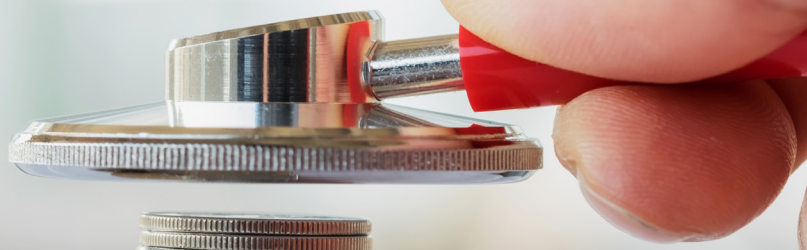




GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



MAÎTRISER LES COÛTS DE LA SANTÉ ET NON DÉPLACER DES FOND

**Pourquoi des mesures ciblées apportent davantage
que la transformation du système de financement actuel**

CONTEXTE

Les coûts du système de santé augmentent et la charge des payeurs de primes et des contribuables ne cesse de croître. Des mesures de maîtrise des coûts s'imposent. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) mise sur des mesures qui maîtrisent rapidement les coûts du système de santé et sont facilement applicables. Elle estime que cela est plus approprié que l'idée du Parlement de transférer des recettes fiscales cantonales aux assureurs-maladie. La CDS a pris des décisions correspondantes lors de son Assemblée annuelle en mai 2017.

EXIGENCES RELATIVES AUX MESURES

Des mesures et réformes rapides et efficaces de maîtrise des coûts devraient poursuivre les objectifs et remplir les exigences ci-après :

- Elles contribuent à une baisse durable des coûts globaux ou du moins à la maîtrise de la croissance des coûts.

- Les mécanismes de financement et de pilotage sont transparents et intelligibles pour toutes les parties prenantes.
- Les décisions sur la forme de traitement la plus adéquate et en même temps la plus économique (y c. lieu du traitement) reposent sur des arguments scientifiques et ne sont pas guidées par des incitations monétaires erronées.
- Les agents payeurs – en particulier assureurs et cantons – assument leur responsabilité dans l'imposition des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE) énoncés dans la Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
- Les cantons disposent d'instruments appropriés (possibilités de pilotage) pour exercer leur responsabilité de prise en charge.
- Les mesures apportent des solutions efficaces pour maintenir sous contrôle à long terme le volume de prestations dans un marché de la santé largement induit par l'offre. Seules les prestations nécessaires sont fournies et des incitations existent pour l'extension des soins intégrés.

MESURES EFFICACES AUX YEUX DE LA CDS

Des incitations erronées existent aujourd'hui en particulier à l'interface entre prestations stationnaires et prestations ambulatoires. Il est plus rentable pour un hôpital de traiter les patients en stationnaire. Encore trop peu de traitements sont par conséquent ambulatoires en Suisse, bien que cela soit médicalement possible sans problème dans la plupart des cas et serait pourtant sensiblement moins coûteux. Les cantons considèrent donc comme un problème les possibilités de revenu inégales pour les hôpitaux. Qui paie les hôpitaux – que ce soit la caisse-maladie seule ou avec le canton – ne joue aucun rôle dans le choix entre stationnaire et ambulatoire. Des listes de prestations ambulatoires permettent en l'occurrence de poser les jalons corrects.

L'ensemble de mesures de la CDS

Pour éliminer les incitations monétaires erronées repérables, ce n'est pas d'un changement de paradigme dans le financement dont on a besoin mais plutôt d'une série de mesures individuelles coordonnées qui soient rapidement applicables, efficaces et en même temps susceptibles de rallier une majorité.

