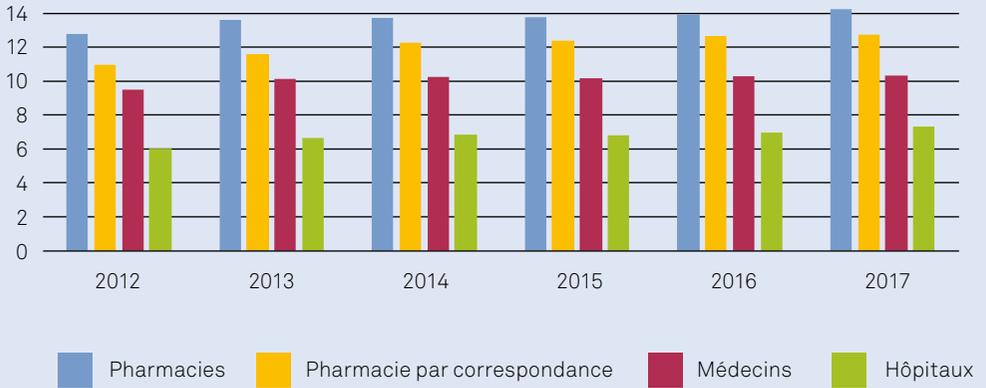
Le nombre moyen d'achats des personnes qui acquièrent au moins une fois par an des médicaments décomptés avec l'assurance augmente également au fil du temps. Cela vaut pour l'ensemble des canaux d'achat. Le plus grand nombre d'achats par personne concerne les pharmacies d'officine. Les rares personnes qui ont recours à la vente par correspondance se classent en moyenne en deuxième position en termes d'achats. Selon le rapport sur les médicaments 2018, ce sont des préparations coûteuses qui sont de préférence acquises par ce canal (epaper.helsana.ch/arsneimittelreport/2018/2/).

La part des achats dans ce domaine sur l'ensemble des achats de médicaments augmente également avec la hausse des traitements hospitaliers ambulatoires. Les patients ont acquis des parts moins importantes auprès des autres centres de distribution en 2017 par rapport à 2012.

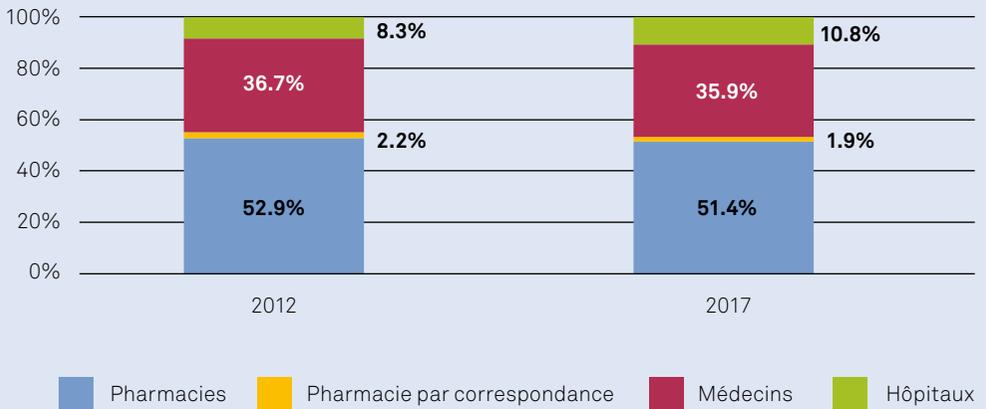
La pharmacie reste le canal d'achat numéro un. Mais avec le transfert des traitements dans le secteur hospitalier ambulatoire, le nombre des achats de médicaments dans celui-ci connaît une forte hausse.

22 | Achats de médicaments par acheteur selon le canal

Nombre d'achats



23 | Parts de marchés des achats selon le canal



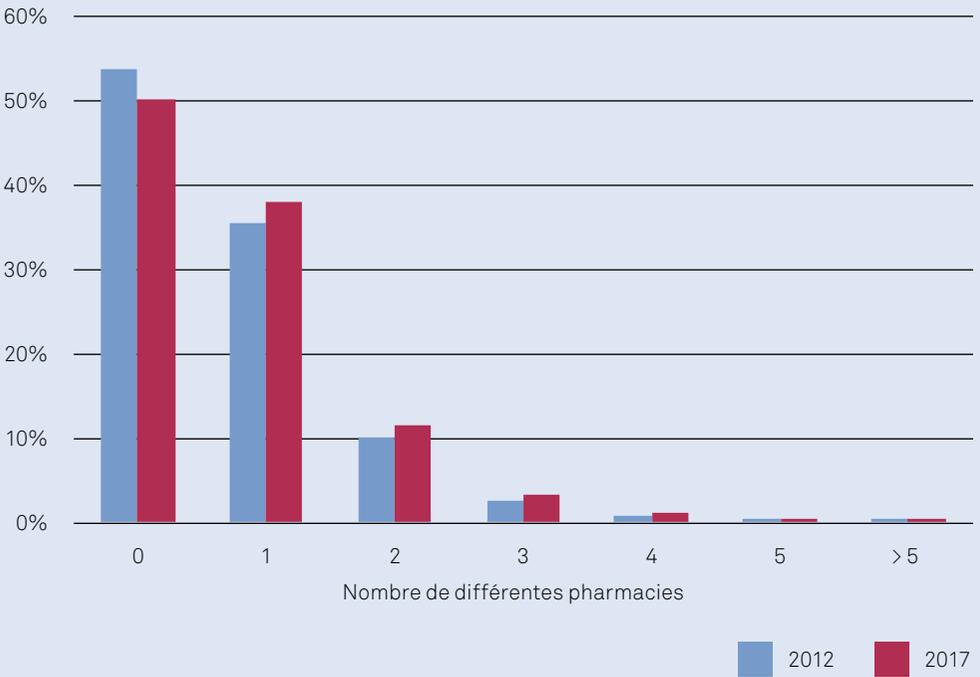
En comparaison avec les consultations médicales, la part des assurés qui utilisent plusieurs pharmacies pour leurs achats est plutôt faible. La part des personnes qui n'ont jamais acheté via l'assurance de base et facturé par le biais des assureurs-maladie de médicaments pendant une année civile a baissé d'environ 54 % à 50 %.

Les assurés continuent cependant à se rendre moins souvent dans plusieurs pharmacies différentes que chez divers médecins. Certes, l'accès aux pharmacies est très aisé, ce qui permettrait facilement d'acheter les médicaments dans n'importe quelle pharmacie. Mais pour les clients, il semble cependant avantageux de se rendre dans les pharmacies qu'ils connaissent dans leur environnement. Il est difficile d'évaluer le potentiel qui en résulterait en termes de coordination pour les pharmacies, et la question devrait donc être étudiée dans un premier temps. L'attachement relativement élevé et la fidélité à la pharmacie habituelle laissent toutefois à penser qu'il existe un fort potentiel.

Grâce à la fidélité des clients, les pharmacies pourraient à l'avenir jouer un nouveau rôle dans la coordination des soins de base.

24 | Assurés achetant des médicaments dans plusieurs pharmacies

Part des assurés



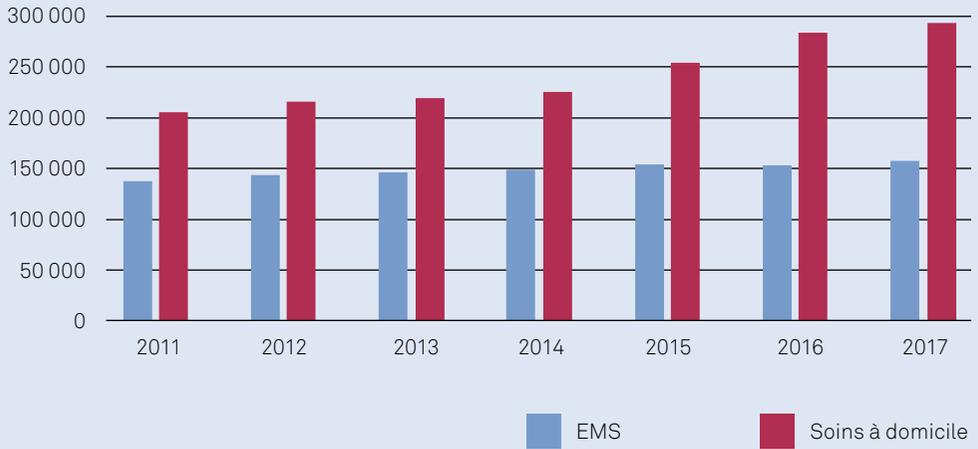
Soins

Cela fait de nombreuses années que le slogan « l'ambulatoire avant le stationnaire » est une priorité dans les soins infirmiers, dans le cadre de différentes initiatives. Le financement des soins actuellement valable est entré en vigueur en 2011 : l'assurance-maladie prend ainsi en charge un montant maximal fixé par la loi, la personne nécessitant des soins paye une contribution maximale par journée de soins. Les coûts restants des soins sont pris en charge par les cantons et/ou les communes.

