



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 2 | 2016

Tant va la cruche à l'eau qu'elle finit par se casser

Nécessité d'un changement de cap immédiat pour la révision du tarif médical ambulatoire



Faire passer les intérêts des assurés avant les intérêts personnels

Avec la révision des tarifs ambulatoires, les médecins et les hôpitaux empocheraient plusieurs milliards de francs supplémentaires par an. Par ailleurs, de nombreux cantons veulent protéger leurs hôpitaux contre la concurrence par des méthodes douteuses. Dans les deux cas, les acteurs font passer leurs intérêts avant ceux des assurés. De nouvelles solutions innovantes sont nécessaires pour contrer cette évolution, par exemple plus de compétition pour la qualité et plus d'efficacité. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Au vu de la hausse incessante des coûts de l'assurance-maladie, les coûts supplémentaires de plus de trois milliards de francs par an demandés par les fournisseurs de prestations dans le cadre de la révision du tarif médical ambulatoire sont incompréhensibles et inacceptables.

Après le rejet de mesures de limitation des coûts à long terme par la Chambre médicale, les médias ont rapporté que «la révision de TARMED ne peut plus guère être sauvée» ou que «les exigences des médecins sont éloignées de la réalité». La portée d'une telle décision serait en effet particulièrement grave pour les payeurs de primes, qui devraient supporter chaque année des coûts supplémentaires de plus de trois milliards de francs.

L'afflux de médecins étrangers prouve d'ailleurs que les fournisseurs de prestations ne sont pas à plaindre en Suisse. Les investisseurs comme la Migros sont, eux aussi, de plus en plus séduits par l'attrait financier du domaine ambulatoire – les

marges bénéficiaires des cabinets de groupe varient entre 5 et 10%. Or les dispositions légales exigent que seuls les coûts médicaux des prestations fournies de manière efficace soient couverts. Rien de plus!

Un changement de cap immédiat est nécessaire

Au lieu de recoller les morceaux par la suite, santésuisse demande un changement de cap immédiat. Il faut un tarif médical innovant et tourné vers l'avenir. Des paquets de prestations et des forfaits de qualité, élaborés et testés avec certaines sociétés de disciplines médicales, sont la voie à suivre. L'introduction d'un tarif médical basé sur la qualité permet également d'améliorer la qualité et l'efficacité du traitement. Cela répondrait à des exigences importantes de la politique de santé suisse. •

CONTENU

Soutenir la compétition pour la qualité	2
Libre choix de l'hôpital uniquement dans le canton de résidence?	3

Soutenir la compétition pour la qualité

La qualité est sur toutes les lèvres, mais les preuves concrètes se font attendre



Nous aimons nous vanter d'avoir le «meilleur système de santé au monde». Cette allégation est malheureusement invérifiable. Cela doit changer si notre système de santé veut évoluer de manière durable et efficace.

Les représentants des fournisseurs de prestations médicales continuent de refuser toute coopération en vue de concrétiser les exigences légales en matière de qualité. La mesure systématique de la qualité et l'indication transparente des résultats sont notamment catégoriquement rejetés, ce qui empêche de fait toute compétition pour la qualité dans le domaine ambulatoire. Vingt ans après l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance systématique de la qualité demeure lettre morte. La LAMal prévoit que les fournisseurs de prestations qui refusent de participer à des mesures d'assurance qualité peuvent faire l'objet de sanctions. Les brebis galeuses n'ont toutefois rien à craindre: faute de mesures comparatives de la qualité, les tribunaux arbitraux prévus par le législateur n'ont rien à évaluer.

Pas de liberté de choix sans transparence

L'absence de transparence en matière de qualité des fournisseurs de prestations selon la LAMal est un affront vis-à-vis des patients qui ont connu des complications ou ont été opérés inutilement. Un patient ne peut exercer son libre choix que si on lui donne la possibilité d'évaluer plus que «l'amabilité du médecin» ou «la distance jusqu'à l'hôpital le plus proche». Le fait que des prestations insatis-

faisantes ou superflues soient remboursées de la même manière que des mesures optimales empêche les fournisseurs de prestations d'accorder à la qualité toute l'attention requise.

