

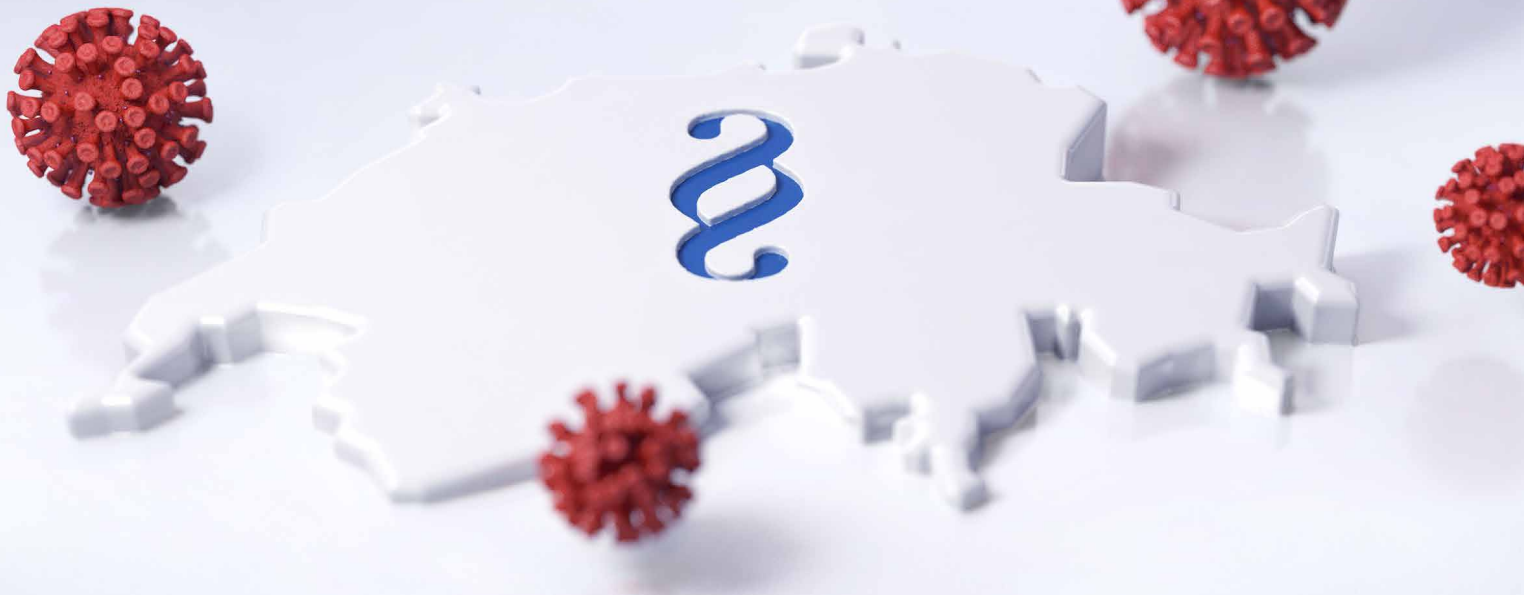


MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 2 | 2020

Compétences clairement définies

L'argent des primes appartient aux assurés



Ménageons les payeurs de primes!

La crise du coronavirus impose un lourd tribut. Mais les coûts ne sont pas au premier plan lorsqu'il s'agit de surmonter la pandémie. Il ne faut néanmoins pas perdre de vue ses conséquences financières et économiques. Plus que jamais, le Parlement doit faire preuve de discipline dans les dépenses de santé. Car si de nouveaux coûts sont mis à la charge du système de santé ou que les réserves de l'assurance-maladie sont détournées, ce sont toujours les payeurs de primes qui paient la note en définitive. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Il est encore trop tôt pour évaluer le montant des coûts que l'assurance-maladie sociale devra prendre en charge à la fin de l'épidémie de coronavirus. L'exigence des hôpitaux de faire participer les assureurs-maladie au financement de leurs déficits liés à l'arrêt des traitements est irresponsable et contraire à la loi sur les épidémies.

Les chiffres donnent de l'espoir: les cas d'infection annoncés quotidiennement ont fortement baissé. Les efforts pour empêcher que le coronavirus continue de se propager en Suisse semblent payer. Reste à savoir comment évolueront les dépenses de santé sous l'effet de l'épidémie. A cet égard, il est dangereux d'exiger que les pertes de revenus des hôpitaux, liées à l'arrêt des traitements, soient financées non seulement par la Confédération mais aussi par les assureurs-maladie. L'argent des primes revient à celles et ceux qui les paient, à savoir les assurés. Utiliser cet argent à d'autres fins aurait tôt ou tard des répercussions douloureuses sur le montant des primes.

