

Supprimer les incitations inopportunes auprès des médecins

Les médecins sont influencés par les incitations économiques. Il se trouve que certaines d'entre elles sont inopportunes. Elles dérivent du système de tarification Tarmed qui repose sur les prestations individuelles. Il faut aussi remettre en question l'obligation de contracter.

Stefan Boes, Christoph Napierala

Abrégé Plus de 35 000 médecins exercent en Suisse. Ils forment un maillon essentiel au bon fonctionnement des dispositifs de santé. Le système Tarmed doit être conçu de manière à ce que les médecins accomplissent efficacement leurs tâches. Les décomptes devraient reposer, lorsque cela est possible, sur des forfaits par cas non seulement dans le domaine stationnaire, mais aussi pour les soins ambulatoires. Cette mesure permettrait de réduire les incitations inopportunes qui sont liées aux asymétries d'information entre le médecin et le patient. La suppression de l'obligation de contracter intensifierait la concurrence entre les médecins. Il faudrait aussi réfléchir davantage à des fonctions complémentaires, comme celles d'infirmier praticien («nurse practitioner») ou d'adjoint au médecin («physician assistant»). En revanche, introduire une réglementation trop stricte ne servirait pas à contrôler l'évolution des coûts. Il convient au contraire de renforcer la responsabilité du corps médical.

Le système de santé accorde une grande importance aux médecins. Le code de déontologie de la Fédération des médecins suisses (FMH) indique que ceux-ci ont «pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure». Il décrit en outre les moyens et les exigences qualitatives, tout en esquisant la responsabilité éthique du médecin. Le code mentionne – ce point ne manque pas d'intérêt – l'obligation pour le médecin de tenir compte de l'efficacité des coûts, sans toutefois développer davantage ce principe.

Plus de 35 000 médecins exerçaient en Suisse en 2015, soit 2,8 % de plus qu'en 2014. Leur effectif a augmenté en moyenne de 2,3 % au cours des quinze dernières années. Simultanément, le travail à temps partiel a pris de l'importance : dans le secteur ambulatoire, environ un tiers seulement des femmes médecins travaillent à plein temps, contre environ deux tiers des hommes. Dans le domaine stationnaire, quelque 80 % des médecins ont un emploi à plein temps¹. En comparaison

européenne, la part des spécialistes est élevée en Suisse. La densité de médecins y est, elle aussi, supérieure à la moyenne de l'UE (voir *tableaux*).

L'évolution de la population de médecins, les nouveaux modèles de services de santé et les attentes en matière d'environnement professionnel ont engendré un mouvement quasi inéluctable qui

Répartition des médecins en Suisse par catégorie d'âge (2015)

	Tous	Ambulatoire	Stationnaire
Âge 25-49 en %	50,9	32,6	71,9
Âge 50-59 en %	28,5	35,7	20,1
Âge > 60 en %	20,6	31,7	8,0
Nombre total de médecins ^a	35 325	18 128	16 634

STATISTIQUE DES MÉDECINS DE LA FMH (2015) / LA VIE ÉCONOMIQUE

Médecins généralistes et spécialisés, en % du total

	Généralistes	Spécialistes ^b
Suisse	16	84
Allemagne	42	58
Autriche	32	68
UE25 (moyenne)	30	70

OCDE PANORAMA DE LA SANTÉ : EUROPE (2012) / LA VIE ÉCONOMIQUE

a Contient la catégorie «Autres médecins non spécifiés».

Nombre de médecins pour mille habitants (2010)

Suisse	3,8
Allemagne	3,7
Autriche	4,8
UE25 (moyenne)	3,4

OCDE PANORAMA DE LA SANTÉ : EUROPE (2012) / LA VIE ÉCONOMIQUE

¹ Voir Hostettler et al. (2013) et Hostettler et Kraft (2016).



KEYSTONE

place les prestataires du domaine ambulatoire face à de grands défis. La tendance à des modèles intégrés et surtout aux cabinets collectifs se poursuit. Les jeunes médecins insistent pour que leurs vies professionnelle et privée soient équilibrées. Ils veulent des horaires réguliers et un emploi sûr.

En Suisse, le débat politique se concentrant fortement sur le progrès médical et les coûts concomitants², les praticiens sont soumis à une pression croissante. On leur reproche de renchérir le système de santé, une opinion qui empreint l'agenda politique (voir *illustration*).

Cependant, qu'attend-on du médecin, l'un des prestataires essentiels du système de santé? À quelles incitations le corps médical est-il soumis? Quelles sont les options politiques? Enfin, que pensent les médecins? Il est nécessaire d'étudier ces questions d'un œil critique pour éviter que la politique tarifaire ne comporte des incitations inopportunes et assurer que la haute qualité des services de santé se maintienne au cours des années à venir.