”
Les fournisseurs de prestations qui se soustraient systématiquement à l'assurance et à la mesure de la qualité doivent pouvoir être sanctionnés au niveau tarifaire.

Projet du Conseil fédéral pour plus de qualité

La nécessité d'agir pour plus de qualité et d'efficacité dans l'assurance-maladie est incontestée. Le projet du Conseil fédéral 15.083 LAMal, Renforcement de la qualité et de l'économicité, n'est

cependant pas la voie à suivre:

- des programmes nationaux de la Confédération ne récolteraient pas l'acceptation et n'auraient pas la portée nécessaires: l'assurance qualité tant sur le plan matériel que sur le fond doit être mise en pratique «sur le terrain» par les fournisseurs de prestations et leurs associations ;
- la définition des critères formels de l'assurance qualité et leur contrôle ne doivent pas incomber à la Confédération, mais aux partenaires tarifaires ;
- les fournisseurs de prestations qui se soustraient systématiquement à l'assurance et à la mesure de la qualité doivent pouvoir être sanctionnés au niveau tarifaire. Le projet ne propose aucune avancée en la matière ;
- le financement – à la charge des assurés – des mesures prises par les autorités et des programmes nationaux tel que le prévoit le projet est à rejeter. La qualité nécessaire est déjà prévue dans les tarifs. santésuisse recommande de renvoyer le projet au conseil fédéral avec des directives claires:

Oui à davantage de qualité

Les objectifs du projet pour la qualité du Conseil fédéral ne sont pas contestés. Pour sa mise en œuvre, santésuisse propose depuis longtemps la création d'une plate-forme dédiée à la qualité, qui réunirait les partenaires tarifaires, les cantons, les organisations de patients de même que la Confédération, en guise de coordinatrice. Ces acteurs travailleraient en partenariat avec les organisations existantes comme l'ANQ, l'EQUAM, QUALAB, la Fondation Sécurité des patients Suisse, etc. Mais à l'inverse du projet du Conseil fédéral, le financement devrait aussi être réglé de manière partenariale. •

Libre choix de l'hôpital uniquement dans le canton de résidence?

Le Parlement doit combler des lacunes au niveau du financement hospitalier

Le meilleur hôpital se trouve souvent dans un autre canton. Les cantons ne sont pas sans l'ignorer et tentent par divers moyens d'empêcher leurs habitants de se rendre dans des hôpitaux situés dans un autre canton. La LAMal doit être améliorée afin de garantir le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et de renforcer la compétition pour la qualité.

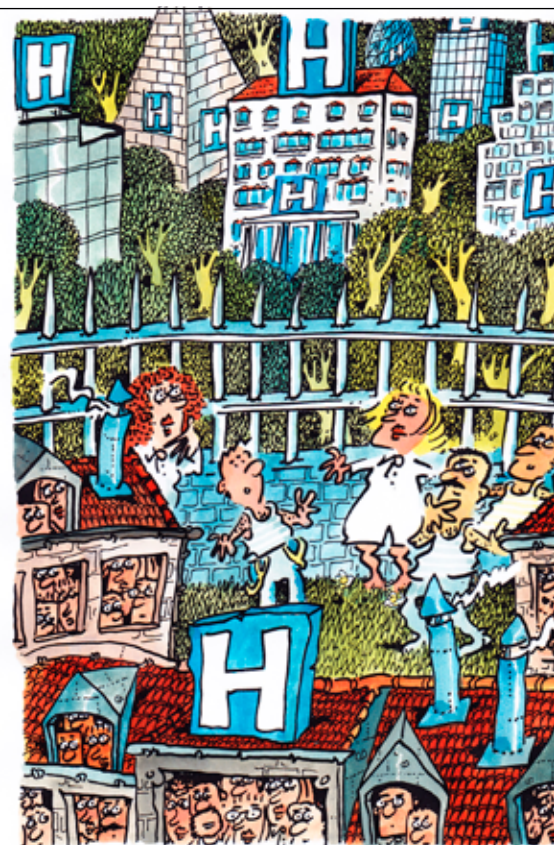
Depuis 2012, les patients peuvent choisir librement un hôpital dans toute la Suisse. Théoriquement tout du moins car certains cantons créent des obstacles financiers ou recourent à des astuces juridiques pour empêcher le libre choix de leurs habitants.

