



**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 et non simplement déplacer des fonds

Conférence de presse à l'occasion de l'Assemblée annuelle de la CDS,  
19 mai 2017, Saint-Gall

## Thomas Heiniger

Président CDS, conseiller d'État du canton de Zurich

## Heidi Hanselmann

Vice-présidente CDS, conseillère d'État du canton de Saint-Gall

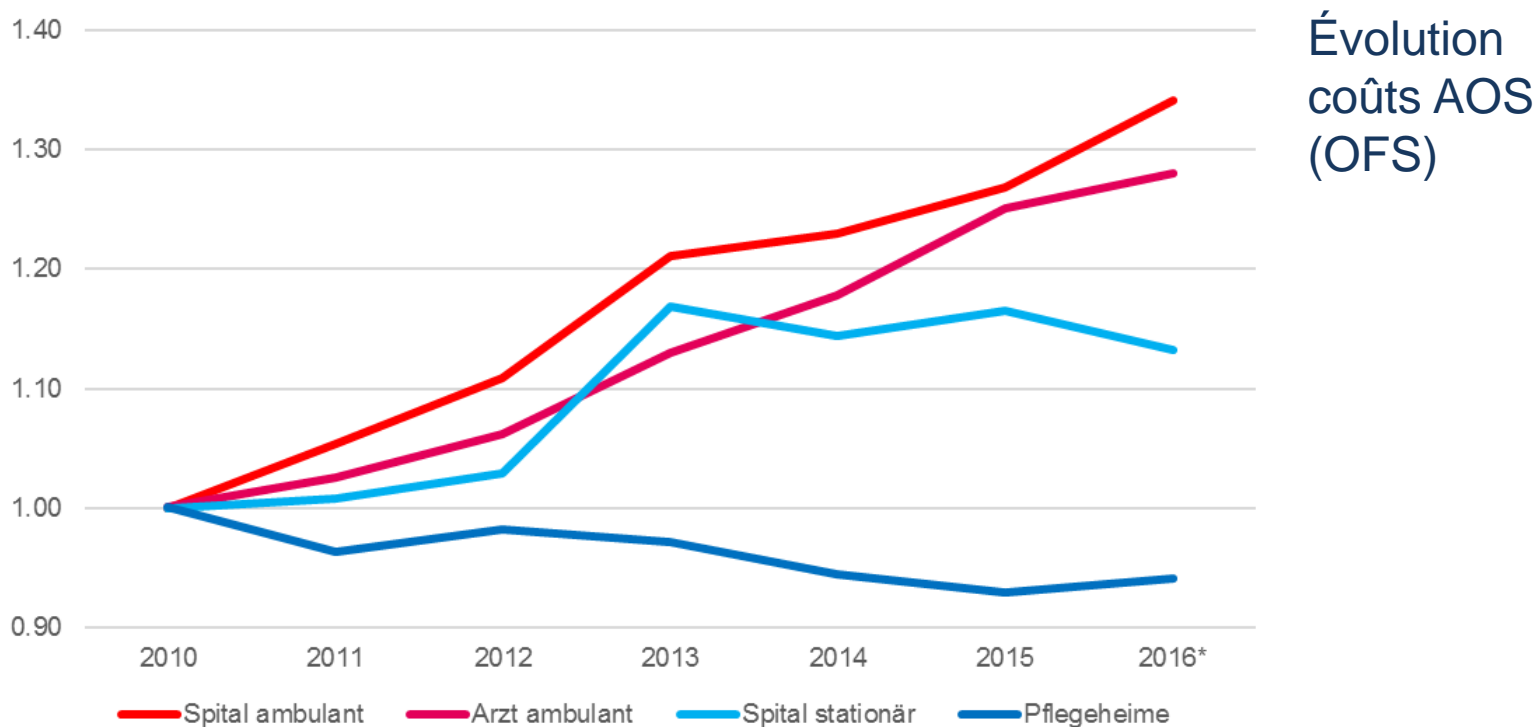
## Michael Jordi

Secrétaire central CDS

