

## Jeter les bases du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires

**Un financement uniforme permet d'améliorer la qualité et l'efficacité**



### Agir dans l'intérêt des patients

Le financement ne devrait pas jouer un rôle dans le traitement optimal des patients à l'endroit approprié. Les incitations erronées dans le financement des prestations stationnaires et ambulatoires doivent donc être éliminées rapidement et judicieusement afin d'améliorer la qualité des soins et de les rendre simultanément moins coûteux. •

Heinz Brand, président de santésuisse

**Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires n'est pas une fin en soi, mais crée les conditions d'une réelle amélioration.**

La tendance à long terme, consistant à passer des prestations hospitalières stationnaires aux prestations ambulatoires, doit être soutenue. Mais ce transfert entraîne aujourd'hui, dans l'assurance-maladie sociale, une charge supplémentaire socialement et politiquement inacceptable pour les payeurs de primes, tandis que les gains d'efficacité découlant des traitements ambulatoires profitent presque exclusivement aux cantons.

#### Neutraliser les incitations erronées

Avec le financement uniforme des prestations hospitalières stationnaires et ambulatoires, le ratio entre la part financée par l'impôt et celle financée par les primes resterait constant à long terme. Cela créerait en quelque sorte la « configuration de base » pour que les deux objectifs fondamentaux,

que sont l'amélioration de la qualité et la baisse des coûts de la santé, puissent être poursuivis de manière plus intensive – libérés de toute incitation financière dommageable. Car si les cantons participent financièrement aux structures ambulatoires, on peut également s'attendre à un pilotage plus strict des admissions de médecins. En outre, les cantons eux-mêmes sont un important fournisseur de prestations ambulatoires, car de nombreux services hospitaliers ambulatoires – qui poussent actuellement comme des champignons – appartiennent aux cantons. Or les cantons ne doivent actuellement supporter les conséquences financières de leurs décisions que dans le secteur hospitalier stationnaire. •

### SOMMAIRE

Nombre minimum de cas	2
Financement des soins	3
En bref	4

# En finir avec la « chirurgie occasionnelle »

Plus de transparence sur la qualité dans nos hôpitaux



**Pour les interventions chirurgicales complexes, il est clairement établi que la qualité s'accroît en fonction du nombre de cas traités. Toutefois, il n'est pas rare en Suisse que la politique régionale l'emporte sur la qualité des résultats et la sécurité des patients.**

Les assureurs-maladie n'ont pas, en principe, à interférer dans les modèles d'affaires des hôpitaux de soins aigus. Il y a donc de bonnes raisons pour qu'ils le fassent malgré tout, à savoir l'absence de transparence de la qualité des résultats dans le secteur hospitalier et ses conséquences coûteuses. Pour prendre un exemple, on pourrait dire que les hôpitaux jouent dans la Ligue des champions en termes de coûts et de prix, mais qu'ils ne dépassent pas le niveau amateur lorsqu'il s'agit de la transparence. L'efficacité, l'adéquation et l'efficacité des procédures chirurgicales complexes ne sont pas démontrées par des faits transparents et des données. Une réalité pour laquelle les assurés paient cher sans avoir la garantie de profiter d'une qualité optimale.

## Nombre de cas trop faible

Un élément central pour améliorer la qualité des résultats serait d'imposer un nombre minimum de cas pour les interventions chirurgicales com-

plexes. Car les études prouvent qu'un nombre élevé de cas a un effet positif sur la qualité du traitement et la sécurité des patients ; de plus, il garantit également une meilleure utilisation des infrastructures et une réduction des coûts globaux. Alors qu'en Allemagne, les hôpitaux ne peuvent effectuer certaines interventions que s'ils disposent d'une expérience minimale dans la spécialité concernée, la Suisse recogne à fixer de tels minima.

**“ La Suisse doit regrouper ses forces chirurgicales ».**

Le canton de Zurich fait figure d'exception louable en la matière puisqu'il a fixé un nombre minimum de cas pour un certain nombre d'opérations. Pour les interventions complexes sur les bronches et les poumons, par exemple, il impose trente cas par hôpital – nota bene trois fois moins que la valeur minimale calculée par l'Université Technique de Berlin pour l'Allemagne. Mais même cette faible valeur n'est atteinte que par 25 hôpitaux sur 68 en Suisse. Une situation similaire est

constatée lors de l'implantation initiale de prothèses de hanche : sur 117 hôpitaux, seuls 27 ont un nombre suffisant de cas. Ce sont les patients, croyant à tort être en sécurité, qui en font les frais.