« Tarifs captifs » et « quotas d'évitement »

Lors des débats sur le nouveau financement hospitalier, les cantons ont expliqué ne pas vouloir financer les traitements hors canton qu'ils proposent dans leurs propres hôpitaux. Le législateur s'est néanmoins prononcé en faveur du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et la compétition pour la qualité correspondante. Par égard pour les cantons, un remboursement minimal des séjours hospitaliers extra-cantonaux

a été défini, équivalent au tarif le plus bas dans un hôpital de la liste du canton de résidence. Une minorité rassemblant des représentants de tous les partis exprimait déjà des doutes à l'époque. Elle avait raison: au lieu de respecter la volonté du législateur, de nombreux cantons fixent des tarifs de référence exagérément bas pour rendre financièrement inintéressante une visite dans un hôpital hors canton. Certains cantons recourent même, sur leur propre territoire, à des tarifs minimums « imaginaires » qui ne sont jamais appliqués, comme par exemple récemment le canton de Neuchâtel qui entendait freiner ainsi la concurrence avec le Jura bernois (Der Bund, 25 février 2016). Les tarifs de référence qui devaient garantir le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse se transforment fréquemment en « chaînes » qui lient financièrement les patients à l'hôpital de leur canton.

Les stratégies visant à éviter les hospitalisations en dehors du canton ont pris dernièrement une dimension nouvelle dans le canton de Vaud: les cantons qui fixent des quotas pour certains traitements doivent inclure dans leurs calculs les patients ne résidant pas dans le canton. Le chiffre maximal serait ainsi atteint plus rapidement et les hôpitaux correspondants situés en dehors du



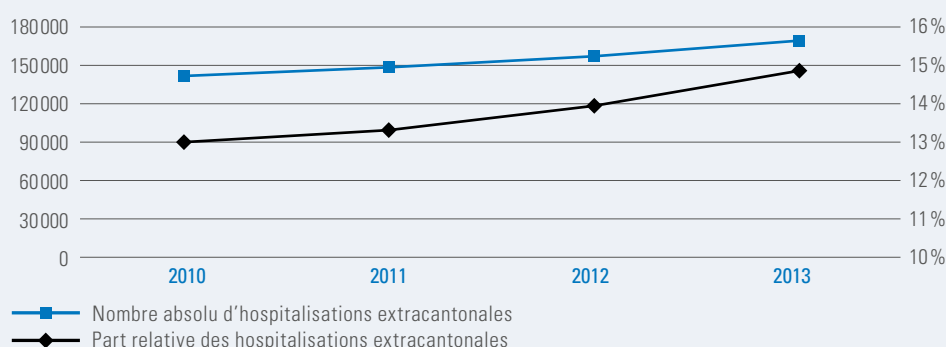
canton ne seraient plus disponibles pour les patients vaudois (RTS, 11 février 2016).

Mettre en œuvre le libre choix de l'hôpital

Nombre de cantons profitent des lacunes actuelles de la législation pour contourner systématiquement le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse et la compétition pour la qualité. Quatre ans après l'introduction du nouveau financement hospitalier, il est grand temps de franchir la prochaine étape: le Parlement doit utiliser les évaluations en cours sur le financement hospitalier pour optimiser ce dernier et soutenir le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse de même que la compétition pour la qualité. •