Conférence des directeurs de la santé CDS



## Situation: évolution générale des coûts

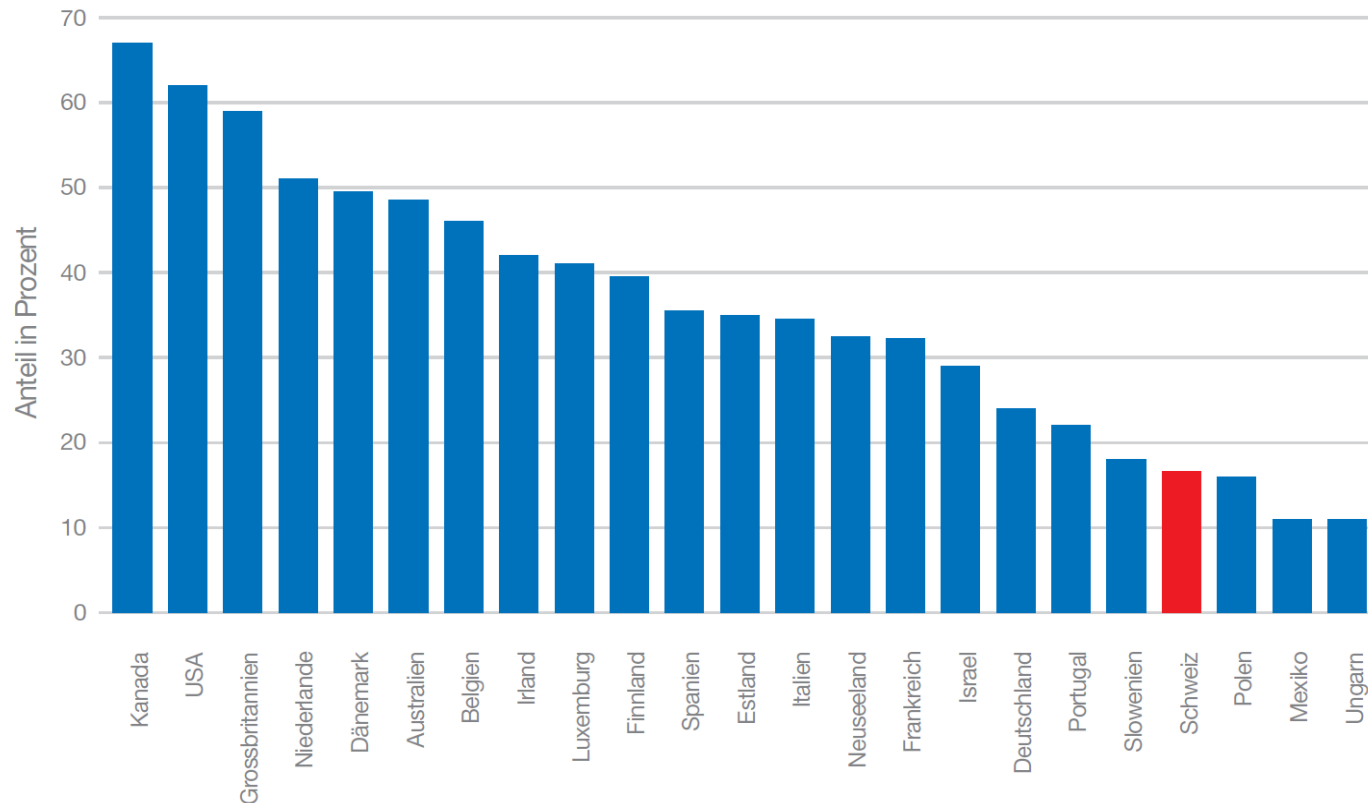


**Consensus: croissance continue des coûts de la santé →**

Une élimination des incitations erronées s'impose



## Rapport ambulatoire / stationnaire



Quelle: OECD, pwc

Part de la chirurgie ambulatoire par rapport au nombre total d'interventions chirurgicales (2007)



## Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire s'effectue de manière « frileuse »

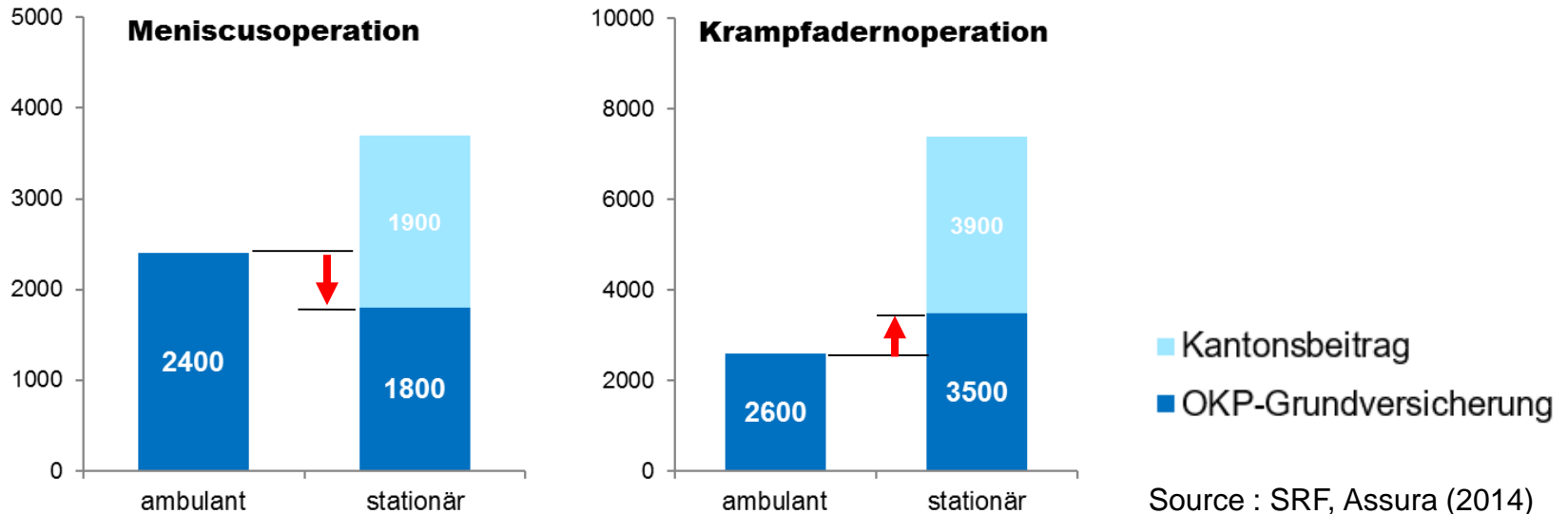
- Grâce aux progrès techniques, toujours plus de traitements pourraient être réalisés en ambulatoire.
- Trop de prestations potentiellement ambulatoires sont pourtant toujours fournies en stationnaire en Suisse (en comparaison avec de nombreux pays de l'OCDE) et donc à des coûts sensiblement plus élevés.
- De récentes études décèlent un potentiel d'économie à long terme de plus de 500 mio CHF par an (selon l'ampleur du transfert).
- Les incitations financières jouent un rôle important dans les hospitalisations superflues.