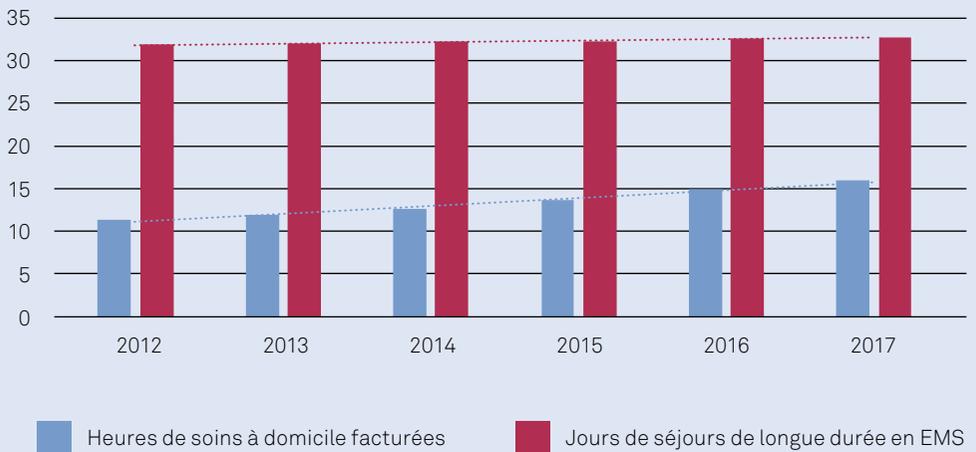
L'évolution du nombre de clients en soins de longue durée, autrement dit des pensionnaires des homes pour personnes âgées et des EMS, n'a que légèrement augmenté depuis lors, tandis que le nombre des bénéficiaires de soins à domicile a progressé de près de 30 %. La part des personnes prises en charge par les organisations d'aide et de soins à domicile augmente à une vitesse fulgurante.

Logiquement, le nombre d'heures de soins à domicile a augmenté en conséquence. Le nombre de jours de séjour en soins de longue durée est en revanche resté pratiquement constant.

25 | Evolution des personnes prises en charge par les soins à domicile, les EMS et les soins de longue durée



26 | Heures de soins à domicile et nombre de jours en EMS



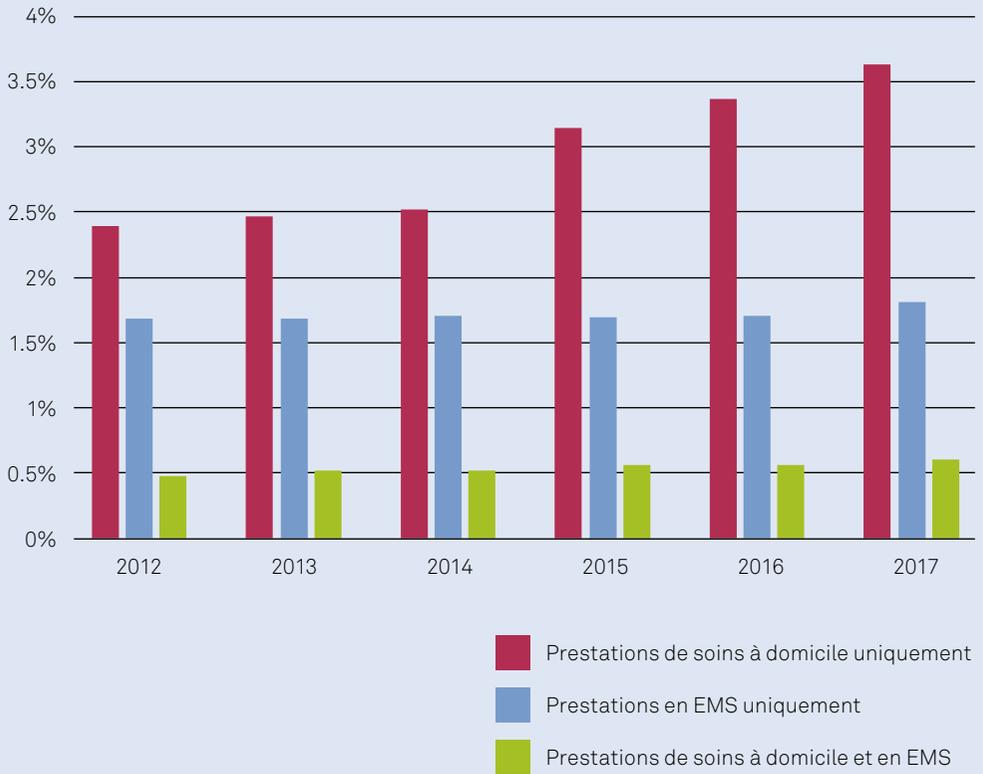
Cette tendance s'exprime également au travers des chiffres des assureurs : la part des assurés ayant eu recours aux soins à domicile a progressé d'environ 2,5 % à 3,5 % entre 2012 et 2017. La part est restée pratiquement constante, avec environ 1,7 %, en ce qui concerne les prestations des EMS.

Ces évolutions peuvent constituer un indice du fait qu'il y a un transfert croissant de la fourniture de prestations des EMS vers les soins à domicile et que le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » est donc pleinement mis en œuvre.

La part des personnes qui ont eu recours à des prestations de soins à domicile et d'EMS au cours d'une année a augmenté. Cela pourrait constituer un indice du fait que les séjours augmentent afin de décharger des proches soignants à domicile. Selon une estimation sur la base des chiffres de Helsana, le nombre de ces personnes a progressé de 38 000 en 2014 à 51 000 en 2017 pour l'ensemble de la Suisse. Il s'agit d'une augmentation de plus de 30 %.

Tant la part des soins à domicile dans le domaine des soins que le nombre de personnes qui sollicitent à la fois des prestations de soins à domicile et d'EMS augmentent fortement.

