



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 1 | 2019

Un tigre de papier risque de voir le jour

Peu d'intérêt pour une garantie de la qualité efficace



Créer enfin la transparence

De nombreux fournisseurs de prestations voient rouge lorsqu'il est question de mesurer et de divulguer la qualité de leurs prestations. De toute évidence, la transparence ne pourra être obtenue qu'avec de nouvelles bases légales. Mais si celles-ci ne portent pas leurs fruits, on ne disposera pas de données pour comparer la qualité et les patients en feront les frais. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Une nouvelle proposition de la Commission de la santé du Conseil des Etats fait obstacle à une application systématique des mesures de garantie de la qualité.

Dans le domaine ambulatoire en particulier, il n'a pas été possible jusqu'à présent de mettre en œuvre de manière standardisée les programmes de qualité exigés par la loi.

Le Conseil national a voulu remédier à cette situation insatisfaisante lors de la session d'été 2018 en créant les conditions pour imposer enfin des mesures de garantie de la qualité dans toute la Suisse.

Perdre 20 années de plus?

En début d'année, la Commission de la santé du Conseil des Etats (CSSS-E) a mis en consultation un nouveau modèle de garantie de la qualité qui, de l'avis de santésuisse, ne réunit pas les conditions requises d'une solution efficace.

La proposition prévoit une organisation basée uniquement sur les contrats de qualité entre les partenaires tarifaires, bien que cette approche n'ait apporté aucun résultat depuis vingt ans.

Le corps médical est parvenu jusqu'à présent à contrer toutes les tentatives d'ancrer des mesures de qualité contraignantes dans les conventions tarifaires – et il devrait privilégier le statu quo à l'avenir, avec ou sans organisation pour la qualité.

Il incombe donc toujours au Parlement de créer le cadre juridique d'une véritable concurrence en matière de qualité. •

SOMMAIRE

Concurrence en matière de qualité	2
Pilotage des admissions	3
En bref	4

Concurrence en matière de qualité dans le secteur de la santé



La balle est dans le camp des fournisseurs de prestations, des assureurs-maladie et des politiques

Comme le prévoient la loi et l'ordonnance, les fournisseurs de prestations et leurs associations sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre des mesures de garantie de la qualité – avec le concours impératif des assureurs-maladie.

Les fournisseurs de prestations ambulatoires n'ont toujours rien entrepris pour garantir une mesure de la qualité standardisée et systématique permettant d'identifier une qualité défailante et des traitements superflus. La situation est en revanche tout autre dans le secteur hospitalier stationnaire, où l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est déjà très avancée en ce qui concerne les mesures requises.

Cela permet de faire des comparaisons de la qualité afin que le patient dispose d'informations pertinentes avant de choisir un hôpital.

Imposer des mesures de la qualité dans toute la Suisse

Le bon fonctionnement d'une concurrence en matière de qualité suppose impérativement que l'on dispose d'indicateurs et de données sur les résultats des traitements ambulatoires, ces éléments devant être comparables, transparents et couvrir l'ensemble du territoire.

À défaut, il ne sera pas possible de comparer la qualité des prestations médicales. Selon le principe « pas de convention relative à la structure tarifaire sans accord sur la garantie de la qualité », il convient d'élaborer, de conclure et de mettre en

place des accords sur la qualité. Lors de l'élaboration de tels accords, des sanctions doivent être prévues à l'égard des fournisseurs de prestations qui ne participent pas aux programmes d'assurance qualité. La publication transparente des informations concernant la qualité favorise la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

Soumettre les fournisseurs de prestations à l'obligation de mesurer la qualité

Le législateur a le devoir d'adapter le cadre légal afin que les fournisseurs de prestations soient contraints non seulement d'élaborer des concepts de qualité, mais aussi de mesurer et de communiquer leurs indicateurs de qualité – des sanctions s'appliquant en cas de manquement. •

Que signifie concrètement la « concurrence en matière de qualité »?

