



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 4 | 2016

Halte aux prestations superflues et inefficaces!

**Privilégier la qualité et l'efficacité à
un rationnement**



Qui redoute la transparence?

Les reproches adressés aux médecins et aux hôpitaux ne sont pas anodins: des intérêts financiers passeraient parfois avant le bien-être des patients. Cette dérive doit avant tout donner à réfléchir aux fournisseurs de prestations car ils jouent avec la confiance de la population à l'égard de la bonne qualité des traitements. Il est donc grand temps de traiter de toute urgence la question de la qualité. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Notre système de santé doit devenir plus efficace et plus performant. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrons freiner la croissance des coûts et empêcher un rationnement. Les maîtres mots sont la transparence au niveau de la qualité et une concurrence accrue.

De nombreuses familles n'arrivent plus à payer leurs primes d'assurance-maladie. Cette évolution est révélatrice de manquements politiques: bien que la LAMal et ses ordonnances les réclament sans ambiguïté, les programmes et concepts de qualité restent actuellement en grande partie lettre morte. Il n'a notamment pas été possible jusqu'à présent de mettre en place une concurrence basée sur des critères de qualité dans le domaine ambulatoire. Ce qui est immuable en revanche d'année en année, ce sont des dépenses inutiles de plusieurs milliards de francs. L'assurance obligatoire des soins est devenue un «magasin en libre-service». Cela doit cesser. Même parmi les médecins, des voix critiques s'élèvent de plus en plus pour dénoncer le malaise ambiant.

Pendant vingt ans, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les politiques se sont trop affrontés sur le plan idéologique au lieu de se donner pour objectif d'améliorer la qualité des soins et d'augmenter l'efficacité des prestations, qui représentent 95 % des coûts.

Le législateur doit intervenir

Il n'est plus possible de laisser faire sans réagir. Car si nous n'agissons pas, rien ne garantit que l'AOS pourra fournir, à l'avenir aussi, les prestations requises de haute qualité à l'ensemble de la population. Si l'on veut éviter un rationnement, il faut promouvoir activement la qualité et une meilleure efficacité de notre assurance-maladie. Au vu du défi démographique qui nous attend, un système de santé performant est le meilleur garde-fou. La qualité en est la clé. •

CONTENU

Le meilleur traitement au bon endroit	2
Suivre l'exemple de l'étranger	3

Le meilleur traitement au bon endroit

Financement identique de toutes les prestations de l'assurance-maladie

A l'heure actuelle, des considérations financières décident, en partie, si une intervention est réalisée en mode stationnaire ou ambulatoire. santésuisse propose des principes pour un financement identique de toute l'assurance obligatoire des soins (AOS) afin de supprimer les incitations dommageables latentes lors de la prise en charge des patients.

Les soins sont aujourd'hui financés par différents acteurs dont les intérêts divergent fortement et qui occupent, pour certains, plusieurs rôles. Cela est notamment vrai pour les cantons qui interviennent à la fois comme acheteurs et fournisseurs de prestations ainsi que comme régulateurs. Les cantons versent une participation de 55 % pour le secteur hospitalier stationnaire, mais pas un sou lorsque les assurés sont soignés en mode ambulatoire.

Les cantons ont donc tout intérêt – financièrement parlant – à ce que de plus en plus de prestations soient réalisées dans le domaine hospitalier ambulatoire alors que l'inverse s'applique, en partie, aux assureurs-maladie. Or les patients sont en droit d'attendre que la décision de les soigner en mode ambulatoire ou stationnaire repose uniquement sur des impératifs médicaux.

Proposition de santésuisse

Une réforme des flux financiers de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est donc incontournable. Afin de garantir un financement identique, santésuisse propose d'étendre la compensation actuelle des coûts mise en œuvre dans le domaine stationnaire à l'ensemble des prestations de l'assurance-maladie. Un canton verserait donc une contribution uniforme pour toutes les prestations fournies à sa population. En se basant sur

les contributions actuelles aux coûts stationnaires, cette part s'élèverait à 20 % au minimum et serait versée sur la base des factures des assureurs-maladie. •

”
La décision de soigner un patient en mode ambulatoire ou stationnaire doit reposer strictement sur des impératifs médicaux.

