

Intervention parlementaire. Réponse du Conseil-exécutif

N° de l'intervention: 249-2017
Type d'intervention: Motion
Motion ayant valeur de directive: ☐
N° d'affaire: 2017.RRGR.679

Déposée le: 17.11.2017

Motion de groupe: Oui
Motion de commission: Non
Déposée par: PS-JS-PSA (Schindler, Bern) (porte-parole)
Jordi (Bern, PS)
Cosignataires: 0

Urgence demandée: Non
Urgence accordée:

N° d'ACE: 420/2018 du 25 avril 2018
Direction: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
Classification: -
Proposition du Conseil-exécutif: **Adoption sous forme de postulat et classement**



Avenir de la santé: éliminer les incitations négatives dans le domaine de la santé

Le Conseil-exécutif est chargé des mandats suivants :

1. Présenter un rapport au sujet des incitations négatives dans le domaine des soins, incitations qui vont à l'encontre des intérêts des patients et patientes et entraînent des soins inadaptés et l'augmentation du volume des prestations ;
2. Analyser surtout les domaines suivants pour y déceler les incitations négatives :
 - incitations à l'augmentation du volume des prestations par les systèmes tarifaires Tarmed et SwissDRG,
 - soins inadaptés dans le domaine des prestations pour les patients et patientes bénéficiant d'une assurance complémentaire,
 - incitations à répartir les rentrées des assurances complémentaires entre les médecins et les hôpitaux,
 - pots-de-vin d'hôpitaux et de spécialistes pour l'attribution de patients et patientes,
 - systèmes de bonus dans les hôpitaux ;

3. Présenter dans un rapport les mesures pouvant permettre d'écarter ces incitations négatives.

Développement :

Les systèmes de rémunération et de calcul des honoraires dans le domaine de la santé présentent de nombreuses incitations négatives. A cause d'elles, ce ne sont pas toujours le meilleur diagnostic ni le meilleur traitement possible qui priment, mais l'optimisation des recettes. On connaît par exemple les augmentations du volume de prestations en raison du système DRG, les opérations pratiquées au lieu de traitements non invasifs en raison de DRG plus profitables et l'excès de tests techniques diagnostiques parce qu'ils sont très bien remboursés par Tarmed. A cela s'ajoutent les systèmes de bonus en fonction du nombre d'actes dans les hôpitaux ainsi que les paiements de médecins référents par des hôpitaux et des spécialistes quand ceux-ci leur adressent leurs patients ou patientes. Le fait que les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire soient opérées plus souvent que les personnes qui n'ont qu'une assurance obligatoire laisse supposer qu'il existe aussi des incitations négatives dans le domaine de l'assurance complémentaire.

Ces incitations négatives entraînent non seulement des soins inadaptés et l'augmentation du volume des prestations, mais aussi la hausse inutile des coûts, que paye chèrement la population du fait de l'augmentation des impôts et des primes d'assurance-maladie. En tant qu'autorité de surveillance, le canton doit contrôler et éliminer de telles incitations négatives afin que la population ne reçoive pas de traitements inutiles, que la qualité des soins ne soit pas remise en question, et que les ressources soient utilisées correctement dans le système de la santé.

Réponse du Conseil-exécutif

Il est manifeste que les systèmes tarifaires actuels engendrent des incitations à augmenter le volume des prestations. Tant la Confédération, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé publique que les cantons, y compris le canton de Berne, déploient des efforts soutenus pour lutter contre cette situation. Toutefois, la hausse des coûts ne peut et ne saurait être uniquement imputée aux systèmes tarifaires. Outre les aspects financiers, il convient de ne pas négliger d'autres facteurs, tels que la croissance démographique ou les mutations technologiques. Le vieillissement grandissant de la population entraîne en effet un accroissement du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et de problèmes de santé comme la multimorbidité et la démence. Enfin, les exigences envers le système de soins se sont elles aussi considérablement accrues.