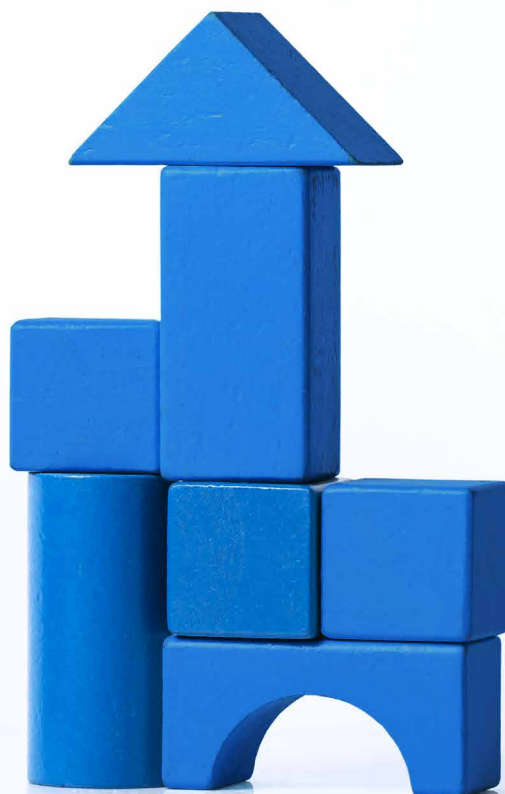
Les assureurs-maladie ont réagi rapidement, dès le début de la crise, en continuant de délivrer sans interruption les garanties de prise en charge. Et ils se sont engagés pour adapter les tarifs à la situation de crise actuelle afin que les prestations soient indemnisées, même dans ces circonstances exceptionnelles. Les réserves permettent par ailleurs de couvrir les dépenses supplémentaires éventuelles sans augmenter les primes en contrepartie. Les assureurs-maladie devront encore affronter des défis à l'avenir, notamment lorsqu'il s'agira de financer un programme national de vaccination en commun avec d'autres acteurs.

La responsabilité incombe à la Confédération

S'il fallait combler les déficits des hôpitaux par un financement national, une planification hospitalière devrait avoir lieu à l'échelle du pays. Sinon, tous les déficits seraient couverts selon «le principe de l'arrosoir» et conduiraient à préserver des structures – sans tenir compte des critères d'efficacité et d'adéquation. Or conformément à la loi sur les épidémies, la responsabilité de ces déficits relève de la Confédération et des cantons. •

Oui à un frein aux coûts

Le premier volet doit être suivi de mesures supplémentaires.



Le premier volet de mesures du Conseil fédéral visant à freiner la hausse des coûts mérite – hormis quelques adaptations de certaines mesures – un soutien généralisé. Cependant, des mesures nettement plus énergiques sont nécessaires rapidement pour améliorer la qualité et l'efficacité de notre système de santé.

Les mesures prises par le Conseil fédéral pour faire baisser les coûts recèlent un potentiel énorme sans compromettre la qualité de notre système de santé. La mise en œuvre rapide des mesures est dans l'intérêt des payeurs de primes, des contribuables et des patient/es. Le Parlement va délibérer sur le premier volet qui comprend sept mesures ayant un impact direct sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins. Mais il n'examinera pas les mesures concernant l'objectif de coûts et les prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu.

Les patients doivent recevoir une copie de la facture

L'obligation de transmettre une copie de la facture à l'assuré doit enfin être imposée. Contrairement à ce que réclame la commission préparatoire, cette obligation ne doit pas incomber aux assureurs-maladie, mais aux fournisseurs de prestations, car ce sont eux qui doivent renseigner sur les prestations en cas de doute. Les patient/es doivent savoir, et surtout pouvoir contrôler, ce que coûtent effective-

ment les prestations médicales et les médicaments dans notre pays. Par ailleurs, ces factures doivent être faciles à comprendre. Malheureusement, la clarté n'est pas de mise aujourd'hui ce qui nuit à la transparence. Des factures erronées ou incomplètes à répétition doivent aussi pouvoir faire l'objet de sanctions. Les prescriptions légales ne sont pas efficaces si aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect. Dorénavant, des amendes doivent également pouvoir être infligées aux fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences d'économicité et de qualité des prestations ainsi qu'en matière de facturation.