Potentiel du concept « ambulatoire avant stationnaire » à l'hôpital (calcul pour des prestations choisies)

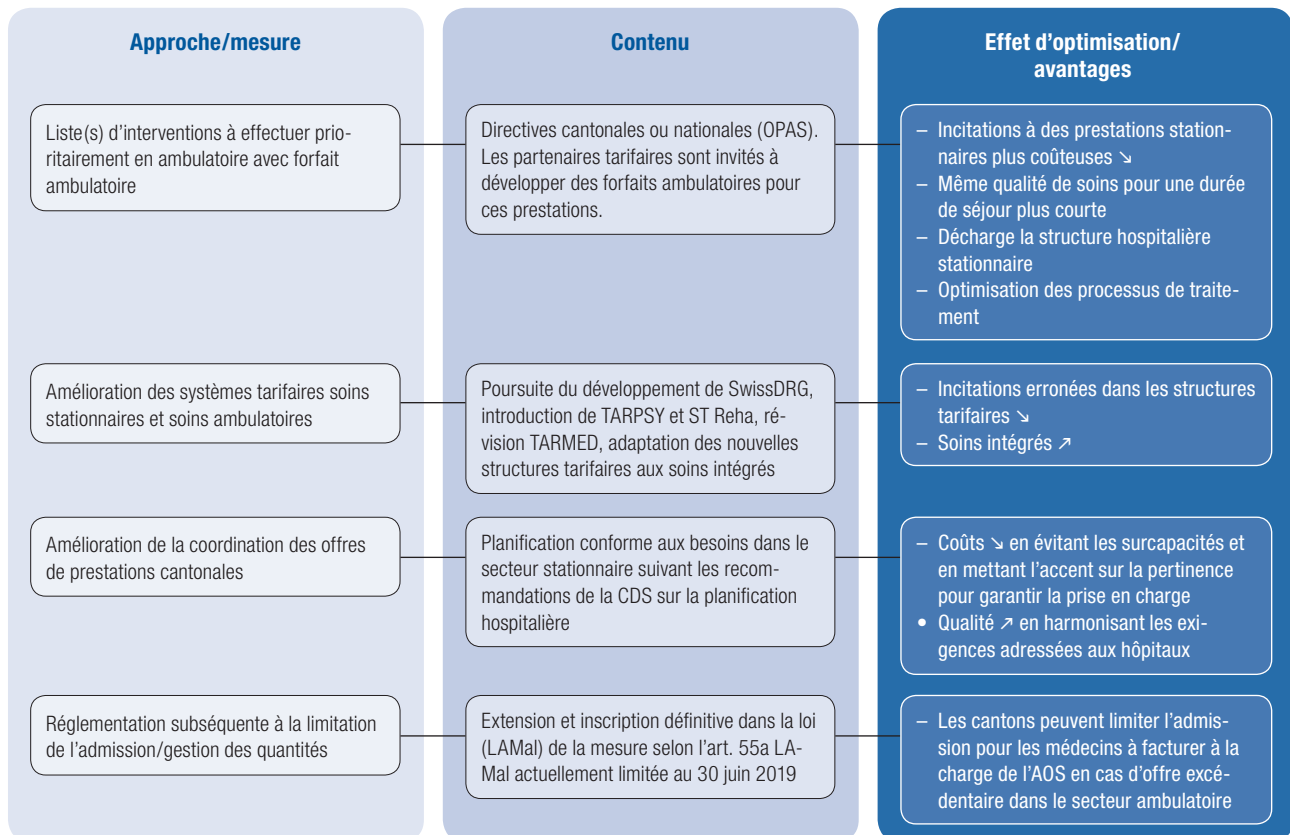
	Volume du transfert la 1 ^{re} année	Économie part cantonale des coûts (55%)	Estimation des coûts en ambulatoire
Canton Zurich	~ 3391 cas	CHF 9,2 mio	CHF 7,2 mio
Canton Lucerne	~ 864 cas	CHF 3,0 mio	CHF 2,5 mio

Par le transfert de cas jusqu'ici stationnaires, les coûts pour les deux cantons diminuent la première année de la mise en œuvre – selon une estimation prudente – d'environ 12 millions de francs au total. Vu que les assureurs, respectivement les payeurs de primes, versent déjà aujourd'hui environ 10 millions de francs (45%) pour ces prestations aux patients zurichois et lucernois, des coûts supplémentaires ne se profilent pas via le transfert.

