

# Evaluation des mécanismes incitant ou limitant le nombre d'interventions chirurgicales

## Office fédéral de la santé publique

### L'essentiel en bref

---

La croissance des coûts de la santé est une source de préoccupation importante de la population et du monde politique. Entre 2013 et 2018, les dépenses annuelles ont augmenté de 3 % pour franchir la barre des 80 milliards de francs. Le Conseil fédéral multiplie les interventions dans l'assurance-maladie pour maîtriser cette évolution. Selon un groupe d'experts mandaté par la Département fédéral de l'Intérieur (DFI), il existerait un potentiel d'économie de quelque 20 % des dépenses.<sup>1</sup>

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a vérifié si les prestations médicales remboursées par l'assurance-maladie sont efficaces, adéquates et économiques (critères légaux EAE). En d'autres termes, s'il existe des incitations financières à produire des prestations au-delà du nécessaire et si ces incitations sont bien maîtrisées. Pour cela, le CDF a examiné trois prestations chirurgicales : l'angioplastie élective (pose de stents), l'ablation de la prostate ainsi que la cyphoplastie / vertébroplastie en cas de tassement des vertèbres. En 2017, le coût de ces interventions frôlait 250 millions de francs, elles concernaient près de 20 000 patients.

Dans cette évaluation, le CDF émet huit recommandations à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique. Elles visent à renforcer la connaissance des interventions chirurgicales problématiques et à améliorer les règles présentes dans le catalogue délimitant les prestations non remboursées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), ainsi que leur surveillance. Le catalogue des prestations reste le moyen d'action de la Confédération le mieux à même de réguler le recours aux interventions chirurgicales qui ne respectent pas les critères EAE. Enfin, le CDF déplore la rareté des études portant sur les effets des différents mécanismes incitatifs dans ce domaine.

#### **Des incitations financières importantes aux effets peu connus**

Des incitations financières existent dans le système de l'assurance-maladie. La plus importante d'entre elles résulte du lien entre la rémunération des médecins et les revenus du traitement de patients bénéficiaires d'assurances complémentaires. Le CDF a observé une rémunération quatre fois plus élevée dans le cas d'une prostatectomie radicale réalisée sur un patient privé. En cas d'intervention non nécessaire incitée par une rémunération privée élevée, l'assurance de base est aussi impactée puisqu'elle rembourse plus de la moitié du montant fixé par le tarif admis légalement.

Dans un système de marché, tous les hôpitaux doivent dégager des marges bénéficiaires et assurer ainsi leurs investissements. De plus, les hôpitaux privés doivent garantir la rémunération de leurs propriétaires, d'où des objectifs financiers bien supérieurs au secteur public. Ces stratégies génèrent une pression économique indirecte sur les médecins. Ainsi, les facteurs financiers influencent clairement le mode de prise en charge de l'angioplastie en incitant à opérer en ambulatoire les patients en assurance de base, alors que les patients privés le sont en stationnaire.

---

<sup>1</sup> Département fédéral de l'intérieur (2017), Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

Il y a peu, le Conseil fédéral a décidé d'agir contre ce type d'incitations financières. Il propose par voie d'ordonnance de retirer d'ici à 2025 les mandats aux hôpitaux avec des incitations financières inadéquates. Ce premier pas important doit être concrétisé.

### **Des différences de prix incompréhensibles pour le matériel à usage courant et les implants**

Le CDF a constaté que le même stent (angioplastie) pouvait être facturé à la LAMal à des prix variant de 1200 à 3500 francs, en toute opacité. L'enjeu se chiffre pourtant en plusieurs dizaines de millions de francs.

En ambulatoire, les fournisseurs ne sont pas incités à négocier des prix intéressants, car ils peuvent répercuter le prix d'achat à l'assurance-maladie. La recommandation du surveillant des prix de recourir aux importations parallèles paraît peu appliquée. Il existe aux yeux du CDF un manque de transparence dans ce domaine.

### **Absence de contrôle des indications par les acteurs institutionnels**

Avec le catalogue de prestations, la Confédération dispose d'un instrument pour limiter la prise en charge par la LAMal de certaines prestations ne remplissant pas les critères EAE. Comme il ne couvre qu'un nombre très réduit de prestations chirurgicales, cet instrument ne joue actuellement qu'un rôle marginal. Par ailleurs, les assureurs peinent à contrôler le respect de certaines limitations, ce qui réduit encore davantage la portée pratique de cet outil.

Les assureurs sont censés contrôler que les prestations individuelles facturées à la LAMal remplissent les conditions fixées par la loi. Or, ces derniers n'ont quasiment pas la possibilité de vérifier la pertinence des indications médicales. Leur activité de contrôle porte avant tout sur la conformité de la facturation des traitements.

Les cantons imposent aux hôpitaux, souvent de manière détaillée, des procédures visant à garantir la qualité des prestations médicales. Ils n'accordent par contre que peu d'attention au contrôle de la nécessité médicale des prestations dans les cas d'espèce.

### **L'autorégulation, des mesures de portée inégale**

Le contrôle de la qualité des indications médicales se déroule au niveau des fournisseurs, des médecins et des hôpitaux. Tous les hôpitaux visités par le CDF avec des médecins salariés connaissent des dispositifs délibératifs lors de la pose des indications. Ces systèmes sont le plus souvent élaborés à l'initiative des médecins. Ils prennent des formes très différentes dans les institutions et ne sont pas toujours obligatoires. Ils sont plus rares dans les cliniques, l'indication reposant alors plus souvent sur l'appréciation d'un seul médecin.

Les sociétés médicales jouent aussi un rôle essentiel dans l'harmonisation de la pratique médicale. Elles élaborent des recommandations et en assurent leur diffusion. Si ces recommandations sont de qualité, bien établies et font l'objet d'une large adhésion dans la communauté des spécialistes, elles parviennent à réduire de manière claire la variabilité de la pratique médicale. C'est le constat établi par le CDF dans cette évaluation.

La qualité de l'information reçue par le patient lors du choix des traitements est centrale, car c'est lui qui décide au final. Les retours des patients montrent une situation plutôt positive mais aussi leur dépendance par rapport au médecin. Un second avis médical paraît alors constituer un outil judicieux pour valider les choix. Il n'existe malheureusement aucune information sur sa fréquence, ses modalités et ses effets.