Structures tarifaires ambulatoires uniformes

Compte tenu des expériences généralement positives avec les forfaits par cas SwissDRG, une organisation tarifaire comparable doit être créée dans le domaine ambulatoire. Cette mesure peut être approuvée en principe, à condition que l'organisation s'occupe uniquement du tarif médical ambulatoire. En outre, le Conseil fédéral devrait considérer que son rôle est de veiller à ce que les structures tarifaires élaborées par la nouvelle organisation soient conformes aux exigences légales, notamment la neutralité des coûts, plutôt que d'imposer des exigences organisationnelles. Cette dernière devrait rester sa tâche subsidiaire. L'introduction d'une obligation de fonder les tarifs des forfaits par patient pour les traitements ambulatoires sur une structure tarifaire nationale uniforme répond à la jurisprudence actuelle du Tribunal administratif fédéral. Des

exceptions devraient malgré tout rester possibles. Les fournisseurs de prestations et les assureurs auront l'obligation de communiquer gratuitement au Conseil fédéral ou au gouvernement du canton compétent, sur demande, les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix. Il faut toutefois s'assurer que les données ne soient pas collectées en double et veiller à la proportionnalité des collectes.

Droit de recours contre la planification cantonale des hôpitaux et EMS

santésuisse réclame depuis longtemps l'extension du droit de recours aux organisations d'assureurs d'importance nationale ou régionale contre les décisions de planification des hôpitaux et des EMS prises par les gouvernements cantonaux. Pour l'instant, aucune institution et aucun acteur n'a la qualité pour recourir contre un surapprovisionnement suite à une planification erronée des hôpitaux et des EMS par un canton. Personne n'a donc un droit de recours contre l'augmentation des coûts qui en résulte. •

”

La mise en œuvre rapide des mesures est dans l'intérêt des payeurs de primes et des contribuables.

Défi démographique

La revalorisation des infirmiers diplômés passe à côté du problème

Dans les années à venir, l'évolution démographique entraînera une hausse des besoins en prestations de soins. La politique en la matière doit donc se concentrer sur la sécurité de l'approvisionnement à long terme. Mettre l'accent uniquement sur les infirmiers diplômés ne résoudra pas le problème.

La lutte contre le coronavirus a sensibilisé l'opinion à l'importance cruciale des soins. Dans les hôpitaux des régions très touchées, les soignants ont été confrontés à une très lourde charge de travail. La situation a surtout été critique dans les services de soins intensifs. Ces observations doivent conduire à considérer de manière différenciée les besoins en soins actuels et futurs. La crise du coronavirus a montré que le nombre de soignants qualifiés dans les services de soins intensifs devait être suffisant. Les secteurs hautement spécialisés ne représentent en revanche qu'une petite partie de l'éventail des prestations de soins. Lorsqu'on considère l'ensemble des soins, le défi le plus urgent à relever est celui de l'évolution démographique et des besoins accrus correspondants. Des adaptations sont nécessaires au niveau de la formation et l'accès aux métiers de soignant doit être facilité. Car ce sont essentiellement dans les soins de base que les besoins augmenteront à l'avenir. Mettre l'accent uniquement sur les infirmiers diplômés ne résoudra pas le problème de l'augmentation des besoins, qui concerne d'autres catégories de soignants.

Empêcher une augmentation des volumes

La profession d'infirmier en Suisse est bien placée en comparaison européenne, s'agissant des compétences, de la rémunération et du nombre d'infirmiers par patient. De plus, compte tenu de l'évolution démographique, la profession a d'excellentes perspectives de développement et de sécurité de l'emploi. Le Parlement serait donc bien avisé de placer la garantie des soins à long terme au-dessus d'intérêts corporatistes. Le Conseil fédéral craint que le contre-projet indirect n'entraîne une augmentation des volumes et a donc rejeté la facturation autonome, par les infirmiers, des prestations de soins aux caisses-maladie. Afin d'éviter une augmentation excessive de la facturation autonome de prestations de soins, des accords contraignants devraient être conclus, en l'absence d'ordonnance médicale, entre les caisses et les représentants des soignants. En cas d'accord, les caisses-maladie négocieraient avec ces derniers des critères d'efficacité et de qualité à remplir pour pouvoir facturer les prestations sans ordonnance.