## Créer des centres de compétence

Or la petite Suisse se prêterait justement à un regroupement des « forces chirurgicales ». L'obligation d'effectuer des interventions chirurgicales complexes exclusivement dans des centres de compétence cantonaux ou régionaux serait la solution pour garantir non seulement une qualité de traitement optimale, mais aussi une meilleure économie. Un nombre minimal de cas fixé par le Conseil fédéral servirait de base à la spécialisation et à des coopérations. Les soins de base dans les hôpitaux actuels n'en seraient pas affectés, mais il n'est pas tolérable que tout le monde fasse tout – ce n'est ni efficace ni ne contribue à la qualité.

Le problème, c'est que ce qui semble logique sur le papier échoue dans sa mise en œuvre pratique à cause du refus des cantons d'abandonner leur mentalité de prestige au profit d'une planification hospitalière suprarégionale. Et de permettre ainsi l'instauration d'une concurrence équitable fondée sur la qualité et, en définitive, une plus grande sécurité des patients. •

# Plafonnement souhaité

L'assurance-maladie sociale n'est pas une assurance de soins



**Le financement des soins liés à l'âge fait partie des grands défis de notre époque. Vouloir résoudre les problèmes avec une participation plus importante de l'assurance-maladie obligatoire (AOS) est un non-sens qui, en imposant une charge supplémentaire inévitables aux payeurs de primes, met en péril l'AOS en tant qu'assurance sociale.**

Lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, il était prévu que tous les coûts des soins dans les maisons de retraite et les EMS seraient à la charge de l'AOS. Mais on s'est rapidement rendu compte que l'assurance-maladie ne pouvait, à elle seule, supporter les coûts.

## 2011 : l'assurance-maladie ne doit pas devenir une assurance de soins

Avec le « Nouveau régime de financement des soins » (NRFS), en vigueur depuis 2011, le législateur a délibérément limité la contribution de l'assurance-maladie aux coûts des soins. L'objectif était d'éviter que l'assurance-maladie ne devienne progressivement une assurance de soins. Depuis 2011, les tribunaux ont clarifié – ou plus précisément confirmé – dans plusieurs arrêts ce que le Parlement a décidé dans le cadre du NRFS :

- L'assurance-maladie verse une contribution aux soins de longue durée échelonnée en fonction des besoins en soins.

- Les résidents contribuent également au financement – ici aussi, le législateur a fixé une participation maximale afin d'éviter que les résidents ne soient trop lourdement sollicités.
- Les cantons règlent le financement de tous les coûts non couverts (financement résiduel).
- D'autres coûts associés au séjour à l'EMS, tels que l'encadrement et l'hôtellerie, doivent continuer à être supportés par les résidents, qui sont toutefois souvent dépendants des contributions d'autres institutions de sécurité sociale (prestations complémentaires, allocation pour impotent, etc.).

## Principe « Ambulatoire avant stationnaire » dans le domaine des soins : un poids pour l'AOS

Alors que les cantons ont le pouvoir de fixer des directives pour les EMS, les assureurs-maladie ne disposent même pas d'un droit de recours, par exemple pour s'opposer aux décisions cantonales sur le nombre de places dans les EMS. L'objectif d'un financement raisonnable des soins doit donc consister à l'avenir aussi à limiter la part des coûts des soins à charge de la LAMal. Une évaluation complète de l'évolution des soins pour les personnes âgées montre en effet que la promotion du principe « ambulatoire avant stationnaire » fait déjà peser une charge de plus en plus lourde sur l'AOS. Contrairement aux frais stationnaires dans les EMS, les prestations fournies par les

organisations d'aide et de soins à domicile ou par des infirmiers indépendants sont entièrement à la charge de l'assurance de base. Les statistiques révèlent que depuis l'introduction du NRFS, les coûts des soins par personne assurée à charge de l'AOS n'ont augmenté, dans les EMS, que de 1,6 % par an ; en revanche, les coûts des soins fournis en ambulatoire ont progressé de 6,7 % par an pour l'aide et les soins à domicile et de 8,2 % pour les infirmiers. D'ailleurs, si l'initiative sur les soins actuellement traitée au Parlement était acceptée, elle accentuerait encore davantage le problème.