27 | Personnes assurées bénéficiant de prestations de soins au fil du temps

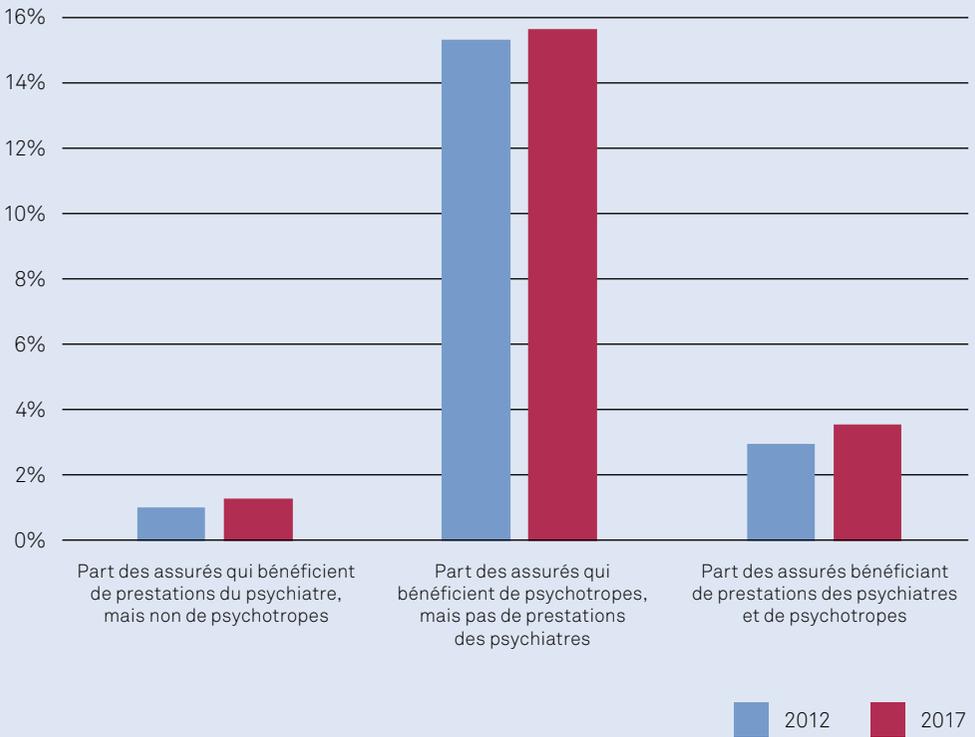


Psychiatrie

Consultations ambulatoires

De façon générale, les questions relatives à l'étendue des traitements psychiatriques peuvent être représentées à l'aide de différents paramètres, sur la base des données de prestations des assureurs. Chez plus de 15 % de tous les assurés, des psychotropes (ATC No5 = psycholeptiques et No6 = psychostimulants) qui n'ont pas été remis par un médecin spécialiste en psychiatrie sont par exemple décomptés. La part des assurés traités par un psychiatre et pour lesquels des psychotropes ont été facturés était d'à peine 4 % en 2017. La part des assurés en traitement psychiatrique sans prescription de médicaments était d'environ 1 %. Sont considérées ci-après comme patients psychiatriques les personnes qui ont sollicité au moins une fois par an des prestations psychiatriques, y compris des médicaments, et qui ont été enregistrées par le système de l'assurance-maladie.

28 | Assurés bénéficiant de prestations psychiatriques ambulatoires



Analyse

Mais de nombreuses personnes consultent également des psychologues qui effectuent des traitements délégués par les psychiatres. Dans pratiquement tous les cantons, cette part a en partie massivement augmenté entre 2012 et 2017, et elle est désormais supérieure à 50 % dans de nombreux cantons.

La part des consultations psychothérapeutiques déléguées dans toutes les consultations psychothérapeutiques augmente fortement, mais de manière très variable selon le canton.

29 | Part des consultations en psychothérapie déléguée par canton



La durée que les patients consacrent à l'échange actif avec leur psychiatre varie également d'un canton à l'autre. C'est dans les cantons de Bâle-Ville, de Genève et de Vaud que les patients y consacrent le plus de temps. Ils y passent moins de temps dans les cantons plutôt ruraux ainsi que dans le canton du Tessin. Dans certains cantons, le temps consacré a légèrement augmenté. Dans la plupart des autres cantons, le temps consacré par patient chez le psychiatre n'a toutefois pas évolué de manière statistiquement significative. Il reste à savoir dans quelle mesure il existe un lien avec la structure de la population et/ou la densité médicale.

30 | Durée de consultation chez le psychiatre (en minutes)



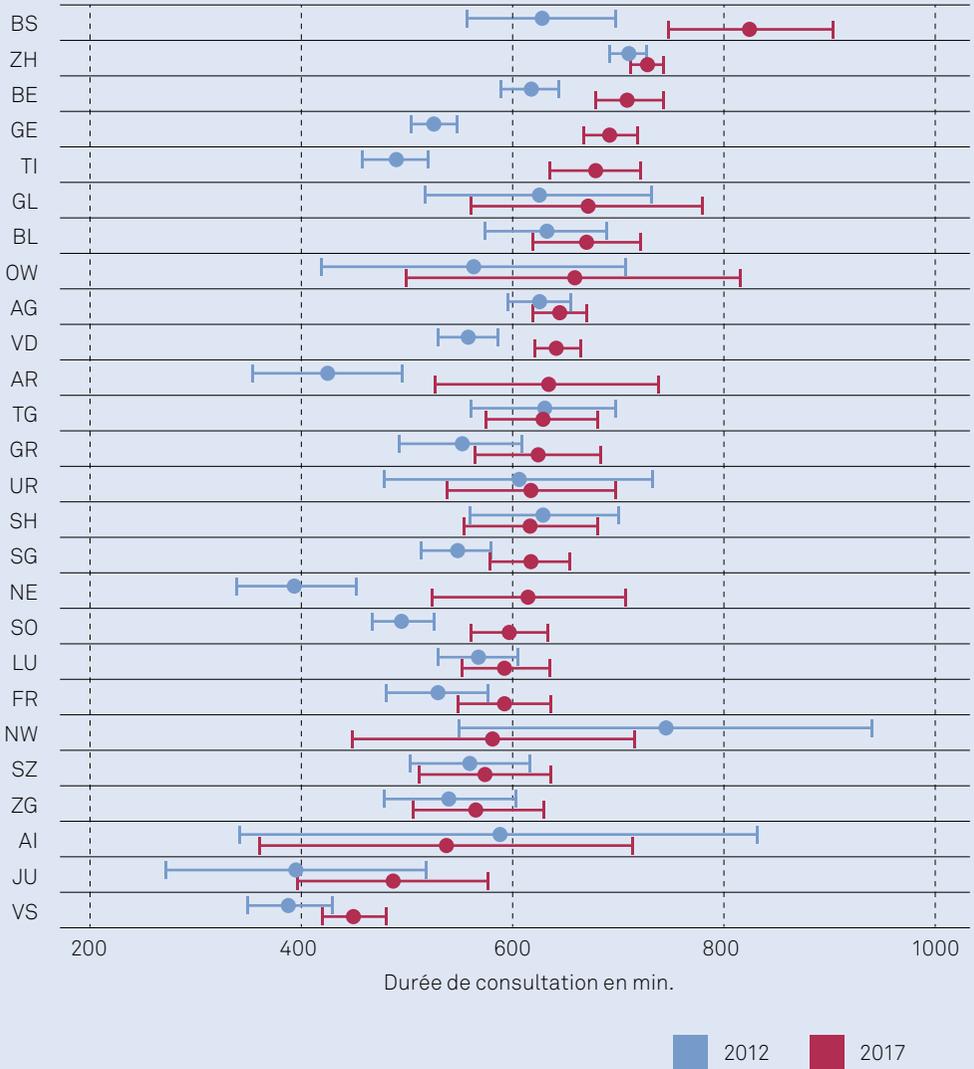
■ 2012 ■ 2017

Analyse

Le temps consacré par les patients dans la psychothérapie déléguée est nettement plus long que chez le médecin spécialiste en psychiatrie. Les différences cantonales en la matière sont toutefois beaucoup plus marquées par rapport aux psychiatres. Là encore, les trois cantons de Bâle-Ville, de Genève et de Vaud se distinguent.

Le traitement en psychothérapie déléguée est plus long que chez le psychiatre.

31 | Durée de consultation en psychothérapie déléguée (en minutes)

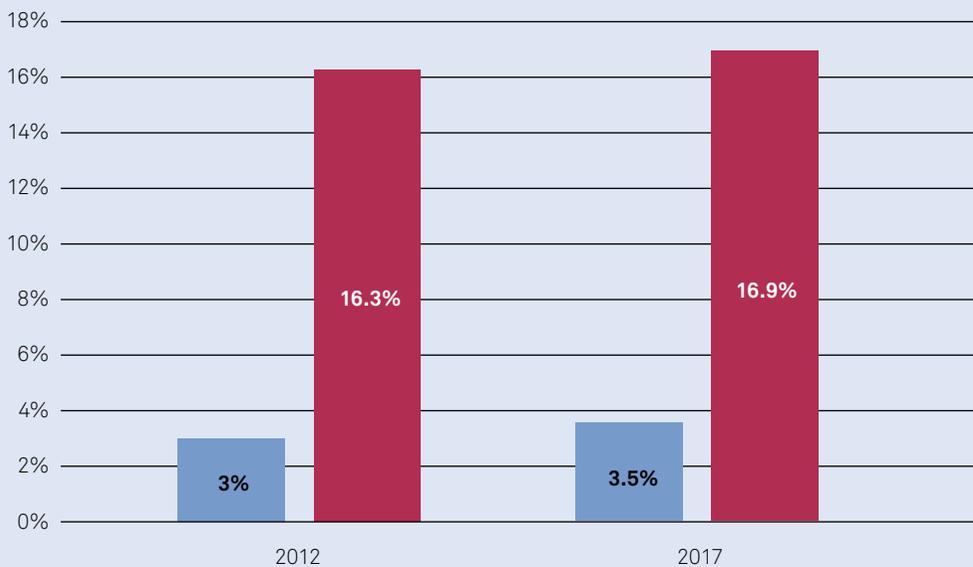


Psychotropes ambulatoires

La thérapie médicamenteuse est une composante essentielle des traitements psychiatriques. La plupart du temps, les patients demandent cependant à leur médecin de premier recours de leur prescrire des psychotropes (psycholeptiques, psychostimulants). Environ 17 % de tous les assurés obtiennent des psychotropes par ce biais, et ce au moins une fois par an. Un peu moins de 4 % des assurés se les voient prescrire par le psychiatre. Ces valeurs sont pratiquement stables dans la durée.