La sécurité de l'approvisionnement en point de mire

La focalisation unilatérale de l'initiative sur les infirmiers diplômés, très bien placés en comparaison européenne, ne semble guère justifiée. Selon santésuisse, la politique en matière de soins doit se concentrer avant tout sur la sécurité de l'approvisionnement. L'évolution démographique entraînera à l'avenir une hausse des besoins en prestations de soins. Il convient donc avant tout de faciliter le retour à l'emploi ainsi que les possibilités de reconversion dans une profession de soins afin de pouvoir couvrir la demande supplémentaire future. •

”
Le défi le plus urgent est l'augmentation des besoins en prestations de soins liée à l'évolution démographique



En bref



L'OFSP clarifie la prise en charge des coûts des tests pour le coronavirus

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis à jour le 15 mai 2020 la fiche d'information sur les tests pour le coronavirus. Il établit clairement les compétences de prise en charge des coûts des analyses de laboratoire pendant la phase d'assouplissement progressif des mesures de protection. Désormais, toutes les personnes symptomatiques peuvent être testées. Dans ces cas, l'AOS prend en charge les coûts des tests et de la consultation médicale. Les patients hospitalisés doivent être systématiquement testés pour le coronavirus, indépendamment de la gravité de leurs symptômes. Dans ces cas, les coûts sont pris en charge par l'AOS. Les personnes non malades, pour lesquelles une analyse diagnostique est recommandée, ne doivent pas avoir à payer de leur poche les coûts du test. Ces derniers sont pris en charge par le canton lorsque le médecin cantonal prescrit le test ou par l'assurance-accident en cas de suspicion de maladie chez le personnel de santé suite à un contact avec des personnes infectées dans l'exercice de la profession. •

Pilotage de l'admission des médecins: une occasion ratée

santésuisse s'est toujours engagée pour une solution plus contraignante de l'admission des médecins. Il est désormais à craindre que le Parlement ne parvienne pas à adopter des mesures efficaces en faveur des payeurs de primes. La Suisse se situe

au-dessus de la moyenne des Etats de l'OCDE pour la densité de médecins. Les coûts de cet approvisionnement excessif et inadéquat sont principalement à la charge des payeurs de primes; les contribuables doivent aussi participer au financement via les réductions de primes. Un assouplissement de l'obligation de contracter aurait été le moyen adéquat pour maîtriser le surapprovisionnement en médecins. Le Parlement n'est malheureusement pas parvenu à décider cette mesure. Le pilotage des admissions est une compétence des cantons. Or, la loi ne contient aucune directive claire pour la limitation de l'admission des médecins et les cantons ne sont pas tenus de participer aux conséquences financières de leur politique d'admission. Durant la dernière session d'hiver, le Conseil national a tenté d'octroyer aux assureurs-maladie un droit de recours leur permettant d'intervenir pour remédier à d'éventuels dérapages dans le pilotage des admissions. Le Conseil des Etats a décidé de ne pas leur accorder ce droit. Il revient maintenant aux parlementaires, dans le cadre de la conférence de conciliation, de donner plus de poids aux droits des payeurs de primes. Il sera intéressant d'observer quels effets aura la loi sur l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie et sur la charge supportée par les payeurs de primes. Il incombe à présent aux cantons d'intervenir avec rigueur en cas de dérapage des coûts, en utilisant les instruments prévus par la loi. •

SUR LE BLOG

Systeme uniforme de détermination des besoins en soins

Trois solutions informatiques différentes sont actuellement utilisées pour déterminer les besoins en soins dans les EMS suisses. Cette disparité provoque une inégalité de traitement des patients ainsi que des coûts supplémentaires injustifiés pour les payeurs de prime. Il devient urgent d'harmoniser le système.

La Suisse compte actuellement quelque 1600 EMS pour les personnes ne pouvant plus rester à domicile même avec une assistance. Ces établissements fournissent chaque année près de 33 millions de jours de soins à quelque 90 000 clients. L'assurance obligatoire des soins (AOS) verse une contribution journalière aux soins relevant de la LAMal dispensés en EMS, sur la base du temps consacré au patient. Trois solutions informatiques différentes sont actuellement utilisées dans les EMS suisses pour déterminer le niveau de soins requis. Chaque canton est libre de choisir le système mis en place dans ses établissements. Ces disparités peuvent conduire à ce que deux personnes avec les mêmes besoins en soins soient classées dans deux échelons distincts en fonction du système utilisé.

Selon santésuisse, l'heure est venue d'instaurer un système uniforme pour toute la Suisse afin de déterminer les besoins en soins. Une redéfinition des règles du jeu en termes d'évaluation des besoins en soins, harmonisée et conforme à la LAMal, profiterait aux patients des EMS en éradiquant les inégalités de traitement actuelles. •

→ <http://santesu.is/sebqp>