

MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 3 | 2019

Demande inacceptable des cantons

Les soins de longue durée et aux personnes âgées ne doivent pas être inclus dans le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)



Carton jaune aux cantons

Les cantons ne soutiendront le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) que si les coûts des soins y sont intégrés. Ils veulent saisir cette opportunité pour détourner l'attention de la mauvaise planification largement répandue et répercuter encore davantage de coûts des soins sur les payeurs de primes. •

Heinz Brand, président de santésuisse

L'exigence des cantons que les coûts des soins soient inclus dans l'EFAS – faisant ainsi peser une nouvelle charge supplémentaire sur les payeurs de primes – n'est pas appropriée.

Avec l'EFAS, les cantons, qui pilotent et décident pour l'essentiel de l'offre ambulatoire, participeraient aux coûts qui en résultent. De plus, le transfert souvent pertinent, tant médicalement qu'économiquement, du «stationnaire vers l'ambulatoire» serait intensifié. En revanche, il n'y a aucune raison d'y inclure les soins de longue durée et aux personnes âgées. Aucun gain d'efficacité ne peut en être escompté. Les cantons veulent uniquement saisir une opportunité de faire supporter des coûts plus élevés encore aux payeurs de primes. La classe moyenne et les familles seraient particulièrement touchées, car elles ne bénéficient généralement pas de réductions de primes et doivent financer les primes de plusieurs personnes. Or avec le nouveau régime de financement des soins entré en vigueur en 2011, le législateur a justement

voulu éviter que l'assurance obligatoire des soins (AOS) ne se transforme progressivement en une «assurance de soins». Il convient de rappeler qu'en raison du vieillissement démographique, l'AOS contribue déjà de plus en plus aux soins de longue durée. L'exigence des cantons, qui alourdirait encore davantage la charge supportée par l'AOS, n'est donc pas acceptable.

L'EFAS met les cantons devant leurs responsabilités

L'EFAS est indispensable pour accroître l'efficacité du système de santé et garantir un financement équitable. Il rétablit un juste équilibre entre les compétences des cantons en matière de pilotage des admissions et la responsabilité des coûts qui en découle. Ils se montreraient aussi plus prudents lors de l'admission de nouveaux médecins. •

SOMMAIRE

De coûteux souhaits particuliers	2
Pilotage des admissions	3

De coûteux souhaits particuliers

De nouveaux souhaits au détriment des payeurs de primes



Liste de souhaits:

- 1) Revalorisation des soins
- 2) Thérapies gé
- 3) Tarifs m

Dans le système de santé, la liste des nouveaux souhaits coûteux ne cesse de s'allonger. Les coûts supplémentaires pourraient se monter à des milliards de francs. Dans l'intérêt des payeurs de primes, santésuisse demande que les moyens soient utilisés de manière économe. Si ces coûteux souhaits particuliers sont exaucés, le système de santé ne sera bientôt plus financé. Ce qui risque d'engendrer un rationnement et une médecine à deux vitesses. Or santésuisse défend le principe de la solidarité dans l'assurance-maladie.

Dans l'émission de la radio suisse alémanique SRF-Samstagsrundschau du 10 août 2019, le président de santésuisse, Heinz Brand, a déclaré que les progrès de la médecine doivent rester accessibles pour les patients à l'avenir aussi, et ce sans mettre en péril le système d'assurance sociale. Faute de quoi une médecine à deux vitesses risque de voir le jour. L'accès aux prestations médicales pour tous les patients est un acquis important de notre système de santé, qui permet justement d'éviter une médecine à deux vitesses. Il faut le défendre et pour cela, les primes doivent rester abordables. Or en raison de coûteux souhaits particuliers, les coûts de la santé pourraient augmenter de 10 milliards de francs – par an! – à moyen terme.

Souhaits particuliers sans fin: soins, tarif médical ambulatoire, médicaments, hôpitaux pédiatriques, psychologues, interprètes, etc. Avec l'initiative pour des soins infirmiers forts, les conditions professionnelles pour le personnel

soignant devraient être revalorisées, et ce alors que les soins en Suisse font déjà bonne figure en comparaison européenne. La Suisse se situe en effet en très bonne position en termes de personnel soignant pour mille habitants. De plus, les salaires dans ce domaine sont dans la moyenne suisse. Sur la base de scénarios réalistes, santésuisse estime les surcoûts à près de 5 milliards de francs par an. Si le nouveau tarif ambulatoire Tardoc est introduit, ce sont, en fonction des variantes, également de nouveaux surcoûts notables qui sont à attendre, de l'ordre de deux à trois milliards de francs par an.