## Raisons possibles des hospitalisations inutiles : financement

Ambulatoire: monisme (assureurs 100%)

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



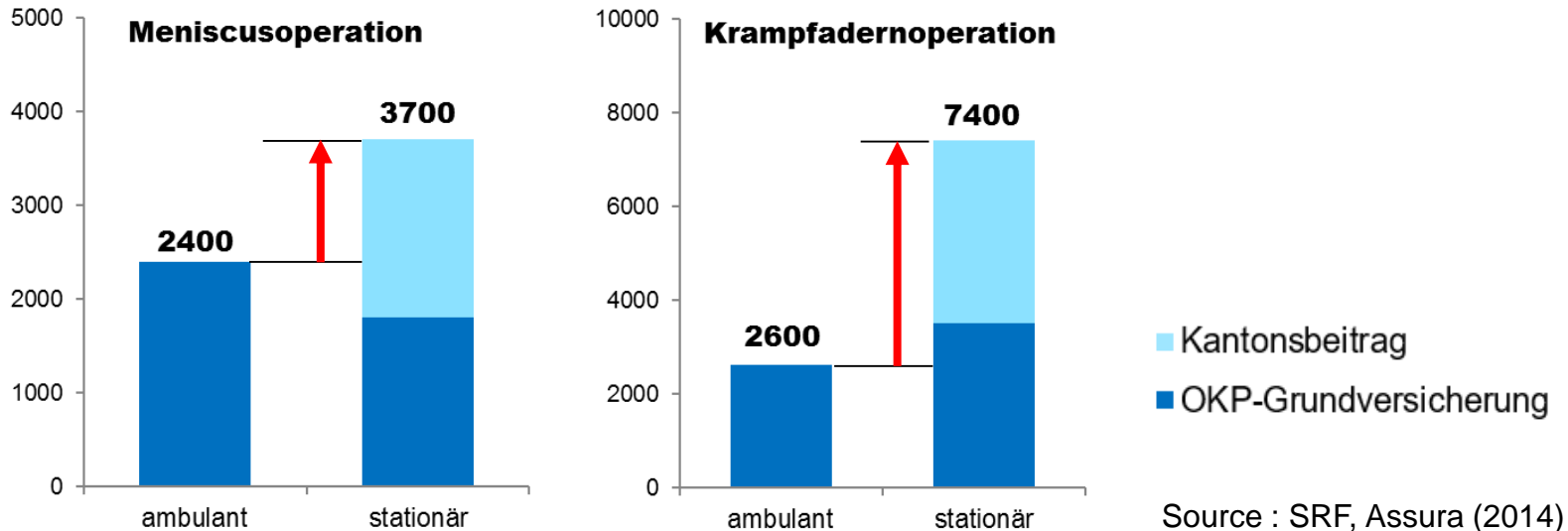
- ➔ Les assureurs ne sont guère incités à éviter les hospitalisations. Ce ne sont toutefois pas les assureurs qui ont le rôle principal concernant l'hospitalisation, mais le médecin et le patient.
- ➔ **Le financement a une influence plutôt modeste**



## Raisons possibles des hospitalisations inutiles : structure tarifaire

Ambulatoire: rémunération à la prestation (TARMED)

Stationnaire: forfaits par cas (SwissDRG)

