

Avant le 15^{ème} Congrès suisse d'économie de la santé et des sciences de la santé, le 26 octobre à Berne

Une pléthore de traitements peut également être nuisible

Certains experts et politiciens réclament un plafonnement des coûts dans le système de soins de santé. L'Allemagne a déjà introduit des budgets globaux. Reinhard Busse, professeur de gestion des soins de santé à Berlin, explique les avantages.

En tant qu'expert du système de santé allemand, vous vous êtes occupé du système de santé suisse. Qu'est-ce qui vous y a surpris?

Reinhard Busse: La rémunération illimitée des services dans tous les domaines. Dans cette forme extrême, c'est assez rare. La plupart des pays prévoient une limitation des coûts de santé au moins dans certains domaines.

L'Allemagne a adopté un système avec des budgets globaux. Les patients peuvent-ils encore prendre rendez-vous chez le médecin en décembre?

Absolument.

Chez nous, on pense que les budgets seront épuisés d'ici la fin de l'année et que les médecins ne traiteront donc plus guère les patients.

Ce n'est pas le cas. Il existe divers instruments pour garantir que de l'argent est encore disponible en décembre. Par exemple, le montant pour les cabinets médicaux est divisé en quatre trimestres. Les budgets globaux s'appliquent surtout au secteur ambulatoire et - déjà considérablement plus faible - aux hôpitaux. En ce qui concerne les médicaments, les règles sont moins strictes.

Que signifient exactement les budgets globaux pour les cabinets médicaux en Allemagne?

Environ un tiers du budget total des cabinets médicaux est destiné aux médecins généralistes, le reste aux spécialistes. Chaque cabinet connaît à l'avance le montant dont il dispose. Il résulte de la spécialisation, d'un nombre calculé de patients visitant le cabinet chaque trimestre et d'un certain nombre de

points par patient. Les cabinets médicaux facturent ensuite les services rendus à la valeur ponctuelle convenue au préalable. Une fois qu'ils ont atteint leur nombre de patients ou leur volume de points, cela ne signifie pas qu'ils doivent fermer. Toutefois, les autres services sont rémunérés à un taux nettement inférieur.

En Suisse, les médecins, les hôpitaux et les caisses maladie mettent tous en garde contre l'introduction de budgets globaux. Cela conduirait à un rationnement, un système de santé à deux classes et à une perte de qualité.

Ceci pourrait être le cas, si les budgets étaient très petits et qu'aucune augmentation n'était permise. Mais un budget qui tient compte des augmentations de coûts appropriées ne signifie pas un rationnement. On parle beaucoup des inconvénients potentiels de la limitation des dépenses de santé, mais peu des inconvénients d'une rémunération illimitée. Un système qui permet des avantages illimités fournit également des incitations négatives.

Parlez-vous du risque que trop de traitements soient offerts?

Oui, et une pléthore de traitements, il faut le dire, peut s'avérer être nuisible. Les opérations inutiles - sans apporter aucun bénéfice pour la santé du patient - comportent néanmoins les risques d'une intervention. En outre, des études ont montré que parmi les patients hospitalisés dans les hôpitaux, un sur mille meurt d'une erreur ou d'une faute. Mais aussi dans le domaine ambulatoire, l'offre exagérée peut être nuisible. Si des radiographies sont prises deux fois, le patient doit accepter deux fois l'exposition au rayonnement pour obtenir les mêmes informations.

Vous êtes médecin. Croyez-vous vraiment que la chirurgie est pratiquée dans les hôpitaux, même si ce n'est pas nécessaire?

J'aurais probablement répondu non à cette question dans le passé. Dans l'intervalle, il ne faut pas oublier que la limite au-delà de laquelle une mesure diagnostique ou une opération est «vendue» à un patient comme potentiellement utile est repoussée de plus en plus loin. Il est souvent difficile de prouver qu'une opération est vraiment inutile dans des cas individuels - mais les taux d'admission et d'intervention par hôpital et dans l'ensemble parlent d'eux-mêmes.

Le système de financement a-t-il vraiment une telle influence ou les patients et les médecins devraient-ils repenser?

Reinhard Busse a étudié la médecine et la santé publique et est maintenant professeur de gestion des soins de santé à l'Université technique de Berlin. Il a conseillé le groupe d'experts convoqué par le Département fédéral de l'intérieur.



Politique de santé

Il faut les deux. Les patients et les médecins doivent être à bord. Mais nous devons également travailler sur une forme de remboursement dans laquelle les médecins et autres professionnels de la santé reçoivent de l'argent pour ne rien faire. C'est relativement difficile - ce n'est pas facile du tout à dire à un hôpital : nous savons que vous êtes tenté d'opérer ce patient en ce moment, et nous vous paierons pour ne pas le faire.

C'est vraiment difficile à imaginer.

Cependant, quiconque envisage l'introduction de budgets globaux devrait tenir compte de cet aspect. Ceux qui ont le droit et font consciemment moins que les autres et contribuent ainsi au budget global qui est respecté devraient être récompensés. Dans la vallée de Kinzig, dans la Forêt Noire, il y a un projet avec une approche passionnante.

