

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Stéphane Montangero et consorts au nom du groupe socialiste - Moratoire concernant l'implémentation des nouveaux médecins : nous avons un besoin urgent de savoir où nous allons !

Rappel de l'interpellation

Le 18 décembre dernier, la majorité UDC-PLR du Conseil national a torpillé lors du vote final, sans un mot d'explication, un projet de loi qui visait à prolonger la possibilité pour les cantons de limiter l'installation de nouveaux médecins en provenance de l'Union européenne, alors que pas moins de 18 cantons en font usage à satisfaction. Depuis les accords de libre circulation, tout médecin issu d'un pays membre de l'UE voit en effet ses titres automatiquement admis en Suisse. Seule une clause du besoin, laissée à l'appréciation des cantons, permet donc d'éviter l'installation illimitée de spécialistes européens attirés dans une large mesure par des tarifs médicaux élevés.

Au cours des 12 dernières années, nous n'avons vécu qu'une seule courte période de 18 mois sans clause du besoin, entre janvier 2012 et juin 2013. Au cours de ces 18 mois, les installations de spécialistes dans les villes vaudoises ont plus que doublé, générant un rebond des coûts jusque-là bien maîtrisés. Or la droite, à l'instigation des assureurs, vient d'interdire cet unique moyen de régulation qu'elle avait dû accepter de réintroduire en catastrophe il y a moins de 3 ans. Cela corrobore la moyenne établie par SantéSuisse, selon laquelle chaque nouveau spécialiste installé sur le territoire coûte en moyenne 500 000 francs de plus à la LAMal et est donc au final à la charge des assuré-e-s.

Depuis, malgré les nombreuses protestations émises tant par des ministres cantonaux ce la santé que par diverses associations de défense des assuré-e-s, les professionnels de la santé, nous avons droit à de grandes déclarations pour indiquer, à l'instar de la vice-présidente du PLR Suisse Isabelle Moret, que " Il ne faut pas craindre son abandon, qui n'aura pas les effets catastrophiques annoncés par certains. " Enfin, on sent, derrière les solutions abracadabrantesques qui sont présentées, la volonté d'aller vers la suppression du libre choix du médecin, cette mal-nommée " liberté de contracter ", vision des assureurs.

Dans ce contexte tendu, la population a besoin de réponses claires à quelques questions simples, à commencer par le droit de savoir si la décision du Conseil national, pour autant que rien ne change dans les prochains mois sous la coupole, aura des effets sur les coûts de la santé, respectivement sur les primes d'assurance-maladie.

Nous posons donc les questions suivantes au Conseil d'Etat :

- 1. Quelles sont les marges de manœuvre du canton pour pallier le manque de cet outil de régulation utilisé jusqu'à présent ?*
- 2. Quelles seront les conséquences financières ou autres pour les assuré-e-s vaudois dès juillet prochain ?*

3. *Doit-on prévoir une hausse substantielle des primes 2017 ? Si oui, quels seront les coûts pour les assuré-e-s, tant en moyenne que pour les maxima ? Ainsi que pour le canton et/ou les communes ?*
4. *Les fossoyeurs du moratoire présentent comme solution " miracle " une révision profonde des tarifs médicaux qui tiendrait compte de la densité médicale variable des spécialistes sur le territoire. Comment le Conseil d'Etat apprécie-t-il cette proposition ?*

