

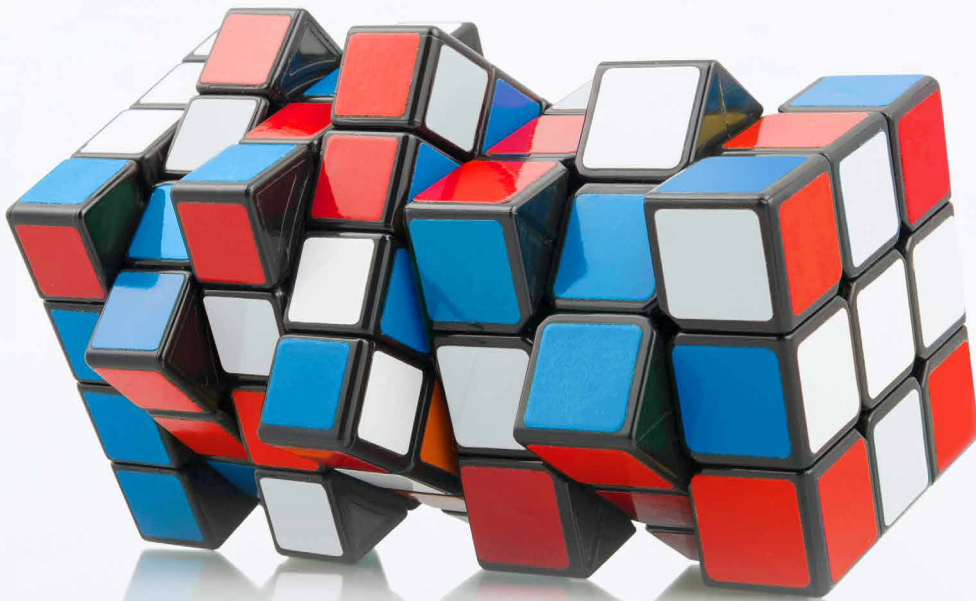


MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 2 | 2017

Investir dans la qualité et l'efficacité

Oui à la rationalisation, non au rationnement !



L'obstacle des limites cantonales

Notre système fédéraliste laisse une grande latitude aux cantons en matière de santé. Mais comme les flux de patients ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales, il faut remettre en cause « l'esprit de clocher ». Il est indispensable de raisonner en termes de régions d'approvisionnement et d'éviter une surabondance de l'offre médicale. •

Heinz Brand, président de santésuisse

Qualité et efficacité doivent devenir les mots d'ordre de notre système de santé : il faut déclarer la guerre aux prestations superflues, inefficaces et de qualité insuffisante.

Actuellement, la Berne fédérale caresse l'idée de juguler la hausse des coûts de l'assurance-maladie au moyen de budgets globaux. La population ne devrait toutefois guère apprécier que des prestations nécessaires et efficaces soient ainsi limitées.

Les médecins doivent se mobiliser

Dans ces conditions, l'opposition des médecins – soutenue par santésuisse – aux budgets globaux et au rationnement est compréhensible. Mais les médecins devraient alors aussi concourir à éviter activement les prestations superflues, inefficaces, voire nocives, afin que des méthodes radicales telles que les budgets globaux et le rationnement ne puissent rallier une majorité. La FMH serait bien inspirée de soutenir le projet pour plus de qualité et

d'économicité dans l'assurance-maladie. Dans le secteur ambulatoire justement, les patients manquent de critères et de mesures de la qualité comparables permettant de choisir leur médecin en toute objectivité.

Améliorer le projet du Conseil fédéral relatif à la qualité au lieu de le rejeter

La Suisse a donc raison d'investir dans la qualité et l'efficacité. Quiconque attache de l'importance à notre système de santé ne peut décemment s'opposer à l'amélioration de la qualité et à la transparence qui en découle. Car tôt ou tard, nous aurons tous besoin de soins de santé. •

SOMMAIRE

À l'Ouest rien de nouveau !	2
Oui au fédéralisme, mais avec plus de discernement	3
En bref	4

À l'Ouest rien de nouveau !

Tentative peu crédible de cantonalisation de l'assurance-maladie

Les conseillers d'État Mauro Poggia (MCG) et Pierre-Yves Maillard (PS) n'arrivent visiblement pas à accepter les décisions démocratiques nationales prises à plusieurs reprises et veulent élargir massivement le pouvoir des cantons en matière de santé, de même qu'exproprier et mettre sous tutelle les assurances-maladie. Il serait pourtant beaucoup plus judicieux de réduire les surcapacités du système de soins dues au fédéralisme.