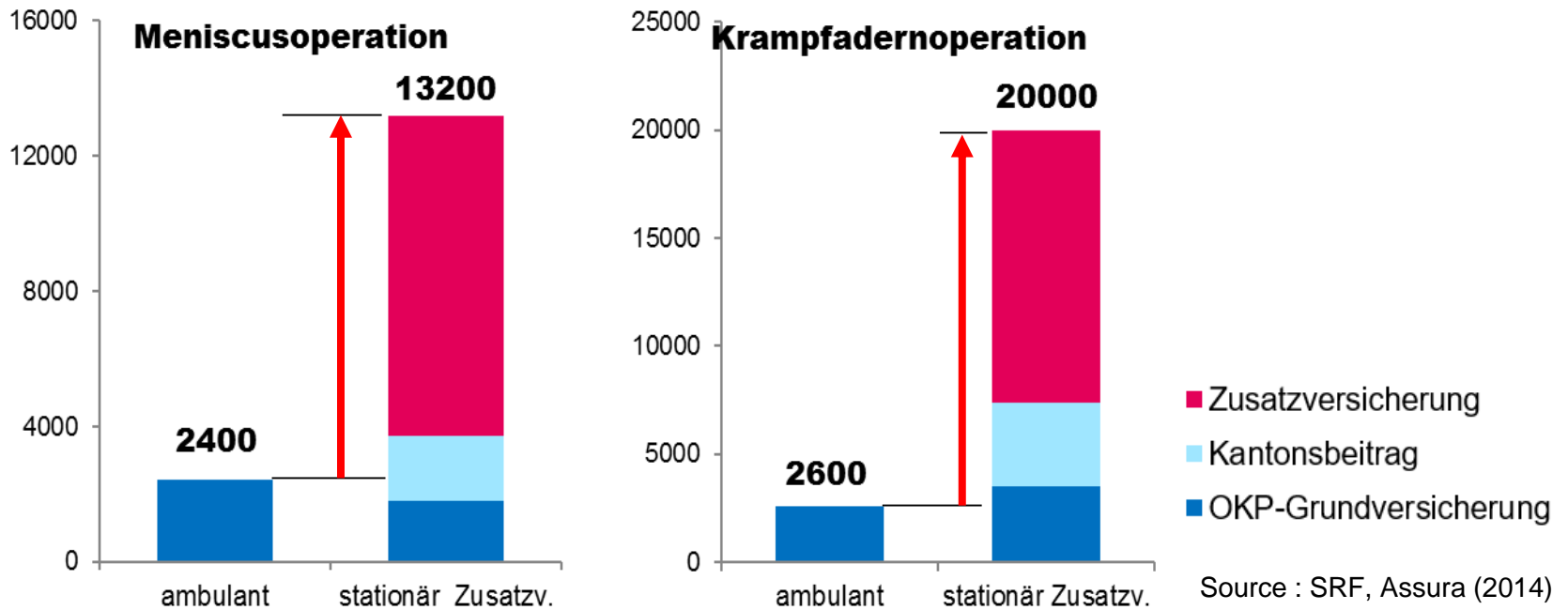


- L'hôpital (le médecin) touche une rémunération sensiblement plus élevée pour le séjour stationnaire et le revenu additionnel est souvent plus élevé que les surcoûts
- L'hôpital (le médecin) est incité à opter pour l'hospitalisation
- **La structure tarifaire a une influence essentielle**



## Raisons possibles des hospitalisations inutiles : assurance complémentaire

Ambulatoire: en gén. pas d'indemnisation par assurance complémentaire  
Stationnaire: honoraires du médecin et indemnisation pour hôtellerie



➔ Incitations fortes à hospitaliser (inutilement)



## Position de base de la CDS

- En tant qu'acteurs essentiels dans la garantie et le cofinancement des soins, les cantons sont **concernés** au plus haut point par ces discussions et **déterminés** à examiner des approches possibles et également à en développer eux-mêmes.
- **Atteindre les objectifs avec le moins possible d'« effets secondaires » :**
  - mesures ciblées au lieu d'«arrosoir»
  - intervenir là où sont les problèmes, c.-à-d. concernant les 15-40 traitements « potentiellement ambulatoires »
  - il n'est pas nécessaire de chambouler tout le système de santé et de financement
- Nous voulons agir et prendre des mesures qui peuvent être rapidement mises en œuvre et qui apportent des **résultats concrets**.



## Selon la CDS, des adaptations du système devraient ...

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• conduire à ce que les décisions sur la forme de traitement la plus adéquate et en même temps la plus économique soient prises pour des raisons scientifiques (médicales) et non sur la base d'incitations erronées</li><li>• laisser aux cantons la responsabilité de la prise en charge</li><li>• garantir que les cantons disposent des instruments nécessaires pour exercer leur responsabilité de prise en charge</li></ul> | Critères concernant la <b>prise en charge des soins</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• conduire au total à une réduction des coûts de l'ensemble du système</li><li>• ne pas accroître au total la part de financement des cantons aux coûts globaux</li><li>• garantir la prévisibilité pour les cantons de l'engagement des ressources</li></ul>   | Critères concernant les <b>incidences financières</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• ne pas menacer la garantie des soins et la viabilité financière</li><li>• accroître la transparence pour toutes les parties prenantes (également pour les patients)</li><li>• ne pas entraîner globalement de charges administratives supplémentaires</li></ul>   | Critères concernant la <b>mise en œuvre</b>             |