32 | Assurés achetant des psychotropes

Part des assurés



- Part des assurés qui bénéficient de psychotropes prescrits par le psychiatre
- Part des assurés qui bénéficient de psychotropes prescrits par le MPR

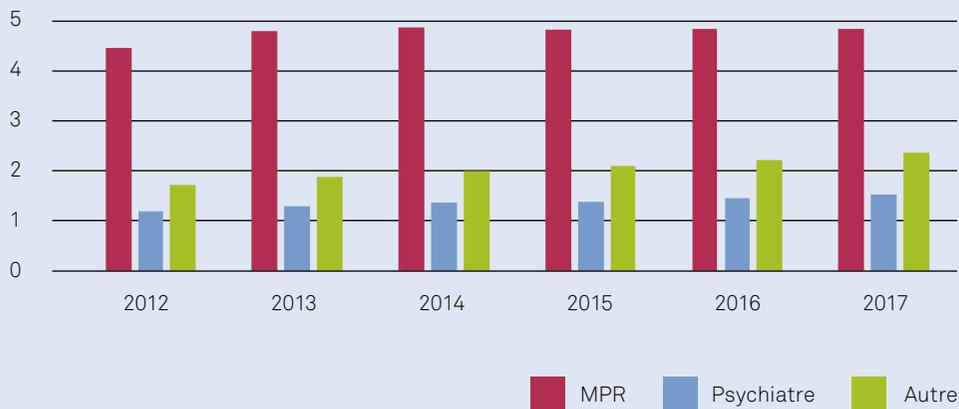
Les données ne permettent pas directement de savoir pour quelles raisons la plupart des psychotropes sont prescrits par les médecins de premier recours. On peut supposer qu'il n'y pas, en médecine de premier recours, d'accompagnement thérapeutique à proprement parler sous la forme d'une thérapie verbale. Des substances à l'effet tranquillisant sont probablement prescrites à la plupart des personnes concernées en combinaison avec d'autres thérapies.

A cela s'ajoutent les ordonnances d'autres médecins qui ne sont ni des médecins de premiers recours ni des psychiatres. Le nombre absolu de prescriptions par ce canal de distribution a bondi de 40 % entre 2012 et 2017, passant d'environ 1,7 million à quelque 2,4 millions.

La part des prescriptions en dehors des psychiatres et des médecins de premier recours a progressé en conséquence de 23,4 % à 27,1 %.

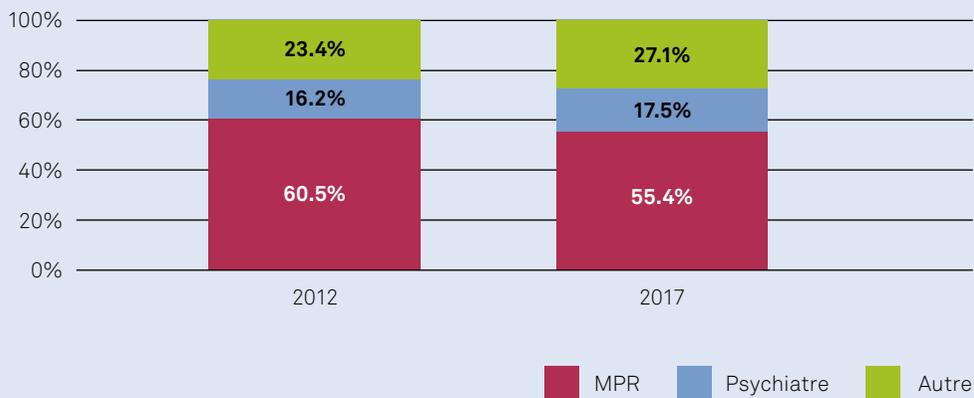
33 | Prescriptions de psychotropes selon le canal

Nombre de prescriptions



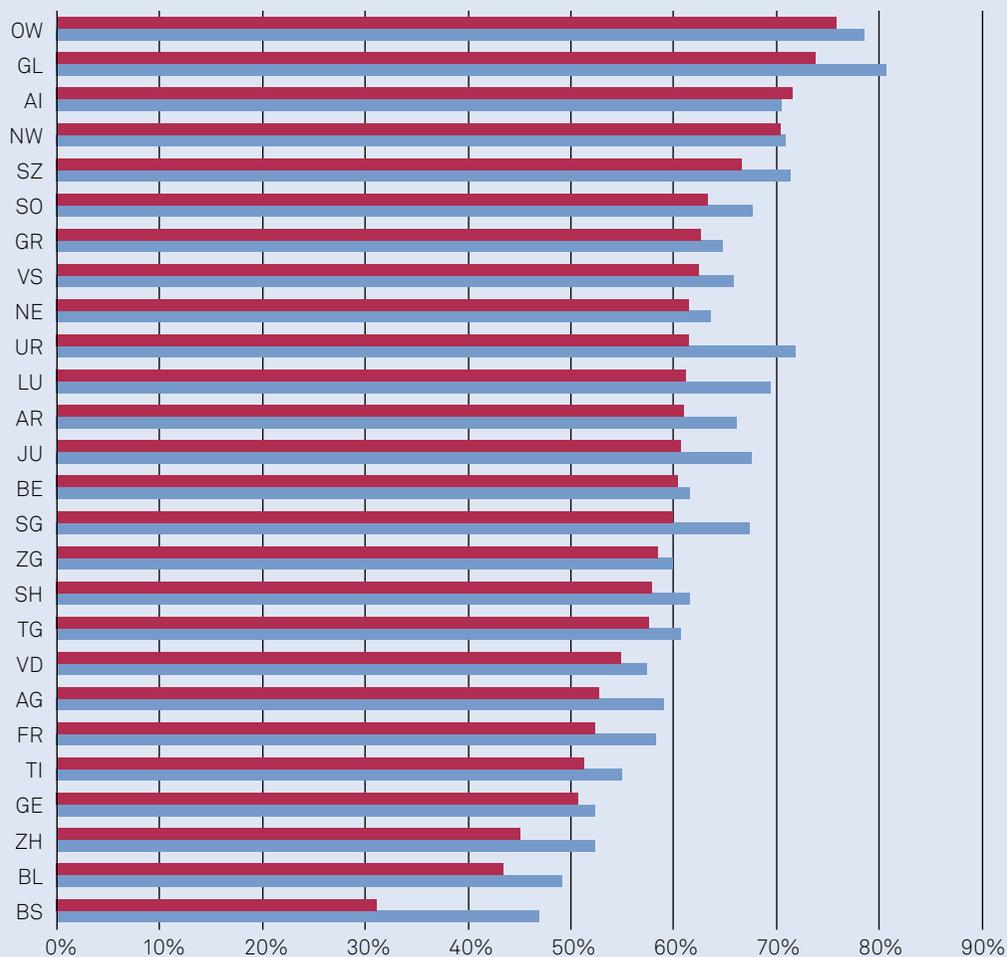
34 | Prescriptions de psychotropes selon le canal

Nombre de prescriptions



Cette situation se confirme quand on observe la part des prescriptions de psychotropes par des médecins de premier recours selon le canton. Elle a baissé dans pratiquement tous les cantons. Elle est la plus élevée dans les cantons ruraux de Suisse alémanique et la plus basse dans les cantons de Bâle-Ville, de Bâle-Campagne, de Zurich et de Genève. Il est fort probable qu'il y ait un lien avec la densité médicale.