Les axes stratégiques de santésuisse :

- santésuisse veille que les assureurs jouent un rôle actif dans la mise en œuvre de la stratégie qualité définie par la Confédération.
- santésuisse réclame des concepts de qualité qui permettent de mesurer la qualité des résultats, de la saisir de manière uniforme avec des données comparables et de la communiquer en toute transparence.
- santésuisse prône une plateforme nationale très large dédiée à la qualité et s'engage activement dans ce domaine.
- santésuisse demande que le cadre légal soit adapté en vue de soutenir l'instauration de concepts de qualité.
- santésuisse prévoit d'ouvrir une procédure de sanction auprès des tribunaux arbitraux à l'égard des fournisseurs de prestations qui ne participent pas aux programmes de qualité convenus.
- santésuisse soutient l'élaboration de systèmes de mesure appropriés, la mise à l'essai des concepts en question dans le cadre de projets pilotes ainsi que l'analyse et la présentation permanentes des données sur la qualité. Seules sont
- soutenues les activités sur la qualité qui incluent des résultats de mesure transparents, publiés sous une forme non anonymisée.
- santésuisse conçoit des systèmes incitatifs appropriés en collaboration avec les fournisseurs de prestations. Cette tâche, qui a pour cadre les concepts d'assurance qualité convenus et les conventions sur la garantie de la qualité adossées aux conventions (de structure) tarifaires, poursuit un objectif précis : créer les bases d'une concurrence nationale sur la qualité entre les fournisseurs de prestations. •

Quiconque veut décider, doit aussi participer au financement

Oui à un pilotage des admissions de médecins mais uniquement s'il est efficace



La solution de relève du gel des médecins doit être conçue de telle sorte à avoir un effet durable. Cette exigence ne peut être satisfaite que si les cantons assument conjointement la responsabilité financière de leurs décisions.

santésuisse souligne depuis des années que les gels successifs des admissions sont en grande partie inefficaces. C'est pourquoi il est d'autant plus important de prévoir au minimum une régulation plus durable des flux de financement lors de l'élaboration d'un pilotage définitif des admissions. Les cantons devraient assumer la responsabilité financière des coûts de leurs décisions, y compris ceux découlant de la tendance de longue date à encourager les traitements ambulatoires.

Il est donc logique que le Conseil national ait combiné l'entrée en vigueur du projet de pilotage des admissions à l'introduction du financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires (EFAS). Il convient aussi de ce fait de supprimer les formulations potestatives dans le projet du Conseil fédéral.

Les cantons doivent empêcher le surapprovisionnement

Si les cantons veulent être responsables du pilotage des admissions, comme ils le revendiquent avec fermeté, ils doivent également veiller à

sa mise en œuvre systématique. Les cantons doivent empêcher le surapprovisionnement. Si les cantons ne respectent pas les limites supérieures imposées concernant la densité des médecins ou si ces limites ne respectent pas la volonté du législateur, les assureurs-maladie doivent désormais pouvoir saisir la justice, ce qui soumettrait aussi les cantons à un certain contrôle. En outre, les cantons devraient pouvoir mettre en œuvre le pilotage des admissions avec un assouplissement de l'obligation de contracter en cas d'offre de soins excédentaire. Comme le Conseil fédéral ne manque pas de le souligner régulièrement, près de 20% des prestations médicales sont superflues ; c'est-à-dire liées à des charges, notamment financières, sans apporter de valeur ajoutée aux patients. •

”
Les cantons devraient être soumis à un certain contrôle.
 ”

L'inclusion du financement des soins dans l'EFAS n'est pas opportune

Dans le cadre du nouveau régime de financement des soins entré en vigueur en 2011, les tarifs pour la participation aux coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont été gelés. Les écarts avec les coûts effectifs des soins d'une personne ont été mis à la charge du canton compétent au titre de financement résiduel. Le nouveau régime de financement des soins ne prémunit toutefois pas les assureurs-maladie contre les coûts supplémentaires induits par le vieillissement démographique. Le plafonnement fait au moins en sorte que l'AOS ne doive pas supporter toute l'ampleur de l'inefficience – aujourd'hui admise par certains cantons – des soins de longue durée. C'est pourquoi une intégration du financement des soins dans l'EFAS ne serait pas opportune, pas plus qu'un changement de paradigme dans le financement des soins dont l'objectif serait de supprimer les limites supérieures pour les contributions aux soins. •

Les cantons posent des conditions pour un financement uniforme (EFAS)

