

place au dialogue

3/2021 – dialogue.css.ch

Le rôle de la politique

Les forfaits et tarifs à la prestation doivent se compléter.

Exercice d'équilibriste

Forfaitisation: des effets aussi bien positifs que négatifs.

Personnel

Aucune solution aux problèmes vraiment importants.



Forfaits par cas ambulatoires

L'utilité de forfaits systématiques est controversée: simple rafistolage ou solution pratique à des problèmes de fond?

«Les forfaits sont utiles dans certains cas uniquement.»

Damian Müller, conseiller aux Etats PLR, page 21.

«Du point de vue des patients, il faudrait des changements bien plus radicaux que de simples forfaits ambulatoires.»

Susanne Gedamke, directrice de l'Organisation suisse des patients (OSP), page 11.

«L'indemnisation optimale de prestations médicales allie les forfaits à la rémunération des coûts de traitements effectifs.»

Stefan Felder, économiste de la santé, page 7.

Le remède miracle n'existe pas



Erich Ettlin, membre du conseil d'administration de la CSS

A première vue, la solution est séduisante: l'introduction de forfaits ambulatoires, tels qu'ils existent déjà depuis des années dans le domaine des soins aigus hospitaliers. Alors que certains milieux réagissent avec enthousiasme aux propositions allant dans ce sens, d'autres les trouvent inappropriées. Au sein même de la branche de l'assurance-maladie, les avis relatifs au remplacement des tarifs à la prestation par des

forfaits ambulatoires divergent, créant un cadre parfait pour un blocage mutuel sur ce sujet.

Le fait est que les forfaits génèrent d'autres incitations et nécessitent d'autres conditions, qu'il s'agit de comparer à celles du tarif à la prestation. Les fournisseurs de prestations, les caisses-maladie ainsi que les milieux politiques sont donc obligés de faire un état des lieux en laissant de côté leurs préjugés idéologiques. Je suis convaincu qu'une rémunération sous forme de forfaits est possible aussi pour certaines prestations du domaine ambulatoire. Toutefois, nous devrions nous garder de mettre les deux possibilités en opposition. Une chose est sûre: à l'avenir, un tarif à la prestation, comme celui qui était dans les starting-blocks avec TARDOC, est indispensable. Espérons que ce nouveau tarif pourra malgré tout être introduit sur la base des travaux préparatoires déjà effectués. En effet, nous devons trouver un équilibre sain entre les deux systèmes de rémunération.

Dans ce nouveau numéro de «place au dialogue», nous dressons donc un état des lieux en comparant les forfaits ambulatoires aux tarifs à la prestation, en guise de coup de pouce pour favoriser une coexistence raisonnable des deux systèmes de rémunération.

 twitter.com/CSSPolitik

Mentions légales

Paraît trois fois par an en allemand et en français.

Editeur: CSS Assurance, Tribsenstrasse 21, CH-6002

Lucerne; **e-mail:** dialog@css.ch **Internet:** dialogue.css.ch

Rédactrice en chef: Bettina Vogel, Lucia Schroth

Production et graphisme: tnt-graphics

Photos: Tom Haller, Daniel Brühlmann, Herbert Zimmermann, Erwin Auf der Maur (couverture)

Illustrations: tnt-graphics

Impression: Engelberger Druck AG, 6370 Stans

Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



04 / Infographie

Forfaits ambulatoires: où sont-ils utiles?

06 / Un travail de longue haleine

La réforme piétine, surtout pour des raisons politiques.

09 / Point de vue

Les forfaits ne doivent pas se borner à faire baisser les coûts.



10 / Personnel

Susanne Gedamke, directrice de l'OSP

12 / Les vices des tarifs

Les forfaits n'ont pas que des avantages.



14 / Débat

Entre Michele Genoni, de la FMCH, et Pius Zängerle, de curafutura.

19 / Des avantages clairs

La chirurgie oculaire mise sur les forfaits.

20 / Pour ou contre

Les forfaits ambulatoires font-ils baisser les coûts de la santé?

22 / Etude

Comparaison internationale des effets d'une forfaitisation.

23 / Chronique

La qualité prime le tarif.

imprimé en
suisse

Trop complexes?

Vue d'ensemble des critères pour des forfaits par cas utiles dans l'ambulatorio et des problèmes à résoudre.

Critères pour un forfait utile¹

- Volume important de prestations AOS récurrentes.
- Prestations avec une large validité et peu d'exceptions.
- Prestations clairement décrites.
- Facturation additionnelle de prestations non autorisée en règle générale ou définie avec précision.
- Forfait tenant compte des structures de soins régionales.
- A prestation égale, prix égal, indépendamment du lieu.
- Possibilité insuffisante de rémunérer la prestation correctement au moyen d'un système tarifaire existant.
- Transparence des données sur les coûts de la part des fournisseurs de prestations offrant une base de calcul évidente.
- Conditions-cadres garantissant la qualité et le partage des risques.
- Pas de forfaitisation pour les prestations uniques.



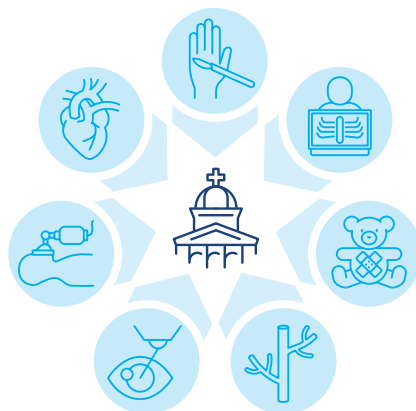
- Prix du forfait inférieur à la somme de toutes les prestations.

Forfaits soumis pour approbation

santésuisse et la FMCH ont soumis pour approbation au Conseil fédéral 75 forfaits ambulatoires dans sept spécialités:²

- Chirurgie de la main
- Radiologie (IRM/tomodensitométrie)
- Chirurgie pédiatrique
- Médecine vasculaire
- Chirurgie oculaire
- Anesthésie
- Cardiologie invasive*

*Diagnostics coronaires



Principales interventions

Toutes les caisses-maladie suisses utilisent des conventions forfaitaires pour les interventions de chirurgie ophtalmique les plus fréquentes:³

- 1 OPÉRATION DE LA CATARACTE
- 2 OPÉRATION D'UN GLAUCOME
- 3 INJECTION INTRA-VITRÉENNE

Utilité des forfaits

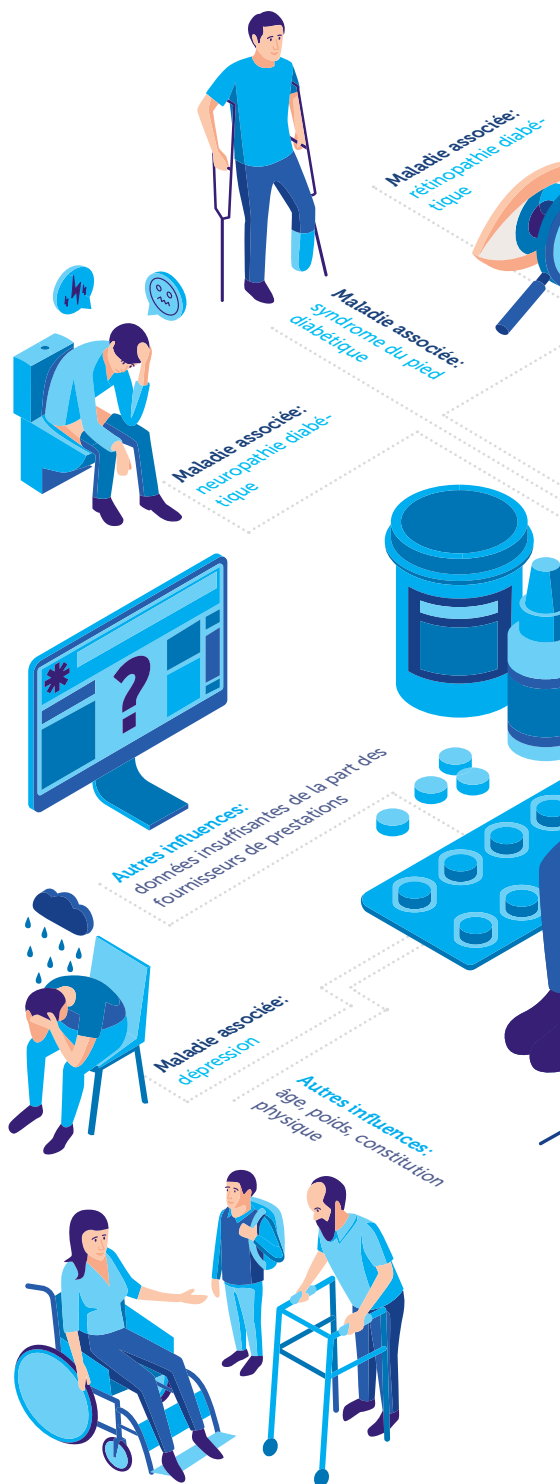
L'association de caisses-maladie curafutura ainsi que des spécialistes s'accordent sur le fait qu'environ un cinquième de la palette des prestations ambulatoires peut être forfaitisé judicieusement (cf. exemple de l'opération de la cataracte).⁴

1/5



Sources

1. Notamment SwissDRG, Etude de faisabilité forfaits ambulatoires, 2018.
2. FMCH; santésuisse. 3. Société Suisse d'Ophtalmologie.
4. FMH; curafutura. 5. Traitement du diabète de type 2 (en allemand), Diabetes Ratgeber, 2021.
Autres données tirées des articles de la présente publication.