35 | Prescriptions de psychotropes par des médecins de premier recours selon le canton



Part des prescriptions de psychotropes par les MPR

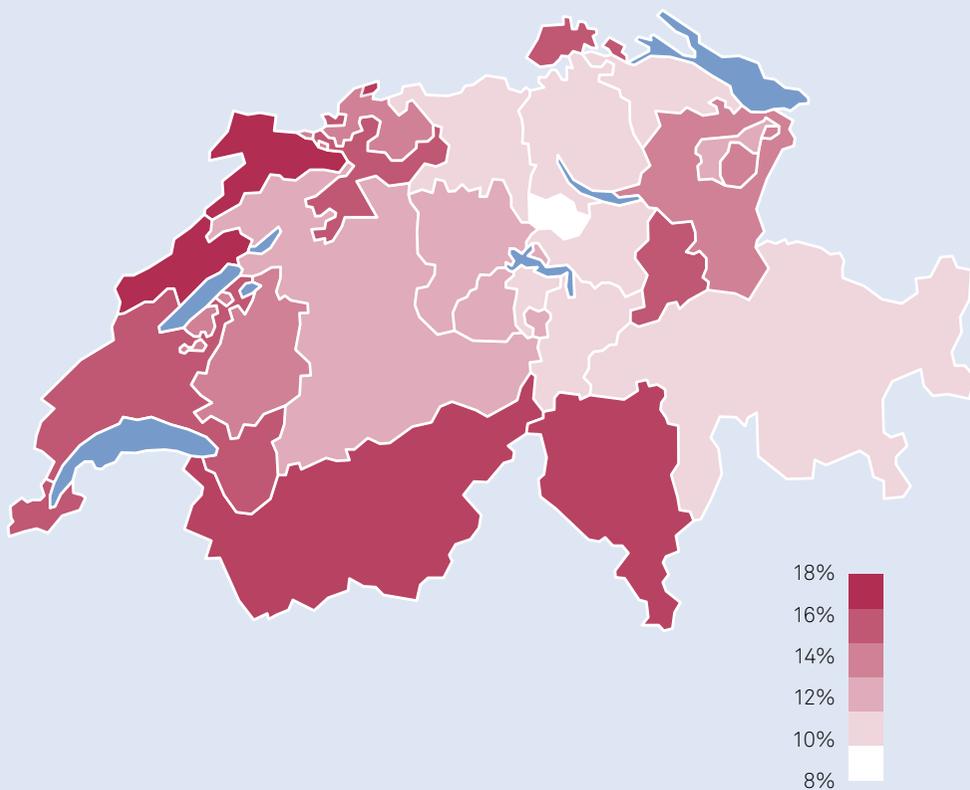
2012 2017

Analyse

Sont considérés, dans l'illustration suivante, comme patients ayant acheté des psychotropes les patients qui ont effectué un achat correspondant au moins une fois par an. La part de ces patients dans la médecine de premier recours qui se sont vu prescrire des psychotropes par leur médecin en 2017 fluctue fortement. Le canton de Neuchâtel se classe en tête avec 18 %, le canton de Zoug est la lanterne rouge avec 8 %. Globalement, ce sont des cantons romands qui se situent en première ligne.

La plupart des traitements à base de psychotropes ne sont pas prescrits par des spécialistes. Ils interviennent en dehors de tout accompagnement psychothérapeutique.

36 | Patients bénéficiant d'une prescription de psychotropes par des médecins de premier recours selon le canton

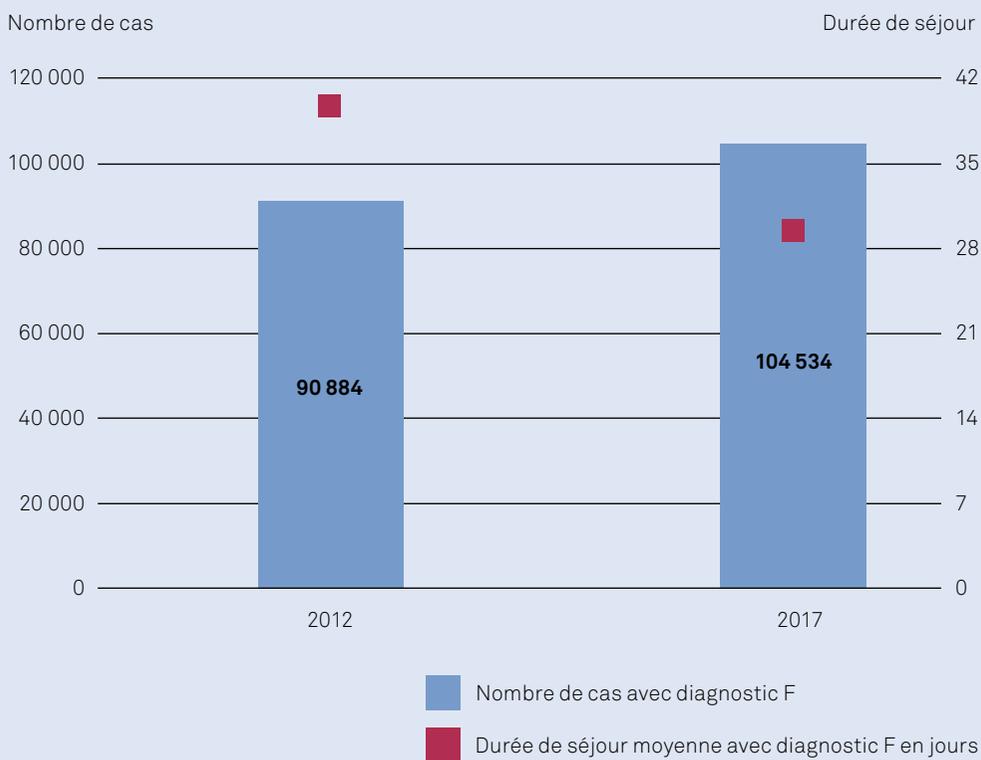


Psychiatrie stationnaire

Le nombre de journées de séjour psychiatrique dans les hôpitaux a baissé entre 2012 et 2017. Il est passé d'environ 3,6 millions à quelque 3,1 millions. Parallèlement, le nombre de cas a toutefois augmenté de plus de 10 % et s'est établi à 105 000. Cette augmentation est associée à des durées de séjour plus courtes, car le nombre de journées de séjour a en moyenne baissé d'environ 40 à 29. À l'aune des chiffres de la population, la part des cas stationnaires a très légèrement augmenté de 1,15 % à 1,24 %.

La part des cas stationnaires en psychiatrie a légèrement diminué ces cinq dernières années, à l'aune de la population. La durée de séjour a en revanche fortement diminué.

37 | Cas stationnaires et durée de séjour moyenne en cas de diagnostics psychiatriques

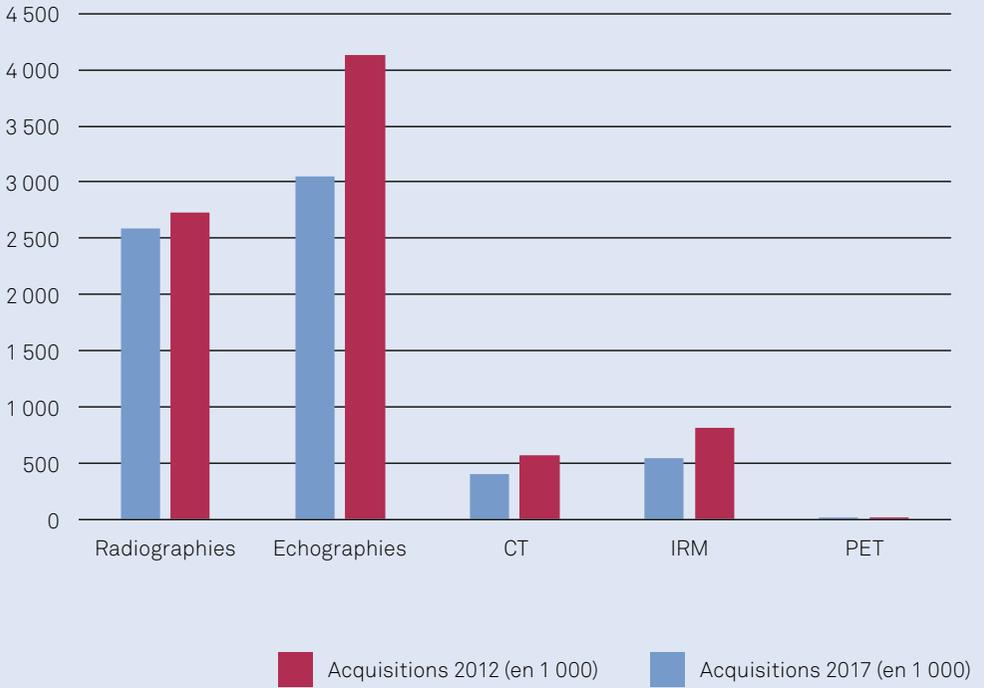


Prestations techniques / diagnostic

Imagerie

Les procédés d'imagerie les plus fréquemment utilisés en Suisse sont la radiographie et l'échographie. Entre 2012 et 2017, l'utilisation des appareils de radiographie a relativement peu augmenté, passant d'environ 2,6 à 2,7 millions. L'échographie a en revanche été utilisée 4,1 millions de fois en 2017, soit plus de 1 million de fois plus souvent que cinq ans auparavant (2012 : 3 millions). Cela correspond à une progression de 37 %. La tomодensitométrie (CT, plus 45 %) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM, plus 49 %) sont utilisées dans une moindre mesure, mais avec de forts taux de croissance. La tomographie par émission de positrons (PET) est utilisée beaucoup moins souvent.