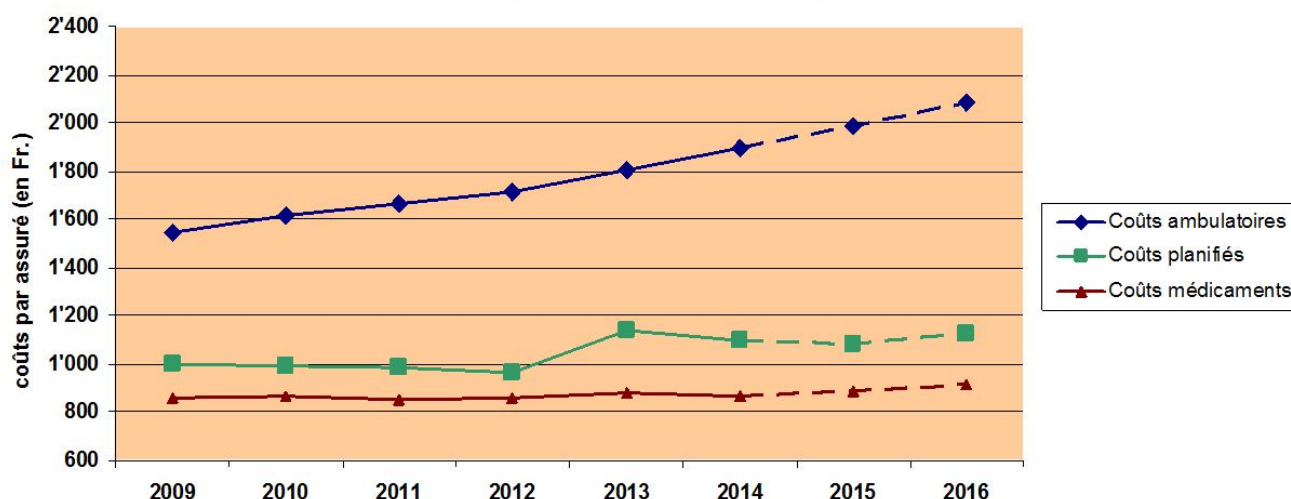
Nous remercions d'avance le Conseil d'Etat pour ses réponses rapides.

Réponse du Conseil d'Etat

1 PRÉAMBULE

Le Conseil d'Etat est soucieux de faire tout ce qui est en son pouvoir pour maîtriser l'évolution des coûts de la santé et, partant, les coûts à la charge des assuré-e-s du canton, ainsi que les coûts à la charge des contribuables. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, ses efforts en la matière ont permis de contenir la croissance des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les domaines soumis à sa planification, alors que l'évolution a été plus marquée dans les domaines hors planification, à savoir en particulier le domaine ambulatoire :

VD: dépenses domaines soumis à planification et dépenses pour l'ambulatoire



S'agissant du domaine ambulatoire, le canton de Vaud fait partie des cantons qui ont utilisé la possibilité de limiter le nombre de médecins autorisés à facturer à charge de l'AOS dès que cette possibilité a été introduite dans la LAMal, en 2002. Le Conseil d'Etat a en effet d'emblée estimé qu'il s'agissait d'une possibilité intéressante offerte aux cantons pour tenter de maîtriser l'évolution de l'offre dans ce domaine.

