MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 4-23

Ne pas gonfler inutilement l'EFAS!

Le nouveau tarif ambulatoire est sur les rails

SASIS SA: le logisticien des données

Le tarif médical ambulatoire: une source d'espoir

Le nouveau tarif médical ambulatoire est prêt pour une approbation imminente par le Conseil fédéral. C'est un signe positif pour la nouvelle législature!

La modernisation du tarif ambulatoire, attendue depuis longtemps, va enfin devenir réalité. Après le développement conjoint, par santésuisse et H+ Les Hôpitaux de Suisse, du tarif des forfaits ambulatoires, les deux associations viennent à présent d'approuver le paquet global comprenant, outre une large utilisation des forfaits, le tarif à la prestation TARDOC. Par ces décisions, elles témoignent de leur volonté de trouver un compromis afin de combiner les meilleurs éléments des deux systèmes tarifaires. Les deux associations mettent ainsi en œuvre la volonté du Parlement et du Conseil fédéral, et créent les conditions requises pour une utilisation à large échelle des forfaits. C'est une étape importante pour le système de santé du futur – mais d'autres doivent suivre. Le Parlement doit notamment prendre enfin des mesures pour faire baisser les coûts et rejeter systématiquement de nouvelles prestations qui prétériteraient encore plus l'assurance de base.

Nouvelle législature: saisissons cette chance!

La Suisse a urgemment besoin d'idées nouvelles pour le système de santé. Nous ne pourrons freiner les coûts et consolider notre système de santé pour l'avenir qu'ensembles et en ne nous voilant pas politiquement la face. santésuisse se voit comme une bâtisseuse de ponts. Avec votre soutien, chères et chers parlementaires, nous voulons enfin faire aboutir d'importantes réformes. La nouvelle législature constitue une grande chance à cet égard: saisissons-là dans l'intérêt des payeurs de primes afin que le financement de l'assurance-maladie sociale puisse, à l'avenir aussi, être garanti!

Martin Landolt
Président de santésuisse

santésuisse

Sans corrections, l'EFAS est voué à l'échec

Le financement ambulatoire des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS), tel que l'envisage le Conseil des Etats, s'avèrerait à terme très coûteux pour les payeurs de primes. L'intégration des soins entraînerait une hausse massive des coûts et le double contrôle des factures par les cantons créerait un molosse bureaucratique.

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) pourrait rendre le système de santé plus efficace. Actuellement, les assureurs-maladie paient l'intégralité des prestations ambulatoires, tandis que les prestations stationnaires sont financées paritairement à hauteur de 45 pour cent par les assureurs-maladie et de 55 pour cent par les cantons. Autant dire que les cantons sont peu intéressés de rendre l'offre de prestations ambulatoire plus efficiente et de faire des économies. Le projet EFAS pourrait contribuer à une vision plus intégrée des traitements, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires. santésuisse le soutient donc fondamentalement, à condition toutefois que sa mise en œuvre soit allégée. Si les soins y sont intégrés en dépit du bon sens et si les cantons obtiennent la compétence de contrôler les factures à double, santésuisse rejettera le projet EFAS inutilement gonflé qui pénalisera les payeurs de primes.

Des intérêts particuliers inappropriés et coûteux

Les cantons et le Conseil des Etats souhaitent que les soins soient intégrés sans conditions aucune dans l'EFAS. Or cela entraînerait des milliards de coûts supplémentaires pour les payeurs de primes, comme le révèle une étude de santésuisse. Après quelques années seulement, les gains d'efficacité liés à l'EFAS seraient anéantis par la forte dynamique des coûts des soins. Des coûts supplémentaires massifs devraient alors être supportés et les primes prendraient inévitablement l'ascenseur. Les cantons souhaitent aussi pouvoir contrôler les factures et refuser des paiements alors qu'il s'agit, depuis de nombreuses années, d'une compétence-clé des assureurs-maladie, lesquels s'en acquittent avec un niveau de qualité élevé. Un tel double rôle des cantons entraînerait une charge bureaucratique considérable, car toute évaluation contradictoire devrait au final être négociée devant un tribunal.

Rejeter un projet non équilibré

Le Conseil national voudrait tout de même lier l'intégration des soins à des conditions claires. Il demande d'une part que les cantons veillent à rendre les coûts des soins transparents et d'autre part, que l'initiative sur les soins soit entièrement mise en œuvre. Si ces conditions sont entièrement remplies, l'intégration des soins fera grimper les coûts, et partant les primes. De plus, le Conseil national souhaite que les cantons reçoivent certes les factures individuelles des soins stationnaires, mais sans qu'ils puissent les contrôler à double, ce qui serait totalement inefficace. Cette solution est acceptable en guise de compromis, car les cantons, en tant que propriétaires d'hôpitaux, assument des tâches de contrôle et de planification. Le projet EFAS entre maintenant dans une phase décisive. Des compromis inappropriés, acceptés dans le seul but de faire aboutir le projet de manière précipitée, n'ont pas leur place. Il faut clairement rejeter une pseudo réforme coûteuse.

Aboutissement après 20 ans!

santésuisse soutient le tarif global composé de forfaits et du tarif à la prestation. Des forfaits ambulatoires pour des traitements spécialisés onéreux sont une solution efficace pour lutter contre l'augmentation des prestations, tout en créant de bonnes incitations et en réduisant la charge administrative.