38 | Acquisitions de procédés d'imagerie



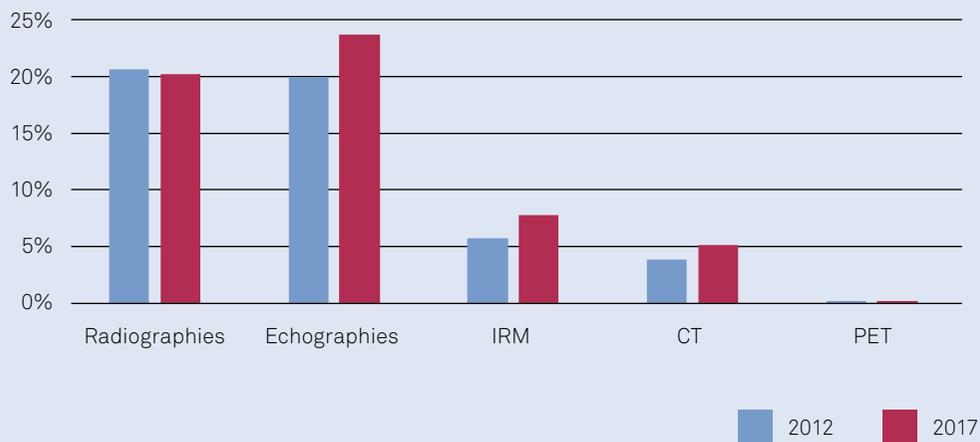
Par rapport aux chiffres de la population, l'échographie est désormais la méthode d'imagerie la plus fréquemment employée. En 2012, elle était encore utilisée chez une personne sur cinq environ. En 2017, cette valeur concernait pratiquement une personne sur quatre.

La plupart du temps, les examens par IRM ne sont pratiqués qu'une fois par bénéficiaire. L'échographie est en revanche utilisée environ deux fois par an par bénéficiaire.

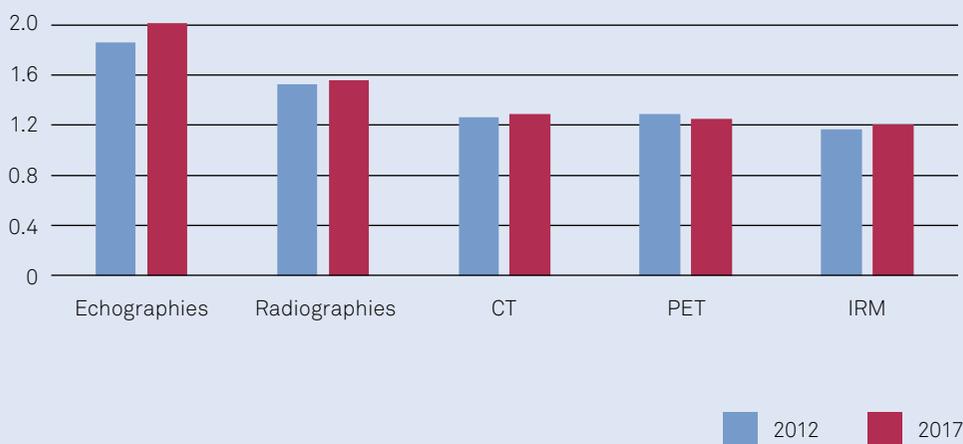
On peut en principe supposer que l'utilisation de moyens diagnostiques fiables se traduise par de meilleurs diagnostics. La croissance observée pourrait être liée à un besoin de garantie croissant des patients et des fournisseurs de prestations. Le développement technique et une meilleure disponibilité, autrement dit une plus grande accessibilité, devraient également jouer un rôle.

Les procédés d'imagerie sont de plus en plus souvent utilisés, de façon générale mais aussi par personne.

39 | Part de la population bénéficiant des procédés d'imagerie



40 | Procédés d'imagerie par bénéficiaire



Les débats sur notre système de santé fragmenté portent souvent sur les examens multiples inutiles. Ils se produisent notamment lorsqu'un fournisseur de prestations réalise p. ex. une radiographie, sur la base de laquelle il ordonne un transfert, à la suite duquel une nouvelle radiographie est réalisée pour le même examen.

La nécessité médicale d'un second diagnostic ne peut pas être déterminée sur la base des données de décompte des assureurs. Pour avoir un ordre de grandeur de la thématique, nous étudions la part de l'imagerie qui a été réitérée dans un délai de sept jours par rapport au volume global.

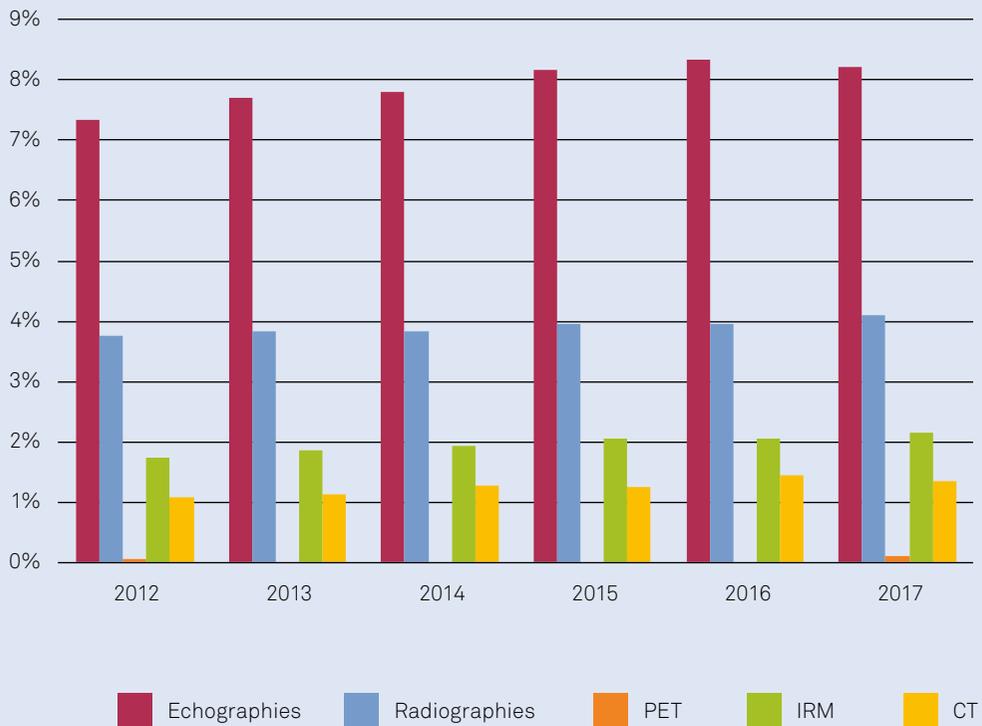
Il s'avère alors que la part du second diagnostic dans un délai de sept jours dans tous les procédés d'imagerie dans le domaine ambulatoire a augmenté ces cinq dernières années. La part la plus élevée revient à l'examen échographique, où 7 % des achats satisfont à ce critère. La part de la radiographie est de 4 %, celle de l'IRM de 2 %.

L'augmentation de cette part s'explique très difficilement par la pose d'une indication médicale. Peut-être y a-t-il un rapport avec la qualité ou la difficulté d'interprétation du premier diagnostic. Mais il est aussi parfaitement possible qu'au moins une partie des mesures diagnostiques serait évitable dans le cas de processus optimaux et n'aurait pas besoin d'être réitérée.

Pour finir, il devrait arriver assez fréquemment qu'une procédure d'imagerie (p. ex. une radiographie) s'applique dans un premier temps, suivie ultérieurement par une autre procédure.