Le résultat de la consultation relative à l'avant-projet élaboré par la CSSS-N portant sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) a été publié en janvier 2019. La majorité des cantons veulent intégrer le financement des soins dans le projet EFAS. Ils souhaitent par ailleurs que l'EFAS soit un instrument efficace pour piloter l'offre ambulatoire (prestations, volume, qualité). En cas de surapprovisionnement, il faudrait en outre pouvoir supprimer des admissions existantes (une mesure que santésuisse soutient fondamentalement). •

En bref



LiMA: 7 millions de francs d'économies

L'OFSP a restructuré plusieurs chapitres dans le cadre de la révision de la liste des moyens et appareils (LiMA). Entre autres, les montants maximums de remboursement de l'AOS pour les protections pour l'incontinence et le matériel de stomie ont été réduits suite à une comparaison des prix avec l'étranger. santésuisse table sur des économies de 7 millions de francs. Etant donné qu'une grande partie des montants maximums de remboursement figurant dans la liste des moyens et appareils (LiMA) ne sont plus conformes au marché, l'OFSP est chargé depuis 2015 de soumettre la LiMA à une révision complète. santésuisse espère que la révision se traduira par une rémunération des produits médicaux plus conforme au marché et économique, afin d'alléger la charge qui pèse sur les payeurs de primes. La conformité des produits aux critères EAE doit être régulièrement contrôlée et les prix, si nécessaire, doivent être réduits rapidement. Il est important que la révision aboutisse afin que les résultats puissent également être évalués. •

santésuisse est favorable à une augmentation de la franchise minimale

En plus de lier les franchises à l'évolution des coûts, la majorité des membres de la CSSS-N souhaite augmenter la franchise minimale actuelle de CHF 300 à CHF 500. santésuisse soutient cette demande. Cette mesure permettrait de réduire les primes d'assurance-maladie

d'au moins 430 millions de francs par an, soit une réduction d'environ 1,7%. Les assurés en situation économique difficile ont droit à une réduction individuelle des primes – qui est considérablement plus élevée, par an, que la franchise – et ont droit, selon les cas, à des prestations complémentaires et à des allocations pour impotents. •

Oui à un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet a expiré

Les génériques sont deux fois plus chers en Suisse qu'à l'étranger. De plus, à raison de 20% environ, la part des génériques sur le marché total des médicaments est très basse en comparaison européenne. La Suisse est notamment en retard par rapport à la plupart des pays européens en ce qui concerne les incitations à l'attention des « vendeurs ». La part de distribution fixée par le législateur, qui sert à rémunérer les médecins, pharmaciens et hôpitaux lors de la vente d'un médicament, est fortement dépendante des prix. On constate dans la plupart des cas que plus un médicament est cher, plus la rémunération du « vendeur » est élevée. Les calculs de santésuisse démontrent que la mise en place d'un système de prix de référence permettrait d'économiser chaque année quelque 400 millions de francs, sans perte de qualité, au niveau des médicaments remboursés par les caisses-maladie. Les systèmes de prix de référence sont mis en œuvre avec succès depuis des décennies dans des pays comparables à la Suisse pour réduire les coûts. •

SUR LE BLOG

Soins stationnaires: sept à dix régions hospitalières suffisent

Compte tenu des flux effectifs de patients, moins de dix régions hospitalières seraient suffisantes pour la planification des soins de l'ensemble du secteur somatique aiguë (soins de base et spécialisés).

La planification et le pilotage intercantonaux des soins permettraient à notre système de santé de réaliser d'énormes gains d'efficacité et des économies de coûts de plusieurs millions de francs. Les patients quant à eux bénéficieraient d'une plus grande sécurité grâce à une qualité de traitement optimale. santésuisse a analysé la prise en charge médicale dans le domaine hospitalier stationnaire. Des variations régionales importantes dans l'offre de soins de base sont particulièrement frappantes. Les résultats issus des analyses permettent d'améliorer la planification hospitalière, dans le cadre des conditions légales et systémiques en vigueur aujourd'hui. Il s'agit là d'un point central puisque plus de 20 % de l'ensemble des prestations brutes de l'AOS concernent le domaine hospitalier stationnaire. Cela représente environ 6,7 milliards de francs par an, chiffre auquel s'ajoutent encore les contributions des cantons, financées par les impôts, d'environ 8,2 milliards de francs. •

→ santesu.is/se2hg