Le libre choix de l'hôpital est de plus en plus plébiscité

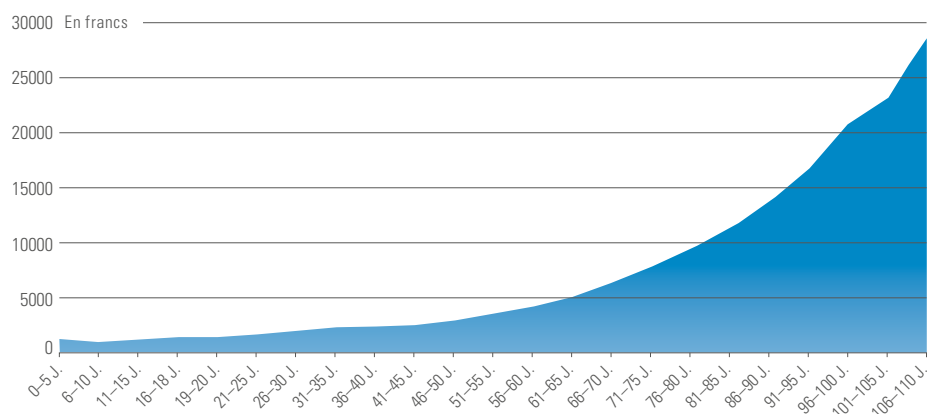
Le libre choix de l'hôpital devient plus attractif, ce qui dérange quelques cantons qui abusent de la bonne volonté du Parlement pour ôter à leurs habitants l'envie d'aller se faire soigner dans un hôpital d'un autre canton.



Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux et statistique des hôpitaux ; évaluations de l'obsan

En bref

Prestations brutes par assuré selon les classes d'âge en 2014



Excepté chez les enfants en bas âge, les coûts de la santé augmentent avec l'âge. Passés 50 ans, cette hausse s'accroît. (Pool de données annuelles)

Les coûts de la santé augmentent avec l'âge

D'après plusieurs études, dont notamment celle de l'Obsan (rapport 53, Neuchâtel, 2012), l'impact des changements démographiques sur les coûts de la santé est plus faible qu'admis généralement. L'influence des progrès de la médecine et de l'augmentation de l'offre médicale est beaucoup plus forte. Les baby-boomers qui approchent de l'âge de la retraite posent néanmoins un défi de taille à l'assurance-maladie sociale, car les coûts de la santé progressent rapidement après 50 ans. L'étude de l'Obsan relève dans ses perspectives à moyen terme que «la demande de prestations médicales (utilisation des soins) va continuer de croître aussi pour des raisons démographiques, mais également en raison des maladies chroniques et de la polymorbidité.» •

Report coûteux des adaptations de prix des médicaments

Le tribunal fédéral a demandé à l'OFSP de comparer également l'efficacité des médicaments avec d'autres produits ayant la même indication voire un mode d'action similaire dans le cadre de ses comparaisons internationales des prix. Cet

arrêt a pour conséquence que les prix ne seront adaptés à nouveau qu'en 2017. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) exige que les prestations thérapeutiques soient efficaces, appropriées et économiques, mais aussi avantageuses pour être prises en charge par l'assurance de base. Au lieu de tenir compte, conformément à la loi, du résultat du critère le plus avantageux, une pondération est réalisée à hauteur de deux-tiers pour la comparaison internationale des prix et d'un tiers pour la comparaison thérapeutique croisée. L'ordonnance en vigueur depuis 2015 impose à l'OFSP un contrôle triennal des prix des médicaments. Pour des questions d'égalité de traitement, tous les médicaments devraient être comparés simultanément. Il est incompréhensible, si l'on se place du point de vue des payeurs de primes, que le contrôle soit réparti sur plusieurs années, ce qui permet à l'industrie pharmaceutique d'empocher indûment plus de 300 millions de francs, financés par les payeurs de primes. •

SUR LE BLOG

Les assureurs-maladie ont-ils le droit de faire des bénéfices?

La saison des rapports a commencé. Les assureurs-maladie publient eux aussi leurs comptes annuels qui affichent parfois des « millions de bénéfice ». Or les bénéfices déclarés dans les rapports annuels concernent exclusivement le domaine des assurances complémentaires, l'assurance de base devant, de par la loi, s'autofinancer. Les éventuels bénéfices dans l'assurance de base sont affectés aux réserves légales. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) demande aux assureurs-maladie de couvrir les prestations et les frais administratifs avec les primes de l'assurance de base. Quand les recettes de primes dans un canton sont nettement supérieures aux coûts cumulés dans ce canton, l'assureur-maladie peut, dans le canton concerné, procéder à une compensation des primes l'année suivante (art. 17, al. 1 LSAMal). •

→ <http://santesuisse/se383>

