

Une autre musique se fait entendre dans les négociations tarifaires entre hôpitaux et assureurs-maladie

La musique fraîche d'un nouveau trio

Il n'y a pas si longtemps, les négociations tarifaires entre fournisseurs de prestations hospitalières et les répondants des coûts se déroulaient selon un rituel fixe. Les premiers – le visage douloureux – présentaient les hausses de leurs frais d'exploitation et les seconds – en fonction du scénario – réagissaient plus ou moins aigrement. La plupart du temps, on trouvait un terrain d'entente, parfois le canton d'implantation devait s'impliquer, on y arrivait bien d'une manière ou d'une autre. Mais personne n'était entièrement satisfait. Et surtout: l'ambiance entre acteurs était souvent peu réjouissante.

Depuis décembre 2010, un nouvel orchestre entre en scène du côté des assureurs-maladie. Il réunit des musiciens d'Helsana, de Sanitas et de la KPT/CPT, dont les trois initiales forment l'abréviation de la communauté d'achat HSK. Ses acteurs sont super motivés. Déjà durant la première année de négociations, la HSK a pu mettre à profit la marge de manœuvre pour des solutions concurrentielles, telle que prévue par le nouveau financement hospitalier, et a pu convenir d'accords tarifaires pour l'AOS avec la majorité des hôpitaux suisses. En effet, les résultats réalisés à ce jour sont éloquentes: à la fin août, les assureurs de la HSK avaient passé des conventions avec 90% de tous les hôpitaux alors que leur concurrente principale, tarifsuisse de santé-suisse, n'y était parvenue qu'avec deux tiers.

Les trois assureurs de la communauté d'achat HSK ont présenté à Berne ce qui s'est passé depuis le début de leurs activités communes, quels défis leur sont lancés en ce moment et ce qu'ils entendent obtenir dans le futur.

La concurrence est une bonne chose – là aussi?

Le résultat des négociations au cours de la première année sous le régime de SwissDRG montre que des approches différentes peuvent aussi aboutir à des résultats différents. «Le nouveau financement hospitalier qui a inscrit la concurrence entre fournisseurs de prestations comme un élément essentiel, nous l'avons considéré comme un mandat de faire jouer les

mécanismes de l'économie de marché, aussi de notre côté, dans les négociations tarifaires», releva Daniel Schmutz, CEO d'Helsana, en venant au fait. «Il serait inimaginable, dans le commerce de détail à titre d'exemple, qu'un groupe d'achat très uni et se composant de grossistes et de petites épiceries du coin pourrait former un bloc uniforme face aux grossistes pour négocier un prix des marchandises identique pour tous. C'est précisément le prix qui constitue l'élément premier si nous voulons prendre le mot concurrence au sérieux.»

Il ne fait aucun doute que les trois assureurs veulent cela. «Après l'introduction de SwissDRG, il est judicieux de procéder de manière différenciée du côté de la demande, ce qui instaure également une concurrence entre répondants des coûts», souligna Otto Bitterli, CEO de Sanitas Assurance-maladie. Il faudrait une concurrence accrue d'autant plus qu'il s'avère déjà peu de temps après l'introduction du nouveau financement hospitalier que des distorsions de la concurrence seraient toujours pratiquées par les cantons. Plusieurs cantons appliquent des limitations quantitatives et des subventionnements cachés qui sont nettement contraires aux intentions de la LAMal révisée.

En fait, que voulait-on avec la LAMal révisée?

Otto Bitterli rappela les maximes que le Parlement fédéral avait postulées en vue d'une mise en œuvre réussie de SwissDRG: transparence, concurrence, conscience des coûts, efficacité et qualité. Beaucoup d'éléments sont réalisés, mais loin s'en faut. Ce qui était visé:



Dr Marc Kohler, CEO de l'Hôpital Thurgau AG, brilla par son exposé sur le nouveau financement hospitalier.