La part des examens multiples dans un délai d'une semaine a augmenté.

41 | Fréquence d'un deuxième procédé d'imagerie en l'espace d'une semaine



Laboratoire

Les positions de laboratoire facturées ont connu une forte croissance ces dernières années. Le nombre d'analyses a progressé de 83 millions à 117 millions entre 2012 et 2017, ce qui représente une hausse de 41 %. Durant cette période, le nombre d'analyses disponibles a légèrement baissé, passant de 1280 à 1260.

Parallèlement, le nombre facturé par bénéficiaire a augmenté d'environ 23 % entre 2012 et 2017.

Les possibilités diagnostiques qui n'ont de cesse de s'étendre sont sollicitées de plus en plus fréquemment. Cette tendance répond sans doute aux besoins de clarification des patients et des médecins. A cela s'ajoute le fait que l'infrastructure requise est assez simple d'accès, de sorte que les seuils d'accès ne représentent guère un obstacle. L'absence de recommandations explicites concernant le diagnostic peut éventuellement jouer un rôle dans de nombreux cas.

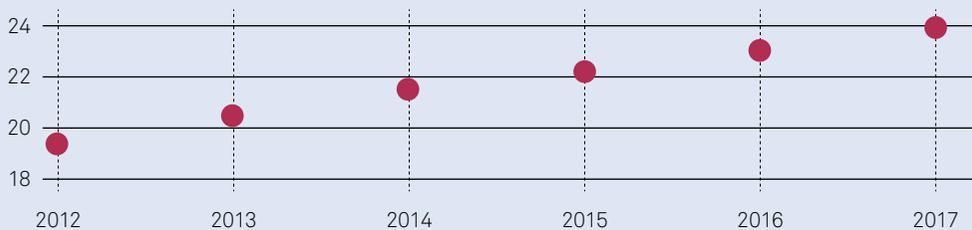
Le nombre de tests de laboratoire réalisés par bénéficiaire augmente continuellement et de façon massive.

42 | Evolution des analyses de laboratoire

Nombre d'analyses (en mio.)



43 | Positions de laboratoire facturées par bénéficiaire



Cas bénins aux urgences à l'hôpital ambulatoire

Ces dernières années, la question des urgences « inutiles » dans le domaine hospitalier a souvent été au cœur des discussions. Les positions tarifaires correspondantes du TARMED permettent de représenter l'évolution du volume des consultations d'urgence à l'hôpital. Ce chiffre a progressé de 37 % entre 2012 et 2017.

Année	Consultations d'urgence ambulatoires à l'hôpital
2012	1,18 mio.
2013	1,31 mio.
2014	1,42 mio.
2015	1,55 mio.
2016	1,64 mio.
2017	1,62 mio.

Tableau 4 : Consultations d'urgence dans des services hospitaliers ambulatoires

Ces données ne permettent pas de déterminer directement dans quelle mesure il s'agit de cas inutiles et évitables et donc de cas bagatelles, autrement dit de cas de faible importance.

La part de ces patients avec une position de tarif d'urgence qui ne présente pas d'autres frais supplémentaires à la charge de l'AOS dans un délai de 30 jours suivant cette consultation est utilisée en guise de substitut expérimental à cette « insignifiance ». Autrement dit, ni médicaments, ni consultations subséquentes chez le médecin, ni aucune autre prestation obligatoire. Depuis 2012, cette part a baissé dans pratiquement tous les cantons. En 2017, elle oscillait encore entre 12 % et 24 % selon le canton. L'hypothèse selon laquelle la majeure partie de ces consultations d'urgence portait en définitive sur des problèmes médicaux mineurs semble logique.

Il est difficile de trouver une explication à la forte disparité cantonale de cette part. Elle pourrait être en lien avec l'accessibilité des modalités de traitement alternatives ou avec les structures de l'offre.

44 | Consultations d'urgence dans des services hospitaliers ambulatoires sans traitement ultérieur en l'espace de 30 jours



Le nombre des urgences ambulatoires à l'hôpital a augmenté de 37 % entre 2012 et 2017. La part des cas bagatelles a légèrement diminué. Sur l'ensemble de la Suisse, on peut supposer qu'il y a plus de 200 000 cas qui n'auraient pas impérativement nécessité un traitement dans un cadre hospitalier.

Discussion

Offre induite par la demande et demande induite par l'offre

De façon générale, l'évolution des volumes sur les marchés est décrite par les évolutions de l'offre, de la demande et la formation des prix. Dans le cas des prestations couvertes par l'AOS, le libre mécanisme de formation des prix est entravé pour différentes raisons. Les règles de la participation aux coûts (franchise et quote-part), qui sont censées créer des incitations en vue d'une sensibilisation aux coûts du côté de la demande, ainsi que les mesures engagées au niveau de l'offre, par exemple le gel des admissions ou la planification hospitalière, ne peuvent pas totalement corriger cette évolution.

On peut dès lors se demander quels mécanismes, et dans quelle mesure, se cachent derrière l'évolution du volume des prestations observées. En premier lieu, l'octroi de prestations est contrôlé par les patients et les fournisseurs de prestations (notamment les médecins) dans le système de santé suisse. Les mécanismes de prix n'ont qu'une action très restreinte sur la limitation du volume, tant du côté de l'offre que de celui de la demande. Un tel système comporte un risque de relance quasi-réciproque des volumes sollicités par les fournisseurs de prestations et les patients et de hausse incontrôlée de l'augmentation du volume des prestations.

Les assureurs-maladie et les autorités tentent progressivement d'y remédier. Par exemple par le biais :

- de la procédure de garantie de prise en charge des coûts des assureurs, notamment avant les traitements stationnaires ;

- de la structuration du catalogue des prestations à l'aide de listes des cantons et de la Confédération, qui prescrivent les prestations qui doivent être fournies en priorité de manière ambulatoire plutôt que stationnaire ;
- des limitations de durée dans les structures tarifaires et des contrôles d'économicité ou de qualité subséquents.

De telles interventions sont contraires au principe de confiance inscrit dans la LAMal, selon lequel les prestations médicales sont en principe efficaces, appropriées et économiques. Le contrôle des prestations à l'aune de ces critères ne devrait être qu'exceptionnel.

L'enjeu de l'augmentation du volume des prestations

Les patients seront sans doute aussi traités plus souvent, plus intensément et par de plus en plus de fournisseurs de prestations différents à l'avenir, ce qui complique progressivement les itinéraires des patients.

Parallèlement, l'offre de mesures éventuelles est de plus en plus vaste et l'augmentation des connaissances médicales est de plus en plus difficile à maîtriser. La gestion des technologies disponibles sera plus complexe et les patients devraient être de plus en plus exigeants à l'avenir. La spécialisation progresse, la coordination devient un enjeu complexe et la gestion des interfaces se complique de plus en plus. Aussi, le système global est-il de plus en plus fragmenté.

Les activités de managed care tentent certes de remédier à de telles évolutions. Mais bien que plus des deux tiers des assurés en Suisse aient déjà

souscrit des modèles d'assurance alternatifs, les défis sont encore loin d'être maîtrisés. Les modèles qui se focalisent sur la médecine de famille semblent notamment atteindre leurs limites. Ces médecins de premier recours ont de moins en moins de temps et les patients s'adressent de plus en plus à des spécialistes ou directement à l'hôpital.

La maîtrise de ces évolutions représente l'un des principaux défis à l'avenir. Pour finir, il est important que les patients obtiennent les prestations dont ils ont besoin au bon moment, au bon endroit et dans les proportions correctes. Des questions sur l'évolution des capacités correspondantes, sur le développement des connaissances nécessaires ou sur le financement se posent par exemple à cet égard.

Les évolutions du volume des prestations observées indiquent que toutes les parties prenantes du processus de soins doivent être bien coordonnées. L'urgence est élevée. Les processus interprofessionnels doivent fonctionner, les activités de coordination doivent avoir été établies de manière exhaustive, aucun obstacle inutile ne doit compliquer la gestion des interfaces, et les patients doivent être impliqués dans les processus de manière si possible judicieuse. Il est nécessaire de revoir de fond en comble les attributions de compétences actuelles aux différentes professions médicales. L'augmentation des consultations d'urgence ambulatoires à l'hôpital de 1,18 million à 1,62 million (+ 440 000) ou l'augmentation des mesures diagnostiques montre très clairement qu'il existe un potentiel d'amélioration et d'économie considérable en matière de processus.