Le mauvais temps vient toujours de l'Ouest, dit-on. En effet, les récentes zones de basse pression en provenance de Genève et Lausanne n'augurent rien de bon sur le front de l'assurance-maladie : pour la quatrième fois en vingt ans, on tente, au moyen d'initiatives populaires, de mettre fin de facto aux caisses-maladie de droit privé qui garantissent la sécurité financière de la population en cas de maladie depuis plus d'un siècle.

Cantonalisation de l'assurance-maladie

Pas plus tard que l'année dernière, les deux conseillers d'État avaient manifestement envoyé la Fédération romande des consommateurs (FRC) en première ligne pour asseoir leur projet sur une base plus large. Cette tentative ayant échoué et la FRC ayant définitivement classé l'affaire par manque de soutien, notamment en Suisse allemande, les deux conseillers d'État doivent à présent mettre eux-mêmes la main à la pâte afin d'étendre l'influence de leur canton.

Cantons contre payeurs de prime

Mais comment accorder du crédit au soi-disant engagement des cantons en faveur de primes plus basses ? D'un côté, ils réclament régulièrement des rémunérations plus élevées pour « leurs » cliniques – notamment pour leurs hôpitaux universitaires – lors des négociations tarifaires. Dans le passé, il leur est même arrivé de déclarer que les assureurs-maladie pourraient compenser les tarifs plus élevés des cliniques par « une légère hausse » des primes.

”
Les cantons refusent le financement uniforme des soins ambulatoires et stationnaires.

D'un autre côté, ils prônent aujourd'hui l'accélération du transfert des prestations stationnaires vers le secteur ambulatoire. Au moyen de « listes d'opérations », ils entendent dicter les interventions à réaliser en ambulatoire puisqu'ils ne participent pas aux coûts dans ce cas. Les cantons refusent le financement uniforme des

soins ambulatoires et stationnaires alors que celui-ci permettrait une répartition équitable des économies et des coûts entre les payeurs de primes et les cantons.

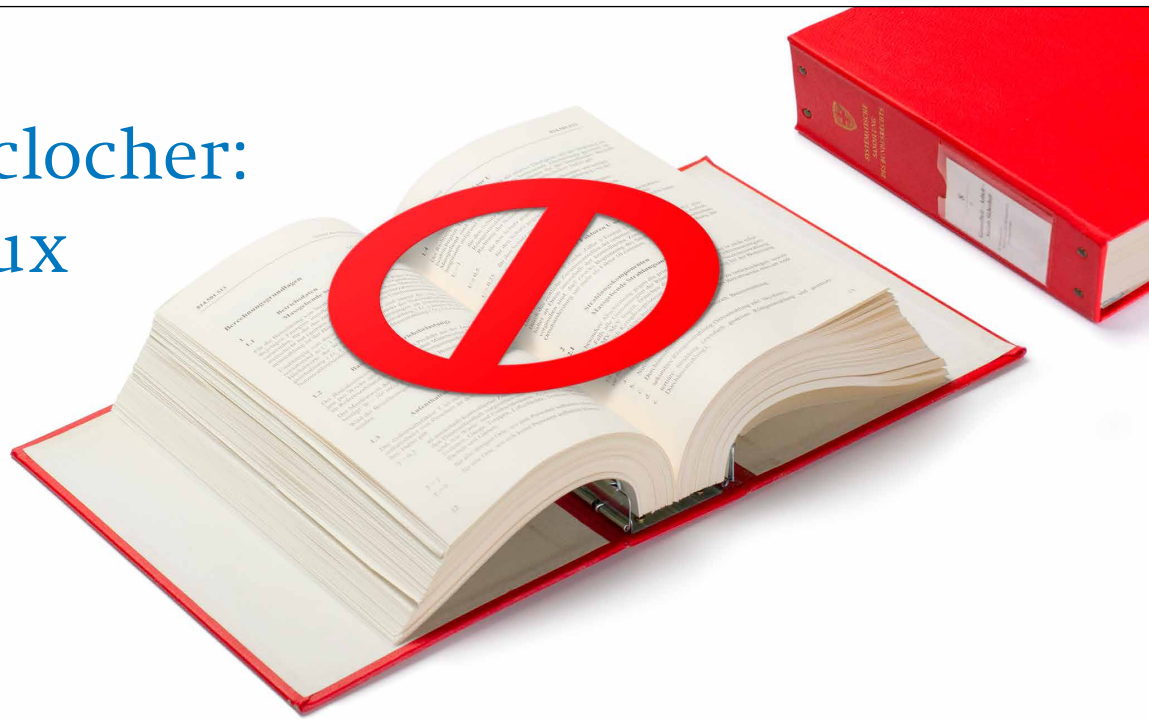
Le fédéralisme excessif attise la flambée des primes

