

# **Politique nationale de santé**

Rapport d'information du SSC 2011

**27 octobre 2011**

**Parc Hôtel, Fribourg**

**Exposé**

**Ruth Humbel, Conseillère nationale PDC**

# Politique nationale de santé

- Financement de la santé publique
- Financement des hôpitaux
- Réseau de soins intégrés
- Manque de personnel dans la santé publique

## Financement de la santé publique par financement direct en Mio. CHF

Payeurs direct	2002	2007	progr. %
Etat	8'597	8'961	4.2%
Assurances sociales	19'185	23'663	23.3%
<b>dont caisses maladie</b>	<b>17'096</b>	<b>21'579</b>	<b>26.2%</b>
Assurances privées	4'616	5'091	10.3%
Ménages privés	15'106	16'965	12.3%
Autres financiers	478	536	12.1%
<b>Au total</b>	<b>47'982</b>	<b>55'215</b>	<b>15%</b>
Baisse de prix des primes	2'892	3'420	18.3%
<b>Etat total</b>	<b>11'421</b>	<b>12'381</b>	<b>8.5%</b>

# Eléments de base du nouveau financement des hôpitaux – Objectifs du Parlement

- Des coûts remboursables jusqu'au financement de la prestation
- Du financement des objets jusqu'au financement des sujets
- La planification des besoins sur la base de la **qualité et l'économie**
- L'égalité des hôpitaux publics et privés
- Définition des domaines de prestation indépendamment des services d'assurances additionnels.
- Contributions de l'Etat (au moins 55% des coûts des cas) pour tous les hôpitaux de la liste
- Plus de concurrence – marché intérieur dans toute la Suisse

# Agenda en fonction des exigences légales

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Inkrafttreten								
			Leistungsbezogene Finanzierung (SwissDRG), inkl. Investitionen					
			Finanzierungsschlüssel Kantone min. 55% bzw. min. 45%	Anpassung pro Jahr max. 2 Prozentpunkte				
			Freie Spitalwahl mit Kantonsbeteiligung					
			Spitalplanung					
1.1.2009	1.1.2010	1.1.2011	Spätestens 1.1.2012	1.1.2013	1.1.2014	Spätestens 1.1.2015	1.1.2016	1.1.2017

# Contenu de la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux

- Exigences légales pour des statistiques et pour la transparence concernant la qualité et les prestations
- Introduction du financement de la prestation
- Planification uniforme par la confédération
- Introduction du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse
- Cofinancement y compris les investissements
- Même financement de tous les hôpitaux de liste
- 2 catégories d'hôpitaux: des hôpitaux de liste et des hôpitaux de contrat

→ Tous les hôpitaux ne vont pas survivre.

# Rôles multiples des cantons aujourd'hui

- Responsable pour assurer la couverture de la population
- Planificateur des hôpitaux
- Gestionnaire des hôpitaux et fournisseurs de prestations
- Parties contractantes et des acheteurs de prestation
- Autorité d'approbation des tarifs et des contrats
- Arbitre et décideur en cas d'échec de négociations

## **Améliorations** avec DRG (Diagnosis Related Groups):

- Aujourd'hui manquent dans la santé publique deux conditions importantes, qui devraient faire jouer la concurrence
  - **Prix pour une prestation**
  - **Clarté sur la qualité**
- Avec les DRG, il est possible d'attribuer un montant à chaque prestation stationnaire.
- Par ce moyen, une condition préalable pour le fonctionnement du marché intérieur des hôpitaux est réalisé.
- Il est aussi important qu'on rende transparent non seulement le prix, mais aussi la **qualité**.

## Que veut dire la comparabilité?

## Pourquoi a-t-on besoin de la transparence des données?

### ➤ Comparabilité du prix et de la qualité

un remplacement de l'articulation de la hanche pour un patient sain coûte entre **6'800.- et 11'000.- CHF.**

Un accouchement coûte entre 4500.- et 8000.- CHF.

### ➤ Exemple dans la transparence des données

Pour le traitement d'une appendicite, il y a 4 groupes différents de cas avec des coûts allant d'env. **6'000 CHF à 13'000 CHF.** Les facteurs déterminants comportent, les complications, le diagnostic principal et les diagnostics différentiels.

Une arthroscopie du genou coûte entre 3'500.- et 16'000.-

# SwissDRG: Accord national entre H+ et Santésuisse

Quatre objectifs importants pour la mise en oeuvre:

- Transmission des données médicales
- Monitoring durant les deux ans d'implantation
- Des données pour les coûts et pour la prestation pour les négociations des tarifs
- Une contrôle de trois ans pour la transition pour les coûts des utilisations des structures.