Rôle des assureurs

Quel rôle jouent les assureurs-maladie compte tenu de ces évolutions ?

Eu égard aux questions complexes concernant le lien de causalité entre les causes et les prestations sollicitées, une lutte indifférenciée contre « l'augmentation du volume des prestations » n'est pas la solution.

Les assureurs peuvent en principe suivre deux voies pour réagir de façon appropriée :

1. Les assureurs interviennent dans le processus de décision individuel entre le patient et le fournisseur de prestations, afin de mieux identifier les prestations erronées, inutiles, voire abusives et, partant, de pouvoir en empêcher le financement.

Les contrôles prescrits par le législateur sont en premier lieu effectués dans le cadre des contrôles individuels des prestations. Ils incluent par exemple le règlement des cas d'« off-label use » concernant les médicaments ou la procédure de garantie de prise en charge des coûts dans le domaine de la réadaptation. Dans le domaine plus général du contrôle des prestations, des contrôles individuels sont réalisés dans des cas isolés de soupçons évidents, afin d'empêcher les abus. La branche doit cependant être consciente de l'importance capitale de la relation entre le patient et le fournisseur de prestations.

2. Les assureurs se chargent de définir des conditions-cadres appropriées, remaniant les modèles de tarification et d'assurance et coopèrent avec les fournisseurs de prestations afin de mettre en place des processus de

qualité. Cela relève en principe du mandat de base des assureurs-maladie. De nombreuses activités ont d'ailleurs été engagées afin d'instaurer en définitive un environnement axé sur les besoins et propice à l'innovation pour les soins médicaux. Des incitations appropriées sont parallèlement requises pour empêcher le « gaspillage des ressources ». Elles incluent par exemple la lutte contre les mesures politiques indifférenciées, telles que les budgets globaux ou un contingentement exclusif des quantités, ainsi que l'élaboration et le soutien des conditions-cadres ciblées, par exemple l'amélioration de la compensation des risques, un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, etc. Des initiatives individuelles concrètes sont requises en complément de telles activités, notamment dans des domaines où les assurances disposent d'une marge de manœuvre pour concevoir des produits. Il s'agit des domaines des modèles d'assurance alternatifs, des formes de coopération innovantes, par exemple l'utilisation de technologies pour la sécurité des médicaments ou les mesures de qualité coopératives sur la base des propres données de routine.

L'instauration d'une plus grande transparence sur l'activité médicale en fait également partie. Ce rapport apporte une petite contribution dans cette perspective.

Conclusion

Le message essentiel du présent rapport porte sur le « volume sans fin ». Celui-ci est d'autant plus préoccupant que cette conclusion repose sur des données qui tiennent déjà compte de la croissance démographique.

Plus de volume pour des prix inchangés implique automatiquement une augmentation des coûts. La politique dresse l'oreille et redouble souvent d'ardeur. On croit devoir agir au niveau législatif. Le nombre d'interventions parlementaires a désormais atteint une ampleur telle que le risque de réglementation contre-indiquée s'en trouve, compte tenu de la complexité du sujet, amplifié. Or, il faudrait plutôt que les acteurs commencent par utiliser la marge de manœuvre dont ils disposent.

L'évolution du volume des prestations médicales en est un exemple : l'intervention du Conseil fédéral dans le TARMED en 2018 a constitué un coup de semonce pour les partenaires tarifaires, afin qu'ils procèdent enfin à la mise à jour et à la révision nécessaires. Ce fut une mesure réussie puisque le corps médical et une partie des assureurs-maladie se sont entendus sur la nouvelle structure tarifaire TARDOC.

Les prix devant être fixés par le Conseil fédéral requièrent également une intervention et ce, sans passer par une adaptation de la loi. Le rapport révèle une augmentation du volume quasi-incontrôlée des analyses de laboratoire. Aujourd'hui, la plupart des prestations sont encore remboursées sous forme de position individuelle. Si l'on considère l'évolution technique et le nombre d'analyses qui sont réalisées pratiquement d'un seul tenant dans les grands laboratoires, il s'agit d'un anachronisme.

Affirmer que la promotion de la qualité constitue la meilleure gestion des coûts est un truisme dans le domaine de la santé. Une meilleure qualité est synonyme de réduction des coûts, puisque les traitements inutiles voire dommageables ne sont pas mis en œuvre et que les traitements utiles ont plus de succès, autrement dit provoquent moins d'effets secondaires. La focalisation exclusive de la discussion sur les coûts ne répond pas à cette problématique.

L'augmentation du volume des prestations n'est pas mauvaise en soi, elle requiert juste un examen approfondi. Si l'on veut que « l'ambulatoire avant le stationnaire » réussisse dans le domaine des soins, une augmentation des prestations d'aide et de soins à domicile est même souhaitable. La réduction des contributions correspondantes par le Conseil fédéral ne cadre alors pas avec cet objectif. Il aurait les compétences pour agir autrement.

Le rapport montre en outre que les différences cantonales en matière d'évolution du volume des prestations sont énormes. La Suisse est un Etat à l'organisation fédérale. Aussi les structures de soins sont-elles exigües et fragmentées. Les efforts de réforme doivent en tenir compte, les solutions détaillées nationales sont à exclure.

Le rapport estime notamment que des actions sont requises dans le domaine de la coordination des soins. Les médecins de premier recours ont de moins en moins de temps pour assumer cette mission. Les modèles de rôles traditionnels sont ainsi bouleversés et de nouvelles formes de coordination doivent être trouvées. Il convient de vérifier si des compétences correspondantes doivent être transférées à d'autres fournisseurs de prestations, par exemple aux pharmaciens, ou si de nouveaux groupes professionnels doivent intervenir à la charge de l'assurance de base pour y parvenir. L'exclusivité du monopole médical ne résistera pas dans la durée.

Méthodologie

Les présentes analyses se fondent d'une part sur les données relatives aux prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) du Groupe Helsana, des années 2012 à 2017. Les évaluations ont pu se fonder sur les données anonymisées de quelque 1,2 million d'assurés. En comparaison avec l'ensemble de la population suisse, on observe un glissement du sex-ratio au profit des femmes dans l'effectif des assurés du Groupe Helsana. Etant donné que les assurées de sexe féminin sont comparativement plus âgées que les assurés de sexe masculin, l'âge moyen de l'échantillon se situe au-dessus de la moyenne de la population suisse. Aussi, dans nos évaluations, la population des assurés d'Helsana a été normalisée en effectuant les corrections nécessaires, afin qu'elle puisse correspondre à celle de l'ensemble de la population suisse. En outre, les données ont été extrapolées à l'ensemble de la population suisse. L'échantillon d'Helsana constitue ainsi une base de données représentative pour les analyses suivantes, tant sur le plan de l'ordre de grandeur que sur celui de la répartition selon l'âge et le sexe.

Les données d'Helsana ne portent cependant que sur les informations qui sont également décomptées par le biais de l'assurance-maladie. Dans le domaine médical ambulatoire, les factures sont encore réglées dans le cadre du tiers garant, selon lequel le médecin adresse la facture directement au patient. Or, une partie des patients envoie ensuite la facture à l'assureur parce que la franchise exclut un remboursement. La pertinence des analyses n'en est cependant pas affectée. La situation est différente quand les fournisseurs de prestations envoient la facture

directement à l'assureur, généralement avec une copie au patient (tiers payant). Elles sont toutes enregistrées dans les systèmes des assureurs.

Des sources de données librement accessibles de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sont par ailleurs utilisées en plus des données d'Helsana (cf. encadré).

- Coûts et financement du système de santé (OFS) ;
- Statistique médicale des hôpitaux (OFS) ;
- Statistique des institutions médico-sociales (OFS) ;
- Statistique de l'aide et des soins à domicile (OFS) ;
- Statistique de l'assurance-maladie obligatoire (OFSP) ;

Les données disponibles sont des données dites secondaires, qui n'ont pas été récoltées en vue de réaliser la présente analyse. Dans le cas de l'OFSP, il s'agit par exemple principalement des données comptables relatives au déroulement ordinaire des activités de l'assurance-maladie. Ces données requièrent une grande diligence lors de leur analyse et de leur interprétation. Elles sont en revanche parfaitement adaptées à une représentation en temps réel aussi exacte que possible de la situation en matière de soins en Suisse.

Groupe Helsana
Case postale
8081 Zurich
www.helsana.ch