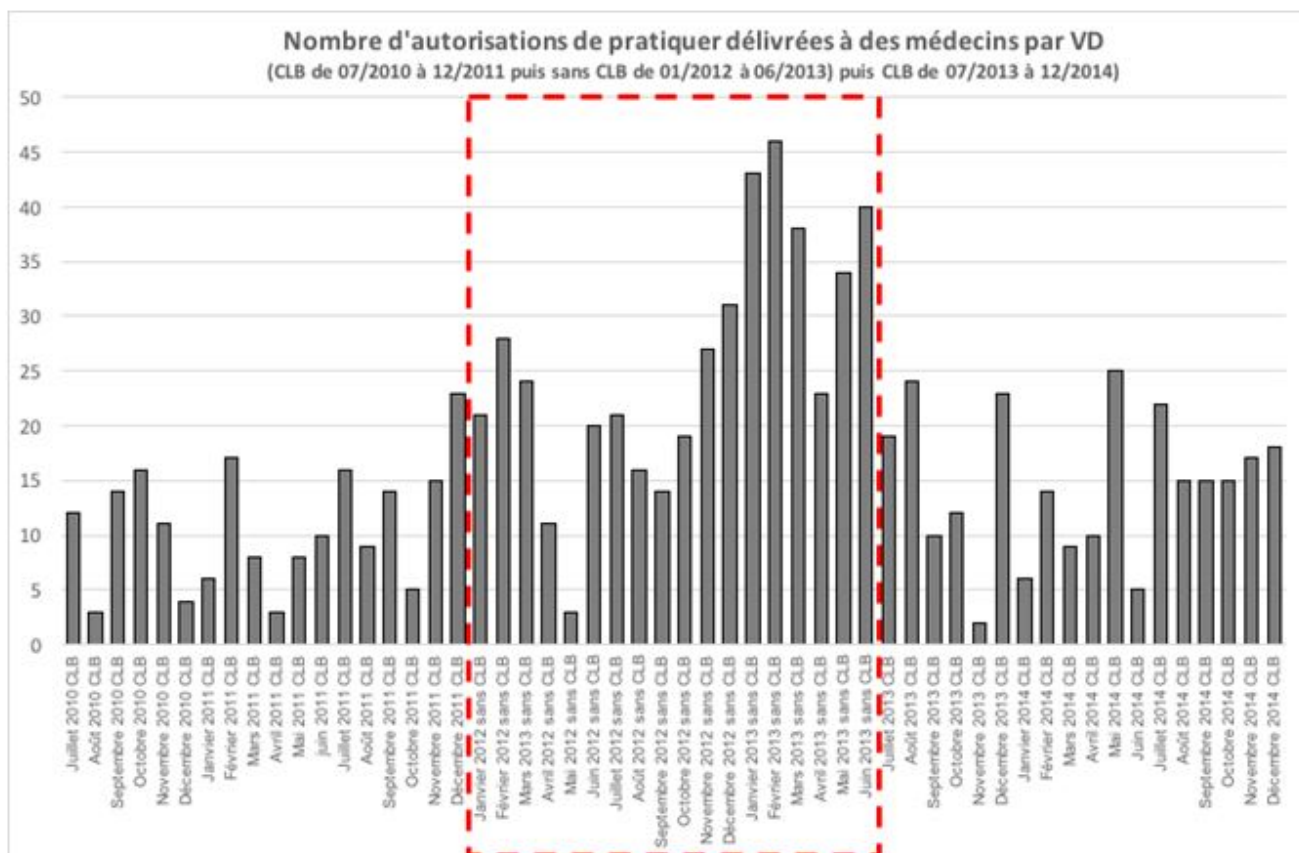
Les expériences réalisées depuis lors ont démontré qu'il ne s'agissait pas que d'une hypothèse. Autrement dit, durant les périodes où cette disposition était en vigueur, l'application de l'article 55a LAMal a permis de limiter le nombre de médecins qui se sont installés dans le canton de Vaud. A l'inverse, les installations ont fortement cru lorsque le moratoire a été provisoirement levé, de janvier 2012 à juin 2013.

Ainsi, en 2010 et 2011, lorsque le moratoire était appliqué, le nombre d'autorisations de pratiquer délivrées à des médecins s'est élevé en moyenne à 11 par mois. Durant les mois où le moratoire était levé, cette moyenne était de 26 par mois.

Le Conseil d'Etat est donc satisfait que le moratoire ait été réintroduit en 2013, même sous une forme plus allégée. L'article 55a LAMal réintroduit en 2013 et applicable jusqu'au 30 juin 2016 prévoit en effet que les médecins qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas soumis à la preuve du besoin, alors qu'une

telle exception générale n'existait pas auparavant. Dans ce contexte, les médecins qui se sont installés dans le canton de Vaud ont été en moyenne de 15 par mois de juillet 2013 à décembre 2014.

Le graphique ci-dessous illustre cette évolution :