Quel traitement prescrire? La tarification Tarmed incite actuellement les médecins à fournir plus de prestations que nécessaire.

Du travail pour les infirmiers praticiens ou les adjoints au médecin

Comparé au code de déontologie de la FMH, le droit public reste nettement plus général s'agissant de la répartition des tâches au sein du système de santé³. Par exemple, il décrit les compétences dévolues aux cantons, mais sans détailler à qui incombe les diverses tâches.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) énumère les prestataires susceptibles de décompter des prestations relevant de l'assurance obligatoire des soins⁴. Actuellement, elle ne mentionne pas les infirmiers praticiens («nurse practitioners») ni les adjoints au médecin («physician assistants»)⁵. Ces professionnels sont titulaires d'un diplôme supérieur. Ils sont capables par exemple de poser des diagnostics de manière autonome, de prescrire des soins et donc de soulager les médecins dans et hors de leurs tâches routinières. Aux États-Unis, ces deux métiers sont répertoriés depuis 2010 au titre de prestataire primaire, tout comme la profession de mé-

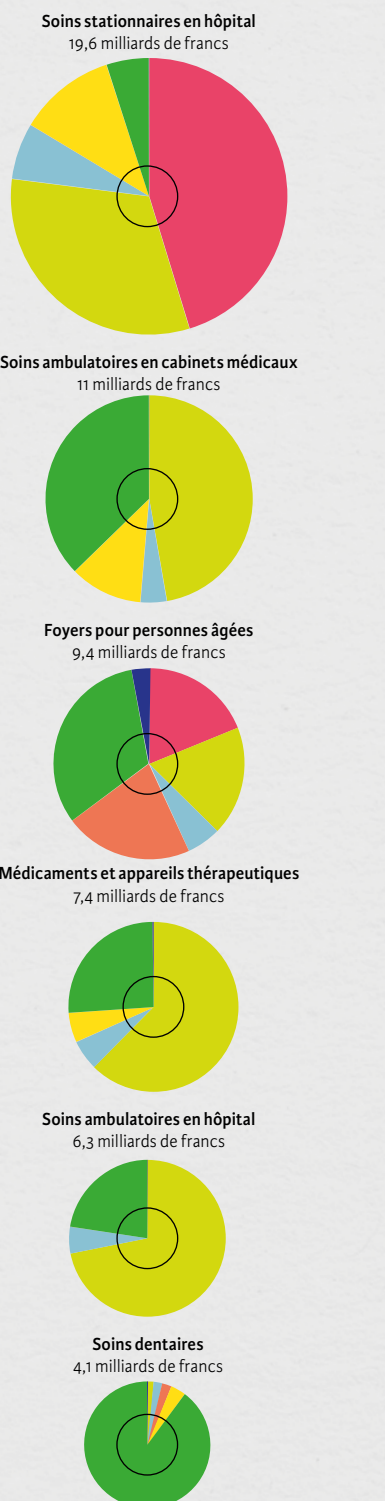
² Voir Nowotny (2012) et Anderegg (2015).

³ Landolt (2009).

⁴ LAMal, art. 35, al. 2.

⁵ Le titre d'adjoint au médecin s'est établi au Canada pour traduire «physician assistant».

Quelques dépenses de santé, selon le régime de financement, 2014



En 2014, 71,3 milliards de francs ont été dépensés. Seuls les six postes les plus coûteux figurent ici.

decin, dans l'Affordable Care Act. La propagation accélérée de ce genre de métiers dans d'autres pays montre combien leur rôle complémentaire est important. C'est ainsi qu'un programme est mené fructueusement depuis une dizaine d'années aux Pays-Bas pour palier à la pénurie de médecins qui menace ce pays⁶.

Le médecin en sait plus que son patient

Deux piliers essentiels du système suisse de santé, la liberté de choix du patient et la liberté thérapeutique du médecin⁷, engendrent un conflit économique fondamental. Par manque de connaissances techniques, le patient ne peut que difficilement évaluer à l'avance le traitement prévu par le médecin : il s'agit là d'un problème classique illustrant les relations entre principal et agent. Nombre de systèmes tarifaires, parmi lesquels Tarmed, le système suisse de facturation individuelle, présentent des incitations inopportunes à fournir des prestations au-delà de la voie thérapeutique efficace.