Début novembre, le conseil d'administration de santésuisse a soutenu à l'unanimité le compromis tarifaire et approuvé l'introduction d'un tarif global composé de forfaits ambulatoires et du tarif à la prestation TARDOC. Mis au point au cours des derniers mois, le tarif médical du futur est un compromis solide, qui tire idéalement parti des avantages des deux systèmes tarifaires. Les forfaits s'appliquent surtout aux traitements hautement standardisés nécessitant beaucoup de ressources pour un jour donné, tandis que les consultations préalables ou postérieures à un traitement, par exemple, sont facturées selon le tarif à la prestation TARDOC.

Simples et compréhensibles

Les forfaits sont faciles à comprendre et à appliquer; comme ils reposent sur des règles contraignantes, des contenus définis et des critères vérifiables, ils réduisent la charge administrative pour toutes les parties concernées. De plus, ils éliminent les mauvaises incitations inhérentes au tarif à l'acte actuel. Car si chaque prestation est saisie, des facturations sciemment ou non erronées en résultent toujours, lesquelles se traduisent au final par une augmentation du nombre de prestations. L'utilisation de forfaits empêche cette incitation négative.

Les forfaits ambulatoires couvrent toute une journée au bloc opératoire: de l'admission du patient à l'intervention et jusqu'au suivi post-opératoire. Toutes les prestations fournies durant la même journée sont regroupées dans un forfait. Outre la part des salaires du personnel soignant, le forfait inclut les coûts des infrastructures, le matériel à usage unique et les médicaments utilisés lors de l'intervention ainsi que les coûts de l'anesthésie. Les factures faciles à comprendre facilitent le travail administratif des médecins et des assureurs-maladie.

Efficacité récompensée

Le nouveau système tarifaire cohérent composé de forfaits et du tarif à la prestation améliore la transparence vis-à-vis des payeurs de primes, aide à stabiliser l'évolution des coûts et récompense les prestations efficaces. Ceux qui fournissent des prestations à des prix inférieurs aux forfaits en profitent financièrement. Les forfaits ambulatoires reposent sur des données de prestations et de coûts provenant de près d'un million de cas mis à disposition par quelque 30 hôpitaux. La base de données à partir de laquelle le tarif a été élaboré est donc plus vaste que celle de n'importe quel autre tarif ambulatoire. La prochaine étape importante sera la remise des deux systèmes tarifaires pour approbation au Conseil fédéral par la nouvelle Organisation tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA).

ACTUALITÉS DU CONSEIL NATIONAL

Améliorer les conditions cadres du DEP

Le financement transitoire du dossier électronique du patient (DEP) crée des incitations propices pour promouvoir sa diffusion. Il sera également possible d'ouvrir un DPE par consentement électronique. Cette mesure n'aura toutefois qu'une efficacité limitée puisque les médecins en pratique privée ne seront contraints de tenir à jour un DEP qu'après la révision totale de la loi. L'introduction dans toute la Suisse d'un DEP fonctionnel et avantageux est une étape de la numérisation du système de santé attendue depuis longtemps.

ACTUALITÉS DU CONSEIL DES ÉTATS

Revoir l'obligation de contracter

L'obligation de contracter impose la signature d'une convention avec tout fournisseur de prestations autorisé à pratiquer. Une motion demande que l'application rigide de l'obligation de contracter soit reconsidérée, une démarche que santésuisse soutient. L'assouplissement de l'obligation de contracter permettrait aux assureurs de décider, sur la base de critères de concurrence, de qualité et d'approvisionnement médical, avec quels prestataires ils souhaitent signer des conventions. Ce système fait ses preuves depuis des années dans les modèles d'assurance alternatifs.

Consultation en ligne rapide et claire de tous les objets >

SCAN ME

La coopération avec SASIS fait ses preuves

SASIS SA exploite d'une part un centre de compétences interdisciplinaire pour les statistiques de la branche et fait d'autre part progresser la numérisation du système de santé. Elle met aussi des pools de données à disposition de ses clients à prix coûtant. Une motion remettant en question sans nécessité cette collaboration éprouvée doit être rejetée.

La motion 21.3779 du conseiller national Vincent Maitre demande que les assureurs-maladie fournissent gratuitement une analyse des données allant au-delà de celle que la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie exige actuellement déjà à des fins de monitorage des coûts et de la qualité. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fait appel aux pools de données de SASIS SA, filiale de santésuisse, en complément aux données fournies directement par les assureurs. Il ne fait aucun sens, économiquement parlant, que l'OFSP, comme le demande la motion, crée lui-même de tels pools de données déjà existants et y consacre ses propres ressources. La collaboration fructueuse avec SASIS est un excellent exemple de la manière dont des travaux peuvent être exécutés de manière comparativement plus efficace par une entreprise privée.

Hormis les statistiques de la branche, SASIS soutient aussi la numérisation du système de santé. En développant le standard SHIP (Swiss Health Information Processing) et en l'étendant à des domaines de prestations supplémentaires, SASIS fait progresser le système de santé suisse de manière décisive. D'ici fin 2023, le traitement numérique des processus administratifs – de l'ordonnance médicale au traitement jusqu'à la clôture du cas avec la facturation – deviendra réalité dans tous les domaines. SHIP permettra ainsi un échange de données et d'informations entièrement numérisé reposant sur des processus définis. Ceux-ci respectent des normes de sécurité maximales et augmentent la transparence, la qualité des données et une gestion efficace chez tous les acteurs de la santé.

IMPRESSUM santésuisse – Les assureurs-maladie suisses, Römerstrasse 20, case postale, 4502 Soleure, 032 625 41 41, mail@santesuisse.ch, **santesuisse.ch**

Informations actuelles sur le système de santé

santésuisse sur twitter

SCAN ME

santésuisse sur LinkedIN

SCAN ME