Le fédéralisme excessif est aujourd'hui déjà l'un des problèmes majeurs du système de santé suisse. Les cantons de Genève et de Vaud sont des exemples révélateurs à cet égard: tous deux gèrent leur propre hôpital universitaire, ce qui coûte des centaines de millions de francs de plus aux payeurs de primes et aux contribuables. « La concentration du pouvoir et les conflits d'intérêt dans les cantons de Genève et de Vaud sont une partie du problème et non la solution », déclare Verena Nold, directrice de santésuisse. En ce qui concerne la concurrence en matière de qualité dans le secteur hospitalier à l'échelle de la Suisse, ces deux cantons ne se comportent guère mieux. Ils sapent activement la concurrence avec les hôpitaux hors-canton en accordant de grasses subventions à leurs propres hôpitaux (canton de Genève) ou en tenant des propos protectionnistes sur les quotas (canton de Vaud). Cela se traduit par un maintien latent des structures actuelles qui génère des coûts inutiles aux frais des assurés et des contribuables. •



L'esprit de clocher: un frein aux réformes

Oui au fédéralisme, mais
avec plus de discernement



Entre « garantie » et « mise sous tutelle » : voilà comment les cantons interprètent le mandat constitutionnel qui leur est confié en matière de soins de santé. Mais le plus choquant, c'est que les prestations ambulatoires et stationnaires soient financées différemment. On serait toutefois en droit d'attendre des cantons qu'ils apportent leur contribution pour trouver de meilleures solutions.

Notre système de santé souffre d'un manque d'efficacité et d'un approvisionnement en soins inadéquat. Cela s'accompagne d'une hausse annuelle des coûts avec laquelle les salaires et les rentes ne peuvent tenir la cadence. Malgré cela, quelques cantons préfèrent s'accrocher à leur pouvoir plutôt que d'améliorer le système.

Les cantons pourraient remédier à la situation

Les cantons ont pourtant toutes les cartes en mains pour doter la Suisse d'un système de soins nettement plus efficace et de meilleure qualité. Une planification intercantonale de l'offre permettrait de réduire les surcapacités et d'éviter les projets de prestige dispendieux. En s'engageant pour un financement uniforme de toutes les prestations dans l'assurance-obligatoire des soins (AOS), un premier pas serait fait pour que le transfert des soins stationnaires vers le secteur ambulatoire – judicieux sur le fond – ne se fasse plus au détriment des payeurs de primes et que des incitations à réaliser des économies soient créées pour l'AOS dans son ensemble.

A force de faire cavaliers seuls, les cantons accroissent les coûts

Il semble que les cantons ne souhaitent faire un pas ni en faveur de la planification suprarégionale ni du financement uniforme de toutes les prestations de l'AOS. Ce sont donc les assurés et les contribuables qui doivent assumer les conséquences d'une planification intercantonale insuffisante des soins en mettant la main à la poche pour financer les surcapacités. Mais ce n'est pas tout : la médecine de prestige pratiquée par les cantons souffre souvent d'un nombre de cas trop faible, pénalisant du coup les patients également sur le plan de la qualité. Le seul arrangement entre les cantons en matière de planification des soins de santé semble être, comme d'habitude, de ne pas se laisser influencer.

” Une planification intercantonale de l'offre réduirait les surcapacités.

Les flux de patients ne s'arrêtent pas aux limites cantonales

Lors des délibérations sur le nouveau régime de financement hospitalier, le Parlement avait clairement tranché en faveur d'une vision globale, pour toute la Suisse, et s'était prononcé contre un cloisonnement cantonal. Les cantons avaient combattu cette idée, refusant même de financer les traitements médicaux volontaires

hors canton de leurs administrés. Il est temps que le législateur rappelle le cantonalisme à l'ordre lorsqu'il entrave la concurrence en matière de qualité à coups de mesures économiques dirigistes et en maintenant à tout prix les structures en place. Dans ces conditions, une question se posera à long terme, celle de savoir pendant combien de temps encore les assurés et les contribuables seront prêts à financer les excès et les défaillances dus au fédéralisme. S'agissant des interventions médicales complexes notamment, la population s'en tient de moins en moins aux limites cantonales. Par ailleurs, pourquoi devrait-on payer pour quelque chose dont on n'a pas besoin ou dont la qualité est douteuse ?