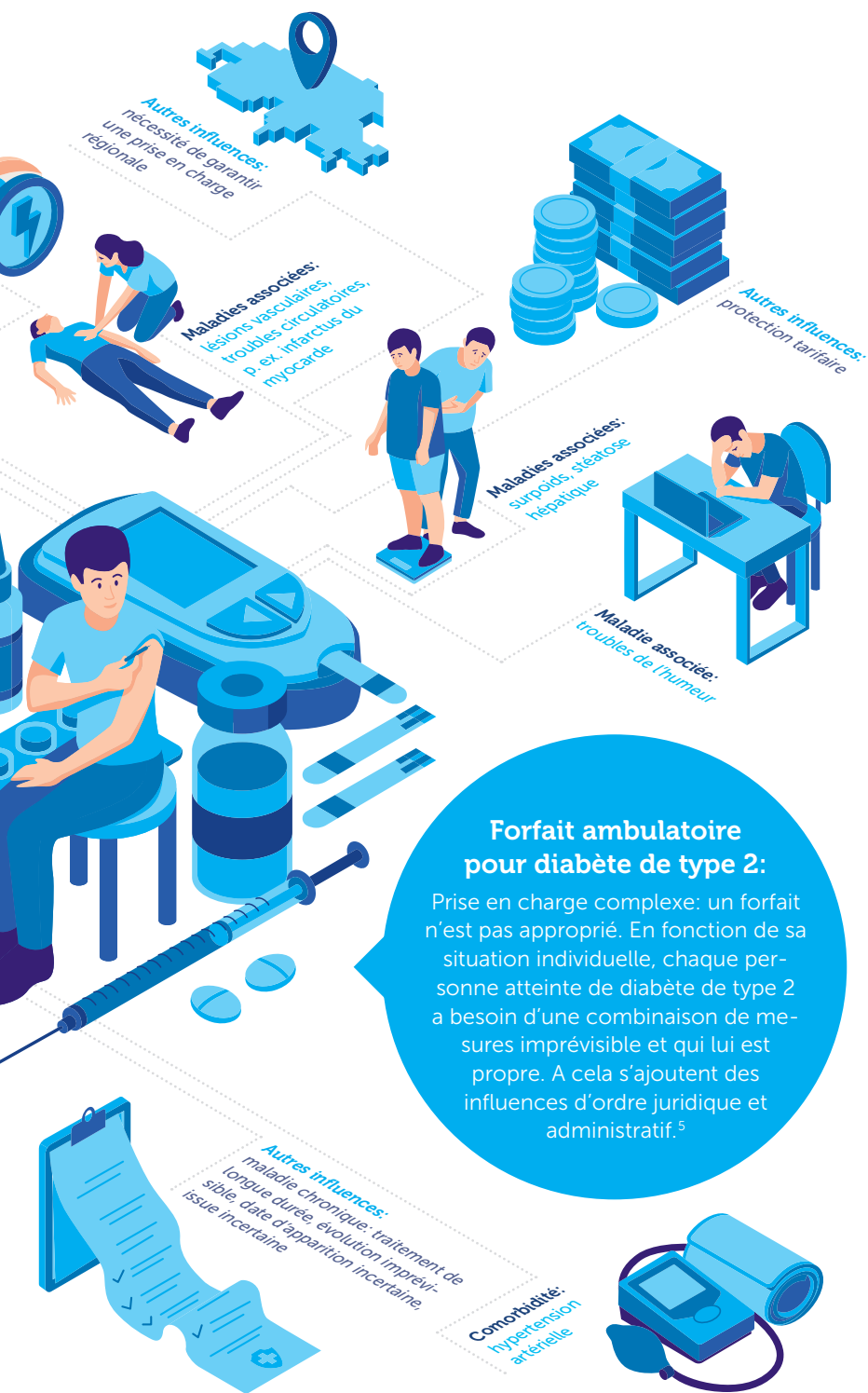


20 % des prestations ambulatoires remplissent les critères rendant le forfait pertinent.

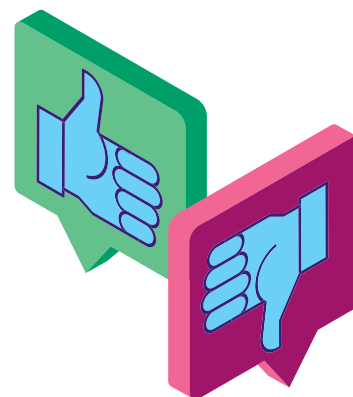
Forfait ambulatoire pour une opération de la cataracte:

Il est clair que le forfait est pertinent: chaque étape de la prise en charge est claire et définie à l'avance. Les écarts sont très rares.





80 % des prestations ambulatoires ne remplissent pas les critères rendant le forfait pertinent.



Effets positifs d'une forfaitisation



Gain d'efficacité dans les processus, l'achat de matériel et l'administration pour les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations (avantage aussi pour les patients).



Objectifs d'un forfait utile: prestations de haute qualité, meilleure efficacité et coûts réduits.

Une administration et des achats plus efficaces, des coûts réduits, une meilleure qualité

Effets négatifs d'une forfaitisation

Mauvaises incitations quand le forfait est trop bas ou trop élevé



Un forfait inapproprié ne répond pas aux exigences en matière de traitement.
Trop bas: offre insuffisante en soins et problèmes de qualité.
Trop élevé: surtraitement (effet inverse: hausse des coûts).

Mauvaises incitations générales d'un forfait



Sélection des risques par la médecine, discrimination de patients à l'état de santé «complexe».

Les prestations qui devraient être incluses dans le forfait sont isolées (en amont ou en aval). S'ensuit l'effet pervers selon lequel des prestations sont facturées en sus du forfait.

Manque de transparence concernant les coûts, discrimination des patients «complexes»



DES FORFAITS POUR
RÉMUNÉRER L'AMBULATOIRE

Un travail de longue haleine

La LAMal prévoit de forfaitiser davantage les prestations. Malgré des approches intéressantes, la réforme de la rémunération piétine, notamment à cause de la politique.

Auteur: **Stefan Felder**, professeur d'économie de la santé, Université de Bâle

Dans le monde entier, la communauté scientifique spécialisée en économie de la santé est unanime: la rémunération optimale des prestations médicales est mixte. Cette dernière comprend à la fois des éléments forfaitaires, dont la rémunération est définie avant le traitement, et l'indemnisation des coûts de traitement effectifs. La rémunération sous forme de forfaits fixes présente l'avantage d'inciter le fournisseur de prestations à mettre en place des traitements économiques. En effet, ce type de rémunération est plus intéressant pour lui lorsqu'il ménage ses propres ressources. Au contraire, s'il facture ses prestations séparément, comme pour le tarif à la prestation dans le domaine ambulatoire, l'incitation est inverse: en fournissant beaucoup de prestations, il gagne plus. S'ensuit une utilisation trop importante des ressources. Par conséquent, la rémunération forfaitaire l'emporte du point de vue économique. Les forfaits délèguent la responsabilité des coûts aux fournisseurs de prestations, ce qui crée une incitation aux traitements efficaces. C'est d'ailleurs ce qu'exige la loi dans l'art. 43, al. 4bis, LAMal: la prestation tarifée obligatoirement assurée doit être fournie dans la qualité nécessaire, de manière efficace et avantageuse.

Un avantage déterminant: les informations

Les entorses au principe de responsabilité complète des coûts commises par les fournisseurs de prestations peuvent être justifiées par les mots-clés suivants: «fournisseur de prestations réticent à prendre des risques», «gravité du cas», «qualité du traitement» et «sélection des patients». Ces éléments entrent en jeu lorsque les fournisseurs de prestations ont, à bien des égards, une longueur d'avance sur l'assureur pour ce qui est des informations. La caisse-maladie peut uniquement observer de façon limitée les coûts du fournisseur de prestations, la



«Les caisses-maladie ont donc toutes les cartes en main pour forfaitiser elles-mêmes des éléments de la rémunération ambulatoire.»

Stefan Felder



«La prestation tarifée obligatoirement assurée doit être fournie dans la qualité nécessaire, de manière efficace et avantageuse.»

Art. 43, al. 4bis, LAMal

palette des cas traités ainsi que la qualité de traitement, et n'a donc pas la possibilité de surveiller ni de sanctionner. Si les soins étaient exclusivement rémunérés par des forfaits, la rémunération totale serait trop élevée, la qualité de traitement inappropriée, et nous ferions face à une sélection non souhaitable des patients.

Les différents cas se distinguent par leur gravité et, dès lors, par les coûts de traitement. A cela s'ajoute que les coûts de chaque cas peuvent varier au hasard d'éventuelles complications. En règle générale, les médecins sont peu enclins à prendre des risques et préfèrent laisser l'assureur supporter le risque financier. Pour ce dernier, il est effectivement plus avantageux de prendre en charge une partie des coûts au lieu de devoir verser aux médecins une prime de risque élevée dans le cadre d'une rémunération exclusivement forfaitaire. Tout cela explique pourquoi la rémunération est mixte.

