

Le sens de la négociation pour sortir de l'impasse? Page 4

«Notre annonce n'était pas le fruit d'une lubie» Page 10



place au
dialogue



Sortir de l'impasse

En ligne de mire: les chances du partenariat tarifaire

Verena Nold

Changer de système?

«Évoluer de la rémunération des prestations individuelles vers les forfaits par cas comme les hôpitaux l'appliquent depuis 2012.»

Neue Zürcher Zeitung, 11.6.2016

Pius Zängler

Se réveiller et s'y mettre!

«Cette intervention subsidiaire devrait secouer les partenaires tarifaires afin qu'ils reconnaissent enfin tout le sérieux de la situation et qu'ils coopèrent de manière constructive à l'élaboration d'un nouveau tarif.»

Communiqué de presse curafutura, 28.10.2016

Conseil fédéral

Diriger au lieu de discuter

«Le Conseil fédéral adapte à nouveau la structure tarifaire TARMED dans le cadre de ses compétences subsidiaires étant donné qu'au cours des dernières années, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'entendre sur une révision totale.»

Communiqué de presse du Conseil fédéral, 22.3.2017

Réponse du Conseil fédéral

Superviseur! Médiateur!

«L'OFSP est régulièrement en contact avec les partenaires tarifaires impliqués dans la révision du TARMED.»

Demande 16.1018, Bea Heim, 17.6.2016

Markus Trutmann, fmCh

La redistribution fera des victimes?

«Il faut se demander sérieusement si la future génération de chirurgiens a encore envie, dans ces circonstances, de se former à une spécialité.»

Aargauer Zeitung, 23.3.2017



Jodok Wyer est le président
du Conseil d'administration de
la CSS.

L'immobilisme: pas une option

Sommaire

- 4 **Les chances du partenariat tarifaire**
Le sens de la négociation pour sortir de l'impasse?
- 7 **Point de vue**
Un jour sans fin?
- 8 **Contexte**
Relancer le partenariat tarifaire
- 10 **On en parle**
«Notre annonce n'était pas le fruit d'une lubie»
- 14 **Pratique**
Facteurs de succès: un dialogue ouvert et un système apprenant
- 15 **Un autre regard**
Aimer, ce n'est pas bâtir des châteaux en Espagne
- 16 **Personnel**
Le patient comme partenaire
- 18 **Santé!**
Lorsque deux partenaires se querellent
- 19 **Science**
Concurrence sur la qualité: constellation idéale

La politique, ce n'est pas toujours simple. Les compromis qu'il faut trouver donnent souvent une impression d'immobilisme. L'immobilisme caractérise aussi le partenariat tarifaire dans le domaine ambulatoire: après des années de négociations sans succès sur la révision du TARMED, le tarif des prestations médicales, le partenariat tarifaire est dans une impasse. Le fait que nous ayons déjà traité ce sujet dans le numéro 1/2015 de «Place au dialogue» il y a au moins deux ans atteste de la gravité de la situation.

Le découragement général par rapport aux blocages va crescendo, de la part des assurés qui, année après année, doivent payer des primes disproportionnées pour notre système de santé, et de la part des politiques, qui ont noté les inquiétudes de la population et sont en train d'y donner suite par des interventions au Parlement.

Pour moi, une chose est incontestable: malgré tous les revers essayés à ce jour, le partenariat tarifaire offre de réelles chances, comme on peut par exemple s'en rendre compte dans le domaine hospitalier. Pour que les partenaires tarifaires puissent à nouveau s'entendre sur des solutions communes, une pression plus forte s'impose manifestement, ainsi que de nouvelles règles du jeu. À ce stade, l'enjeu est de développer des conditions cadres intelligentes, d'une part pour promouvoir la liberté de conception des acteurs, mais d'autre part aussi pour rendre les blocages gênants.

Nous aimerions volontiers échanger avec vous à ce sujet. Par cette publication, nous ouvrons le dialogue sur l'avenir du partenariat tarifaire et essayons de proposer des pistes pour sortir de l'impasse.

Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français Éditeur: CSS Assurance, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, rédacteurs en chef: Judith Dissler, Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel AG, Claudia Sebald (texte) et Peter Kruppa (Art Director) | Crédit photos: Raffael Waldner, iStock/IakovKalinin, Rahel Krabichler, fotolia/Phimak, gettyimages/Thomas Barwick, mäd | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



Les négociations relatives au nouveau TARMED sont dans une impasse depuis un certain temps. Dans le cadre de la manifestation de politique de la santé organisée par la CSS à Berne à la fin janvier, il a été discuté de cette question: que faudrait-il pour trouver une échappatoire?

Par Roland Hügi

Le sens de la négociation pour sortir de l'impasse?

Le partenariat tarifaire et l'autonomie tarifaire qui le sous-tend sont systématiquement invoqués comme des éléments dont le système de santé ne peut se passer. En fait, c'est la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui fixe le cadre correspondant: en conformité à l'article 43, alinéa 4, LAMal, les tarifs et les prix sont en principe fixés dans des conventions tarifaires entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Ce qui paraît simple, concret et logique dans la loi s'avère parfois difficile à mettre en œuvre dans la pratique. C'est pourquoi en 2013, le Parlement a octroyé la compétence subsidiaire au Conseil fédéral de procéder à des adaptations de la structure tarifaire lorsque celle-ci n'est plus adéquate et que les parties ne parviennent pas à se mettre d'accord au sujet d'une révision.

Un grain de sable dans le rouage du TARMED

Dans le grand tarif national précisément, la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires, le TARMED, c'est l'enlisement. Depuis l'introduction du TARMED en 2004, il n'y a pour ainsi dire pas eu de dialogue constructif entre les partenaires tarifaires au sujet de son développement. «Tous contre un», «La défiance générale». L'été dernier, TARMED a fait la une des médias avec des titres tels que ceux-ci. Quelques retouches avaient bien été apportées au contrat lors des années précédentes, mais les adaptations substantielles de la structure tarifaire qui s'imposaient de toute urgence ont échoué à cause du désaccord des partenaires tarifaires impliqués, à savoir la FMH, H+, curafutura, santésuisse et la CTM, alors même que le besoin de révision était incontesté de part et d'autre. La mesure dans laquelle les négociations peuvent réussir dans le cadre d'une nouvelle tentative pro-

«Pour la FMH, il a toujours été clair qu'une mise en œuvre sans incidence sur les coûts de l'amélioration de la situation des médecins de premier recours telle qu'elle est exigée par la Confédération ressemble à une quadrature du cercle.»

bable dépend en priorité de la capacité à résoudre le conflit portant sur l'argent d'une part, et à discuter efficacement sur un pied d'égalité d'autre part. Lors des négociations des années précédentes, ces conditions n'étaient manifestement pas remplies.