Points 1 et 2

Incitations à l'augmentation du volume des prestations par les systèmes tarifaires Tarmed et SwissDRG

- Incitations négatives découlant de la structure des tarifs hospitaliers : un traitement hospitalier génère le plus souvent des recettes et des marges contributives sensiblement plus élevées qu'une prise en charge ambulatoire. A qualité de traitement égale, il y a donc une incitation à réaliser un traitement plutôt en mode hospitalier qu'ambulatoire. La révision de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) entend remédier à cette situation. Se fondant sur le principe « l'ambulatoire avant le stationnaire », la modification, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2019, introduira une liste provisoire, valable au niveau national, de

six groupes d'intervention qui ne seront pris en charge en mode hospitalier que dans des cas exceptionnels motivés.

- Incitations négatives dues à la structure tarifaire Tarmed : celle-ci repose sur la rémunération par prestation, ce qui favorise l'augmentation du volume des prestations. Elle est en outre peu modulable : les innovations technologiques, qui permettent de faire rapidement baisser les coûts des traitements, ne peuvent être répercutées instantanément dans Tarmed. La révision partielle de ce système, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, a pour l'heure remédié en grande partie à ce problème.

Il importe de souligner qu'il revient toujours au personnel médical qualifié de procéder ou non à une intervention et de choisir, le cas échéant, celle qui s'avère la plus indiquée.

Soins inadaptés dans le domaine des prestations pour les patients et patientes bénéficiant d'une assurance complémentaire

De nombreuses données et études mettent en évidence cet aspect. L'Office fédéral de la santé publique a ainsi constaté que ces patients et patientes étaient aussi plus souvent opérés. Pour l'hôpital comme pour les chirurgiens, il est plus lucratif de traiter des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire que celles ayant une simple assurance de base. La surveillance des assurances complémentaires et de leurs tarifs ainsi que des rémunérations supplémentaires des médecins en dehors du secteur de l'assurance-maladie sociale incombe à la FINMA. Le canton ne dispose dans ce domaine d'aucune possibilité de pilotage. Pour éviter des soins inadaptés ou excessifs, le canton de Berne a développé la *Stratégie bernoise de gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques*, qui prévoit entre autres le contrôle de la qualité de l'indication. Cet instrument ne vise pas explicitement les patients et patientes bénéficiant d'une assurance complémentaire mais agira également dans ce domaine.

La révision de l'OPAS sur la base du principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » influera aussi sur la problématique des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire car il n'existe dans le domaine ambulatoire ni incitation à générer des honoraires supplémentaires ni possibilité de le faire.

Incitations à répartir les rentrées des assurances complémentaires entre les médecins et les hôpitaux

La répartition des rentrées entre les médecins et les hôpitaux fait partie intégrante des contrats conclus entre hôpitaux, domaine dans lequel le canton n'a ni droit de consultation ni contrôle. L'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 avait notamment pour objectif d'augmenter la compétitivité au sein du système de santé, ce qui se répercute également sur les honoraires. Cet effet est renforcé par le manque de personnel qualifié qui prévaut actuellement.

Pots-de-vin d'hôpitaux et de spécialistes pour l'attribution de patients et patientes

Le Conseil-exécutif ne dispose d'aucune information à ce sujet mais considère cette pratique contraire à l'éthique et préoccupante, car elle nuit à la relation de confiance entre médecins et patients et, partant, compromet la qualité du traitement. En vertu de l'article 36 du Code de déontologie de la FMH, « le médecin ne promet et n'accepte pas de rémunération ni d'autre avantage pour se procurer des patients ou en adresser à d'autres confrères, ni pour se voir confier des actes diagnostiques ou thérapeutiques (analyses de laboratoire, etc.) ou donner de tels mandats à des tiers ». Dans le cas contraire, des sanctions peuvent être prononcées à son encontre. Les pots-de-vin ne sont pas illégaux mais ils sont considérés comme des avantages au sens de l'article 56, alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et doivent donc être répercutés sur les patients et patientes.