La pratique contredit la situation juridique

Dans la pratique, il en va de même pour la gravité des cas. Si l'organisme payeur n'est pas à même de l'estimer, il devrait payer un forfait élevé afin de garantir que les cas graves soient eux aussi traités de manière appropriée. Dans ce cadre, les cabinets médicaux traitant des cas peu graves encaisseraient une «rente d'information». En revanche, l'assureur est plus avantageux par une rémunération mixte. Une prise en charge partielle des coûts par l'organisme payeur présente aussi un avantage en matière de qualité du traitement, dans le cas où ni celle-ci ni le succès du traitement ne peuvent être vérifiés. Grâce à une rémunération mixte, l'assureur peut également influencer à son avantage la sélection des patients par les médecins lorsque ces derniers disposent de plus d'informations relatives aux coûts de traitement.

Selon l'art. 42, al. 2, LAMal, la loi prévoit des tarifs forfaitaires liés à certains traitements complets ainsi qu'aux patients, ce qui devrait prévaloir aussi dans la pratique. Il n'y a qu'en Suisse que la rémunération à la prestation s'impose dans le domaine ambulatoire. Les conventions tarifaires avec les réseaux de médecins de famille prévoient cependant des >



Stefan Felder

est professeur ordinaire en économie de la santé et titulaire de la chaire «Health Economics» à la Faculté des sciences économiques de l'Université de Bâle ainsi que membre du conseil d'experts du Swiss Medical Board.

forfaits pour les assurés. Dans ce contexte, les médecins du réseau s'assurent mutuellement, à savoir qu'ils facturent selon un tarif à la prestation, mais que le groupe entier répond d'éventuels dépassements des coûts auprès de l'assureur. Dans le meilleur des cas, le forfait comprend également les prestations accomplies, notamment les coûts relatifs aux soins fournis par des cabinets spécialisés ou des hôpitaux. La responsabilité du réseau de médecins peut être atténuée grâce au partage des coûts avec l'assureur. Il est aussi possible de modifier le forfait en fonction des caractéristiques des assurés. Il est intéressant de noter que des éléments de la compensation des risques entre assureurs sont repris dans la rémunération des fournisseurs de prestations.

La Suisse à la traîne

En Allemagne, les forfaits pour assurés représentent plus de la moitié de la rémunération totale dans le domaine de la médecine de famille. La Suisse est bien en retard en la matière, ce qui est surprenant car deux tiers de ses habitants disposent d'un contrat de Managed Care. Celui-ci permet légalement aux assureurs de mettre en place leurs propres conventions de rémunération indépendamment des tarifs collectifs nationaux. Les caisses-maladie ont donc toutes les cartes en main pour forfaitiser elles-mêmes des éléments de la rémunération ambulatoire.

Dans la médecine spécialisée, les forfaits pour les assurés ou pour les patients ne sont pas très pertinents. En effet, le diagnostic et le traitement des maladies spécifiques ont la priorité dans ce contexte. Une forfaitisation de la rémunération pourrait se fonder ici sur la logique des forfaits par cas valable pour le domaine stationnaire: les traitements standardisés qui supposent le même paquet de prestations médicales et techniques sont

rémunérés sous forme de forfait. Cela correspond à la proposition de santésuisse et de l'association faitière des sociétés de disciplines médicales chirurgicales et invasives (FMCH). La tarification de forfaits de traitement exige de saisir les coûts comme pour les hôpitaux de réseau dans le domaine stationnaire. L'infrastructure nécessaire devrait encore être mise en place. Toutefois, la portée des forfaits de traitement est limitée. Elle ne devrait même pas atteindre 10% de l'ensemble de la rémunération ambulatoire et stationnaire.

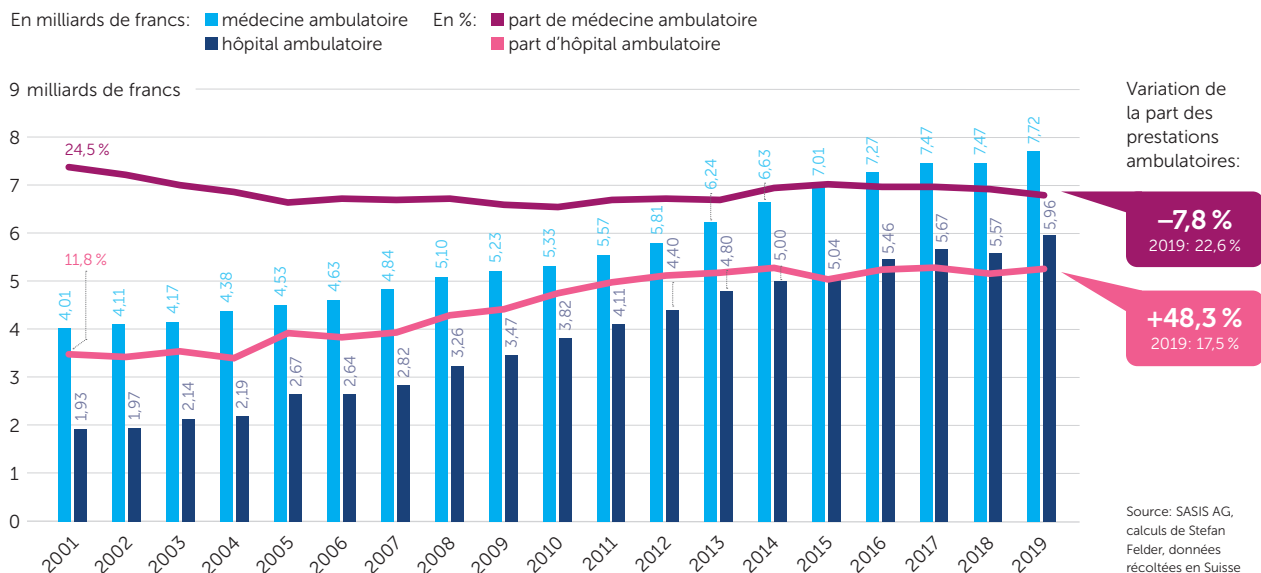
La Confédération rejette TARDOC sans proposer d'autre solution

TARMED, le tarif à la prestation en vigueur, non seulement est obsolète – toutes les parties en conviennent –, mais il ne remplit absolument pas les conditions nécessaires pour une rémunération ambulatoire optimale. Seul le remboursement des frais parfois encore utilisé pour la participation cantonale dans les soins et dans le domaine du traitement stationnaire aigu est pire. Le nouveau tarif TARDOC proposé par curafutura et la FMH réduirait nettement les positions des prestations et permettrait d'adapter les paramètres de rémunération aux conditions de production médicales qui ont changé. Les parties favorables avaient promis que TARDOC serait à l'avenir complété par des forfaits, comme le prévoit la loi. N'y croyant pas, le Conseil fédéral a rejeté le nouveau tarif sans proposer de solution de remplacement convaincante. A l'instar de la science, la politique est un travail de longue haleine. Il faut avancer pas à pas. ●

dialogue.css.ch/dossiers

Plus d'articles sur des thèmes de politique de la santé sur notre site Internet.

AOS: évolution des prestations ambulatoires depuis 2001



POINT DE VUE

Des forfaits utiles?

Les milieux politiques espèrent surtout faire des économies grâce aux forfaits ambulatoires. La CSS estime qu'outre des coûts plus faibles, les forfaits doivent aussi apporter une meilleure qualité des prestations et plus d'efficacité. C'est pourquoi la forfaitisation n'est pas toujours pertinente ni possible.

Autrice: **Marianne Wiedemeier**, cheffe Conventions tarifaires Ambulatoire, Soins et Médecine alternative à la CSS Assurance;
photo: **Herbert Zimmermann**



Les interventions traditionnellement effectuées en stationnaire le sont de plus en plus en ambulatoire.

Pour autant, une forfaitisation de ces prestations ne s'impose pas automatiquement. Les forfaits ambulatoires ne sont pas un remède miracle contre le manque d'efficacité ou la hausse des coûts: il ne s'agit que d'un tarif. Faute de bases de calcul évidentes du côté des fournisseurs de prestations, il n'est pas possible de négocier des forfaits corrects. Afin de poursuivre la mise en œuvre de forfaits là où ils sont utiles, la CSS exige non seulement des données sur les coûts, mais aussi des conditions-cadres permettant de garantir la qualité et le partage des risques. En effet, un forfait ne convient jamais à une seule prestation fournie. La rémunération juste que l'on vise est atteinte uniquement par la somme de tous les cas inclus dans le forfait. Le calcul nécessite soit des données sur les coûts transmises par les fournisseurs de prestations, soit des tarifs à la prestation adéquats.

Ainsi, la mise à disposition des coûts générés et/ou l'introduction rapide de TARDOC constituent des conditions importantes pour le développement futur des forfaits.

«La décision de négocier un forfait ou de facturer à la prestation reste un exercice d'équilibriste.»

Marianne Wiedemeier

Pour la CSS, la négociation bilatérale de forfaits ambulatoires s'est avérée être une bonne décision. Le partage des gains en efficacité dans les processus, l'achat de matériel et l'administration est motivant pour les deux parties. Lorsque c'est nécessaire à notre sens, des exigences supplémentaires et explicitées en matière de qualité peuvent être retenues, comme la qualité des

lentilles utilisées en ophtalmologie. La CSS négocie d'autres forfaits ambulatoires, notamment dans les domaines de la mammographie, du dépistage du cancer du côlon ou des forfaits journaliers en psychiatrie. Nous rencontrons aussi des problèmes plus importants surtout pour les «forfaits mixtes» négociés avec des prestataires de soins à domicile pour l'alimentation artificielle ou les dialyses à domicile. Le plus grand défi est le manque de transparence relatif aux prestations incluses et à leur répartition entre prestations obligatoires et non obligatoires.