De quelle approche s'agit-il?

S'ils réussissent à traiter la population de la vallée de Kinzig de manière plus rentable que la moyenne allemande, en tenant compte de l'âge et de la maladie, les médecins participant au projet recevront la moitié de cette économie.

Et quelles sont les expériences?

Elles sont excellentes. Il s'avère que les médecins fournissent moins de services et que les patients vivent plus longtemps. D'une manière générale, j'hésite cependant à conseiller la Suisse sur la manière dont elle doit réagir face à l'offre excédentaire, car l'Allemagne n'est pas nécessairement un modèle à suivre, surtout dans le secteur hospitalier. Nous fournissons également plus de services que nécessaire.

Est-ce dû au système de financement, à savoir que les hôpitaux en Allemagne comme en Suisse reçoivent une somme forfaitaire par cas?

Non. Si nous avons des tarifs journaliers au lieu de tarifs forfaitaires par cas, il pourrait y avoir moins de cas, mais des séjours à l'hôpital plus longs. Le facteur décisif est la surcapacité. Il y a trop d'hôpitaux en Allemagne qui sont en concurrence les uns avec les autres. Tout le monde veut ou doit remplir son lit. Le Danemark le fait mieux.

Qu'est-ce qui rend le Danemark différent?

Il y en a moins d'hôpitaux et l'accès aux salles d'urgence n'est pas ouvert à tous. Ensemble,



ces deux facteurs réduisent considérablement la probabilité d'hospitalisations.

De quelle façon avez-vous accès à la salle d'urgence dans ce pays?

Les ambulances y ont accès en tout temps. Les patients qui, la nuit, par exemple, ont l'impression de devoir se rendre aux salles d'urgence, composent d'abord le numéro d'un bureau central et décrivent leur problème au téléphone. Selon l'urgence, on peut leur conseiller d'appeler leur médecin de famille le lendemain ou bien ils recevront une information sur l'heure à laquelle un médecin de l'hôpital s'occupera d'eux. La centrale structure les procédures dans la salle d'urgence, tandis que cette dernière est en contact étroit avec les ambulances. L'avantage pour les patients est qu'ils ne doivent pas attendre sur place.

Selon le groupe d'experts pour la Suisse que vous avez conseillé, on établit également de fausses incitations si les médecins chefs reçoivent un bonus pour un certain nombre de cas.

Oui, l'Allemagne a réagi entre-temps. Les hôpitaux ne peuvent plus utiliser la quantité comme critère de rémunération dans les contrats avec leurs médecins chefs. Des primes peuvent être convenues pour la qualité, mais pas pour le nombre de patients.

Le groupe d'experts recommande que les compagnies d'assurance maladie ne paient que les médicaments bon marché d'une substance active. C'est sympa pour les patients?

Cela dépend de la conception du système. Si le montant de référence est fixé pour le médicament le moins cher, les patients doivent changer de médicament dès qu'un médicament moins cher arrive sur le marché, ou ils doivent payer eux-mêmes la différence. En Allemagne, cependant, le montant de référence, que nous appelons montant fixe, est calculé de telle sorte

que, grosso modo, il couvre un tiers des médicaments en question. De plus, si le médicament est inférieur de 30% au montant de référence, le patient n'a pas à payer la franchise qui devrait autrement être payée pour les médicaments.

Où voyez-vous d'autres besoins d'action dans le système de santé suisse?

Dans la répartition des coûts. Le fait que les cantons contribuent dans le secteur hospitalier, mais pas dans le secteur ambulatoire, rend le contrôle difficile. Par exemple, les compagnies d'assurance maladie n'ont aucune motivation pour faire pression sur elles afin qu'elles transfèrent certains traitements hospitaliers vers le secteur ambulatoire.

L'interview a été réalisée par Brigitte Walser du journal BZ Berner Zeitung, où elle a été publiée pour la première fois. Compte tenu de la pertinence du sujet, «BZ» a accepté une réimpression dans «clinicum».

Reinhard Busse fera la présentation finale lors de la 15^e SKGG.

Le 15^e Congrès suisse d'économie de la santé et des sciences de la santé se tiendra pour la 15^e fois le 26 octobre 2018. Comme d'habitude, l'Hôpital de l'Île a accordé le Congrès dans l'Auditorium Ettore Rossi droit d'invité. Le congrès s'adresse à tous les professionnels de la santé. Le thème du congrès de cette année est: «Notre système de santé a-t-il besoin d'une réinitialisation? Tout doit changer pour rester tel quel?». Le professeur Reinhard Busse fera la présentation finale sur le thème: «Priorisation ou rationnement ou bien....? Les coûts des soins de santé peuvent-ils être influencés de manière durable?» Avant le congrès, des conférences d'experts sur la situation du système de santé suisse auront lieu à Lausanne le 25 septembre 2018 à 17h30 et à Zurich le 27 septembre 2018 à 17h00 et seront suivies d'un apéritif.

www.skgg.ch