→ **Les hôpitaux renoncent à l'accord**

→ **Le gouvernement fédéral doit règlementer**

# Commentaire sur le litige des données

„... Les patient ne doivent pas se laisser berner. Les hôpitaux et les médecins ne veulent pas du «patient transparent» dans les caisses maladies. Il est un fait, que la SUVA reçoit depuis des lustres les dossiers de traitement. Le «patient transparent» chez la SUVA n'a jamais été critiqué par les hôpitaux et les médecins. C'est dans l'intérêt des patients, que les hôpitaux et les médecins partagent les mêmes donnés de traitement avec les caisses maladie comme avec la SUVA...“

*Urs P. Gasche , Publizist, u.a. ehemals Leiter „Kassensturz“ im „Bund“ vom 18. August 2011*

# Definition des Soins intégrés = Managed-Care

- Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble, dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux, constitue un réseau de soins intégrés.
- Coordination des moyens de traitement dans le but d'optimisation qualitative et d'efficacité de coûts, dans le traitement des patients, facturés dans le cadre du réseau.
- Le médecin est le premier point de contact.
- Les réseaux de de soins intégrés s'organisent de manière autonome, ils ont un concept de qualité. Les économies atteintes restent dans le système.

# Revision LAMal: soins intégrée (MC)

- Les réseaux de soins intégrés sont indépendants des caisses maladie.
- Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière pour la couverture en soins médicaux des assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle.
- Participation différenciée pour les assurés:
  - dans le réseau intégré **max. 10%**, en dehors 15%
  - Franchise maximale de **Fr. 500.-** et Fr. 1000.- en loi.
- Durée du contrat une année, possible jusqu'à trois années.
- La compensation du risque est affinée par un indicateur de la morbidité.

# Mesures transitoires et calendrier

- **Evaluation** pendant la phase des trois premières années d'introduction :  
Le Conseil Fédéral propose des mesures: S'il n'existe pas d'offre de couverture nationale, les assureurs sont tenus d'offrir un ou plusieurs centres de soins intégrés
  - Décision: SR: 28 : 9; NR: 111 : 39
  - Vote final dans la session d'automne 2011

→ **Référendum vient!**
- **Calendrier en cas de rejet du référendum:**
  - Entrée en vigueur plus tôt au 1.1.2013
  - Phase de l'introduction 5 ans (jusqu'en 2018)
  - aussi longtemps qu'il n'existe pas un offre, la participation aux coûts de 10% reste en vigueur.

# L'objectif du MC: Valeur ajouté pour les patients et pour le système de soins

- Les assurés choisissent le médecin du réseau/ fournisseur de prestation qui conduit vers une optimisation **qualitative et économique** par une offre complexe de la santé publique.
- Les processus sont optimisés et coordonnés tout au long du traitement.
- **Meilleure coopération entre les fournisseurs de prestation:** Guidelines, cercles de qualité et l'engagement optimal évitent les doublons, erreurs de traitement ou traitements inutiles.
- **Qualité et efficacité des coûts** ainsi que la **transparence** sont améliorées dans la prise en charge.

**„Le Managed Care génère des économies réelles.“**

Konstantin Beck

# Les soins intégrés: conditions

- Le **réseau est interdisciplinaire** et comprend tous les fournisseurs de prestation de la chaîne de traitement (Médecins, pharmaciens, Spitex, hôpitaux, hômes, Reha, physio, etc).
- Verification des tâches des fournisseurs de prestation dans le processus de traitement: **Qui donne quelle performance dans le ratio optimal de coûts et d'avantages?**
- Suivi des patients interdisciplinaire avec des Guidelines de traitement.
- **Les spécialistes doivent être dans les soins intégrés** et ils peuvent aussi être des personnes de confiance/ personnes de contrôle.
- **Utilisation d'e-Health** pour la communication et organisation des processus ( dossier électronique de patient, des cartes des assurés, des technologies d'e-Health)  
→ **Politique de confidentialité** ne doit pas empêcher la transparence et l'utilisation de l'ICT.
- Pas suivant: **Introduction du même financement pour des prestations ambulatoires et stationnaires.**

# Le manque de personnel dans la santé publique

- CH plus grande densité de médecins dans l'espace OCDE (4,12 médecins pour 1000 habitants)
- Entre 2002-2009 750 et 1300 médecins ont immigrés chaque année
- Les soignants:  
20-25% d'étrangers en Suisse-allemanique,  
39-55% en Suisse romande et Tessin.
- Le recrutement à l'étranger devient critique: «Ruée vers l'Ouest»
- Objectif politique: la Suisse doit elle-même former assez du personnel de santé (tâche commune de la confédération et des cantons)
  - Plus de places pour des étudiants en facultés de médecine
  - Plus des places pour le personnel soignant à tous les niveaux (tertiaire/niveau secondaire II)
  - La garantie de financement pour la formation ou la formation continue