Pour la CSS, la décision de négocier un forfait ou de facturer à la prestation reste en fin de compte un exercice d'équilibriste entre des économies directes et des processus simplifiés et efficaces. ●



Suivez-nous sur Twitter:
twitter.com/CSSPolitik

A portrait of Susanne Gedamke, a woman with blonde hair and blue eyes, wearing a dark blue turtleneck sweater. She is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a plain, light color.

Susanne Gedamke

est chercheuse en communication et directrice de l'Organisation suisse des patients (OSP). Avant cela, elle a dirigé des projets de recherche auprès de plusieurs hautes écoles et a apporté son soutien en développement stratégique à des acteurs du domaine de la santé. Elle travaille aussi dans une start-up zurichoise du domaine de la santé.

PERSONNEL

Le cas standard n'existe pas

On ne peut pas standardiser les patients. Du point de vue de ces derniers, il faudrait des changements bien plus profonds que de simples forfaits ambulatoires.

Autrice: **Susanne Gedamke**; photo: **Tom Haller**

Après plusieurs années d'attente, le diagnostic tombe pour Madame B.: elle souffre d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Le traitement est complexe puisqu'elle est déjà atteinte de diabète ainsi que de plusieurs allergies et intolérances. Les spécialistes qui la traitent atteignent encore et toujours leurs limites. D'année en année, le traitement et le suivi de Madame B. sont moins coordonnés et plus fragmentés. Sa qualité de vie se détériore, alors que des doutes quant aux mesures prises l'assaillent. De son côté, Monsieur L. reçoit des médicaments à l'hôpital à la suite d'une crise cardiaque. Après une brève réadaptation, il reprend sa vie quotidienne. Le suivi par son cardiologue fonctionne bien; sa qualité de vie n'est pas entravée.

Grosso modo, ces deux exemples montrent que les besoins de chaque patient doivent être pris en charge de manière spécifique. Selon la situation en matière de traitement ou de suivi, la forfaitisation des prestations est très pertinente ou totalement inappropriée. Ce constat est particulièrement clair lorsqu'on compare les patients atteints de maladies aiguës à ceux qui ont des pathologies chroniques.

Le système de santé suisse fonctionne avant tout pour les soins aigus. En cas de problèmes de santé aigus, comme celui de Monsieur L., un traitement et un suivi effectués par un seul spécialiste suffisent généralement. Les choses se compliquent lorsque plusieurs spécialités médicales sont impliquées dans le processus de traitement et de suivi. Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques, comme Madame B., rendent les thérapies et le suivi interdisciplinaires particulièrement complexes. En Suisse, près d'un tiers de la population de 15 ans et plus est concernée par une maladie chronique, soit environ 2,2 millions de personnes. Presque une personne sur cinq ayant plus de 50 ans souffre même de plusieurs pathologies.¹ Ce sont surtout ces groupes de personnes qui ont besoin que la coordination et la communication entre les différentes disciplines fonctionnent sans accroc. Si tel n'est pas le cas, la qualité des soins en pâtit considérablement.

Le prix dépend de la qualité

Lorsqu'une prestation médicale est fournie (qu'elle le soit par un médecin, une pharmacienne, un infirmier ou une physiothérapeute), il faut rémunérer ce qui compte pour le patient, à savoir la qualité de la prestation. Le débat autour des systèmes de rémunération montre clairement ce qui se produit quand, au sein du système de santé, les mesures visent principalement à freiner la hausse des coûts.

¹ Observatoire suisse de la santé (Obsan): La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques, Rapport national sur la santé 2015.

«Du point de vue des patients, il faudrait des changements bien plus profonds que de simples forfaits ambulatoires.»

Susanne Gedamke

On recherche des solutions modifiant de petits détails des systèmes tarifaires existants, sans prendre en considération une réorientation complète qui accorderait une plus grande importance à la qualité qu'aux coûts. En d'autres termes, les forfaits ambulatoires sont surtout pertinents pour les patientes et patients qui suivent des étapes prédéfinies, comme souvent dans le cas des problèmes aigus. Dès que le diagnostic est complexe, incertain ou que les maladies sont multiples, cette forme de standardisation arrive à ses limites.

Considérer le processus dans son ensemble

Du point de vue des patients, il faudrait donc des changements bien plus profonds que de simples forfaits ambulatoires, qui peinent souvent à définir le domaine des prestations de façon claire et complète. Il serait vraiment utile de considérer l'ensemble du processus de traitement et de suivi comme une prestation. Ainsi, la qualité des soins et du suivi serait la principale incitation pour les fournisseurs de prestations à orienter la prise en charge en fonction des besoins de leurs patientes et patients. Cela aurait un autre effet collatéral important: les patients seraient mieux intégrés au processus. En particulier pour les personnes souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques, cette intégration constitue une ressource qu'il ne faut pas sous-estimer pour la réussite du traitement, mais elle est aussi déterminante pour la relation entre patient, patiente et spécialiste. Par ailleurs, l'aspect économique ne serait pas laissé pour compte. En effet, en prenant la qualité comme angle d'approche du processus de traitement et de suivi dans son ensemble, les effets seraient positifs aussi sur les coûts, ce qui bénéficierait en fin de compte aux payeurs de primes, donc aux patients. ●

dialogue.css.ch/personnel

D'autres d'articles de la rubrique «Personnel» sont disponibles sur notre site Internet.

Nouvel éclairage sur la rémunération ambulatoire



Les tarifs fixent un cadre pour les prix et les prestations médicales. Dans ce contexte, un financement aussi équitable que possible reste une simple tentative et crée des incitations à la fois positives et négatives.

Auteur: **Simon Hölzer**



Dr Simon Hölzer

est économiste de la santé diplômé, spécialiste en médecine générale ainsi que directeur de SwissDRG SA et président de la Société suisse d'audit médical (SGfM).

La mise en commun de prestations en paquets de prestations rémunérés uniformément constitue une forme tarifaire différente de la rémunération à la prestation dans le cadre de TARMED. Elle a l'avantage déterminant de donner plus de liberté aux médecins traitants. Les patients sont traités de manière individuelle, tout en respectant l'étendue des prestations prévue par le forfait. Financièrement, les médecins évoluent dans le cadre d'une «mini-enveloppe budgétaire». Celle-ci n'implique certes pas de dépenses ni de limites de coûts définies, mais plutôt une incitation implicite forte à faire des économies. La rémunération fixe exige du personnel médical d'éviter les prestations inutiles. Les médecins ont la possibilité d'adapter de façon consciente les détails du traitement et du suivi à chaque patient et patiente, tout en sachant que certains d'entre eux généreront des coûts plus élevés et d'autres des coûts plus faibles au sein du même forfait.