Avec de nouveaux médicaments toujours plus coûteux, l'industrie pharmaceutique promet la guérison de maladies rares et demande pour ce faire des prix toujours plus élevés, loin de toute réalité. Ces médicaments risquent d'engendrer des surcoûts d'un milliard de francs d'ici cinq ans à peine. Il faut également s'attendre à d'autres augmentations en raison de la hausse des tarifs médicaux dans certains cantons, ainsi que dans le domaine des hôpitaux pédiatriques, des psychologues ou encore des interprètes.

Les réformes sont urgemment nécessaires santésuisse travaille actuellement, en collaboration avec l'association des disciplines médicales chirurgicales et invasives FMCH, à une proposition de tarif basée sur des forfaits. Le revenu ne serait ainsi plus lié au temps consacré, mais à la prestation fournie. Cela permettrait à la fois d'éviter une accumulation de prestations individuelles «au bon vouloir de

chacun» et d'améliorer la qualité. santésuisse attend également des améliorations du projet qualité adopté ce printemps par le Parlement, grâce auquel les prestations pourront enfin être mesurées et comparées. Il s'agit de faire en sorte que peu à peu, seuls les traitements efficaces soient encore admis et remboursés. santésuisse s'engagera par ailleurs contre les prix trop élevés des médicaments et veillera à ce que les coûts inutiles découlant du surapprovisionnement ou de l'approvisionnement médical inadéquat soient éliminés. •

”
Les progrès de la médecine doivent rester accessibles pour les patients à l'avenir aussi, et ce sans mettre en péril le système d'assurance sociale.

Eviter le retour à la case départ

Les cantons doivent enfin gérer efficacement l'offre médicale



Le mandat du Parlement, consistant à trouver une réglementation durable et efficace pour succéder au moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, risque de rester lettre morte. Après que le Conseil des Etats a fortement édulcoré le projet (voir la NZZ du 4 juin 2019), le Conseil national devra entreprendre une dernière tentative pour le repêcher.

Les cantons se sont imposés sur la question du pilotage de l'offre ambulatoire. Ils auront le dernier mot sur l'admission des médecins. Ce n'est pas grave en soi. Mais en toute logique, les cantons doivent donc aussi veiller à piloter et à limiter réellement les admissions de médecins. Les cantons doivent notamment être contraints d'intervenir lorsque les coûts deviennent incontrôlables dans certaines catégories de fournisseurs de prestations.

«Gels des admissions»: effet placebo voire minime jusqu'à ce jour

Les différentes versions du pilotage des admissions selon le besoin ont peu voire pas du tout été mises en œuvre jusqu'à présent. Or si l'on veut maîtriser les coûts, il ne fait aucun sens que certains médecins étrangers n'aient pas le droit d'ouvrir un cabinet, mais soient employés dans les hôpitaux, où une consultation coûte en moyenne deux fois plus cher. Et comme si cela ne suffisait pas déjà, chaque médecin étranger acquiert le droit d'ouvrir son propre cabinet après trois ans de travail en clinique. En outre, il

n'est pas très pertinent, en termes d'efficacité du pilotage des admissions, qu'un canton s'y adonne et pas les autres. Comme l'offre influe sur la demande et que les patients tiennent de moins en moins compte des «frontières cantonales», ce laxisme touche aussi par ricochet les cantons qui s'efforcent de limiter le nombre de médecins.

Réglementation selon «le bon vouloir» des cantons?

Le Conseil national a tiré les leçons du «laissez-faire» adopté jusqu'à présent et présenté une solution prometteuse: les cantons obtiendront définitivement le pilotage des admissions qu'ils appellent de leurs vœux, mais devront en échange veiller à son efficacité. Le Conseil des Etats a toutefois fortement édulcoré la solution de la Chambre basse, en ce sens que les cantons se verraient définitivement accorder les compétences supplémentaires demandées sans devoir assumer de responsabilité ni devoir se justifier. S'il ne dépendait que du Conseil des Etats, personne ne pourrait plus s'ériger contre l'approvisionnement médical excessif et ses conséquences en termes de coûts. Seuls les fournisseurs de prestations non admis auraient un droit de recours. Si cette solution totalement déséquilibrée du Conseil des Etats l'emportait, la citation récente d'une éminente politicienne de la santé prendrait tout son sens: «L'esprit de clocher est le plus gros facteur de hausse des coûts dans l'assurance-maladie!» •

Financement de la médecine pédiatrique: tarifs trop bas ou hôpitaux peu efficaces?

Les hôpitaux pédiatriques dénoncent des tarifs ne couvrant pas les coûts. Un regard sur les structures tarifaires actuelles aide à relativiser les exigences, sans oublier la question de l'efficacité qui doit être posée.

Les hôpitaux pédiatriques ont attiré sur eux l'attention des médias en alléguant que les tarifs ne couvrent pas les coûts et qu'une prise en charge médicale optimale des petits patients est menacée. La loi sur l'assurance-maladie stipule que les prestations doivent être correctement rémunérées et les coûts être couverts. Mais la condition la plus importante est tout aussi clairement formulée: les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Les inefficacités opérationnelles, qui entraînent des coûts élevés non couverts, ne doivent pas être financées par les payeurs de primes. Le Conseil fédéral partage cet avis.