Dr Christoph Bangerter, Président du CD de la KPT/CPT, insista sur le benchmarking des hôpitaux.

- un système unifié pour toute la Suisse,
- meilleure qualité grâce à la concentration des activités,
- le libre choix de l'hôpital dans l'assurance de base,
- parité des hôpitaux publics et des hôpitaux privés,
- la suppression des subventions croisées et
- un benchmarking régulier.

Selon le CEO de Sanitas, l'état actuel des choses se présente comme suit:

- Il y a toujours 26 planifications hospitalières cantonales.
- Les fermetures d'hôpitaux non rentables et peu performants sont pratiquement inexécutable.
- Des critères supplémentaires ont été définis pour les hôpitaux répertoriés.
- Ces critères constituent des obstacles à la concurrence notamment pour les cliniques privées.
- Une tendance à compenser l'AOS par des tarifs LCA surfaits subsiste encore.
- Et finalement, la mise en œuvre différente du nouveau financement hospitalier dans les cantons rend difficile la transparence et la comparabilité.

Exemples à suivre et modèles inquiétants

Dans la pratique, il en résulte des scénarios extrêmement bizarres qui ne sont pas conformes au système, et cela neuf mois seulement après l'introduction du nouveau système de financement. Dans le canton de Berne qui ne fait pas figure d'élève modèle pour ce qui est de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, il y aurait des limitations quantitatives en matière de prestations – donc une gestion planiste des quantités au lieu d'une concurrence par le prix –, des prélèvements des recettes en cas de dépassement des quantités fixées de façon dirigiste, des tentatives d'un prélèvement des recettes provenant des assurances complémentaires et la création d'un fonds de compensation dans le projet relatif à une nouvelle loi cantonale sur le financement des hôpitaux – le projet refusé du canton de Zurich ne retient donc aucunement d'autres cantons à refaire de telles «expériences», des projets d'investissements soumis à autorisation ainsi que des structures organisationnelles centralisées.

Mais il y aurait également des exemples positifs, selon Bitterli, notamment la Clinique saint-galloise Stephanshorn appartenant au groupe Hirslanden. Cette clinique a trouvé un terrain d'entente pour les tarifs AOS aussi bien avec la

HSK qu'avec tarifsuisse. Ces tarifs se différencient conformément au marché, le prix de base (baserate) de la HSK étant un peu plus bas. Le canton de St-Gall a approuvé les deux tarifs et le motive comme suit: «Selon les règles du nouveau financement hospitalier, des prix de base différents par fournisseur de prestations sont en principe admis tant qu'ils satisfont au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal).»

Contrôle des coûts et de l'économicité

Dr Christoph Bangerter, Président du Comité directeur de la KPT/CPT, souligna que la mise en œuvre opérationnelle du nouveau financement hospitalier consistait en la réalisation ciblée des intentions qui ont été formulées lors de la révision de la LAMal. Et là, la transparence, l'économicité et la qualité se situent en tête des priorités. «Des tarifs clairement négociés, des conclusions réalisées dans un délai raisonnable, des rapports partenariaux avec les fournisseurs de prestations mais des exigences sans équivoque quant aux trois priorités essentielles sont nos lignes directrices.»

Bangerter aborda ensuite le libre choix nouvellement instauré parmi tous les fournisseurs de prestations figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence de l'assuré ou du canton d'implantation de l'hôpital désiré – nota bene quel que soit l'organisme responsable. Toutefois, l'assureur et le canton de résidence ne prennent en charge que les coûts d'un séjour stationnaire dans un hôpital répertorié selon leur part respective, mais au plus selon le tarif appliqué dans un hôpital répertorié dans le canton de résidence de l'assuré: «Ainsi, le patient bénéficie de la liberté de choix et de la protection tarifaire, mais court tout de même le risque de devoir payer lui-même les coûts non couverts si le forfait par cas dans l'hôpital répertorié du canton d'implantation est plus élevé que celui de l'hôpital répertorié du canton de résidence.»