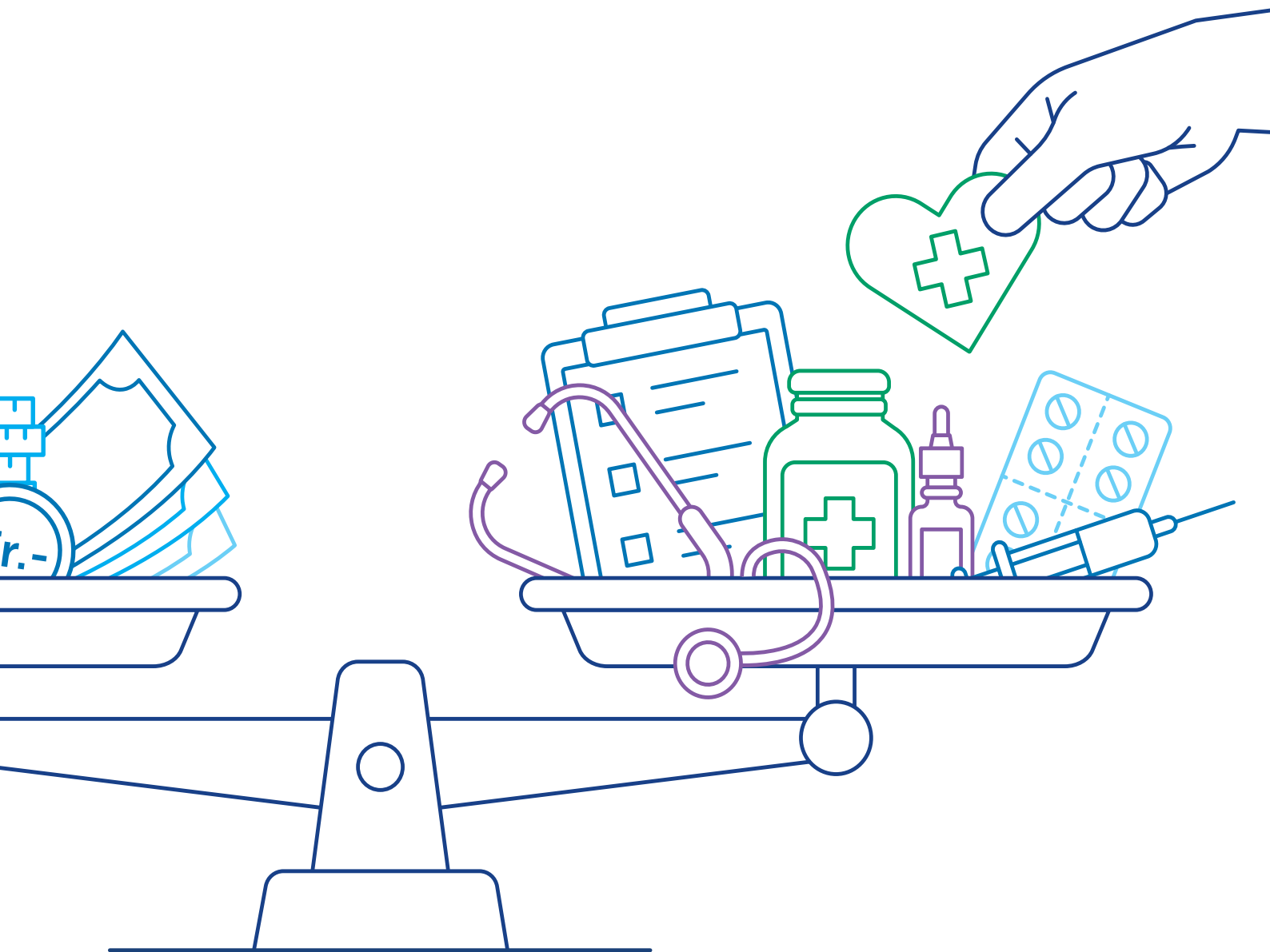
Aspects de la conception des forfaits

Le rapport entre prix et prestation doit rester raisonnable et aussi réaliste que possible. Cela s'applique également à la valeur de certains paquets de prestation entre eux. En matière de conception

des tarifs, il convient donc de définir les forfaits de sorte qu'ils correspondent à un produit délimité et reproductible. Pour la délimitation, des données de coûts actuelles issues du marché des fournisseurs de prestations (p. ex. médecins et installations médicales du domaine ambulatoire) devraient être disponibles. Contrairement au domaine stationnaire, il n'est pas encore possible de recourir à des outils de saisie des prestations et des coûts (comptabilité par unité d'imputation et statistiques médicales) qui seraient uniformes, reconnus dans toute la Suisse et contraignants le cas échéant.

Conditions pour une utilisation pertinente

L'avenir montrera comment les fournisseurs de prestations s'adaptent à cette forme de rémunération. Le risque est le suivant: l'utilisation directe de tarifs à la prestation ou leur usage comme base de calcul pour des forfaits associés à des modèles de coûts normatifs pourrait asseoir de mauvaises structures tarifaires et favoriser davantage les incitations unilatérales à étendre le volume des prestations. Les forfaits comme forme de rémunération alternative peuvent faire contrepoids si nous parvenons à régler leur interaction avec les autres tarifs au moyen de règles de facturation claires et de ce qu'on appelle



«Fondamentalement, un forfait transfère au fournisseur de prestations plus de responsabilités en matière de budget.»

Simon Hölzer

la définition des cas. Cette dernière permet de définir sans équivoque quel tarif sera appliqué à quelle prestation et pour quels patients.

Fondamentalement, un forfait transfère au fournisseur de prestations plus de responsabilités en matière de budget, en comptant sur le fait que celui-ci utilise le montant de manière raisonnable. Dans l'idéal, les fournisseurs de prestations sont conscients des coûts générés par leurs actions. D'ailleurs, cela concerne aussi les éventuels coûts supplémentaires engendrés par exemple par des mesures ordonnées (hospitalisation ou consulta-

tion par un spécialiste). Pour mettre en place un forfait, il faut toutefois un panel minimal de qualifications médicales, d'infrastructures et de prestations assorti d'objectifs fixés en matière de traitement et de résultats pour les patients.

Autres difficultés

Toutes les prestations ne peuvent pas être mises en lien avec un cas imputable concret. Le financement des capacités de réserve ou des activités d'urgence (personnel et infrastructure) est explicitement prévu par notre système.

C'est d'autant plus crucial dans le domaine ambulatoire puisque des prestations similaires sont fournies dans des établissements structurellement différents où les structures de coûts et la qualité sont elles aussi différentes. Ainsi, certaines consultations peuvent avoir lieu en télémédecine, au cabinet du médecin de famille ou dans une unité de soins ambulatoires d'un hôpital universitaire. ●

dialogue.css.ch/forfaits

Plus d'articles sur le thème des forfaits sur notre site Internet.



DÉBAT

«Les forfaits ambulatoires recèlent un grand potentiel»

Michele Genoni, président de la FMCH, et Pius Zängerle, directeur de curafutura, sont unanimes sur le fond: l'existence des forfaits est justifiée. En ce qui concerne les détails, leurs avis divergent toutefois radicalement.

Interview: Patrick Rohr



De gauche à droite:
Michele Genoni, Patrick
Rohr et Pius Zängerle.

Patrick Rohr: Monsieur Zängerle, vous êtes un défenseur circonspect des forfaits ambulatoires, pour ne pas dire un opposant. Pourquoi?
Pius Zängerle: Je ne m'oppose pas aux forfaits ambulatoires. Il s'agit d'une forme de rémunération qui convient à de nombreux domaines, et pas uniquement à la médecine. La question cruciale est de savoir où les utiliser pour éviter les mauvaises incitations.

Selon vous, où pourrait-on les appliquer judicieusement dans le domaine ambulatoire?

Pius Zängerle: Partout où il est possible de standardiser les interventions et de distinguer la prestation en question des prestations préalables et ultérieures.

Pouvez-vous nous donner des exemples?

Pius Zängerle: Toutes les interventions planifiées dont la durée est clairement délimitée: les opérations ophtalmologiques, par exemple.

Vous estimez donc que ce n'est pas le cas pour nombre d'interventions. Votre association curafutura parle de 20 %, me semble-t-il.

Pius Zängerle: Ces hypothèses reposent sur l'expérience. Nous estimons en effet que les chiffres sont plutôt faibles. Les prestations qui ne remplissent pas les critères évoqués sont nombreuses.

Monsieur Genoni, êtes-vous du même avis?

Michele Genoni: Cela dépend de la définition qu'on adopte. Je pense moi aussi que les forfaits sont utiles lorsqu'ils concernent des interventions bien définies et limitées à une certaine durée et qu'on peut les standardiser. En ce qui concerne les chiffres, cela dépend de ce qu'on regarde. Dans les sociétés de disciplines médicales chirurgicales et invasives que je représente, nous estimons que le potentiel est énorme. Nous pensons que l'on pourrait utiliser les forfaits de manière presque généralisée.

santésuisse, qui compte parmi les défenseurs convaincus des forfaits ambulatoires, avec la FMCH, articule un chiffre de presque 80 %.

Michele Genoni: J'ai moi-même lu celui de 70 %. Mais en effet, cela nous paraît réaliste pour les prestations ambulatoires des hôpitaux. Selon moi, il est important que nous n'ayons pas un système unique. Les forfaits sont évidemment complémentaires au tarif à la prestation.

On parle d'un côté de 20 % des prestations pouvant être forfaitisées, de l'autre, de 70 %: c'est une sacrée différence. Comment l'expliquez-vous?

Michele Genoni: Cela dépend de la définition qu'on adopte. Si l'on considère toutes les inter- ➤

Pius Zängerle

dipl. math. EPF, lic. oec. HSG, est directeur de l'association faitière curafutura, regroupant des assureurs-maladie dont la CSS. Auparavant, il était président du Centre de la culture et des congrès de Lucerne et membre PDC du Grand Conseil lucernois. Il a aussi présidé l'association de communes LuzernPlus jusqu'en 2019.

ventions possibles en ambulatoire, on trouve un autre chiffre que lorsqu'on se limite aux activités des sociétés médicales que je représente.

Selon le rapport d'experts mandaté par le Conseil fédéral, les forfaits ambulatoires entraîneraient une réduction des coûts. Etes-vous du même avis, Monsieur Zängerle?

Pius Zängerle: J'estime en effet que la simplification des aspects administratifs constitue un avantage. Le médecin procède à une facturation simple sans devoir saisir plusieurs prestations. Toutefois, je ne crois pas que les forfaits ambulatoires permettraient ainsi de faire des économies importantes. Les prestations en soi ne coûtent pas moins cher. Je ne pense pas non plus que la FMCH ait commencé à élaborer des forfaits pour cette raison.

Monsieur Genoni, il est vrai que vous n'avez pas intérêt à concevoir des forfaits qui vous sont défavorables.

Michele Genoni: Nos calculs reposent sur la valeur médiane et non pas la valeur moyenne. Cela signifie que les cas extrêmes seront soit sous-payés soit mieux rémunérés qu'avant. L'expérience montre que les valeurs médianes permettent toujours de faire des économies.

Des économies réelles?

Michele Genoni: A l'avenir, les médecins ne pourront plus facturer des prestations non comprises dans le forfait, ce qui freine l'extension du volume des prestations. Cet effet contribue à juguler la hausse des coûts. Les forfaits ambulatoires sont une pièce du puzzle. Je ne peux pas encore vous dire à quel point elle contribuera à freiner l'augmentation des coûts.

Monsieur Zängerle, vous avez dit au début que les forfaits pouvaient entraîner de mauvaises incitations. Lesquelles?