Minutages augmentés pour les enfants

Depuis l'intervention en 2014 du Conseil fédéral dans la structure tarifaire ambulatoire TARMED, davantage de temps peut être facturé pour soigner les enfants – et les patients plus âgés – que pour les adultes. Un minutage plus élevé est également prévu pour les entretiens avec les parents. D'une manière générale, les minutages prévus dans le chapitre distinct pour les enfants et les adolescents sont plus généreux: le médecin peut, dans certains cas, consacrer jusqu'à 45 minutes pour les contrôles de routine. En combinaison avec les autres prestations TARMED facturables, l'accusation selon laquelle des économies seraient réalisées sur le dos des plus petits est totalement fautive. Il en va de même pour les hospitalisations: les forfaits par cas sont plus élevés que ceux appliqués aux adultes. •

En bref



Listes d'opérations à réaliser en ambulatoire: absence de résultats flagrants

santésuisse a comparé l'évolution des coûts entre les cantons qui proposent une liste d'opérations à effectuer en ambulatoire et ceux qui n'en proposent pas.

Le recours accru à l'ambulatoire en lieu et place du stationnaire doit permettre la réalisation d'économies. santésuisse a comparé l'évolution des coûts entre les cantons qui proposent une liste d'opérations à effectuer en ambulatoire et ceux qui n'en proposent pas. Certaines listes cantonales étant déjà en vigueur depuis mi-2017 ou début 2018, les premiers effets des conséquences financières d'un tel transfert devaient normalement se ressentir dès le premier semestre 2018. Les traitements des premiers semestres 2017 et 2018 ont été corrigés des éventuels retards de paiement et extrapolés sur l'année entière. Il en ressort que les cantons dotés d'une liste enregistrent certes, dans l'ensemble, un recul des soins stationnaires légèrement plus marqué que ceux qui n'ont pas adopté une telle liste. Cela indiquerait que le transfert vers le secteur ambulatoire permet d'économiser des coûts. Si l'on considère toutefois le tableau dans son ensemble, les économies qui ressortent des données de coûts sont si faibles (et la différence entre les cantons si grande) qu'on ne peut mettre en avant un effet d'économies. •

santésuisse rejette le contre-projet à l'initiative sur les soins infirmiers

L'académisation inutile et coûteuse n'apporte rien aux patients, mais fait grimper les primes

Le contre-projet indirect à l'initiative sur les soins infirmiers demande un statut spécial pour les infirmières et infirmiers, qui mettra les payeurs de primes et les contribuables encore davantage à contribution. Or les conditions-cadres en vigueur sont déjà très bonnes. Afin de répondre aux besoins futurs en personnel, des ajustements ponctuels sont nécessaires dans le domaine de la formation. Compte tenu de l'augmentation des prestations de soins infirmiers liée à des facteurs démographiques, santésuisse demande un accès facilité aux professions de soins au niveau de l'apprentissage.

santésuisse rejette par conséquent le contre-projet et partage le point de vue du Conseil fédéral qui estime qu'il n'y a pas lieu de légiférer. D'éventuelles améliorations pertinentes peuvent être réalisées dans les dispositions légales existantes. Le DFI a déjà accordé des compétences supplémentaires aux infirmiers à partir du 1^{er} janvier 2020. Ils seront désormais habilités à évaluer et prodiguer les soins sans ordonnance médicale. •

SUR LE BLOG

Soins de longue durée: le compte à rebours a commencé

Selon une étude de l'Université de Saint-Gall, les coûts des soins de longue durée passeront de 15 milliards actuellement à 31 milliards de francs en 2040 en raison de l'évolution démographique. Comment va-t-on faire face à ce tsunami des coûts et qui va s'y atteler? Cette question a été amplement discutée lors du programme-cadre de l'Assemblée générale de santésuisse. •

→ bit.ly/2XaRODm

Les assurés sont restés fidèles à leur assureur en 2018

La compensation des risques va être encore davantage affinée en tenant compte de la consommation de médicaments. L'Institution commune LAMal, chargée de la mise en œuvre de la compensation des risques, a pris en compte les entrées et sorties de personnes assurées lors d'un essai avec des données de coûts de 2017 et 2018. Cela a entre autres permis de consolider les résultats concernant les changements d'assureurs que l'on ne connaissait jusqu'ici qu'à partir des enquêtes réalisées. Ainsi, 93% des assurés sont restés fidèles à leur assureur – et ce malgré une augmentation des primes de 4% en moyenne en 2018. Ce taux indique clairement que la majorité des assurés sont satisfaits de leur caisse-maladie. •

→ santesu.is/se058