Le potentiel de gains d'efficacité complémentaires que recèle le concept « ambulatoire avant stationnaire » mérite en particulier d'être relevé : le développement judicieux des structures et des processus ambulatoires et l'élargissement des listes à d'autres interventions, mais également à d'autres domaines de prestations comme la psychiatrie et la réadaptation, accroîtront l'effet d'économies année après année.

Synthèse

- Réduction des coûts pour AOS et cantons, pour payeurs de primes et contribuables
- Réalisable rapidement et sans grands efforts bureaucratiques et politiques
- Répond également sans pertes de qualité à un besoin des patients. Qui veut en effet rester inutilement longtemps à l'hôpital ?



L'établissement des structures eHealth, la méthode uniforme de la CDS de comparaison des coûts hospitaliers pour l'examen de l'économicité des tarifs ainsi que l'accélération de la mise en œuvre de la stratégie MNT font partie des autres mesures concrètes de maîtrise des coûts.

EFAS FAIT FAUSSE ROUTE

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est actuellement propagé en différentes variantes par de nombreux acteurs économiques et politiques. La CDS a pesé les avantages et désavantages d'un changement de système correspondant et parvient à la conclusion suivante :

EFAS apporte une transformation du financement mais n'entraîne pas de maîtrise des coûts.

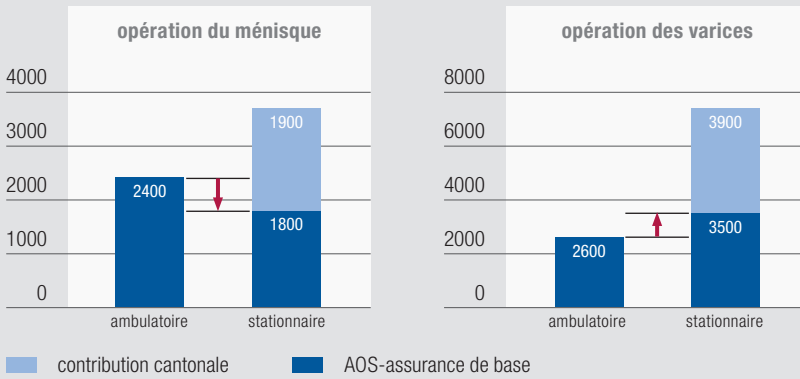
Effet d'EFAS sur ...		
... coûts globaux du système de santé		Incertain. Aucun effet d'économie ne résulte d'un simple déplacement des ressources.
... transparence		Le système de financement devient moins complexe, les cantons perdent pour cela la vue d'ensemble de leurs « véritables » coûts de la santé.
... transfert stationnaire → ambulatoire		Mécanisme de financement et lieu de la fourniture des prestations sont certes découplés, mais les fournisseurs de prestations – en particulier hôpital et médecin hospitalier – continuent à avoir intérêt à ce que les hospitalisations augmentent en raison de la structure tarifaire SwissDRG versus TARMED.
... imposition des critères EAE		Le transfert s'opérerait (le cas échéant) non en vertu du renforcement de l'exigence de respecter les critères EAE mais uniquement via la suppression des différences dans la clé de répartition.
... incitations erronées à l'interface assurance de base et assurance complémentaire		Les assureurs ne seraient certes plus incités à préférer les prestations stationnaires, au contraire des hôpitaux et de leurs médecins, en particulier pour les patients disposant d'une assurance complémentaire (honoraires de médecin, indemnisation hôtellerie).
... possibilités pour les cantons de piloter la couverture sanitaire		Menace de perte de contrôle sur l'engagement des ressources. Un pilotage via des budgets globaux ne serait en outre plus possible.
... prévisibilité de l'évolution des dépenses pour les cantons		La sécurité budgétaire diminue en raison du lien automatique des dépenses à l'évolution des coûts de l'assurance-maladie.
... évolution du volume de prestations		Le problème de l'absence de limitation de l'admission n'est pas abordé par EFAS.
... soins intégrés		En cas de recours à des structures de soins intégrés dans le cadre de modèles d'assurance alternatifs, les assureurs réalisent des économies de coûts et peuvent les répercuter sous la forme de rabais accrus aux assurés.
... soins de longue durée et services d'aide et de soins à domicile		Les deux domaines se situent hors du rayon d'action de la réforme.
Synthèse		
Les conséquences et risques négatifs l'emportent sur les avantages. Il convient d'élaborer un autre ensemble de solutions.		