Pius Zängerle: Supposons qu'un fournisseur de prestations procède rarement à une certaine intervention et que, lorsque cela arrive, il doive prendre en charge les cas complexes. Dans ce cas, il aurait

peu d'intérêt à continuer de pratiquer cette intervention. Les forfaits inappropriés peuvent induire une sélection des risques du côté des médecins.

Pensez-vous vraiment que certains médecins pourraient se dire: ce cas est trop complexe pour moi; je préfère le refuser car le forfait n'est pas avantageux?

Pius Zängerle: Bien entendu, tout membre du corps médical nierait penser ainsi. Pourtant, il existe suffisamment d'exemples dans les sciences socioéconomiques montrant que les professionnels ont tendance à privilégier les prestations surpayées au détriment de celles qui sont moins avantageuses.

Mais chaque médecin a fait le serment d'aider les autres quelle que soit la situation!

Pius Zängerle: Le médecin peut tout simplement adapter son offre ou choisir ses patients en fonction de celle-ci: ces effets-là sont bien connus. Je ne dis pas que le problème est généralisé, mais il constitue un risque potentiel.

Monsieur Genoni, les médecins refusent-ils de prendre certains cas à risque sous prétexte qu'ils sont moins lucratifs?

Michele Genoni: Il y a des moutons noirs partout, même parmi nous.

«Je ne crois pas que les forfaits ambulatoires permettent de faire des économies importantes.»

Pius Zängerle



Par conséquent, les forfaits ambulatoires pourraient effectivement entraîner une sélection des risques.

Michele Genoni: La grande majorité de nos collègues fait son travail correctement, et de façon éthique. Ce sont ces personnes que je représente. Après tout, nous ne connaissons pas non plus d'offre insuffisante en soins dans le domaine stationnaire avec SwissDRG. Nos soins de base sont bons et couvrent tout le territoire suisse.

Aussi pour les cas complexes et les risques élevés?

Michele Genoni: Bien entendu, il n'est pas possible de prodiguer tous les soins en ambulatoire. Divers facteurs rendent cela impossible. L'implantation d'un pacemaker peut avoir lieu en ambulatoire, mais elle nécessite un suivi. Que faites-vous en hiver, alors que la nuit tombe à 16 heures, avec une patiente de 85 ans qui ne marche plus très bien, dont les capacités mentales déclinent un peu et qui ne retrouve plus son domicile? Cette dame doit pouvoir rester à l'hôpital pour être suivie pendant la nuit. Beaucoup doit donc être fait en stationnaire. Cependant, il ne doit surtout pas y avoir de différence entre la rémunération ambulatoire et stationnaire.

Pius Zänglerle: Cette année, ma mère, qui a 90 ans, a été opérée de la cataracte en ambulatoire. Elle

n'a donc pas dû rester la nuit à l'hôpital. Bien sûr, elle n'a toutefois pas été suivie de la même manière qu'une personne de 50 ans qui subit la même intervention.

Vous voulez dire que son suivi était plus complexe.

Pius Zänglerle: Oui, le cas d'une dame âgée est plus difficile, en raison des comorbidités. Il faut tenir compte de certaines conditions différentes.

Michele Genoni: Les standards sont importants en médecine. En règle générale, il est possible de les appliquer dans 18 cas sur 20. Il existe néanmoins toujours des exceptions; mais la grande majorité des cas est bien représentée par les standards.

Pius Zänglerle: A cela s'ajoute un autre problème: si les forfaits deviennent obligatoires, le degré de complexité augmente puisque des domaines de prestations inadaptés aux forfaits devraient malgré tout être soumis à une telle tarification. Il ne serait plus possible de dire que tel cas est une exception et que nous pouvons faire autrement cette fois-là. Cette évolution a besoin de temps.

Michele Genoni: Regardons le système DRG allemand. Dans ce pays, tous les hôpitaux ont le même baserate, contrairement à la Suisse, où chaque hôpital dispose du sien. En contrepartie, l'Allemagne prévoit une rémunération supplémentaire. >

Prof.

Michele Genoni

préside depuis 2020 la FMCH, qui réunit des sociétés de disciplines médicales chirurgicales et invasives et des groupements de spécialistes. Depuis 2019, il est directeur médical de la clinique de réadaptation Seewis (GR). Avant cela, il était médecin-chef de la clinique chirurgicale de l'Hôpital du Triemli, à Zurich.





Patrick Rohr

est journaliste et photographe. A Zurich, il possède sa propre agence de communication et de production médiatique. Il a été rédacteur et animateur dans des émissions de la télévision suisse alémanique («Schweiz aktuell», «Arena», «Quer», etc.) jusqu'en 2007.

Prenons l'exemple d'un patient à risque, que je ne peux pas traiter en ambulatoire: je le prends en charge en stationnaire et perçois une rémunération complémentaire.

Pius Zänglerle: Oui, mais cela devient compliqué.

Michele Genoni: Il s'agit uniquement de régler les exceptions.

Pius Zänglerle: Bien sûr. Nous connaissons les rémunérations complémentaires dans le cadre de SwissDRG: il y en a des centaines ...

Si c'est possible pour SwissDRG, alors pourquoi pas dans l'ambulatoire?

Pius Zänglerle: C'est faisable, absolument. Encore une fois, je ne veux pas dire que les forfaits sont une mauvaise chose. Je dis simplement qu'ils posent certains défis. Les exceptions au caractère obligatoire sont l'un d'entre eux.

Monsieur Genoni vient de proposer une solution à cela.

Pius Zänglerle: Cette solution rend justement le système très complexe, ce qui est contradictoire par rapport à la promesse de nous simplifier la vie au moyen des forfaits et d'offrir une solution simple et rapide à nos problèmes.

Michele Genoni: Nous ne devrions pas discuter uniquement des exceptions ...

Pius Zänglerle: Bien sûr que si. Dans un système obligatoire, il faut tenir compte des exceptions.

En parlant de complexité, Monsieur Zänglerle: le chemin allant de TARMED au nouveau système de tarification à la prestation TARDOC n'a pas vraiment été simple non plus ...

Pius Zänglerle: Vous mélangez le résultat avec le chemin parcouru pour y arriver. Je sais que le chemin est encore long en ce qui concerne les forfaits avant que nous parvenions à transformer un système basé sur le volontariat et l'expérience en système obligatoire. Souvenez-vous que l'assurance-maladie fut facultative pendant une centaine d'années, avant de devenir obligatoire en 1996. Depuis, il a fallu régler de nombreuses exceptions et des exceptions aux exceptions afin de mettre en œuvre cette obligation. Tous les systèmes se caractérisent par une certaine complexité.

Malgré toutes les craintes, le système SwissDRG, introduit en 2012, fonctionne très bien.

Pius Zänglerle: Il a pu être lancé rapidement, car on a «helvétisé» un système utilisé dans un autre pays. SwissDRG a connu des améliorations au fil des ans.

Michele Genoni: C'est un système qui apprend avec l'expérience. Les forfaits ambulatoires connaîtront aussi une évolution au cours du temps. Leur potentiel est immense, surtout dans nos domaines de spécialité.

Monsieur Genoni, avez-vous l'impression que les forfaits améliorent la qualité?

Michele Genoni: Nous avons volontairement associé aux forfaits des indicateurs relatifs à la qualité. Je pense qu'une meilleure qualité permet aussi de limiter les coûts.

Est-ce un bon argument en faveur des forfaits, Monsieur Zänglerle?

Pius Zänglerle: De toute manière, il faut améliorer la qualité. Le législateur l'exige lui aussi. La qualité n'est pas rattachée à un seul système tarifaire, mais on peut combiner les deux. J'y vois vraiment une opportunité. Selon moi, il reste une question importante à laquelle nous n'avons pas encore répondu: comment passer du caractère facultatif à une obligation?

Monsieur Genoni, pouvez-vous y répondre?

Michele Genoni: Nous avons déjà soumis 75 forfaits pour approbation au Conseil fédéral. Une fois qu'ils seront approuvés, le calcul de tous les montants durera un certain temps. Par ailleurs, le Parlement a décidé en juin que les forfaits ambulatoires approuvés deviendraient contraignants. Le premier train de mesures visant à freiner la hausse des coûts ouvre donc la voie au changement. ●