Faire la lumière sur les flux de patients

santésuisse est d'avis que la planification des soins médicaux doit s'effectuer en fonction des régions d'approvisionnement en soins effectives et non selon les limites cantonales. Notons qu'en raison de cette cantonalisation, les flux de patients réels n'ont jamais été étudiés. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a aussi souligné dans une récente prise de position intitulée « Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins » que l'élaboration d'un concept de gouvernance judicieux du système de santé devait passer par la création d'une base de données adaptée. Sur la base de ces réflexions, santésuisse présentera au public, dans le courant de l'année, une étude qui fera la lumière sur les flux de patients à l'échelle de la Suisse. •

Et en plus ...



Nous ne serions pas étonnés que le Conseil fédéral confie bientôt une nouvelle mission à l'agent secret Daniel M. dans le domaine de la surveillance de l'assurance-maladie : l'homme se débrouille sûrement à merveille pour calculer les régions de primes et gérer les petites caisses-maladie, domaines où les compétences et le tact font cruellement défaut. •

Les pessimistes craignent même que Daniel M. n'introduise frauduleusement les données financières recueillies en Rhénanie-du-Nord-Westphalie pour calculer les nouvelles régions de primes annoncées pour le canton de Berne. Les optimistes sont moins inquiets, car les nouveaux calculs qui seront annoncés d'ici l'été prochain pourraient difficilement être pires que ceux proposés initialement par l'OFSP. •

La taupe reconnue par la Confédération pourrait désormais enquêter à découvert sur les caisses-maladie qui osent encore faire un usage quotidien des fiches cartonnées, des machines à écrire ou des fax. •

Même si le service de renseignement s'en mêle lui aussi, cela ne changerait rien : le fait que la caisse-maladie Turbenthal ait été traînée devant le Tribunal fédéral administratif en raison de tels « délits » relève de toute façon d'une disproportion sans égale. •

Tandis que l'OFSP assigne la caisse Turbenthal au tribunal, d'autres, qui veulent écrire une page de l'Histoire, pourraient en tirer des leçons : c'est la seule caisse dont les données sensibles sont à l'abri, y compris des pirates informatiques moscovites. •

La recommandation du comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) de refuser, par principe, le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires tient elle aussi de la politique hégémonique russe. Cet organe remporte la palme de l'excès d'ignorance et de politique hégémonique. •

Si nos trophées n'étaient pas déjà distribués, nous décernerions également un prix d'honneur aux milieux qui, par intérêt personnel, n'ont de cesse de répandre l'idée que la riche Suisse pourra encore supporter des hausses de primes pendant longtemps sans faire de concessions. Reste à savoir ce que la population, notamment les nombreuses familles qui ne parviennent plus à payer leurs primes, en pense. •

Restez néanmoins joyeux car rire est bon pour la santé!

SUR LE BLOG

La structure tarifaire de physiothérapie doit être remaniée

Faute d'accord entre les assureurs-maladie et les physiothérapeutes sur la structure tarifaire de physiothérapie, le Conseil fédéral a décidé d'intervenir le 22 mars 2017 et de mettre en consultation jusqu'au 21 juin 2017 une structure tarifaire légèrement modifiée, qui entrerait en vigueur début 2018.

Pour santésuisse, il est important que la nouvelle structure tarifaire n'entraîne pas d'importants surcoûts à la charge de l'assurance-maladie de base, et donc des payeurs de primes. En effet, les coûts des prestations de physiothérapie ont augmenté de plus de 40 % entre 2011 et 2015, pour atteindre actuellement un milliard de francs. Dans le même temps, les coûts globaux à la charge de l'assurance-maladie ont augmenté moins rapidement, de l'ordre de 20%. Par ailleurs, on observe également une forte augmentation du nombre de cabinets de physiothérapie: leur multiplication s'est également traduite par une hausse de 46 % du nombre de séances depuis 2011. La structure tarifaire mise en consultation propose par exemple de nouvelles règles de facturation, une réduction des positions tarifaires et la fixation de la durée des séances de physiothérapie. Selon le Conseil fédéral, ces mesures devraient permettre de réduire les incitations négatives et d'accroître la transparence. •

→ <http://santesu.is/se438>