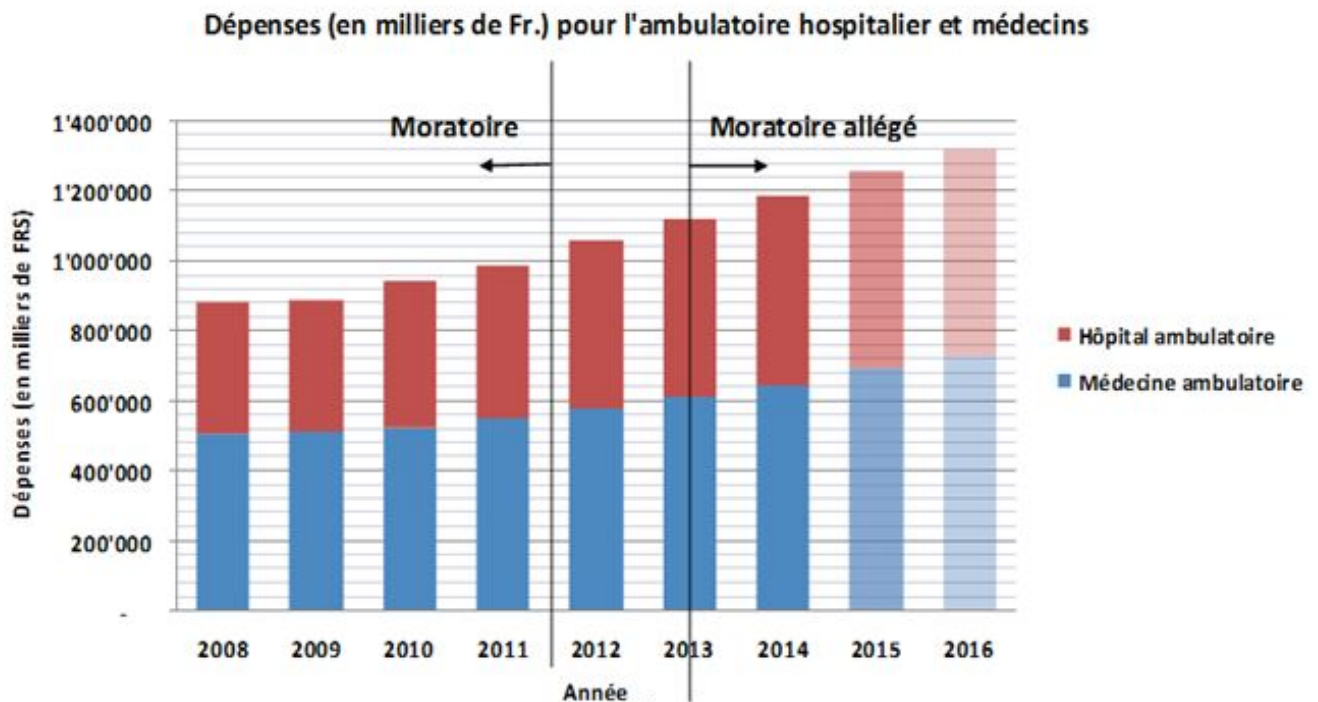


Le Conseil d'Etat relève également que l'application du moratoire a permis de contenir non seulement le nombre total d'installations, mais également les installations de médecins spécialistes, ainsi que de médecins titulaires d'un diplôme étranger. En effet, durant les phases d'application du moratoire, le nombre de spécialistes qui se sont installés s'est élevé à 10 par mois, alors qu'il était presque de 17 entre janvier 2012 et juin 2013. De même, les médecins titulaires de diplôme étranger étaient en moyenne 6.6 par mois à s'installer lorsque la clause du besoin était en vigueur, contre 10.6 lorsqu'elle ne l'était pas.

Sous l'angle des coûts, il n'existe pas à la connaissance du Conseil d'Etat d'étude scientifique déterminant le coût résultant pour l'AOS de l'installation de chaque nouveau médecin. Le chiffre de CHF 500'000.- a souvent été évoqué à ce propos, notamment par le chef du Département fédéral de l'intérieur, ainsi que par la principale association faîtière des assureurs-maladie (santésuisse). Pour le Conseil d'Etat, ce chiffre, qui n'a pas été contesté, apparaît comme plausible. En effet, le revenu médian assujéti à l'AVS des médecins indépendants s'élève à environ CHF 200'000.- selon les données publiées par la FMH. Si l'on tient compte d'une marge brute d'environ 50% et donc de charges d'environ 200'000.- également, le chiffre d'affaires des médecins, qui correspond au montant facturé au titre de la LAMal, s'élève à environ CHF 400'000.-. Ce montant correspond au demeurant à celui publié en 2006 par la fiduciaire Favre sur la base des résultats de quelque 225 cabinets indépendants qu'elle comptait parmi sa clientèle. Ainsi, on peut admettre que chaque nouveau médecin qui s'installe induit un montant de facturation à la LAMal de l'ordre de CHF 400'000 à CHF 500'000.- en moyenne.