dialogue.css.ch/debat

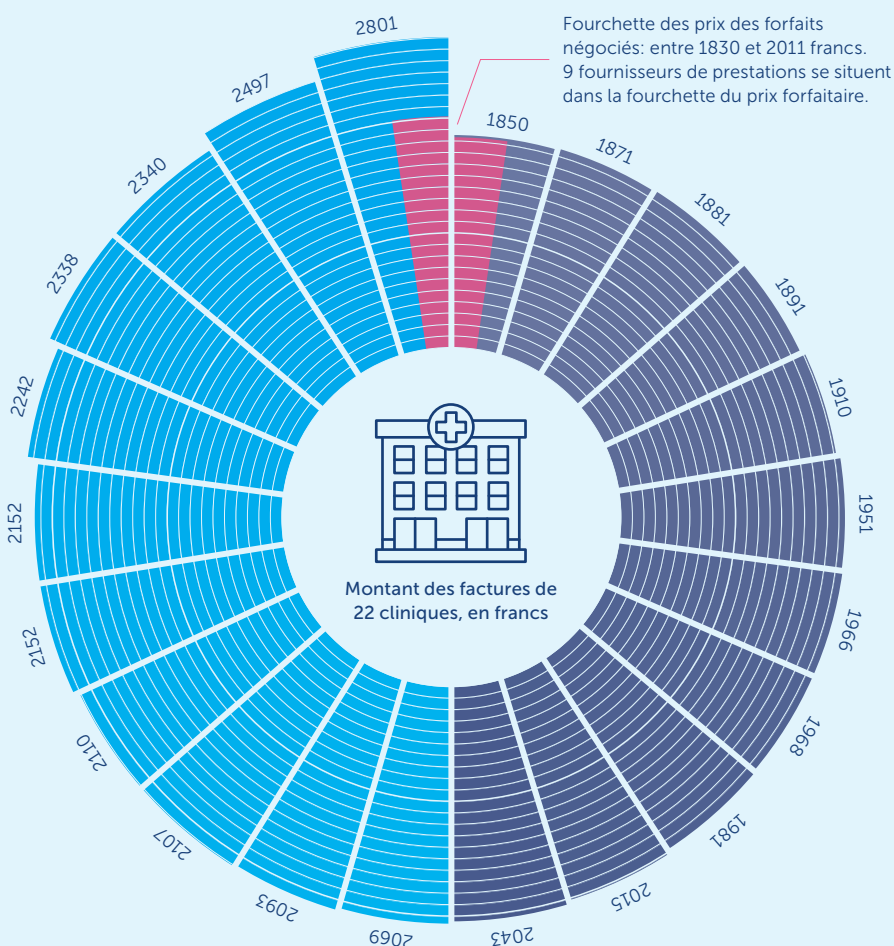
Plus d'articles de la rubrique «Débat» sont disponibles sur notre site Internet.

EXEMPLE: CHIRURGIE OCULAIRE

Les avantages des forfaits

La facturation par forfaits convient particulièrement à la chirurgie oculaire. En effet, plus de 90 % des ophtalmologues facturent les interventions les plus fréquentes ainsi.

Auteur: **Dr Kristof Vandekerckhove**, président de la commission tarifaire et membre du comité de la Société Suisse d'Ophtalmologie (SSO)



Etendue des factures TARMED et des prix forfaitaires négociés

Fourchette des prix pour opérations non complexes de la cataracte en Suisse facturées selon TARMED (traitement anonymisé des données de 22 cliniques représentatives pour l'année 2018) et selon des forfaits négociés (années de référence 2018 à 2021).

- 11 cliniques au-dessus de la valeur médiane de 2056 francs
- 11 cliniques en dessous de la valeur médiane de 2056 francs
- Variabilité des prix forfaitaires pour les opérations de la cataracte (2018 à 2021): les forfaits couvrent les coûts des complications les plus fréquentes liées à l'opération et se distinguent légèrement par leur contenu.

Source: SSO, calculs du Dr Kristof Vandekerckhove

La Société Suisse d'Ophtalmologie a négocié bilatéralement avec les groupements d'achat des forfaits pour les opérations de la cataracte et de glaucomes ainsi que pour les injections intra-vitréennes. Ces interventions représentent 90 % à 95 % des traitements ophtalmologiques.

Une charge administrative réduite

Les tarifs forfaitaires allègent la charge administrative tant pour les ophtalmologues que pour l'assureur. Au lieu de comporter 30 positions TARMED, la facture ne compte qu'une seule ligne. Au bloc opératoire, il n'est plus nécessaire de noter scrupuleusement tout le matériel utilisé. Les demandes d'information de la part des assureurs sont limitées au strict minimum. Les discussions autour de telle ou telle position sont réglées de fait. Pour les patients aussi, la facture est plus transparente. En matière de forfaitisation, la philosophie et la qualité jouent un rôle important: une opération efficace et sans trop de complications est récompensée. A l'inverse, TARMED facture chaque erreur et chaque complication.

Un tarif fixe facilite le calcul du budget annuel des assureurs, mais aussi celui des médecins. De plus, les forfaits favorisent l'équité, car la même prestation est rémunérée de la même façon partout en Suisse, ce qui permet d'éviter les facturations excessives. Parmi les fournisseurs de prestations, les 10 % les plus chers ayant été exhortés à limiter les dépenses, l'introduction de forfaits ophtalmologiques a permis d'économiser plusieurs millions de francs par année.

Par ailleurs, l'emploi de forfaits requiert de la flexibilité de la part des médecins. Certaines opérations coûtent en effet plus qu'elles ne rapportent, alors que d'autres compensent les pertes. Les mêmes avantages concernent aussi les caisses-maladie.

Des traitements adéquats

Les opérations de la cataracte ou d'un glaucome ainsi que les injections intra-vitréennes se prêtent parfaitement aux forfaits. Très fréquentes, ces interventions standardisées font rarement l'objet de complications. L'élaboration de forfaits serait plus compliquée pour les interventions plus rares et plus sujettes à variation, telles que les opérations de la rétine ou de la paupière, qui doivent également tenir compte des caractéristiques individuelles des patients. Pour ces cas-là, il est difficile de définir un prix moyen. ●

Opinion: les forfaits ambulatoires font-ils baisser les coûts de la santé?



Isabelle Moret

est conseillère nationale (PLR) et présidente de l'association des Hôpitaux de Suisse H+. Elle est membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N).

Pour maîtriser l'augmentation des coûts dans le domaine de l'AOS, le Conseil fédéral met en œuvre un programme visant à freiner les coûts en se basant sur un rapport d'experts. Les forfaits ambulatoires font partie du premier train de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Après avoir examiné le projet en détail, le Parlement a posé, lors de sa session d'été 2021, les fondements de l'introduction nationale de forfaits ambulatoires. Cette décision novatrice permet désormais d'élaborer une tarification intelligente qui garantira enfin la transparence, freinera la hausse des coûts et, ainsi, réduira la charge qui pèse sur les payeurs de primes.

Les avantages des forfaits sont évidents: les opérations, examens médicaux et interventions identiques seront rémunérés par un forfait, donc de façon égale. De plus, la forfaitisation crée de bonnes incitations pour les médecins. Les forfaits ambulatoires garantissent en effet une rémunération juste et transparente, tout en limitant les mauvaises incitations, désormais connues, de l'actuel tarif à la prestation. Contrairement à ce dernier, qui englobe de façon détail-

lée tous les examens et traitements, les forfaits ambulatoires rémunèrent les interventions chirurgicales et les traitements coûteux d'une manière simple et compréhensible pour les patients. Ces paquets de prestations permettront bientôt de rétribuer la majorité des prestations hospitalières dans le domaine ambulatoire; selon les domaines de spécialité, la part représente même 70 %, voire plus.

En collaboration avec santésuisse, H+ est en train d'élaborer une structure tarifaire fondée sur des forfaits. Les coûts réels et les données relatives aux prestations des fournisseurs de prestations lui serviront de base. Grâce à cette nouvelle structure tarifaire, une part importante des examens et traitements effectués en ambulatoire pourra à l'avenir être facturée de manière forfaitaire.

«Les forfaits garantissent une rémunération juste et transparente, tout en limitant les mauvaises incitations.»

Isabelle Moret

Les nouveaux forfaits remplaceront de nombreux éléments du tarif à la prestation TARMED, devenu obsolète. Ils permettront de faire des économies et de soulager les payeurs de primes. Là où les forfaits ne sont pas appropriés, d'autres éléments tarifaires, comme un tarif à la durée ou à la prestation, seront nécessaires.

Les partenaires tarifaires sont maintenant à la manœuvre: par la décision du Parlement, ils sont tenus de mettre en commun leurs compétences pour élaborer une tarification qui garantira le maintien à long terme de l'excellence du système de santé suisse. Tous les partenaires tarifaires sont appelés à trouver ensemble des solutions qui permettront d'atteindre cet objectif dans l'intérêt des patients, du corps médical, des hôpitaux et des payeurs de primes. En parallèle, le blocage que le système tarifaire connaît depuis de nombreuses années pourra enfin être surmonté. ●

pour

Isabelle Moret, conseillère nationale (PLR, VD)

contre

Damian Müller, conseiller aux Etats (PLR, LU)

La situation de départ paraît claire: partout où des prestations peuvent être fournies de manière standardisée, les forfaits améliorent la transparence et baissent les coûts administratifs. Cela semble convaincant. Pourtant, la réalité n'est pas si simple. Il n'est donc pas surprenant que le débat autour de la pertinence des forfaits dans le domaine de la santé soit aussi passionné. En effet, la plupart des acteurs ne sont pas satisfaits des forfaits. Certains trouvent les montants payés trop faibles, d'autres les trouvent trop élevés. Lors de la délibération parlementaire sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les discussions étaient tout aussi vives. Au cours des discussions, le discours concernant les forfaits a soudain changé. Le Conseil fédéral a tenté de calmer les esprits en disant qu'il ne s'agissait pas du tout de promouvoir les

«Je crains que la spirale des prix suive à l'avenir une tendance ascendante. On obtiendrait l'inverse de ce qu'on vise.»

Damian Müller

forfaits, mais de créer une nouvelle structure tarifaire spécifique, comme pour les prestations à l'acte.