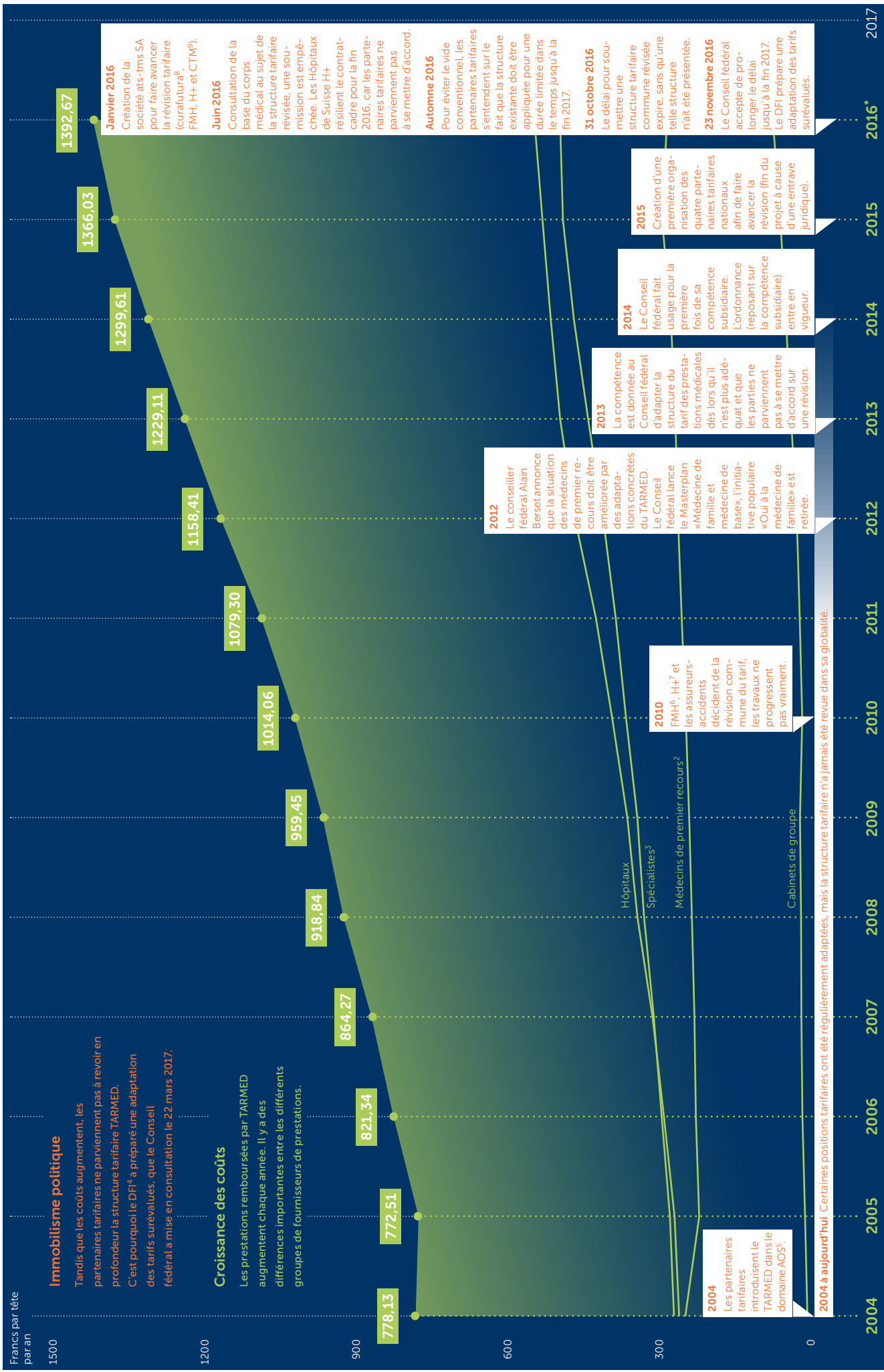
Le message de l'ambassadeur

C'est pourquoi, lors de sa manifestation traditionnelle de politique de la santé de janvier 2017, la CSS a montré à quoi pourrait ressembler une tactique de négociation efficace. En la personne d'Eduard Gnesa, ambassadeur en mission spéciale de la Direction du développement et de la coopération (DDC), elle a présenté un professionnel avéré de la négociation. Au cours de ces dernières années, Eduard Gnesa a contribué dans une mesure déterminante aux succès remportés par la politique extérieure de la Suisse en matière de migration, par exemple pour le renvoi des requérants d'asile déboutés. Rien d'étonnant donc à ce que le public de la manifestation CSS ait suivi avec un grand intérêt ses explications sur ses analyses de la problématique, son analyse individuelle, sur les objectifs maximaux et minimaux, ainsi que la ligne rouge à ne pas franchir. Des représentantes et représentants des groupements →

En bref

- **Durant l'été 2016, les négociations relatives au nouveau TARMED ont échoué.**
- **La neutralité des coûts hautement contestée a été le critère qui tue.**
- **L'autonomie tarifaire reste toutefois une priorité absolue pour toutes les parties prenantes.**

Évolution des coûts ambulatoires¹ et de la structure tarifaire TARMED



Francs par tête par an

Immobilisme politique

Tandis que les coûts augmentent, les partenaires tarifaires ne parviennent pas à revoir en profondeur la structure tarifaire TARMED. C'est pourquoi le DFI⁴ a préparé une adaptation des tarifs surévalués, que le Conseil fédéral a mise en consultation le 22 mars 2017.

Croissance des coûts

Les prestations remboursées par TARMED augmentent chaque année. Il y a des différences importantes entre les différents groupes de fournisseurs de prestations.

2004
Les partenaires tarifaires introduisent le TARMED dans le domaine AOS⁵.

2004 à aujourd'hui Certaines positions tarifaires ont été régulièrement adaptées, mais la structure tarifaire n'a jamais été revue dans sa globalité.

2010
FMH⁶, H+⁷ et les assureurs-accidents décident de la révision commune du tarif. Les travaux ne progressent pas vraiment.

2012
Le conseiller fédéral Alain Berset annonce que la situation des médecins de premier recours doit être améliorée par des adaptations concrètes du TARMED. Le Conseil fédéral lance le Masterplan «Médecine de famille et médecine de base», l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» est retirée.

2013
La compétence est donnée au Conseil fédéral d'adapter la structure du tarif des prestations médicales dès lors qu'il n'est plus adéquat et que les parties ne parviennent pas à se mettre d'accord sur une révision.

2014
Le Conseil fédéral fait usage pour la première fois de sa compétence subsidiaire. L'ordonnance (reposant sur la compétence subsidiaire) entre en vigueur.

2015
Création d'une première organisation des quatre partenaires nationaux afin de faire avancer le projet à cause d'une entrave juridique.

31 octobre 2016
Le délai pour soumettre une structure tarifaire commune révisée expire, sans qu'une telle structure n'ait été présentée.

23 novembre 2016
Le Conseil fédéral accepte de prolonger le délai jusqu'à la fin 2017. Le DFI prépare une adaptation des tarifs surévalués.

Janvier 2016
Création de la société ats-tms SA pour faire avancer la révision tarifaire (curafutura⁸, FMH, H+ et CTM⁹).

Juin 2016
Consultation de la base du corps médical au sujet de la structure tarifaire révisée, une soumission est empêchée. Les Hôpitaux de Suisse H+ résilient le contrat-cadre pour la fin 2016, car les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord.

Automne 2016
Pour éviter le vide conventionnel, les partenaires tarifaires s'entendent sur le fait que la structure existante doit être appliquée pour une durée limitée dans le temps jusqu'à la fin 2017.

Données du Groupe CSS, état des données: 27.2.2017. Les données sont disponibles dès 2008, avec un très bon niveau qualitatif, les factures papier antérieures à 2008 ont pu être saisies de manière moins détaillée. ¹Pour l'année de traitement 2016, la CSS a reçu et ²Pour les médecins de premier recours, les genres de partenaires suivants ont été établis dans le groupe générique «médecins»: «médecine interne générale», «médecine générale», «médecine interne», «médecin praticien», «médecine pour enfants et adolescents». ³Tous les autres genres de partenaires du groupe générique «médecins». ⁴Département fédéral de l'intérieur ⁵Assurance obligatoire des soins ⁶Fédération des médecins suisses ⁷Association nationale des hôpitaux ⁸Association des assureurs-malade CSS, Helsana, Sanitas et CPT ⁹Commission des tarifs médicaux

→ qui précisément n'avaient pas pu se mettre d'accord sur un nouveau TARMED jusqu'en 2016 faisaient en effet partie des invités présents.

Lorsque les partenaires se querellent

Tout paraît pourtant soi-disant si simple, comme aurait pu le suggérer l'exposé d'Eduard Gnesa: pourquoi les groupements, qui sont en outre des partenaires tarifaires, ne parviennent-ils pas à se mettre d'accord sur une solution basée sur le partenariat? Sur cette question, Jürg Schlup, président de la Fédération des médecins suisses (FMH), et Philomena Colatrella, présidente de la direction générale du Groupe CSS, ont croisé le fer lors de la manifestation CSS. À première vue, leurs positions semblaient se rejoindre, car elles n'étaient pas très éloignées. Tous deux étaient en effet d'accord sur le fait qu'au final, un nouveau tarif doit surtout être conforme à la loi, approprié et économique. De même, leurs vues étaient très proches en ce qui concerne la structure d'un nouveau TARMED. «Nous n'avons à aucun moment discuté sur ce point au cours des négociations», a affirmé Jürg Schlup, le président de la FMH. Mais cela s'est arrêté là en ce qui concerne les points communs. «Car», s'est empressé d'ajouter Jürg Schlup, «la conformité légale, le caractère adéquat et économique représentaient un seul des objectifs avec lesquels la FMH avait abordé les négociations.» Un autre objectif était en effet: «Les médecins de famille et les pédiatres doivent être mieux lotis sur le plan financier, mais pas par une redistribution linéaire entre les groupes de médecins.»



Depuis l'introduction du TARMED en 2004, il n'y a pour ainsi dire **pas eu de dialogue constructif entre les partenaires tarifaires** au sujet de son développement.



Le Conseil fédéral veut réaliser **près de 700 millions de francs** d'économies.

Un grand fossé

Sur ce point précisément, un grand fossé s'est ouvert entre les partenaires de négociation TARMED. Non pas que la nécessité d'améliorer la situation des médecins de famille ait été remise en question. Le désaccord a plutôt porté sur les conséquences financières qui découleraient entre autres de cette mesure, et qui ont finalement joué un rôle déterminant dans l'échec du nouveau TARMED. «Pour la FMH, il a toujours été clair qu'une mise en œuvre sans incidence sur les coûts de l'amélioration de la situation des médecins de premier recours telle qu'elle est exigée par la Confédération ressemble à une quadrature du cercle», affirme Jürg Schlup. Et il précise qu'il n'a ressenti aucune volonté de compromis de la part des partenaires tarifaires concernés. Un constat que partageait en principe Philomena Colatrella, qui représentait le point de vue des assureurs-maladie, mais avec des signes avant-coureurs très différents: «Pour nous, la neutralité des coûts était l'objectif suprême – et nous n'avons pas pu observer le moindre début de volonté de compromis.» Dans leurs explications, ils ont tous deux fait appel aux parties prenantes qu'ils représentaient: d'un côté les 36 000 médecins qui, en toute logique, attendaient du nouveau tarif qu'il leur permette de faire un pas en avant sur le plan pécuniaire. De l'autre, les millions d'assurés, dont les primes d'ores et déjà élevées auraient vite atteint des sommets avec un TARMED plus cher.

Quoi qu'il en soit, ces moments de l'entretien étaient tout à fait exemplaires du dilemme opposant les différents groupes en négociation. Chacun des camps réclamait une volonté de compromis. Pour les uns, il fallait comprendre un besoin pour une bouffée d'air (financier) dans le sens d'une augmentation et pour les autres, une bouffée d'air (financier) à la baisse était clairement nécessaire pour s'y retrouver. Une issue fatale, où au final les deux camps vidaient de son sens le terme «compromis».

Quelle sera la suite?

Comme les partenaires tarifaires n'ont pas pu s'entendre sur une révision commune jusqu'en octobre 2016 (cf. graphique), ils ont soumis des propositions d'amélioration au Conseil fédéral, seuls ou en petits groupes. En novembre 2016, ce dernier a annoncé qu'il exercerait sa compétence subsidiaire et fixerait un tarif. Fin février, la «Berner Zeitung» publiait à sa une que les médecins attendaient non sans une certaine tension le verdict de Berset. Toutes les parties sont en effet tendues dans la perspective de l'intervention tarifaire. Le 22 mars 2017, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur l'ordonnance prévue. Selon un communiqué de presse, les modifications apportées à la structure tarifaire devraient entrer en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018. Par son intervention, le ministre de la Santé Alain Berset donne un signal clair: le 23 mars, la «Neue Zürcher Zeitung» annonçait une baisse des tarifs des médecins par l'État. Les mesures planifiées devraient permettre de réaliser près de 700 millions de francs d'économies par année, notamment au détriment des médecins spécialistes. Les partenaires tarifaires et d'autres milieux concernés ont maintenant jusqu'au 21 juin 2017 pour s'exprimer sur le projet. Les comptes rendus de presse illustrent les blocages dans le système de santé: il n'y a pas d'unanimité dans le jugement de cette intervention.

Depuis deux ans, les négociations tarifaires dans le domaine ambulatoire sont au point mort. Pourquoi ne parvient-on pas à trouver des solutions solides?



Gerd Marschall est spécialiste des structures tarifaires et de la politique de la santé à la CSS.

✉ gerd.marschall@css.ch

Un jour sans fin?

En fait, j'aurais pu me simplifier la tâche et ressortir du tiroir le point de vue de notre premier numéro de «Place au dialogue» de 2015. À quelques petits ajustements près, son contenu sous le titre «La menace de la fin de l'autonomie tarifaire» serait tout à fait d'actualité. Exactement comme si le temps s'était arrêté. L'une de mes déclarations de l'époque était que si la révision de la structure tarifaire du TARMED devait à nouveau échouer à cause du désaccord des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral apporterait les adaptations qu'il juge nécessaires et qu'ainsi, le TARMED se transformerait pour longtemps en un tarif étatique et l'autonomie tarifaire en une coquille vide. Du déjà-vu? Non! Il ne s'agit pas d'un phénomène psychologique, pas plus que l'évolution survenue depuis lors, ou plus précisément l'immobilisme constaté entre-temps, atteste d'aptitudes visionnaires particulières de ma part. Les partenaires tarifaires ont-ils simplement été inactifs? Pas non plus! Bien au contraire: au cours de ces deux dernières années, tous les partenaires de négociation se sont beaucoup investis dans le projet de révision commun. Pourquoi tous ces efforts n'ont abouti à aucun résultat commun? Cela tient, et il faut le dire ouvertement, à l'incapacité des

partenaires tarifaires! La cause de cette incapacité à trouver un compromis supportable pour toutes les parties réside dans les attentes fondamentalement différentes des partenaires tarifaires par rapport au résultat de la révision, même si l'objectif commun d'un développement approprié de la structure tarifaire existe dans les faits. Naturellement, les fournisseurs de prestations s'attendent à ce que le développement adéquat leur permette d'améliorer leurs recettes. D'autre part, les assureurs-maladie ont la mission essentielle de gérer l'argent des primes de façon responsable et de satisfaire aux exigences légales. Et il ne faut pas s'attendre à ce que les partenaires tarifaires réussissent à se sortir de cet immobilisme de la même manière que le protagoniste égocentrique et cynique de la comédie hollywoodienne «Un jour sans fin», qui est bloqué dans le temps et ne parvient à briser cette boucle qu'en étant dans une meilleure disposition d'esprit. Il est grand temps de dépolitiser le sujet du développement de la structure tarifaire et de créer des conditions cadres qui génèrent la pression nécessaire pour que les partenaires tarifaires se concentrent sur le caractère adéquat, en écartant l'option de l'échec des négociations.

L'autonomie tarifaire est la priorité absolue

De la même manière que les négociations TARMED 2016 ont échoué sans tambour ni trompette, Jürg Schlup et Philomena Colatrella étaient tout à fait d'accord sur la question de l'autonomie tarifaire. «Pour la Suisse, c'est la voie royale», a affirmé Jürg Schlup. Tout le reste est mauvais. L'objectif doit donc être de régler un maximum de choses par soi-même dans le cadre du partenariat tarifaire explicitement prévu dans la loi, et de ne pas s'en remettre aux interventions tarifaires étatiques. Cette revendication de Philomena Colatrella a été écoutée attentivement. «Je suis convaincue que dans le cas présent, une autonomie tarifaire doit et peut

aussi réussir», a-t-elle affirmé. «Mais les balises doivent être définies plus clairement en amont. Les partenaires ne pourront à nouveau s'asseoir autour d'une table que si les objectifs d'action sont clairs pour toutes les parties prenantes.» En ces termes, elle a indirectement assuré la transition pour Eduard Gnesa. Parmi les principaux critères pour reprendre les négociations, ce dernier a cité «une analyse claire et réaliste des objectifs, un positionnement commun fort et une communication transparente». Autant de points que les partenaires TARMED devront peaufiner au cours de ces prochains mois, pour se résoudre à trouver enfin une solution de partenariat qui mérite aussi vraiment son nom.

C'est à la fois un dogme et un mantra pour les assureurs et les fournisseurs de prestations: le partenariat tarifaire et l'autonomie tarifaire qui le sous-tend sont des éléments indispensables du système de santé suisse coûteux, qui est l'objet d'éloges. En pratique, la situation est différente. On se demande pourquoi les solutions de négociation paraissent quasiment impossibles et on s'interroge sur ce qui pourrait contribuer à réactiver le partenariat tarifaire.

Par Dr Christian Affolter

Relancer le partenariat tarifaire

Pourquoi les solutions de négociation sont-elles quasiment impossibles? Si l'on considère le partenariat tarifaire dans le domaine ambulatoire, on observe trois éléments centraux qui lui font obstacle.

1. L'absence d'objectifs communs: les partenaires n'ont aucun intérêt en commun, ni aucun objectif de négociation qui en découle. À chaque étape de négociation, on se querelle sur les questions d'argent, l'objectif concret d'une structure tarifaire correcte est totalement relégué au second plan, et la confiance mutuelle en pâtit. De plus, les partenaires de négociation, autrefois organisés en associations faitières, sont désunis. Les assureurs se sont divisés en deux associations et autres communautés d'achat, tandis que le corps médical est scindé en deux parties, avec d'un côté les spécialistes et de l'autre les médecins de premier recours, qui ne peuvent plus défendre ensemble leurs intérêts syndicaux et en matière de politique professionnelle. À cela viennent s'ajouter d'autres problèmes: les assureurs sont plutôt du côté des gagnants dès lors que les négociations n'aboutissent à aucun résultat et que l'État impose le cas échéant son tarif, et les médecins y gagnent dès lors qu'il est question de mettre en balance les soins médicaux d'un côté et des primes stables de l'autre.

2. Des conditions cadres réglementaires insuffisantes: c'est l'obligation de contracter, qui limite fortement la pression de la concurrence et le besoin de réussir les négociations. En outre, en raison de l'asymétrie de l'information, la négociation ne peut être équilibrée, et il n'y a pas d'obligation de transparence sur les données sous-jacentes. Enfin, en raison de l'éclatement des acteurs, les autorités d'approbation sont subitement confrontées à des demandes tarifaires qui ne proviennent plus de l'ensemble des partenaires tarifaires de façon unanime. En bref: il manque des structures et des processus bien ordonnés pour la mise à jour du tarif.

3. L'inaction n'est pas sanctionnée: c'est un jeu de Mikado. En raison de l'absence d'éléments de l'économie de marché dans les conditions cadres légales en vigueur et de l'absence d'intérêts communs, l'issue des négociations a valeur de risque pour les partenaires. Car pour les assureurs, ces résultats impliquent des coûts potentiellement plus élevés, et pour les fournisseurs de prestations, des revenus potentiellement en baisse. C'est pourquoi des tactiques sont mises en place, sous le couvert du droit.

Relancer le partenariat tarifaire

Les négociations tarifaires peuvent apporter de meilleurs résultats si elles sont ordonnées, pour autant que les conditions cadres soient fixées de façon à éviter d'une part qu'il y ait d'emblée des gagnants et des perdants, et d'autre part que l'inaction soit une alternative qui en vaut la peine. Comment réussir à promouvoir la liberté de conception des acteurs tout en rendant les blocages non attrayants?

1. Négociations entre partenaires animés du même esprit: qui veut et peut négocier négocie sur un tarif commun. Les partenaires tarifaires ne seraient plus les associations faitières, mais par exemple une grande assurance-maladie avec les médecins de famille et les pédiatres, ou une association d'assureurs avec une ou plusieurs sociétés de discipline médicale. Pour les tarifs forfaitaires, cela est possible sans problème, mais quand il s'agit d'un tarif national à la prestation, l'autorité d'approbation doit prendre une décision, peut-être contre les majorités. Une nouvelle situation nécessaire, avec laquelle l'instance a du mal.

2. Conditions libérales du marché: le jeu de Mikado aujourd'hui agréable peut être rendu non attrayant par une libéralisation des conditions (réglementaires).

«Seuls ceux qui le veulent négocient sur un tarif commun.»

Ceux qui ne passent pas de contrat, ou pas de contrat intelligent, doivent avoir quelque chose à perdre. La suppression de l'obligation de contracter ou la suppression de l'obligation d'approbation des tarifs et structures pourraient par exemple représenter un moyen important dans ce sens.

3. Durcissement des règles: un autre moyen de mettre fin à ce jeu de Mikado serait d'instaurer une réglementation en faveur d'un bureau tarifaire commun des partenaires tarifaires dans le domaine ambulatoire. De cette manière, une structure tarifaire basée sur les données pourrait d'une part être développée et entretenue, et d'autre part, les blocages dus à l'absence de participation pourraient être empêchés.

4. Pilotage du volume et des coûts: le rattachement de l'évolution des coûts à un index ou des directives ponctuelles sur le tarif, la prestation ou le volume à fournir, dès que les seuils sont dépassés, peuvent entrer en ligne de compte pour freiner les coûts. Un débat contradictoire est mené sur les conséquences de tels freins aux dépenses. Les uns prônent le rationnement, les autres l'augmentation de la qualité et l'efficacité. La pression qui consiste à intégrer les aspects économiques aux négociations tarifaires est incontestée. Dans ces discussions, l'examen des prix et des coûts est important, mais aussi celui des prestations. Il permet notamment de fournir des prestations d'un haut niveau qualitatif dès lors que l'on renonce délibérément à des traitements peu efficaces.

5. Interventions tarifaires de l'État: de fait, l'intervention subsidiaire dans le tarif médical en vigueur sans l'accord des partenaires tarifaires donne naissance à un tarif étatique. Par la reprise des négociations, les

partenaires tarifaires peuvent à tout moment redevenir maîtres de la situation. La question est simplement de savoir s'ils le peuvent ou s'ils le veulent. Un tarif à la prestation fixé par les autorités rend potentiellement tout le monde malheureux. Il comporte néanmoins deux aspects très précieux: il permet premièrement de mener des négociations entre personnes animées du même esprit car, si l'on en croit les plaintes du corps médical, il produit un effet extrêmement désagréable, et deuxièmement, ses conséquences sur les coûts sont pour ainsi dire légitimées politiquement.

Les leviers à actionner pour réactiver le partenariat tarifaire portent sur différents points et se distinguent surtout par le prix à payer quant à leur réalisation pratique. Idéalement, deux partenaires capables et ayant envie de négocier et de faire naître des solutions doivent se retrouver. Dans ce cas, personne n'aura à désapprouver un tarif étatique non attrayant, qui d'une certaine manière tient également lieu de condition cadre. Une chose devrait être claire pour tout le monde: pour que les partenariats tarifaires aient de l'avenir, il faut un tour de force pour remettre les choses à plat. À défaut, les tarifs politiques feront leur entrée sur l'ensemble du territoire, et les acteurs seront réduits au rôle dégradant de partenaires de facturation.

Christian Affolter est responsable Public Affairs structures tarifaires chez l'assureur-maladie CSS. Auparavant, il a été membre de la direction de santésuisse et a dirigé l'unité de direction Politique de la santé de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).



Échec des négociations TARMED: à qui la faute? Et que faut-il faire à ce stade? Débat contradictoire sur cette question entre Pascal Strupler, directeur de l'OFSP, et Bernhard Wegmüller, directeur de H+ Les Hôpitaux de Suisse.

Interview: Patrick Rohr

«Notre annonce n'était pas le fruit d'une lubie»

Patrick Rohr: Monsieur Wegmüller, l'association nationale des hôpitaux H+ a résilié son contrat cadre pour la fin de l'année et est sortie du partenariat tarifaire. N'avez-vous pas fait un coup dans le dos de vos partenaires, après toutes ces négociations coriaces?

Bernhard Wegmüller: Nous y avons bien réfléchi. Notre objectif était de lancer ce message: il faut que nous trouvions un terrain d'entente! Les négociations s'étaient enlisées et pour faire bouger les choses, nous avons résilié le contrat. Maintenant, nous sommes contraints de trouver une solution.

PR: Et si maintenant d'autres partenaires de négociation s'en vont? Cela compromettrait le partenariat dans son ensemble?

BW: Nous avons fait une proposition que tous les autres partenaires tarifaires ont refusée. De fait, nos partenaires sont ainsi déjà sortis du contrat.

PR: À ce stade, quel serait pour vous le scénario idéal? Que faudrait-il pour que vous remontiez dans l'embarcation?

BW: Il est vrai que pour cette révision globale, nous sommes dans le même bateau. Le problème: depuis que l'État a annoncé qu'il interviendrait, les partenaires de négociation ont tous commencé à se positionner vis-à-vis de lui plutôt que de se mettre d'accord.

PR: Si nous sommes dans cette situation aujourd'hui, c'est donc l'État qui est fautif?

BW: Fautif, c'est peut-être un terme excessif. Disons que l'annonce d'intervention a diminué l'incitation à s'unir.

«Depuis que l'État a annoncé qu'il interviendrait, les partenaires de négociation ont tous commencé à se positionner vis-à-vis de lui plutôt que de se mettre d'accord.»

Bernhard Wegmüller



PR: Vous êtes donc fautif, Monsieur Strupler! Par le fait d'avoir annoncé que vous interviendriez en cas d'échec des négociations.

Pascal Strupler: Cette annonce n'est pas le fruit d'une lubie, et l'intervention est bien prévue par la loi: en cas de vide conventionnel, l'État entre en jeu à titre subsidiaire.

BW: Oui, mais le problème est que vous n'avez pas seulement dit que vous interviendriez. Vous avez aussi affirmé: soit vous trouvez un terrain d'entente, soit vous nous faites des propositions sur les réductions à envisager. À partir de là, les assureurs se sont dit: chouette, si nous ne trouvons pas de solution, des réductions seront appliquées, ce qui leur a plu, forcément. Pourquoi, dans ce cas, poursuivraient-ils les négociations avec les autres partenaires tarifaires, les fournisseurs de prestations?

PR: Cet argument me semble pertinent, Monsieur Strupler.

PS: Si nous n'avions pas dit cela, le résultat aurait exactement été le même! Auparavant déjà, les partenaires tarifaires n'avaient pas pu trouver de terrain d'entente. Et au sein des associations faitières aussi, il y a bien longtemps que les dissensions existent, tant chez les médecins qu'auprès des assureurs. L'atomisation des intérêts n'a pas facilité les négociations.

PR: Sur cette question, des luttes internes déchirent aussi la FMH, et il y a trois ans, les assureurs se sont également séparés pour former deux associations. Vous faites allusion à cela?

PS: Oui. Tout le système politique de la Suisse, et pas uniquement le TARMED et le



partenariat tarifaire, repose sur la concordance. Or, il n'y a pas de concordance possible sans consensus. Et il n'y a plus de consensus. Il n'y a plus de personnalités comme il y en avait à l'époque: des gens qui prenaient au sérieux la démocratie de concordance, recherchaient des accords et des compromis pour que le système puisse fonctionner. Aujourd'hui, il manque la volonté de trouver un consensus.

PR: Exprimez-vous une certaine frustration?

PS: Je ne suis pas frustré, mais je constate que les médecins, tout comme les assureurs, veulent le plus de concurrence possible, sans intervention étatique. Et

maintenant qu'il n'y a pas de consensus, on se dépêche d'imputer la faute à l'État.

BW: Nous ne sommes pas contents et au sein de H+, nous n'avons jamais voulu que l'État doive jouer le rôle d'arbitre. Nous aurions préféré une solution de partenariat. Mais nous devons nous poser cette question: les conditions cadres légales pour s'accorder en faveur d'un système sont-elles idéales? Nous estimons que le secteur hospitalier est nettement mieux réglementé.

PR: Avec les DRG?

BW: Oui, dans ce cas on a dit: il y a une organisation qui réglemente la structure tarifaire, au sein de laquelle tous les

Bernhard Wegmüller dirige depuis 13 ans H+, l'association nationale des hôpitaux, à laquelle il avait adhéré en 2001 déjà. Auparavant, le docteur en sciences naturelles avait travaillé dans le secteur médical privé.

Pascal Strupler est directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) depuis janvier 2010. Auparavant, il a été, durant de nombreuses années, secrétaire général du Département fédéral de l'intérieur (DFI), avec le conseiller fédéral Pascal Couchepin.

→

→ partenaires sont représentés. Les fournisseurs de prestations doivent fournir les données nécessaires pour pouvoir calculer la structure. Cela peut ou non convenir aux uns et aux autres, mais au final, on obtient une structure tarifaire basée sur les données et au sujet de laquelle il n'y a rien à redire. Nous devons nous demander si nous ne voulons pas emprunter cette voie aussi avec le TARMED, car il n'est probablement pas réaliste de vouloir négocier une structure aussi complexe.

PR: Quand bien même vous aviez mis sur la table une proposition dont vous pensiez qu'elle était bonne?

BW: Oui, mais ces calculs n'ont pas convenu à certains partenaires de négociation. C'est aussi simple que cela.

PS: Quand une seule partie est d'accord, on ne peut parler de partenariat. Vous avez tendance à vous victimiser systématiquement: vous auriez été d'accord, mais pas les autres. Dans un partenariat, tout le monde doit vouloir. Du reste, dans le domaine de la santé, lorsque l'État intervient trop, c'est souvent à

cause des parties prenantes elles-mêmes. *BW:* Je le répète: la manière dont cette intervention se fait ne nous aide sûrement pas à trouver un accord. Lorsque l'arbitre annonce d'emblée pour qui il prend parti, il ne faut pas s'étonner que les partenaires de négociation ne parviennent pas à s'entendre.

PS: Que voulez-vous dire par prendre parti? Nous n'avons pas pris parti. La structure tarifaire est dépassée, c'est un fait. À cause d'elle, nous assistons à une augmentation du volume et avons des prestations qui sont mesurées en fonction de paramètres économiques qui avaient cours il y a près de 20 ans.

PR: Au début du développement du TARMED.

PS: Exactement. Grâce aux progrès techniques, certaines opérations prennent aujourd'hui beaucoup moins de temps qu'il y a 20 ans. Toutefois, elles sont évaluées d'après les bases de l'époque. De plus, dans le secteur ambulatoire et ambulatoire hospitalier, nous assistons à une augmentation du volume dans

«Dans le domaine de la santé, lorsque l'État intervient trop, c'est souvent à cause des parties prenantes elles-mêmes.»

Pascal Strupler

des proportions inconcevables sur le plan médical.

BW: Parce que l'État, les cantons et les assureurs ont demandé de fournir plus de prestations en ambulatoire.

PS: Mais selon des critères économiques! Je rappelle que dans la LAMa, nous avons des critères selon lesquels les interventions doivent se faire, et le caractère économique en fait partie.

PR: Monsieur Wegmüller, vous niez donc le fait que nous devons faire quelque chose sur le plan des coûts?

BW: Bien au contraire! Mais nous ne pouvons pas simplement adapter à la baisse des domaines faisant l'objet d'une tarification trop élevée. Il faudrait aussi examiner les domaines pour lesquels une concentration massive des prestations s'opère dans les services des urgences, parce que personne ne veut plus les fournir ailleurs.

PR: Par exemple?

BW: Toute la prise en charge des enfants en dehors des heures de consultation, qui n'est pratiquement plus assurée que dans les hôpitaux. Il faudrait se demander pourquoi certains fournisseurs de prestations ambulatoires ne veulent plus le faire.

PR: Parce que cela ne rapporte pas assez?

BW: Exactement, parce qu'ils ne gagnent pas assez. Il ne faut pas seulement regarder où on peut faire des économies, mais aussi où il y a un besoin de développement. Dans le cas contraire, quelque chose ne joue pas.

PS: L'appât du gain n'est pas la seule raison de l'augmentation du volume de prestations dans le domaine ambulatoire hospitalier. Il y a aussi des raisons sociétales: beaucoup de gens n'ont plus de médecin de famille. Non seulement parce qu'il y en a toujours moins, mais aussi parce que la plupart des médecins de famille ne sont plus disposés à effectuer des visites à domicile. Les jeunes médecins organisent leur vie autrement, ils ne sont plus disposés à faire ce que faisaient les générations les ayant précédés. Il en résulte un transfert vers les services ambulatoires hospitaliers.

PR: Monsieur Wegmüller vous reproche de vouloir économiser sur une base unilatérale, sans accepter de dépenser plus lorsque le développement le requiert.

PS: Lors de la première intervention de l'État en 2014, nous avons procédé à une redistribution.

BW: Oui, mais vous en avez expressément exclu les hôpitaux, qui fournissent



exactement les mêmes prestations que les médecins de famille. Cela n'est naturellement pas très réjouissant pour les hôpitaux.

PS: Nous en avons tiré les enseignements. Nous sommes en train de préparer une nouvelle structure tarifaire. Il nous tient à cœur de procéder à une redistribution qui est justifiée et repose sur les coûts effectifs des fournisseurs de prestations.

BW: Cela est rassurant.

PS: Mais nous disposons encore de beaucoup trop peu de données pour faire les calculs.

BW: Pour ce projet, nous avons déjà accumulé de très nombreuses données, mais soyons honnêtes: la première intervention de 2014 était en elle-même une solution reposant sur une simple règle de trois. À un endroit tant en plus, à l'autre tant en moins: cette solution ne reposait pas impérativement sur des données économiques.

PS: C'est vrai, c'était une simple règle de trois, mais au moins, elle avait le mérite d'être compréhensible pour tous, notamment sur le plan politique, ce qui n'était pas toujours le cas pour les résultats des partenaires tarifaires. Et dans le cas concret, les partenaires tarifaires étaient dépassés par la complexité. Pour les propositions soumises à la consultation qui dure jusqu'à la fin de juin, nous avons essayé de représenter la complexité de manière compréhensible tout en rendant tout le système plus clair et transparent, sur la base des coûts effectifs. Nous le devons au payeur de primes: des procédures plus transparentes, une facturation plus claire, et surtout, pas d'augmentation du volume inutile. J'espère simplement que nous trouverons une solution avec les politiques. Pour le moment, on essaie une fois de plus de retarder la communication de données au niveau politique, d'y faire barrage, même si elle est prescrite légalement. On ne peut pas exiger de l'État qu'il élabore une structure tarifaire sur la base de données sans toutefois vouloir lui transmettre ces données.

BW: Nous sommes entièrement d'accord à ce sujet. Les informations sur les patients doivent être traitées de manière absolument confidentielle. Mais les données sur les coûts cumulées, et c'est ce dont il s'agit ici, doivent être accessibles.

PR: Comment les choses vont-elles maintenant se poursuivre?

BW: Ce qui m'inquiète, c'est qu'en ce moment, je n'ai pas vraiment l'impression que nous sommes vraiment en train de chercher un terrain d'entente. Tant que chacun travaillera dans son coin, nous ne pourrons pas nous mettre d'accord.



PR: Et le temps presse. Depuis 2014, vous auriez eu la possibilité de trouver une solution consensuelle entre partenaires.

BW: Oui, c'est vrai, et il est aussi facile de le constater après coup. En soi, nous avons en effet la volonté de nous entendre...

PR: ... et cela n'a pas réussi. À un moment donné, il devient difficile d'expliquer à la population ce qui est exactement en train de se passer. Les gens ont l'impression que tout le monde veut plus d'argent, et il y a bien longtemps qu'il n'est plus question du sujet en lui-même.

BW: Je le comprends très bien.

PR: Quel est l'espoir, Monsieur Strupler? Pensez-vous que vous pouvez à nouveau lâcher les rênes?

PS: De l'espoir? Ce n'est pas ce dont le système de santé suisse a besoin. Pour

l'instant, nous faisons notre travail, ensuite nous verrons.

PR: Votre souhait serait que les partenaires tarifaires se mettent d'accord et que l'État puisse se retirer?

PS: Naturellement! Sinon, le législateur donnera plus de compétences à l'État. Je ne pense pas que les partenaires tarifaires le veuillent.

Le journaliste, photographe et conseiller en communication **Patrick Rohr** travaille à titre indépendant depuis 10 ans. Auparavant, il a été pendant 15 ans animateur et rédacteur à la Schweizer Fernsehen (émissions «Arena» et «Quer»).

En Suisse, la facturation des prestations d'hôpital stationnaires se fait selon la tarification SwissDRG avec les forfaits par cas. Les partenaires tarifaires négocient au sujet de la structure et du prix, de même que de la structure tarifaire ambulatoire. Seule différence: dans le domaine hospitalier, le partenariat fonctionne. Mais pourquoi?

Par PD D^r méd. Simon Hölzer

Facteurs de succès: un dialogue ouvert et un système apprenant

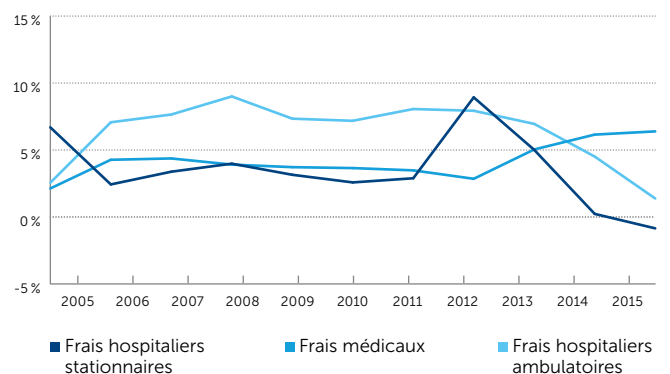
La société SwissDRG SA est responsable en Suisse de l'élaboration et du développement, ainsi que de l'ajustement et de l'entretien, du système de forfaits par cas SwissDRG pour la rémunération des prestations d'hôpital stationnaires, conformément à l'article 49 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Ses actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les Hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH). L'introduction des forfaits DRG à l'échelle de la Suisse remonte au 1^{er} janvier 2012. Depuis 2014, la société SwissDRG SA finance et coordonne en outre le développement et l'introduction de structures tarifaires nationales dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation.

Conditions cadres judiciaires

Les bases légales et le soutien des travaux auprès des membres associés et des partenaires de santé déterminants en Suisse ont été essentiels pour l'introduction efficace et l'approbation annuelle de la/des nouvelle(s) version(s) tarifaire(s). La société anonyme a réussi à séparer les décisions revêtant un intérêt politique du développement neutre des structures tarifaires avec leur mise au point technique. Selon la LAMal, tous les hôpitaux sont en outre tenus, dans le cadre d'un mandat de prestations, de fournir les données nécessaires sur les coûts et les prestations pour le développement des structures tarifaires. Cela permet d'actualiser et d'ajuster les calculs et de procéder à des révisions au moyen de données sur les prestations et sur les coûts effectifs dans les hôpitaux et cliniques de Suisse. La collecte de données intervient au moyen d'outils informatiques modernes selon des règles relatives à la protection des données clairement définies.

Dans les soins somatiques aigus, le système est accepté parce qu'en tant que système apprenant, il est progressivement adapté à la médecine actuelle et aux besoins des partenaires et des patients. Les voies décisionnelles et la cohabitation au sein de la SA et de son Conseil d'administration sont bien huilées et structurées sur le plan formel. Ainsi, les décisions nécessaires peuvent être prises au besoin en fonction de la situation, et de nouveaux travaux peuvent être mis sur les rails. Dans ce contexte, SwissDRG SA se calque notamment, au niveau opérationnel, sur les objectifs (tech-

Comparaison des taux de renchérissement



Tandis que le renchérissement «Hôpital stationnaire» a nettement pu être réduit par l'introduction du nouveau financement hospitalier 2012, le renchérissement a continué à augmenter dans les genres de frais «Hôpital ambulatoire» et «Frais médicaux». Cela montre que la révision du TARMED est impérativement nécessaire.

Source: CSS Assurance (entités juridiques: CSS, INTRAS, Arcosana), propres chiffres, date de traitement jusqu'au 30.06.2016, état des données: 24 février 2017.

niques) définis dans la stratégie de développement. Ces directives laissent une marge de manœuvre créative au sein des services et des unités de SwissDRG SA. Cela ouvre la porte à de nouvelles solutions, par exemple pour l'intégration des coûts d'utilisation des immobilisations dans un système de forfaits par cas intégré.

La procédure de calcul reposant sur les données sur les coûts et les prestations des hôpitaux est transparente et nécessite aucune intervention normative ni publication de données individuelles. Un dialogue rapproché est entretenu avec les instances d'approbation (OFSP et Département fédéral de l'intérieur). Les données comparatives mises à disposition pour les hôpitaux favorisent le benchmark «dans sa catégorie» ou «entre pairs», ainsi que les procédures d'amélioration internes. Tout le système de rémunération est documenté de manière globale et les différentes composantes sont fournies au format électronique. À l'avenir, les structures existantes pourront être utilisées pour évaluer p. ex. les forfaits complexes pour la réadaptation ou les prestations aux interfaces avec la médecine ambulatoire et elles devront être tarifées dans le cadre des structures tarifaires élaborées par SwissDRG SA.

Simon Hölzer est médecin et directeur de SwissDRG SA.

À l'heure des sites de rencontre en ligne, il devient toujours plus difficile d'avoir un partenariat solide et durable. Les maximes infaillibles sur le mariage s'avèrent souvent fallacieuses. Quelle est donc la clé d'une relation à deux réussie?

Par Klaus Heer

Aimer, ce n'est pas bâtir des châteaux en Espagne

Le début de pratiquement chaque relation est guidé par les émotions. Le lobe frontal est envahi par des hormones du nom d'éthylamine et de testostérone. Elles entravent et empêchent la réflexion. Car les sentiments s'avèrent toujours instables. Les psychologues ont mesuré qu'aucun sentiment ne reste constant pendant plus de six ou sept secondes. Pas étonnant donc que la phase d'amour éperdu ne dure que quelques mois. Ensuite, elle s'estompe.

Il faut comprendre: les choses se compliquent lorsque l'on revient à la réalité concrète et terre à terre. Le moment vient alors de réfléchir. De penser par soi-même. Pas de réfléchir à ce que l'on a lu et entendu un peu partout. Car le plus souvent, c'est faux.

Des conseils précieux

Il est faux qu'en amour, il faut chercher et trouver le «bon» partenaire. Le «matching» est un modèle commercial profitable des bourses de partenaire en ligne, mais qui ne vaut rien. Un mariage arrangé comme en Inde a au moins autant de chances de réussir qu'un mariage d'«amour» tel que nous le connaissons.

«Il faut constamment maintenir le dialogue!» Il s'agit d'une lapalissade qui induit en erreur. Dans la plupart des relations, le fait de parler ensemble génère des problèmes de couple chroniques. Et la solution à ceux-ci est toujours plus éloignée.

L'honnêteté et la vérité sont l'alpha et l'oméga de l'amour, dit-on. Ceux qui y croient ont tendance à donner des coups à l'autre avec la trique de la «vérité». Sans même s'en rendre compte.

On peut lire un peu partout qu'un couple sans points communs tels que les loisirs va à la dérive. Dans la réalité, de nombreux couples sont au bord de la rupture parce qu'ils sont trop proches et se minent.

Les couples se plaignent souvent de ne pas avoir une «culture de la dispute». Je me dis alors: il faudrait qu'ils se décident entre la dispute et la culture. Les deux ne vont pas ensemble.

Il n'est pas rare que les partenaires soient nostalgiques de la «passion» des débuts de leur histoire d'amour et qu'ils l'évoquent avec tristesse. Oui, la passion génère la tristesse. Car ceux qui dès l'été regrettent les plaisirs du printemps se rendent malheureux.

De nombreux couples se plaignent d'une baisse chronique de leur sexualité. Mais ils ne remarquent même pas que cela fait des années, voire des décennies, que leur intimité physique s'est volatilisée.

Ce petit éventail de relations insatisfaisantes permet de supposer que nous savons malheureusement trop bien où cela coince. Nous nous en remettons quasiment aveuglément aux assertions des experts, ce qui nous rend fous, nous embrouille et nous fait perdre la tête. Je fais partie de ces donneurs de leçons, et à ce titre, je puis vous dire que je n'en sais pas plus que vous. Il m'est simplement apparu que toutes ces théories à deux sous se résument manifestement à un tas d'inepties. Elles ne tiennent pas leurs promesses. On peut donc s'en passer.

Mais à quoi tient alors la réussite de la vie à deux? Veuillez y réfléchir par vous-même! Chaque mariage qui veut survivre doit se transformer en mariage de raison. Je veux parler ici de la raison du cœur.

Klaus Heer (73) est docteur en psychologie et spécialisé dans la thérapie de couple. Il dirige depuis 1974 son propre cabinet de coaching de couple, a travaillé pour SRF pendant 25 ans et écrit plusieurs livres. www.klausheer.com.



En bref

- Après le début de la relation où l'on est éperdument amoureux, les choses se compliquent.
- Très rares sont les adages sur l'amour qui tiennent leurs promesses.
- Un partenariat repose vraisemblablement sur la raison et le cœur.

En tant que patiente, j'ai une relation triangulaire dans le système de santé. Mon médecin me soigne, mon assurance-maladie paie ces traitements. Mon médecin et mon assurance sont aussi dans une relation mutuelle. Chaque partie a des attentes et des devoirs – j'essaie moi-même d'assumer mes devoirs à chaque fois que je le peux.

Par Monika Paladino

Le patient comme partenaire

Confiance? Oui, mon mari et moi-même faisons confiance aux médecins qui nous soignent. Nous avons le même médecin de famille depuis des années, et nous nous en remettons aussi à lui pour notre fils. De la même manière, nous nous fions également aux hôpitaux et aux spécialistes. L'année passée, ma gynécologue a demandé mon hospitalisation d'urgence. Ce séjour hospitalier nous a confirmé que la confiance est une bonne chose, mais que le contrôle en vaut la peine.

En demi-privé ou en commun?

Mon mari et moi-même sommes tous les deux assurés pour la division demi-privée. C'était déjà le cas à la naissance de notre fils Alessio, et nous apprécions beaucoup le confort et la bonne prise en charge grâce à l'assurance complémentaire. Après l'accouchement de mon fils, j'étais dans une chambre individuelle, ce qui m'a permis de me rétablir rapidement. Le médecin

chef veillait personnellement sur moi, ce qui me rassurait. Lors de ma dernière hospitalisation d'urgence toutefois, quelque chose s'est mal passée. J'ai été admise le jeudi et j'ai passé la nuit dans une chambre de la division commune. Le vendredi, mon mari et moi-même avons demandé pourquoi j'avais été placée en division commune, malgré mon assurance demi-privée. Le personnel nous a assuré que la situation serait clarifiée. Le lendemain, qui était un samedi, l'opération a eu lieu et j'ai été informée que je pourrais retourner à la maison

le dimanche. Dans le même temps, on m'a expliqué que je pourrais passer la nuit du samedi au dimanche en demi-privé. J'ai refusé, car il me paraissait insensé de changer de chambre pour une seule nuit.

Facturer ce qui a été sollicité

Comme mon opération s'est déroulée normalement, j'ai pu quitter l'hôpital le dimanche matin, comme prévu. Mon mari et moi-même avons rappelé au personnel de l'hôpital, en lui faisant un clin d'œil, que la facture serait moins élevée parce que j'avais séjourné en division commune et que les mêmes soins que les patients assurés en commun m'avaient été dispensés. Il nous a donné raison et a confirmé que la facture serait naturellement adaptée aux circonstances. Quand la facture est enfin arrivée, nous l'avons vérifiée, comme nous le faisons toujours. Nous avons été très étonnés que les frais d'hôtellerie et les frais médicaux de la division demi-privée aient été facturés. C'est pourquoi nous nous sommes adressés à notre assurance-maladie, qui nous a conseil-

«Pour mon mari et moi, c'est bien clair: le contrôle des factures est indispensable.»

lé de prendre les choses en main. Nous avons donc envoyé une réclamation. L'hôpital a cédé et remplacé les frais d'hôtellerie de la division demi-privée par ceux de la division commune. En revanche, les prestations médicales de la division demi-privée ont été maintenues, et nous n'étions pas d'accord avec cela. Comme j'avais l'hospitalisation lors de mon accouchement comme point de comparaison, je savais que je n'avais pas bénéficié de prestations spéciales et que j'avais été soignée de la même manière que les patients de la division commune. Nous avons donc adressé une autre réclamation et avons fini par obtenir gain de cause.

Attentes à l'égard du médecin

Pour mon mari et moi, c'est bien clair: le contrôle des factures est indispensable. Nous faisons confiance à notre médecin en tant que partenaire, qui ne veut que

En bref

- Dans le système de santé, le fournisseur de prestations, l'assureur et le patient sont dans une relation triangulaire.
- Même si le partenariat entre le médecin et son patient est marqué par la confiance, un contrôle par le patient est souhaitable.
- À côté de ses attentes à l'égard du fournisseur de prestations, le patient en a aussi vis-à-vis de l'assurance-maladie.



Monika et son mari Marco ne se considèrent pas uniquement comme des patients, mais aussi comme des partenaires des assureurs-maladie.

le meilleur pour nous. Néanmoins, nous assumons également notre part de responsabilité dans ce partenariat. Nous seuls pouvons juger du temps que le médecin a passé à nous examiner et de ce qu'il nous a prescrit. Que cela soit chez le médecin de famille, à l'hôpital ou chez le spécialiste, cela ne fait aucune différence. Comme toutefois nous sommes chez le même médecin de famille depuis des années, nous lui faisons davantage confiance qu'aux nouveaux médecins. Car notre médecin de famille prend le temps de nous expliquer ce qu'il nous prescrit et pourquoi. Cela augmente la transparence et renforce la confiance mutuelle. Quand quelque chose nous paraît confus, nous avons besoin de transparence et demandons alors des précisions. Cela nous est déjà arrivé pour des traitements chez les spécialistes. Comme le traitement recommandé nous paraissait lourd, nous nous sommes renseignés pour savoir s'il était vraiment nécessaire. Nous cherchions une réponse honnête et transparente à notre demande, et nous l'avons obtenue. En tant que patients, nous ne voulons pas forcément la variante maximale. Nous avons simplement envie d'un traitement utile et adapté.

Le rôle de l'assurance

À côté du partenariat entre le médecin et nous, il y a un troisième interlocuteur: l'assurance-maladie. En tant

que patients, nous avons des attentes à l'égard de ce partenaire. Avec la hausse des dépenses de santé précisément, nous aimerions qu'il vérifie les factures et nous soutienne face au médecin en cas de questions ou de réclamations. Nous avons été positivement surpris par la compétence et la bienveillance avec lesquelles notre assurance nous a aidés dans le cas mentionné. Nous attendons des assureurs qu'ils veillent à ce que les traitements soient facturés selon des tarifs justes. Au cours de ces dernières années, les coûts n'ont cessé d'augmenter fortement. Nous ne sommes plus tout à fait sûrs que l'assurance joue aussi bien son rôle qu'elle le pourrait. En contrepartie, nous sommes prêts, en tant qu'assurés et que patients, à aider les assurances à effectuer le contrôle des factures. Exactement comme pour les factures d'un artisan, auquel nous confions par exemple notre jardin ou notre voiture au lieu de notre santé, nous contrôlons ce que le médecin nous prescrit. Cela ne fait aucun doute pour nous: chacun des trois partenaires fait partie du système de santé et contribue à la maîtrise des dépenses de santé.

Monika Paladino (43 ans) est employée de service et habite à Schafisheim (AG) avec son mari Marco et son fils Alessio.



Lorsque deux partenaires se querellent



Beda M. Stadler, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne.

Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

Les mauvaises langues prétendent que si le communisme avait été soumis à des expérimentations animales, il n'aurait jamais été introduit. Peut-être devrait-on examiner de la sorte l'idée d'un partenariat tarifaire dans le domaine de la santé, et se demander qui mange et qui se fait manger. Cela a-t-il un sens, sur le plan biologique, de parler de partenariat entre des concurrents? Au Valais, le partenariat entre l'homme et le loup ne fonctionne pas non plus: parce que tous deux souhaitent faire et manger la même chose.

Au Canada, où il y a encore de vrais espaces sauvages, on a abouti à des conclusions différentes. La disparition des loups y aurait comme conséquence l'implantation du gibier, qui dévorerait tout sur son passage, étant donné qu'il n'y aurait plus de loups pour chasser les élans et les cerfs. De ce fait, les castors manqueraient de bois et construiraient moins de barrages, ce qui entraînerait une augmentation des inondations. Les gens confrontés aux problèmes des inondations ont de tout temps considéré le loup comme un animal utile.

Peut-être faut-il y voir une analogie avec les patients. Une chose est certaine: le partenariat tarifaire n'a pas permis de réduire les «inondations». Les prix augmentent en permanence dans le secteur de la santé, à l'image des crues. De nombreux patients ont maintenant de l'eau jusqu'au cou. C'est donc une question de vie ou de mort, alors que les débats entre partenaires tarifaires, malgré les dégâts manifestes causés par le gibier, donnent l'impression d'échapper plutôt sur des points de détail tels que l'amélioration de l'habitat. Lorsque deux parties se querellent au sujet des tarifs, ce n'est probablement pas le bon qui s'en réjouit – et sûrement pas le patient.

Le partenariat tarifaire actuel ne peut donc pas être comparé à un biotope parce que la répartition des rôles entre les partenaires manque de clarté. Chacun veut optimiser le système tarifaire en sa faveur; en fonction de la situation, il entre dans la peau d'un loup ou d'une brebis. Le partenariat devrait toutefois empêcher les inondations, veuillez comprendre par là, profiter aux patients.

Pour en revenir à notre comparaison avec le Grand Nord canadien, les hommes ont finalement été les victimes, parce qu'ils avaient tué les loups. Nous pouvons affirmer de la même manière que les patients sont devenus des chasseurs. Ils se servent dans une contrée sauvage dont on a expliqué qu'elle était un système de santé, dans laquelle chacun a le droit de se servir autant qu'il le veut. Nous devons revenir aux caisses-maladie, donc à un système de maladie qui soit transparent et repose sur la solidarité. Au final, c'est au loup de dire qui est effectivement malade et a besoin d'aide. La santé ne sera en effet jamais abordable.

Chacun veut optimiser le système tarifaire en sa faveur; selon la situation, il entre dans la peau d'un loup ou d'une brebis.

Comment continuer à améliorer la qualité des traitements dans le système de santé suisse et la rendre transparente pour tous? Pour que l'attention nécessaire soit non seulement accordée aux coûts, mais aussi à la qualité dans le secteur de la santé en Suisse, il faut créer les conditions cadres légales correspondantes et les incitations concurrentielles.

Par Hannes Blatter et Jonas Willisegger

Concurrence sur la qualité: constellation idéale

Une équipe de chercheurs de la Haute École de Lucerne s'est penchée sur la thématique de la promotion de la concurrence pour la qualité dans le système de santé et s'est concentrée sur les négociations entre les partenaires tarifaires. En se basant sur des analyses de documents systématiques et de vastes notes d'interviews, les chercheurs ont poursuivi une approche centrée sur les acteurs en s'aidant de références de l'économie et des sciences politiques.

En tant que conclusion de l'étude globale, une constellation idéale doit être ébauchée (cf. graphique), qui met à contribution les partenaires tarifaires. Par le biais de leurs associations nationales, les assureurs, les hôpitaux et les médecins ne doivent pas uniquement négocier au sujet des structures tarifaires. Ils doivent également instaurer des réglementations contraignantes sur la définition et la mesure de la qualité à l'échelle de la Suisse, sur la manière dont les résultats sont échangés, ainsi que rendus compréhensibles et exploitables pour le public. Les bases légales nécessaires à cette fin existent depuis des années (art. 77 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal).

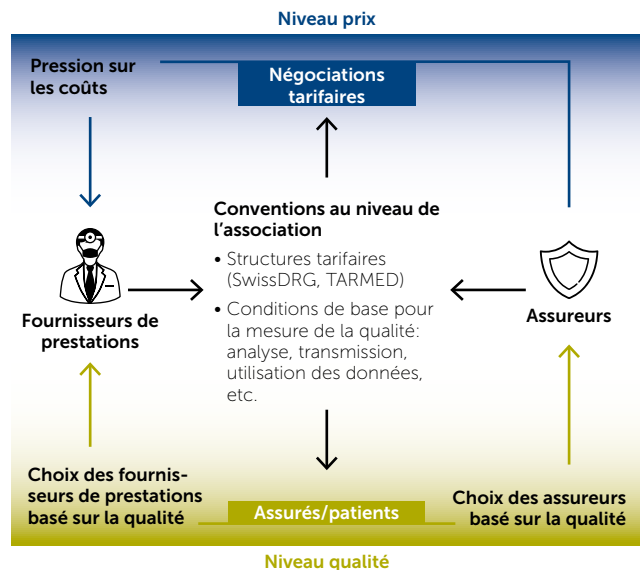
Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord, le Conseil fédéral a la compétence d'édicter les dispositions nécessaires (art. 77, al. 3, OAMal). De nouvelles dispositions légales ne s'imposent donc pas impérativement. Il est important de développer une conception commune des aspects devant être négociés et réglementés, ainsi que du niveau où cela doit se faire. Les partenaires tarifaires ne donnent pas l'impression de prendre au sérieux la menace d'intervention subsidiaire du Conseil fédéral. Ici encore, ils risquent de ne pas profiter de leurs possibilités d'aménagement et de les «perdre» au profit de l'État. Cela est regrettable, car une solution négociée des partenaires tarifaires pourrait être mise en œuvre et bénéficier d'une large acceptation de manière nettement plus rapide, et de ce fait profiter plus vite aux patientes et patients.

C'est bien connu, lorsque les informations sur la qualité sont transparentes et accessibles, les fournisseurs de prestations doivent faire plus attention à la

qualité de leurs prestations et ne pas se concentrer de manière unilatérale sur leur charge de travail et leur structure de coûts s'ils veulent rester concurrentiels. Même si la transparence sur la qualité des traitements est améliorée, les assureurs subissent eux aussi une certaine pression. Pour être attractifs pour les assurés, ils sont contraints de mettre à disposition une offre axée sur la qualité.

Jonas Willisegger et Hannes Blatter sont enseignants et chefs de projet à l'Institut pour l'économie d'entreprise et régionale de la Haute École de Lucerne, division économie. Les travaux de recherche des deux politologues portent sur la gestion du système de santé public (www.hslu.ch/oegm).

Concurrence en termes de prix et de qualité dans le secteur de la santé



Les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie ne doivent pas exclusivement se mesurer en fonction de l'efficacité des coûts, mais aussi d'après la qualité de leurs prestations. La concurrence en termes de prix continue à être déléguée aux partenaires tarifaires dans le cadre des négociations tarifaires.

Quand deux personnes se querellent...

Rappelez-vous, c'était en 1977, lors de la course d'école, Aline voulait aller là-bas, Michèle ici, et tous se sont crêpé le chignon. «Hé», a crié le directeur. Mais bon, il a joué son rôle d'arbitre. Grâce à lui, nous sommes revenus à la raison et tout est rentré dans l'ordre.

Que se passerait-il si...?

Tous les matins, à sept heures, sur le ponton, tous se jetaient à l'eau pour nager dans la même direction, sans esprit de concurrence. C'est cela que j'appelle le vrai partenariat, pas vrai, ma fille?

C'est complètement mort

Le partenariat tarifaire. C'est quoi déjà? Nous sommes partenaires, en effet, mais rien ne va plus. C'est mort – presque comme entre Janot, mon homme, et moi.