L'installation de nouveaux médecins a donc un impact sur les coûts à la charge de l'AOS. L'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire tels que vécus ces dernières années dans le canton de Vaud

illustre cet impact, selon que l'on se situe dans une période avec ou sans moratoire. Ainsi, le graphique ci-dessous montre que si la hausse annuelle moyenne des coûts du secteur ambulatoire (hôpital et médecins) était de + 3.8% sur la période 2009-2011, elle s'est élevée à + 6.4% sur la période 2012-2014.



Si l'on entre dans le détail de l'évolution de chacun de ces deux sous-secteurs, on constate, selon le monitoring des coûts établi par l'Office fédéral de la santé publique, que les coûts AOS par assuré pour la médecine ambulatoire ont évolué dans le canton de Vaud en moyenne d'un peu moins de + 3% entre 2009 et 2011, de + 3,6% entre 2011 et 2013, puis de nouveau de + 3% en 2014. S'agissant des coûts de l'ambulatoire hospitalier, ils ont augmenté de + 5.1% entre 2009 et 2011, de + 6.5% entre 2011 et 2013, et de + 2.8% en 2014. Même si la période observée est courte, ces chiffres donnent des indications sur l'impact d'une limitation du nombre des médecins sur les coûts la charge de l'AOS. Ils ne permettent en outre pas d'affirmer qu'une limitation de l'activité ambulatoire des médecins se traduit automatiquement par un transfert de coûts vers l'ambulatoire hospitalier. Ils montrent en revanche que le secteur de l'ambulatoire hospitalier connaît une croissance forte, plus forte que celle de la médecine ambulatoire (les coûts AOS par assuré de l'ambulatoire hospitalier sont plus élevés que ceux de la médecine ambulatoire depuis 2013), et que des mesures visant à contenir cette croissance sont indispensables.

Sur la base de ce qui précède, le Conseil d'Etat est préoccupé de l'évolution des coûts de l'entier du secteur ambulatoire et soutient toutes les mesures permettant de maîtriser cette évolution. Il est ainsi en particulier favorable à l'introduction d'une solution pérenne permettant de réguler l'installation de médecins et ne peut que vivement déplorer la décision du Conseil national du 18 décembre dernier. En l'état, aucune solution de rechange n'existe. Cette décision risque donc d'entraîner une situation de vide, durant laquelle l'offre ambulatoire ne serait soumise à aucune limite quelle qu'elle soit. Le Conseil d'Etat soutient les discussions en cours visant à éviter un tel vide dès le mois de juillet, qui ne manquerait pas de se répercuter sur les coûts et, partant, sur les primes des Vaudoises et des Vaudois. Si ces discussions devaient ne pas aboutir, il continuerait à utiliser toute la marge de manœuvre à sa disposition au niveau cantonal pour essayer de maîtriser l'évolution de l'offre ambulatoire.

Le Conseil d'Etat répond aux réponses aux questions de l'interpellateur comme il suit :

2 QUESTION 1 : QUELLES SONT LES MARGES DE MANŒUVRE DU CANTON POUR PALLIER LE MANQUE DE CET OUTIL DE RÉGULATION UTILISÉ JUSQU'À PRÉSENT ?

En l'absence d'une disposition fédérale dans ce sens, l'instauration au niveau cantonal d'une clause générale du besoin limitant pour tous les médecins la possibilité de pratiquer à charge de l'AOS se heurterait à l'absence de compétence des cantons dans ce domaine. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat rappelle les principales mesures qu'il a déjà prises dans le domaine ambulatoire. Il a ainsi soumis au Grand Conseil, qui l'a accepté, un projet de décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds. Ce décret est entré en vigueur le 15 décembre 2015 et soumet à autorisation depuis cette date toute mise en service d'un nouvel équipement figurant sur la liste fixée par le Grand Conseil dans le décret, aussi bien dans le domaine hospitalier qu'en ambulatoire. Avec ce décret, l'Etat s'est doté d'un instrument permettant d'assurer une évolution maîtrisée des équipements lourds.