Le Parlement a finalement répondu à cet appel: il a décidé de modifier la loi, élargi les compétences du Conseil fédéral et prescrit une structure tarifaire unique à l'échelle suisse pour les forfaits ambulatoires. Alors, le problème est

résolu? Que nenni! Alors que les hôpitaux affirment que jusqu'à 80 % des prestations hospitalières ambulatoires pourraient être rémunérées au moyen de forfaits, les médecins rétorquent qu'au contraire environ 80 % des prestations du domaine ambulatoire ne pourraient pas l'être.

Les plaintes concernant des tarifs qui ne couvriraient pas les frais se poursuivent donc comme auparavant. Les hôpitaux argumentent déjà en disant qu'ils ne peuvent pas travailler avec les tarifs actuels, qui ne couvrent pas les coûts. Mais que se passera-t-il avec ces tarifs lorsque les hôpitaux disposeront de leur propre structure tarifaire sous forme de forfaits pour l'ambulatoire? Je crains que la spirale des prix suive à l'avenir une tendance ascendante et non pas descendante. On obtiendrait exactement l'inverse de ce qu'on vise avec les forfaits.

A l'avenir, les médecins et les caisses-maladie devront négocier ensemble des forfaits contraignants valables pour l'ensemble du territoire. Que la prestation soit fournie par un cabinet médical à un coût moindre ou par l'unité de soins ambulatoires d'un hôpital onéreux ne devrait plus jouer aucun rôle. Il est naïf de croire qu'il faille introduire plus de forfaits exprès pour les traitements plus difficiles à standardiser du domaine ambulatoire. Selon moi, les forfaits sont pertinents dans certains cas, mais ne constituent pas un remède miracle contre les prix élevés dans le domaine de la santé. ●



Damian Müller

est conseiller aux Etats (PLR), président du Forum Santé pour Tous et vice-président de Pro Senectute Lucerne. Il est membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E).

ÉTUDE

Forfaits: effets sur les coûts et la qualité

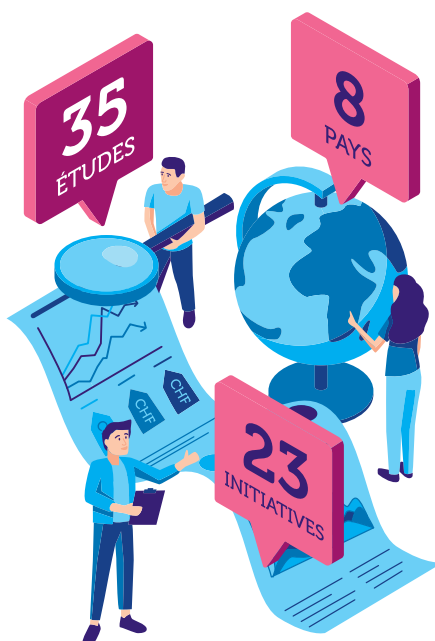
L'étude «Bundled-Payment Models Around the World» montre les effets des forfaits implémentés sur les dépenses de santé et la qualité des traitements.

Auteurs: J.N. Struijs, E.F. de Vries, C.A. Baan, P.F. van Gils et M.B. Rosenthal

Les forfaits peuvent potentiellement réduire les coûts, tout en maintenant au moins le même niveau de qualité. Telle est la conclusion d'une méta-étude qui compare 23 initiatives prises dans huit pays concernant l'introduction de forfaits (Bundled-Payment) dans le domaine de la santé. Outre la forfaitisation de prestations ambulatoires, ces initiatives concernent aussi des forfaits rémunérant les traitements stationnaires et de longue durée. L'étude montre que, dans environ 60 % des cas, les modèles de «Bundled-Payment» entraînent des économies modérées et, parfois, une légère amélioration de la qualité des traitements. A noter que les effets varient fortement: l'impact sur les coûts va d'une hausse à une économie allant jusqu'à 34 %. Dans près de la moitié des études examinées, la qualité des traitements n'est pas affectée.

Facteurs en faveur d'une forfaitisation

La plupart des modèles de «Bundled-Payment» étudiés – notamment relatifs aux interventions arthroscopiques aux Etats-Unis ou à la prise en charge



de la maternité en Angleterre ou en Nouvelle-Zélande – ont été mis en œuvre sur une base volontaire. Cela pourrait biaiser le résultat, étant donné que seuls les fournisseurs de prestations qui considèrent les forfaits utiles

vont les introduire. L'amélioration de la qualité et la réduction des coûts enregistrés grâce aux forfaits s'expliquent, indépendamment du pays étudié, par la méthode de traitement, la maladie en question ou le moment du paiement.

L'étude met en exergue que l'implémentation de pareils modèles de «Bundled-Payment» n'est pas un processus simple, mais qu'elle rencontre plusieurs obstacles (p. ex. difficulté à définir des critères de qualité, lois sur la protection des données qui limitent les échanges transparents, baisse potentielle du revenu de certains médecins ou restriction du libre choix des patients). Les auteurs de l'étude sont donc convaincus que des expériences englobant plusieurs pays et les conclusions pouvant en être tirées sont essentielles pour la forfaitisation de prestations médicales. ●

dialogue.css.ch/etude

Vous trouverez le lien vers l'étude sur notre site Internet.

Effets sur les coûts

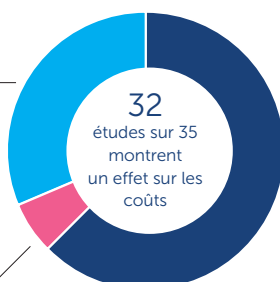
de modèles de «Bundled-Payment»

31,25 %

Pas d'effet significatif sur les coûts

6,25 %

Coûts supplémentaires après la mise en œuvre (résultats de deux études sur la même initiative)



62,5 %

Economies modérées ou baisse des coûts de la santé (mais variation forte des effets, entre 4,3 et 34 %)

Effets sur la qualité

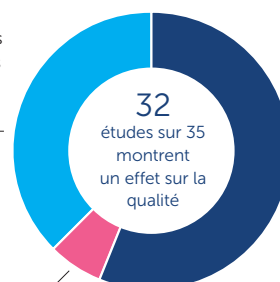
de modèles de «Bundled-Payment»

37,5 %

Pas d'effets significatifs sur la qualité (les effets positifs et négatifs s'équilibrent parfois)

6,25 %

Effets négatifs sur la qualité



56,25 %

Effets légèrement positifs sur la qualité des traitements pour la plupart des critères examinés

Source: The Commonwealth Fund; Bundled-Payment Models Around the World, avril 2020

La qualité prime le tarif

Les disputes des uns font le bonheur des autres. La recherche d'un nouveau système tarifaire pour la rémunération des prestations ambulatoires offre un triste spectacle.

D'un côté, les associations de caisses-maladie, toujours en contradiction, et de l'autre, les associations de médecins et d'hôpitaux, tout autant en désaccord. Ces derniers défendent au moins un objectif commun: ils aimeraient plutôt gagner plus grâce au nouveau système.

Dans ce contexte confus, il n'est pas vraiment judicieux d'élever les forfaits au rang de remède à tous les maux. En effet, seules les prestations toujours identiques, telles que des interventions chirurgicales ayant lieu sans séjour hospitalier, peuvent être forfaitisées. Selon la source considérée, pareils forfaits couvrent entre 15 % et 50 % de toutes les prestations fournies en ambulatoire. Un tiers maximum du volume total de quelque 12 milliards de francs semble plus réaliste.

Pour représenter le bloc entier de prestations ambulatoires, il faut donc un système de tarifs à la prestation complété par des forfaits. Ce système doit être conçu de sorte qu'au moins son introduction n'ait aucune incidence sur les coûts. La conciliation de tous ces éléments représente un défi. Il serait probablement trop demander d'exiger des

résultats rapides. Cela même si toutes les associations impliquées ont signé une déclaration d'intention relative à leur collaboration, comme l'a exigé le «troisième larron», le régulateur, à savoir le ministre de la Santé Alain Berset.

Dans cette foire d'empoigne autour du nouveau système tarifaire, il ne faut pas oublier ce qui compte vraiment pour les patients, et pour les payeurs de primes en fin de compte: la qualité des prestations fournies. Et c'est là où le bât blesse. Il arrive encore que de mauvais diagnostics entraînent des traitements inutiles, voire inappropriés, ce qui prolonge la souffrance des patients et augmente les coûts.

Par conséquent, tant le tarif que les fournisseurs de prestations doivent faire preuve de transparence. Transparence sur les coûts de la prestation et sur la manière dont elle est fournie. Cette clarification devrait avoir des conséquences: les professionnels dont le travail est antiéconomique, voire de mauvaise qualité, ne devraient plus être autorisés à fournir des prestations à la charge de l'assurance de base. Ce sujet est sensible aussi pour le «troisième larron», le régulateur. Il est même tabou. ●

Roman Seiler

est journaliste économique retraité. Depuis 1995, il publie régulièrement des articles et commentaires au sujet du système de santé. Il a notamment écrit pour le journal «cash», le groupe Blick et CH Media.

«Tant le tarif que les fournisseurs de prestations doivent faire preuve de transparence.»



Solution idéale ou montée en épingle?

Une étude approfondie montre que les forfaits peuvent avoir une influence sur les coûts et la qualité. En raison de sa complexité, une forfaitisation globale et contrainte n'est cependant pas judicieuse.

[Etude à la page 22.](#)

31,25 %

Pas d'effet significatif
sur les coûts

62,5 %

Economies modestes

6,25 %

Coûts supplémentaires