ILLUSTRATION : EN QUOI CONSISTENT AUJOURD'HUI LES INCITATIONS MONÉTAIRES ERRONÉES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Les hospitalisations inutiles ont fondamentalement trois causes possibles :

Financement

Ambulatoire : monisme (assureurs 100 %)
Stationnaire : dual-fixe (cantons 55 % et assureurs 45 %)



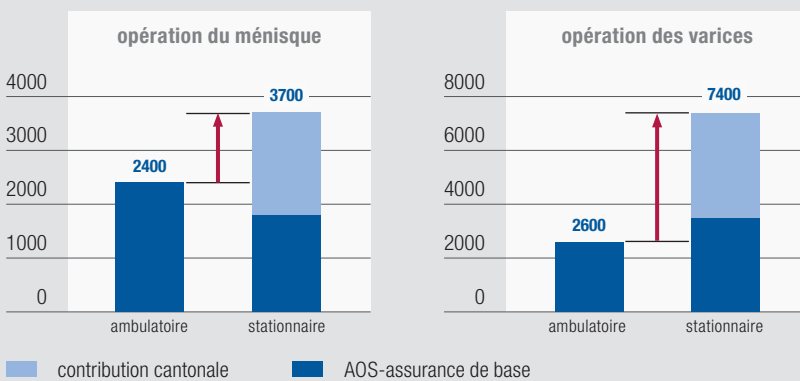
Les assureurs sont peu incités à empêcher des hospitalisations. Ce ne sont toutefois pas les assureurs mais le médecin et le patient qui ont le rôle principal concernant l'hospitalisation.

→ L'influence du financement est plutôt réduite.

Source : SRF, Assura (2014)

Structure tarifaire

Ambulatoire : rémunération à la prestation (TARMED)
Stationnaire : forfaits par cas (SwissDRG)



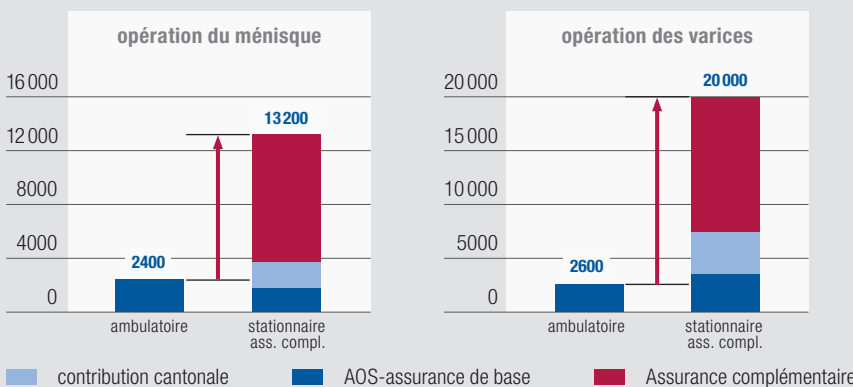
L'hôpital (le médecin) reçoit pour le séjour hospitalier une rémunération sensiblement plus élevée et le revenu supplémentaire est souvent supérieur aux coûts supplémentaires.

→ Hôpital (médecin) est incité à hospitaliser.
→ L'influence de la structure tarifaire est essentielle.

Source : SRF, Assura (2014)

Assurance complémentaire

Ambulatoire : en général pas d'indemnisation par l'assurance complémentaire
Stationnaire : honoraires de médecin et indemnisation pour hôtellerie



→ Forte incitation à des hospitalisations (inutiles).

Source : SRF, Assura (2014)