Systèmes de bonus dans les hôpitaux

Le Conseil-exécutif n'a pas accès aux conventions de prestations internes conclues entre les médecins et les hôpitaux. S'agissant des parts variables du salaire, il convient ici de se référer aux interpellations 202-2016, *Versement de bonus aux médecins des hôpitaux bernois*, et 108-2017, *Questions sur les systèmes salariaux des médecins-chefs, des médecins principaux et des chefs de clinique*, toutes deux déposées par Nathan Güntensperger.

Point 3

Les mesures suivantes permettent de lutter contre les incitations négatives dans le système actuel :

- Révision de l'OPAS visant l'application du principe « l'ambulatoire avant le stationnaire » : la modification comprend une liste nationale d'interventions qui sont prises en charge seulement en ambulatoire à moins que des circonstances particulières justifient une pratique en mode hospitalier. A réussite égale, de nombreux traitements peuvent être réalisés à moindre coût en ambulatoire. Dans une étude¹, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a estimé le nombre de cas potentiellement transférables du stationnaire vers l'ambulatoire ainsi que l'impact d'un tel transfert sur les coûts de la santé. Il en ressort, pour l'année 2016, que quelque 33 000 cas étudiés pris en charge en mode hospitalier auraient dû l'être en ambulatoire et qu'à l'échelle suisse, ce transfert aurait permis d'économiser environ 90 millions de francs. Etant donné que cette mesure permet de raccourcir sensiblement le séjour hospitalier des patients et des patientes et d'accélérer leur réinsertion dans la vie active, elle est pertinente à la fois sur le plan de la santé et du point de vue strictement économique.
- Contrôle de la qualité de l'indication dans le cadre de la *Stratégie bernoise de gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques* : la qualité de l'indication montre si un processus de traitement spécifique est adapté à la pathologie de la patiente ou du patient. Cela signifie que l'utilité escomptée pour la santé (p. ex. réduction des douleurs ou meilleure qualité de vie) est plus élevée que le risque attendu (p. ex. nausée comme effet secondaire d'une thérapie, complications, mortalité). Concrètement, l'adéquation d'un traitement ou d'une procédure spécifique est évaluée sur la base d'aspects médicaux et socio-éthiques.
- Attribution plus restrictive de mandats de prestations sur les listes des hôpitaux : en raison d'une importante dissymétrie de l'information entre les prestataires et les patients et patientes, la demande est fortement induite par l'offre. Bien pensée et réalisée à l'échelle du canton, une concentration décentralisée de la fourniture de prestations serait propre à optimiser l'utilisation des infrastructures hospitalières et, partant, à contribuer à réduire le coût de base fixe par cas.
- Taxe d'incitation en cas d'augmentation du volume des prestations au sens de l'article 42 ss de la loi sur les soins hospitaliers (LSH).
- Régulation du volume des prestations par le biais d'un budget global fixant des plafonds contraignants. Ceux-ci ont fait leurs preuves dans des cantons comme Genève, Vaud ou le Tessin. Lors de la planification des soins 2011-2014, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) avait prévu, dans le cadre de la liste des hôpitaux 2014, de limiter le volume des prestations. Le Grand Conseil a toutefois rejeté tout pilotage de ce dernier par ce biais. C'est pourquoi la SAP a elle aussi renoncé à restreindre le volume des prestations dans la planification des soins 2016. Le fait d'exiger l'attestation du besoin

¹ Obsan (2018) : Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire

d'offre hospitalière pour la population du canton a également un effet régulateur en ce qui concerne l'attribution plus restrictive de mandats de prestations sur les listes des hôpitaux.

Le domaine des assurances complémentaires et des pots-de-vin ne relève pas du tout de la compétence du canton. La FINMA examine et approuve les tarifs en se fondant sur les prescriptions du droit fédéral. Il incombe donc à la Confédération d'adapter la base de manière à éliminer ou réduire les incitations pernicieuses. Pour ce qui est des pots-de-vin, le canton ne dispose ni d'instrument de régulation ni de possibilité de déceler une telle pratique. Il n'est donc pas jugé utile que le canton déploie des efforts supplémentaires dans ce domaine.

Au vu des mesures déjà appliquées, le Conseil-exécutif propose d'adopter la présente motion sous forme de postulat et de la classer.

Destinataire

- Grand Conseil