En bref

Budgets globaux: une mauvaise thérapie avec des effets secondaires

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) veut examiner dans les prochains mois l'introduction généralisée de budgets globaux afin de contenir la croissance des coûts dans l'assurance de base obligatoire. Pour santésuisse, promouvoir la transparence et la concurrence fondée sur la qualité chez les fournisseurs de prestations est une priorité absolue afin d'atténuer la croissance excessive des coûts. santésuisse ne veut pas d'un rationnement qui pénaliserait les patients, mais une meilleure

qualité et une plus grande efficacité dans l'intérêt de l'assurance-maladie. La combinaison de critères de qualité et d'un assouplissement de l'obligation de contracter est le modèle à suivre. •

santésuisse soumet des propositions pour examiner l'utilité des prestations

Les évaluations des technologies de santé (ETS ou HTA) sont aujourd'hui un élément important de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral. Le programme d'ETS de la Confédération permet de réévaluer les prestations figurant dans les

catalogues de prestations de la Confédération (LA, LS, LiMA, OPAS). L'OFSP a retenu trois propositions de thèmes parmi onze présentées l'année dernière, deux émanant de santésuisse. Parallèlement au programme d'ETS de la Confédération, le Swiss Medical Board (SMB) réalise lui aussi des évaluations, de manière autonome ou pour le compte de tiers (pour le moment encore pour la Confédération). santésuisse a soumis quatre propositions à l'OFSP et au SMB jusqu'à fin octobre. Les thèmes proposés par santésuisse recèlent un potentiel d'économies de plus de 130 millions de francs. •

Suivre l'exemple de l'étranger

Les prix excessifs des produits médicaux doivent enfin baisser



De nombreux produits médicaux restent massivement trop chers en Suisse. Il serait possible d'économiser plus de 30 millions de francs par an rien que sur les bandelettes de mesure de la glycémie. Mi-décembre 2015, santésuisse a demandé à l'OFSP de baisser les prix. Mais rien n'a encore été fait.

santésuisse martèle depuis des années que les prix des produits médicaux sont trop élevés en Suisse. Elle a tiré la sonnette d'alarme la dernière fois en 2015, à l'occasion d'une comparaison avec l'étranger des prix des bandelettes de mesure de la glycémie. Les recherches de santésuisse ont mis en évidence que les prix de ces bandelettes sont deux fois plus élevés en Suisse que dans les pays voisins. Le potentiel d'économies est estimé à plus de 30 millions de francs par an. Le 15 décembre 2015, santésuisse a adressé une demande à l'OFSP afin qu'elle revoie les prix à la baisse, mais sans succès à ce jour.

La révision est en cours

La pression médiatique continue de santésuisse à propos des prix élevés des produits médicaux a toutefois été prise en compte. Le Parlement a réagi en exerçant également davantage de pression sur l'administration. Les travaux de révision ont

commencé à l'automne 2015. La liste des moyens et appareils (produits médicaux) remboursés par l'AOS fera ainsi l'objet d'une révision complète. santésuisse demande que les prix soient régulièrement comparés à ceux pratiqués à l'étranger et qu'ils soient baissés chaque année dans l'intérêt des payeurs de primes. Cela aura également pour effet de stimuler le marché suisse des produits médicaux et de donner une chance aux fournisseurs pratiquant les prix les plus avantageux.

”
Les bandelettes de mesure de la glycémie sont deux fois plus chères en Suisse qu'à l'étranger.