Le Grand Conseil a également accepté, sur proposition du Conseil d'Etat et sur le modèle de la clause du besoin fédérale, d'introduire dans la loi sur la santé publique un article 76a qui permet au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), sur préavis de l'association professionnelle cantonale, de limiter par spécialité ou par région le nombre de médecins autorisés à pratiquer à titre dépendant. Selon l'évolution du contexte fédéral, le DSAS entend désormais utiliser cette possibilité.

Si un vide de régulation de l'offre ambulatoire devait se présenter au mois de juillet, le Conseil d'Etat, au-delà des dispositions déjà prévues et rappelées ci-dessus, continuera à utiliser la marge de manœuvre à sa disposition et approfondira en particulier l'examen des pistes suivantes :

- Inscription dans un règlement du Conseil d'Etat ou une directive du DSAS de l'obligation pour tout médecin d'effectuer un stage préalable à l'hôpital afin d'être en mesure, le moment venu, de participer à la garde médicale hospitalière conformément à l'article 91b LSP ;
- Renforcement de l'exigence d'un plan concret d'installation pour obtenir une autorisation de pratiquer dans le canton (adresse effective à transmettre, copie du bail à remettre, ...) ;
- Utilisation de la possibilité donnée par l'article 37 LPMéd de soumettre chaque fois que possible les autorisations de pratiquer à titre indépendant à des restrictions temporelles (en particulier autorisation à durée limitée) ou géographiques (par exemple limitation à une commune ou un district en cas d'offre de soins médicaux insuffisante) ;
- Exigence de connaissances nécessaires du français dès que la nouvelle version de l'article 36 alinéa 1er LPMéd adoptée le 20 mars 2015 sera en vigueur ;
- Mise en place, sous l'égide du DSAS, de contrôles portant sur l'indication médicale de certaines prestations dispensées, afin de vérifier leur pertinence.
- Incitation à la réduction de la valeur du point TARMED auprès des partenaires tarifaires.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'ambulatoire hospitalier, le Conseil d'Etat fera part de ses réflexions au Grand Conseil dans sa réponse au postulat Haury qui vient de lui être renvoyé.

3 QUESTION 2 : QUELLES SERONT LES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES OU AUTRES POUR LES ASSURÉ-E-S VAUDOIS DÈS JUILLET PROCHAIN ?

Il est difficile d'isoler l'effet sur les coûts à la charge de l'AOS résultant uniquement de l'éventuel abandon du moratoire par rapport à l'ensemble des facteurs d'évolution des coûts. Cela étant, sur la base de l'expérience passée et des chiffres fournis en préambule, le Conseil d'Etat s'attend à ce que, globalement, les coûts à la charge de l'AOS pour le domaine ambulatoire (hôpital et médecins) poursuivent en 2017 leur progression à hauteur d'environ 6%. Une telle augmentation représenterait une hausse d'environ CHF 100.- des coûts par assuré et donc, globalement, une augmentation de CHF 70'000'000.- à CHF 80'000'000.- pour tout le canton.

Au-delà de ces éléments financiers, l'augmentation sans limite du nombre de fournisseurs de prestations devrait avoir des impacts sur la qualité des prestations fournies. En effet, plus il y a des fournisseurs de prestations et plus il y a de prestations fournies, plus le risque est grand que se multiplient des prestations fondées sur des motifs économiques, mais pas forcément justifiées d'un point de vue médical. Autrement dit, plus l'offre est pléthorique, plus elle génère des prestations et examens inutiles et potentiellement délétères pour les patients. Cette question de la fourniture de soins inappropriés prend de plus en plus de place dans le débat public. Elle a ainsi notamment fait l'objet de la 3^{ème} Conférence nationale mise en place par la Confédération dans le cadre de sa stratégie Santé 2020. Le Conseil d'Etat est sensible à cette question et soutient toutes les mesures qui pourront être mises en œuvre pour améliorer la situation, à l'initiative des professionnels eux-mêmes (contrôle par les pairs, guidelines, ...), voire également par la mise en place de contrôles sous l'égide du DSAS (cf. réponse à la question n° 1 ci-dessus).