## Financement résiduel : les cantons doivent prendre leurs responsabilités

La demande d'une plus grande participation aux coûts de l'AOS ne fait donc que détourner l'attention du véritable problème : le rapport d'évaluation du Conseil fédéral sur le NRFS, publié récemment, montre clairement que les cantons, qui contournent souvent la protection tarifaire, veulent répercuter – contre la volonté du législateur – les coûts restants non couverts sur les patients. Une pratique inacceptable à laquelle les assureurs-maladie s'opposent en accord avec le surveillant des prix. Il est nécessaire de préciser la loi sur l'assurance-maladie afin de garantir la prise en charge intégrale des coûts résiduels par les pouvoirs publics. •

# En bref



## 3 milliards d'économies

Une enquête récente auprès des membres de santésuisse révèle que les caisses-maladie remplissent non seulement leur mandat légal de contrôle des factures de manière exhaustive, mais qu'elles disposent également des meilleures conditions en termes de savoir-faire et d'infrastructure.

Les économies réalisées dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire s'élèvent à environ trois milliards de francs par an pour l'ensemble de la branche. En d'autres termes, sans un contrôle systématique des prestations par les assureurs-maladie, les primes moyennes seraient supérieures d'environ 10,5 %. Il s'agit, soit dit en passant, d'un bilan qu'un organe de contrôle de l'Etat ne dépasserait pas.

Les assureurs s'accordent à dire qu'un ajustement des conditions cadres légales permettrait de réaliser des économies substantielles supplémentaires. Ils exigent, entre autres, des sanctions plus efficaces en cas de facturation incorrecte et un accès aux données individuelles anonymisées afin de pouvoir évaluer si un fournisseur de prestations surfacture systématiquement. •

## santésuisse soutient la plate-forme nationale dédiée à la qualité

Dans le cadre de la stratégie qualité menée à l'échelle nationale, santésuisse soutient la mise en place d'une vaste plateforme nationale dédiée à la qualité, comme celle prévue dans le projet de loi actuellement débattu au Parlement. Les coûts de fonctionnement annuels d'une telle plateforme sont

évalués entre 20 et 30 millions de francs. De l'avis de santésuisse, ces coûts doivent prioritairement être financés par des fonds publics. Pour l'élaboration de systèmes de mesure appropriés, la conduite de projets pilotes, et enfin l'analyse et la présentation des résultats de mesure pour les niveaux d'action «Fournisseurs de prestations» et «Mesures incitatives», les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations doivent supporter des coûts. Les partenaires tarifaires doivent donc s'entendre sur un accord réglant le financement de ces coûts. •

## Le pilotage des admissions de médecins doit être corrigé

santésuisse demande une révision de la proposition du Conseil fédéral concernant le pilotage des admissions de médecins. Au lieu de planifier les soins à l'intérieur des frontières cantonales, la Confédération et les cantons doivent se baser sur les flux de patients et les régions de soins pour définir des fourchettes de densités de médecins par spécialité dans toute la Suisse. Les lignes directrices doivent s'appliquer aussi bien aux cabinets privés qu'au secteur hospitalier ambulatoire. Si les cantons ne respectent pas les densités ou les limites supérieures définies – et s'ils ne peuvent pas prouver la coordination intercantionale dans l'intérêt d'une prise en charge et d'une efficacité optimales –, il faudra veiller à ce que les coûts du surapprovisionnement ne soient pas supportés par les assureurs-maladie ou les payeurs de primes. Un droit de recours devant la justice doit être prévu pour les assureurs-maladie devant dans de tels cas.. •

## SUR LE BLOG

### Coûts – Un coup d'œil dans les cantons

Comment se fait-il que les Genevoises et Genevois affichent des coûts de soins médicaux deux fois plus élevés que la moyenne suisse ? Ou que les coûts des traitements hospitaliers stationnaires sont, à Bâle-Ville, environ quatre fois supérieurs à ceux du reste de la Suisse ? Nous tentons de fournir une explication.

A chaque automne, au moment où les primes d'assurance-maladie sont communiquées pour l'année suivante, des disparités cantonales, parfois importantes, sautent aux yeux. Ainsi, en 2018, les augmentations de primes ont varié, selon les cantons, de 1,6 à 6,4 %. En règle générale, il s'agit de variations à court terme qui s'expliquent par des raisons actuarielles : les primes étant déjà fixées l'année précédente, il n'est plus possible de corriger après coup une évolution inattendue des coûts. Ou encore : un assureur avec une part de marché importante dans un canton doit reconstituer ses réserves voire des arrivées ou départs inattendus dans le portefeuille des assurés compliquent les calculs des assureurs. Mais il s'agit en général de variations qui s'équilibrent dans les années suivantes. Certains cantons sont cependant « en permanence coûteux », affichant année après année des augmentations de primes supérieures à la moyenne. Monsieur Santé répond à ces questions sur son blog. •

→ <http://santesu.is/sep0q>