La liberté de contracter fait baisser les prix

Outre le contrôle régulier des prix par les autorités, il faudrait s'inspirer des instruments performants de baisse des coûts mis en œuvre à l'étranger. Ainsi, les assureurs-maladie allemands, hollandais et autrichiens bénéficient de davantage de marge de manœuvre entrepreneuriale puisqu'ils sont autorisés à passer des contrats directement avec les fournisseurs de moyens et appareils. Les

contrats définissent le prix, le canal de livraison et la garantie, par exemple. Ils permettent de stimuler la concurrence, notamment en Autriche où les prix ont tendance à baisser, et d'augmenter parallèlement la qualité. En fonction des besoins, les produits médicaux sont livrés aux patients ou remis dans un centre correspondant. Les assureurs suisses n'ont pas la possibilité actuellement de négocier des contrats plus avantageux avec les fournisseurs. Il est d'autant plus regrettable que l'office chargé de fixer les prix n'agisse pas. •

”
En Suisse, les assureurs n'ont pas la possibilité de négocier des contrats plus avantageux.

Et en plus...



Le président de la FMH mérite des lauriers : à la question purement rhétorique posée le 19 octobre dernier dans la Bernerzeitung, si les médecins avaient perdu tout sens de la mesure dans le cadre de la révision TARMED, nous pouvons confirmer suite à sa réponse que ce n'est pas le cas. Ce sont les organismes payeurs qui ont perdu tout sens de la réalité en soutenant de telles exigences. •

Les plaintes répétées de la FMH portent néanmoins leurs fruits: en lieu et place des médecins sans frontières, la pharma soutien les « médecins sans scrupules ». •

H+ fait preuve d'une belle confiance en soi à l'occasion du dépôt de sa requête TARMED : à l'encontre du bon sens, H+ apporte la preuve que ce que l'on exige du payeur de primes ou du contribuable ne peut être exigé des hôpitaux. •

Alain Berset ne cesse de sermonner que la prévention est efficace. Il en apporte lui-même la preuve en renvoyant son vice-directeur dans le canton de Vaud. Il pourra ainsi espérer que le Parlement n'écartera plus systématiquement ses propositions dans le domaine de la santé. Un espoir subsiste pour le projet portant sur la qualité. •

L'OFSP envisage de supprimer des centaines de régions de primes en proposant de se baser sur les districts et non plus sur les communes. Les Neuchâtelois où il n'y a pas de régions de primes se tâtent pour déménager dans le canton de Fribourg qui en a encore deux. •

Certains descendants du Général Sutter sont plus enviables que les Bâlois. Ils ont demandé à Donald Trump de leur accorder l'asile en Nouvelle-Helvétie (Californie) pour échapper aux décisions arbitraires futures d'Alain Berset. •

Les sceptiques et les optimistes se disputent pour savoir si l'énorme densité des psychiatres et la preuve d'une mauvaise ou d'une bonne santé mentale en Suisse. Les cyniques rappellent que les coûts qui en résultent sont suicidaires. •

En Suisse romande, on cherche une équation mathématique fiable pour les prévisions de primes. Aussi longtemps qu'on est à la recherche du Graal, il y a peu d'espoir qu'à Genève ou Lausanne on soit touché par la Grâce. •

Restez néanmoins joyeux car rire est bon pour la santé!

SUR LE BLOG

Les critères EAE sous la loupe

La LAMal exige que les prestations médicales ou prescrites par un médecin soient efficaces, appropriées et économiques pour que les assureurs-maladie les paient ou les remboursent dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Monsieur Santé fournit des explications dans un billet de blogue subdivisé en trois parties.

L'efficacité, l'adéquation et l'économicité s'influencent mutuellement. Exemple: l'adéquation des moyens utilisés influence fortement l'économicité. Pour être admise dans le « catalogue des prestations » de l'assurance de base ou de l'assurance obligatoire des soins (AOS), une prestation médicale nouvelle ou controversée doit passer par une procédure définie. Le vaste domaine de la médecine complémentaire en est un exemple classique. Actuellement, l'efficacité des méthodes thérapeutiques suivantes, à savoir la médecine anthroposophique, la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie uniciste (classique) et la phytothérapie, est en cours d'évaluation et les méthodes sont remboursées temporairement jusqu'à fin 2017 par les assureurs-maladie. •

→ <https://t.co/xNOSvxyuHS>