Si l'on associe cette situation aux asymétries du système tarifaire dans le domaine stationnaire, on peut aboutir à un déplacement des prestations. Cela signifie que la demande n'est pas induite par l'offre et que les prestations médicales ne dépendent pas seulement de leur nécessité, mais aussi de la disponibilité des médecins et des hôpitaux. Il n'est toutefois pas possible de mesurer le rôle que joue la densité de médecins, les preuves dépendant fortement du contexte⁸.

Médecins de famille et spécialistes au forfait par cas

Si l'objectif est de contrôler effectivement la chaîne des soins et de fournir efficacement les prestations, un financement qui dépend des prestations individuelles atteint rapidement ses limites. C'est pourquoi il est recommandé, là où c'est possible ou indiqué, de décompter également les prestations médicales ambulatoires sur la base des forfaits par cas liés au diagnostic (DRG) que l'on applique dans le secteur stationnaire.

Premièrement, cette disposition conduirait tout prestataire à limiter les dépenses au cadre pre-

⁶ Van den Driesschen et de Roo (2014).

⁷ Kieser et al. (2015).

⁸ Voir Crivelli et al. (2006), Busato et Kuenzi (2008), Widmer et al. (2009), Reich et al. (2012), Berlin et al. (2014). Vgl. Breyer et al. (2009).

scrit. Deuxièmement, elle permettrait de responsabiliser davantage le médecin, celui-ci préservant les intérêts matériels du patient⁹. La mesure réduit le problème de la relation principal-agent, tout en améliorant l'efficacité des ressources. En outre, elle permet une comparaison intersectorielle des prestations, de sorte que celles-ci sont fournies là où elles sont médicalement sensées et économiquement efficaces. Une telle intégration des services de santé serait en particulier essentielle pour les maladies non transmissibles.

À titre complémentaire, le versement d'une rémunération fixe par patient (« capitation ») permet de garantir les prestations de base, notamment dans les régions rurales. Des exemples dans d'autres pays, tels le Royaume-Uni, montrent que ces mesures sont efficaces et efficaces¹⁰. Les incitations liées au nombre de patients sont désavantageuses. En effet, si les médecins sont poussés financièrement à en avoir le maximum, sans tenir compte des résultats, la mesure est inefficace. On peut y remédier en gérant en conséquence les données : le dossier électronique du patient sera là pour cela. Le financement de telles mesures doit passer par la recherche d'un mécanisme de compensation entre le financement fiscal de la capitation et celui effectué par les caisses-maladie de

Tarmed. Dans ce contexte, afin d'éviter des mésallocations, il faut aborder le thème du financement dual fixe ou du monisme applicable à tous les services de santé, ce qui implique de conserver un seul payeur pour les mêmes prestations. Selon les prestations visées, il pourrait s'agir soit des cantons, soit des assureurs.

Des budgets d'innovation ménagés dans le système tarifaire offrent la possibilité de mettre en œuvre, de manière ciblée, de nouvelles idées pour réduire les coûts. Pensons par exemple aux modèles de rémunération à la performance (« pay for performance »), où des éléments de facturation et de traitement sont associés à la rémunération¹¹. Pour les médecins de premier recours, cette approche pourrait signifier que le tarif Tarmed actuellement applicable prévoit des positions forfaitaires pour les soins apportés aux malades chroniques plutôt que la facturation de prestations individuelles. Par exemple, pour les diabétiques, il en résulterait que les prestations seraient assurées par un professionnel et non pas d'emblée par le médecin. Concrètement, ce dernier prescrirait la voie à suivre et déléguerait les tâches correspondantes à une « équipe diabète » assignée à un objectif.

Les incitations devraient être fixées différemment pour les spécialistes. Elles pourraient

9 Breyer et al. (2009).

10 Gravelle et Masiero (2000).

11 Porter (2010).



Aux États-Unis, les infirmières praticiennes épaulent le médecin de famille.

être conçues par analogie au tarif DRG dans le domaine stationnaire, tel qu'il est appliqué par exemple pour les arthroscopies ou pour les cathétérismes cardiaques. On pourrait, en outre, examiner l'idée d'un budget qui tienne compte la structure de risque de la patientèle.

Cependant, des économies sur les coûts supposent une condition essentielle: lorsque de nouvelles procédures sont introduites dans le système tarifaire, il faudrait que les anciens éléments moins efficaces disparaissent ou, à tout le moins, qu'ils perdent de leur intérêt en termes de technique tarifaire.