4 QUESTION 3 : DOIT-ON PRÉVOIR UNE HAUSSE SUBSTANTIELLE DES PRIMES 2017 ? SI OUI, QUELS SERONT LES COÛTS POUR LES ASSURÉ-E-S, TANT EN MOYENNE QUE POUR LES MAXIMA ? AINSI QUE POUR LE CANTON ET/OU LES COMMUNES ?

Comme relevé dans la réponse à la question n° 2 ci-dessus, il est difficile d'isoler le seul effet lié à l'abandon éventuel du moratoire. *A priori*, si l'évolution des coûts du secteur ambulatoire se poursuit en 2017 au rythme des années précédentes, soit à environ 6%, l'augmentation totale des coûts dans ce secteur au niveau cantonal serait de l'ordre de CHF 70'000'000.- à CHF 80'000'000.-. Les primes étant fondées sur les coûts, l'impact sur les primes devrait être du même ordre de grandeur. Dans cette hypothèse, et si les subsides étaient adaptés à cette augmentation de primes, l'impact pour les pouvoirs publics, via les subsides de primes, pourrait être d'environ CHF 20'000'000.-, dont la moitié à la charge des communes, l'autre moitié étant assumée par l'Etat.

5 QUESTION 4 : LES FOSSOYEURS DU MORATOIRE PRÉSENTENT COMME SOLUTION " MIRACLE " UNE RÉVISION PROFONDE DES TARIFS MÉDICAUX QUI TIENDRAIT COMPTE DE LA DENSITÉ MÉDICALE VARIABLE DES SPÉCIALISTES SUR LE TERRITOIRE. COMMENT LE CONSEIL D'ETAT APPRÉCIE-T-IL CETTE PROPOSITION ?

S'agissant des tarifs médicaux, le Conseil d'Etat estime qu'une révision profonde de la structure tarifaire TARMED est indispensable. Cette révision, qui ne relève pas de sa compétence, a déjà été lancée il y a de nombreuses années au niveau fédéral, mais ne semble malheureusement pas prête d'aboutir, tant les intérêts en présence sont contradictoires.

Du point de vue cantonal, la seule intervention possible touche la valeur du point TARMED. Les partenaires tarifaires et le Conseil d'Etat en dernier recours peuvent en effet revoir à la baisse cette valeur du point afin de maîtriser l'augmentation des coûts des prestations ambulatoires à charge de l'AOS. Mais une telle baisse générale de la valeur du point ne permettrait aucune nuance et frapperait de la même manière tous les prestataires concernés. Une action plus fine permettant de différencier la valeur du point selon les spécialités ou selon les régions serait donc plus intéressante, mais elle paraît exclue en l'état actuel de la LAMal. Le Conseil d'Etat est favorable à une révision de cette loi qui permette une intervention plus différenciée, tout en étant conscient des limites d'une telle approche. En effet, il ne faut pas perdre de vue les écarts actuellement existants dans le prix d'une consultation auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste entre la Suisse et la France, qui vont aujourd'hui du simple au double, voire au triple ou même quadruple. Pour être dissuasive, une telle approche devrait donc conduire à une très forte diminution de la valeur du point. En outre, une telle baisse forte de la valeur du point inciterait d'autant plus les prestataires à multiplier les actes pour garantir leur niveau de revenu, comme on a pu le constater lorsque le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence

subsidaire de révision la structure TARMED.

Aussi, le Conseil d'Etat est convaincu qu'il faut essayer de maîtriser l'évolution de l'offre de soins, notamment dans le domaine ambulatoire, par un catalogue de mesures. Il ne s'agit donc pour lui pas d'opposer la prolongation du moratoire à une action sur les tarifs, mais de combiner les deux types de mesures, en agissant en parallèle sur la multiplication des actes non justifiés d'un point de vue médical.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 17 février 2016.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean