



Universität
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

Health
Economics

Prof. Dr. Stefan Felder

Pr Stefan Felder | Health Economics

Peter Merian-Weg 6 | Case postale | CH-4002 Bâle

Tél. : +41 61 207 32 26 | stefan.felder@unibas.ch



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Solothurnerstrasse 94 | CH-4053 Bâle

Tél : +41 61 281 21 28 | gesundheit@iwsb.ch

Des forfaits groupés pour la Suisse

Applicabilité des mécanismes de rémunération globale au système de santé suisse

Expertise sur mandat de
l'Office fédéral de la santé publique OFSP

Mandant :	Office fédéral de la santé publique OFSP Section Développement professions de la santé Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Berne	
Groupe de suivi :	Nico van der Heiden Cinzia Zeltner Stefan Spycher Fabienne Lüthi Lara De Simone	Section Développement professions de la santé Section Développement professions de la santé Unité de direction Politique de la santé Section Développement professions de la santé Section Développement professions de la santé
Direction du projet :	Pr Stephan Felder	Université de Bâle
Réalisation du projet :	Dr Stefan Meyer Dr Manuela Merki Camila Plaza	Institut für Wirtschaftsstudien Basel Institut für Wirtschaftsstudien Basel Université de Bâle
Expertise juridique :	Pr Tomas Poledna	POLEDNA RC SA/Université de Zurich
Expertise médicale :	Pr Thomas Rosemann, PhD	Hôpital universitaire de Zurich
Remarque :	Les avis exprimés dans le présent rapport sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion des mandants et du groupe de suivi. Pour une meilleure lisibilité et afin d'alléger le texte, la forme générique est employée dans cette publication. Elle s'applique, le cas échéant, à l'autre sexe également.	
Pour citer ce document :	Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C., Poledna, T. et Rosemann, T. (2019) : « <i>Des forfaits groupés pour la Suisse : Applicabilité des mécanismes de rémunération globale au système de santé suisse.</i> » Expertise sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Bâle : Institut für Wirtschaftsstudien Basel.	



Synthèse

SOINS ET REMBOURSEMENT : DEUX ASPECTS INDISSOCIABLES DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Dans le secteur de la santé, les **structures tarifaires** ne sont pas indépendantes des structures qui prédominent en matière de **fourniture des prestations**. D'un côté, les modèles de rémunération résultent des rôles assurés par les différents fournisseurs de prestations et de leur manière de s'organiser. Dans le même temps, ces modèles influencent aussi la manière dont les prestations sont fournies. À cet égard, ils sont notamment soupçonnés de perpétuer des structures de soins dépassées et de freiner l'innovation.

En Suisse, les modèles tarifaires propres à chaque catégorie de fournisseurs de prestations ont toujours été la règle. Alors que pour les traitements stationnaires, les hôpitaux sont rémunérés sous forme de forfaits journaliers par cas ou liés aux prestations, la rémunération individuelle des prestations est encore largement pratiquée dans le secteur ambulatoire (hôpitaux et cabinets). D'autres modèles tarifaires sont appliqués pour les soins ambulatoires et stationnaires de longue durée, les pharmacies, la chiropraxie, la physiothérapie, l'ergothérapie, la diététique et l'accompagnement des diabétiques. Aux nombreuses conventions tarifaires entre fournisseurs de prestations et assureurs viennent s'ajouter les « tarifs officiels », qui régissent de façon uniforme le remboursement des médicaments, des moyens auxiliaires, des appareils, des préparations, des substances auxiliaires et des analyses de laboratoire dans toute la Suisse.

Du cloisonnement des domaines de soins et de la diversité des modèles tarifaires résulte un système de santé hautement spécialisé, sectorisé et fortement axé sur le traitement d'épisodes aigus (Djalali et Rosemann, 2015). Chaque système tarifaire étant isolé, les différents fournisseurs de prestations ne prennent pas en compte dans leurs décisions les coûts des traitements fournis par les autres prestataires en amont et en aval. Cette situation conduit à des **incitations inopportunes** et à un **manque général de coordination** entre les différents secteurs. Le risque que certains groupes de patients reçoivent des traitements excessifs, insuffisants ou inadaptés s'en trouve accru, de même que les coûts de la santé.

LES FORFAITS GROUPÉS SYNONYMES DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE ? L'ÉVALUATION DÉFINITIVE RESTE À EFFECTUER

Les **forfaits groupés** prennent le contre-pied des modèles tarifaires actuels : les **prestations** effectuées par différents fournisseurs et dans différents secteurs, dans le cadre d'une intervention élective ou du traitement d'un malade chronique, sont **regroupées** et rémunérées **forfaitairement**. Ce mécanisme est envisageable pour les interventions orthopédiques et cardiologiques, le traitement des pathologies chroniques telles que l'hypertension, la maladie coronarienne, le diabète de type 1 et 2 et la BPCO, mais aussi pour le traitement des maladies psychiatriques ayant pris un tour chronique, ou encore pour l'obstétrique. Un aspect central de ce **modèle de remboursement axé sur la morbidité** est l'implication des fournisseurs de prestations dans la **qualité du résultat** thérapeutique (Porter et Kaplan, 2016). Il s'agit d'éviter les interventions inutiles et d'organiser les soins de manière plus efficace et économe. L'objectif est également d'améliorer la qualité des traitements, en particulier pour les malades chroniques. En effet, la rémunération tient compte du respect des directives thérapeutiques et de certains critères relatifs au résultat du traitement.

L'effet des forfaits groupés a déjà été évalué dans le monde, essentiellement au cas par cas. Une étude américaine de grande ampleur estime le potentiel d'économie à 5,4 % de l'ensemble des coûts de la santé (Eibner et al., 2009 ; Hussey et al., 2009), mais seulement si les maladies chroniques et les interventions électives sont incluses. En outre, les preuves ne sont pas toutes concordantes en ce qui concerne les coûts, et aucune affirmation définitive n'est (pour l'instant) possible s'agissant du rapport entre la méthode de rémunération et la qualité des prestations. Il n'est pas étonnant que les **résultats rapportés dans la littérature divergent en partie**, dans la mesure où la méthode de mise en œuvre et le système de santé considéré ont une grande influence sur l'efficacité, ou non, des forfaits groupés. Par ailleurs, des chercheurs soulignent la difficulté de mettre en place de nouveaux modèles de rémunération sans remplacer les anciennes incitations inopportunes par des nouvelles.

DEUX OPTIONS POUR LA SUISSE – MAIS UNE CLAIRE FAVORITE

La présente étude examine **deux stratégies possibles** pour mettre en place les forfaits groupés dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). La première serait une **approche descendante (top-down)** : la Confédération imposerait aux partenaires tarifaires l'application d'une méthode de rémunération donnée pour certaines indications définies. Cette solution impliquerait de mettre en place une **structure tarifaire uniforme**, comme dans le secteur stationnaire, tandis que le montant des rémunérations resterait négocié par les partenaires tarifaires. Néanmoins, plusieurs raisons poussent à **déconseiller** l'approche descendante : son effet incertain, l'absence de modèle auquel se référer, le nombre et la diversité des fournisseurs de prestations indépendants impliqués, la problématique de la délimitation des prestations, le manque de données permettant d'élaborer la structure tarifaire, ou encore les nouvelles structures tarifaires pour les prestations stationnaires.

Les auteurs **privilégient**, en s'appuyant notamment sur les résultats d'une enquête auprès des acteurs concernés, une **mise en œuvre ascendante (bottom-up)** qui préserve l'autonomie tarifaire. L'expertise juridique indique que la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ne fait pas obstacle à l'application de forfaits groupés, même si des clarifications sont encore nécessaires pour certains domaines. L'introduction de nouvelles méthodes innovantes de rémunération se heurtera malgré tout à des difficultés, en raison des **conditions structurelles et du manque d'incitations** pour les partenaires tarifaires. L'absence (pour l'instant) d'intégration des fournisseurs de prestations, le financement dual des hôpitaux, l'obligation de contracter et l'interdiction des contrats pluriannuels dans l'AOS, auxquels s'ajoutent l'incertitude juridique, ont été identifiés comme des barrières importantes à l'établissement de nouvelles structures tarifaires.

UTILISER L'ARTICLE RELATIF AUX PROJETS PILOTES ET CRÉER UN « FONDS D'EXPÉRIMENTATION »

La révision actuelle de la LAMal prévoit l'ajout d'un article permettant aux assureurs, aux fournisseurs de prestations, aux cantons et aux organisations de patients de mener des **projets pilotes** en dehors du cadre « normal » de la LAMal, pour autant que ceux-ci soient limités dans leur durée et leur application territoriale. À cet égard, les auteurs de la présente étude estiment qu'il serait judicieux de prendre davantage en considération les projets pilotes en matière de rémunération, et de façon explicite. Ceci permettrait de tester le fonctionnement et l'effet des forfaits groupés dans un cadre contrôlé afin de tirer des enseignements en vue de leur éventuelle généralisation dans l'AOS. À cette fin, il convient de modifier la base légale et l'ordonnance fédérale concernée afin que les forfaits groupés puissent être expérimentés avec une sécurité juridique suffisante pour les partenaires contractuels participants. En complément, il est proposé de créer un « **fonds d'expérimentation** » afin que les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations puissent lancer eux-mêmes des projets pilotes pour tester des modèles alternatifs de rémunération.

Par ailleurs, les travaux actuels de révision en vue d'un **financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires** – qui prennent logiquement en compte les soins de longue durée – et l'**affinement**, d'ores et déjà décidé, de la **compensation des risques** peuvent augmenter les incitations des partenaires tarifaires à investir dans de nouveaux modèles de soins et de rémunération. **D'autres mesures** possibles seraient d'autoriser les contrats pluriannuels dans l'assurance obligatoire des soins, d'encourager les structures de soins intégrées, de mettre en place une obligation de contracter différenciée, ou encore d'investir dans la collecte des données manquantes sur les coûts, les prestations et la qualité dans l'ensemble des secteurs du système de santé. La Confédération a la possibilité de prendre en compte une partie de ces propositions dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui devrait être présenté cette année.