L'obligation de contracter n'est pas pertinente

L'obligation de contracter entre caisses-maladie et médecins fait souvent l'objet de critiques dans la discussion actuelle. Ainsi, les assureurs ne pourraient guère remplir leur devoir légal de surveillance¹², car les mécanismes de sanction sont limités et plutôt de nature administrative. Il faut en l'occurrence, du point de vue légal, soit une interprétation plus stricte, soit de nouvelles incitations (p. ex. en améliorant la qualité tout au long de la chaîne de soins). La gestion par cas et les réseaux de soins sont des approches qui ont fait leurs preuves. Dans le cadre de ces changements systémiques qui repositionnent d'avantage le médecin sur son activité essentielle, la liberté bilatérale de contracter ne peut plus être un tabou.

Des mécanismes comme l'évaluation des technologies de la santé permettent de procéder

à des aménagements équitables. De telles estimations des effets supposent une évaluation systématique des technologies médicales, des procédures et des structures organisationnelles. Elles mettent l'accent non pas sur les prestations individuelles, mais sur leur plus-value au long du cheminement du patient. Un tel modèle peut aussi s'avérer utile dans des questions délicates, comme le nombre limité de grands appareils ou le contingentement des médecins¹³.

Le dernier point met en évidence l'importance que revêt une base de données solide. Or, la Suisse ne dispose malheureusement à ce stade que de données très lacunaires, en particulier dans le domaine ambulatoire. À cet effet, une prise de conscience doit avoir lieu parmi les médecins établis, car une orientation fondée sur les faits représente une chance pour l'onéreux système suisse de santé. Une telle orientation doit être encouragée.

¹² Art. 76 OAMal.
¹³ Breyer et al. (2009, p. 345) pour une discussion apparentée.



Stefan Boes

Professeur en économie de la santé et directeur du Center for Health, Policy and Economics, université de Lucerne

Christoph Napierala

Collaborateur scientifique et doctorant, Center for Health, Policy and Economics, université de Lucerne; Siemens Healthcare, Zurich

Bibliographie

Andereg S., «Eklart wegen Kosten der Spezialärzte», *Tagesanzeiger (Region, News Zürich)*, juillet 2015.
Berlin C., Busato A., Rosemann T., Djalali S. et Maessen M., «Avoidable Hospitalizations in Switzerland: A Small Area Analysis on Regional Variation, Density of Physicians, Hospital Supply and Ruralities», *BMC Health Services Research*, vol. 14, 2014, pp. 289ss.
Breyer F., Zweifel P. et Kifmann M., *Gesundheitsökonomik*, Berlin, 2009, Springer Gabler.
Busato A. et Kuenzi B., «Primary care physician supply and other key determinants of health care utilisation: The case of Switzerland», *BMC Health Services Research*, vol. 8 (8), 2008, pp. 1–8.

Crivelli L., Filippini M. et Mosca I., «Federalism and regional health care expenditures: An empirical analysis for the Swiss cantons», *Health Economics*, vol. 15, 2006, pp. 535–541.
Gravelle H., Masiero G., «Quality Incentives in a Regulated Market with Imperfect Information and Switching Costs: Capitation in General Practice», *Journal of Health Economics*, vol. 19 (6), 2000, pp. 1067–1088.
Hostettler S., Laffranchi R. et Kraft E., «Taux d'occupation des médecins en Suisse», *Bulletin des médecins suisses*, vol. 94 (50), 2013, pp. 1891–1895.

Hostettler S. et Kraft E., «L'importance de l'immigration pour le système de soins», *Bulletin des médecins suisses*, vol. 97(12–13), 2016, pp. 448–453.
Kieser U., Oggier W. et Bühler A., *Tarif und Tarifanpassung in der Krankenversicherung*, Berne, 2015, Stämpfli.
Landolt H., *Öffentliches Gesundheitsrecht – Public Health Law*, 1re éd. Zurich/Saint-Gall, 2009, Dike Verlag.
Nowotny S., «Untersuchungen nehmen zu: Teure Check-Ups in der Röhre», *Neue Zürcher Zeitung*, décembre 2012.
Porter M. E., «What Is Value in Health Care?», *New England Journal of Medicine*, vol. 363 (26), 2010, pp. 2477–2481.

Reich O., Weins C., Schusterschitz C. et Thoeni M., «Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence», *European Journal of Health Economics*, vol. 13, 2012, pp. 193–202.
Van den Driesschen Q. et de Roo F., «Physician assistants in the Netherlands», *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, vol. 27 (9), 2014, pp. 10–11.
Widmer M., Matter P., Staub L., Schoeni-Affolter F. et Busato A., «Regional Variation in Orthopedic Surgery in Switzerland», *Health & Place*, vol. 15 (3), 2009, pp. 791–798.