## Solutions pour optimiser le pilotage et le financement



### **Approche juridique :**

correction via  
réglementation

### **Approche économique :**

modification des incitations



## **Approche juridique : correction via réglementation**

**Directives sur l'allocation des prestations dans le cadre de la planification hospitalière :**

**Listes de traitements devant être prodigués en premier lieu en ambulatoire**

(le canton ne paie le traitement stationnaire qu'à titre exceptionnel)

- ➔ potentiel de baisse des coûts à qualité du traitement inchangée
- ➔ des exceptions justifiées médicalement ou pour une autre raison sont possibles
- ➔ démarche conforme au droit fédéral et applicable simplement, modification de la loi non nécessaire
- ➔ L'application concrète du principe « ambulatoire au lieu de stationnaire » dans les cantons et les travaux en cours au niveau fédéral (OFSP) ne s'excluent pas



## Approche économique : modification des incitations

### Même rémunération en stationnaire et en ambulatoire des traitements « potentiellement ambulatoires »

(p. ex. forfait DRG zéro nuit)

- agit à la racine du problème, car ce sont avant tout les fournisseurs de prestations qui décident du lieu et du mode du traitement
- modification de la loi non nécessaire
- peut contribuer à établir des offres de prise en charge davantage flexibles et perméables à l'interface entre ambulatoire et stationnaire (p. ex. en psychiatrie)
- impact élevé pour une intervention comparativement modeste dans le système



## Pourquoi la CDS rejette-t-elle les modèles de déplacement des fonds tels que EFAS ?

- parce que ces modèles ne touchent pas à d'essentielles **incitations erronées** présentes dans le système actuel (structure tarifaire, assurance complémentaire)
- parce que les **conséquences** d'un changement complet de système sont moins bien prévisibles que celles des approches ayant une influence plus directe sur l'allocation des prestations comme les listes cantonales de traitements ambulatoires ou les forfaits ambulatoire-stationnaire
- parce qu'ils entraînent une **surcharge** administrative considérable dans les cantons (contrôle des coûts AOS annuellement facturés)
- parce qu'ils contraignent les cantons au rôle de **financeurs minoritaires**, ce par quoi ceux-ci perdent sensiblement en influence et seraient affaiblis dans leur rôle de pilotage dans le secteur stationnaire
- parce qu'ils privent les cantons de la possibilité de fixer des **budgets globaux** dans le secteur stationnaire



## Approches efficaces et concrètes

En vue d'une rapide et effective optimisation du système, la CDS soutient également

- l'amélioration des systèmes tarifaires stationnaires (SwissDRG, ST Reha, TARPSY) et ambulatoires (TARMED)
- les recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, qui amélioreront la coordination de l'offre entre les cantons
- les recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité, couplées à un échange de données permettant des comparaisons de coûts sérieuses entre les hôpitaux au niveau national
- la prévention d'une offre excédentaire dans certaines régions et disciplines dans le secteur ambulatoire (réglementation subséquente au pilotage de l'offre)
- l'avancement rapide du dossier électronique du patient



## Conclusion

- Les incitations erronées ont leur origine bien plus dans les insuffisances des modèles tarifaires que dans la répartition actuelle du financement.
- Transférer des rentrées fiscales cantonales vers les caisses-maladie n'apporte pas d'économies. Prestataires de soins, assureurs, cantons et Confédération doivent s'atteler ensemble à mettre en œuvre les mesures de maîtrise des coûts.
- Nous voulons réduire les coûts au lieu de simplement déplacer des fonds.

**→ Agissons maintenant – concrètement et directement!**

Merci de votre attention!