Benchmarking et complémentarité

En outre, l'orateur qualifia de disposition très importante le fait que, dans le cadre des conventions tarifaires DRG, les tarifs hospitaliers doivent être déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux «qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Pour cette raison, La HSK a développé un benchmarking détaillé et cohérent servant de base aux négociations tarifaires.»

Finalement, il s'agirait également de réaliser une mise en place correcte de la complémentarité



Otto Bitterli, CEO de Sanitas, tira un bilan critique de la mise en œuvre actuelle des DRG et attira l'attention sur les distorsions de la concurrence sur le plan cantonal.

de la facturation au moyen de SwissDRG dans l'assurance de base et l'assurance complémentaire: «Il est impératif de délimiter correctement les prestations LAMal des prestations LCA dans les hôpitaux conventionnés et dans les hôpitaux répertoriés. Ceci vaut surtout là où les médecins agréés facturent séparément.»

«Helsana, Sanitas et KPT/CPT mettront en place, aussi rapidement que possible, leurs propres services de réception des données et les feront certifier. Dès que cette certification nous aura été délivrée, seules les factures DRG électroniques et accompagnées systématiquement des MCD seront encore acceptées. Nous partons de l'hypothèse que cette certification sera terminée d'ici la fin décembre 2012; le cas échéant, la date d'introduction peut légèrement varier selon les sociétés. Le standard technique pour l'échange de données sera le standard xml 4.4 du Forum Datenaustausch.»

Qu'en pensent les cantons?

Dr Thomas Heiniger, Directeur de la santé publique du canton de Zurich, parla d'un défi en énumérant les quatre interlocuteurs avec lesquels les hôpitaux devaient désormais négocier, à savoir la HSK, tarifsuisse, Assura/Supra et, comme par le passé, la CTM (AI et Suva) dans le domaine des accidents. «Mais la mise en œuvre des DRG a pris un bon départ», estima-t-il. De plus, il défendit avec insistance les comparaisons de l'économicité.

Dans le canton de Zurich, 64 tarifs ont actuellement (début septembre) été approuvés et



70 procédures de fixation sont en cours. «Il s'en suit que quelques défis sont à relever», estima le Conseiller d'Etat. Il en cita trois:

Manque d'uniformité lors de la fixation des tarifs

Heiniger cita l'art. 49, al. 1, de la LAMal qui exige les mêmes prix pour les mêmes prestations. A ses yeux, cette disposition est en contradiction avec l'art. 59c, al. 1, OAMal, selon lequel les tarifs peuvent couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente. Heiniger salue la motion de la Conseillère nationale Ruth Humbel-Näf qui souhaite abroger cet article 59c, car «celui qui est efficace peut aussi réaliser des gains et, d'autre part, ceux qui ne sont pas efficaces ne devraient pas faire valoir l'indemnisation de l'intégralité des coûts justifiés. En l'état, il y a peu d'incitation à une gestion efficace des coûts.»

Dans le canton de Zurich, une comparaison des coûts par cas est effectuée depuis 10 ans. Aujourd'hui, elle montre une différence des coûts de quelque 20% entre le meilleur marché (Clinique Schulthess) et le plus cher (Hôpital Waid) des hôpitaux zurichois non universitaires. Selon quel critère faut-il maintenant fixer le juste tarif? D'après la moyenne arithmétique, 5 hôpitaux la dépasseraient. Dr Thomas Heiniger plaide en faveur de la fixation de tarifs «qui offrent des incitations et récompensent les meilleurs, donc le 40e percentile est juste, ce qui signifie que le prix de base doit se situer en-dessous de la moyenne.» Sous cet angle, seuls 4 des 14 hôpitaux non universitaires se trouvent aujourd'hui du bon côté, les autres doivent prendre les mesures qui s'imposent.

Coûts par cas plus élevés de l'Hôpital universitaire

Dans le canton de Zurich, les coûts de l'Hôpital universitaire (HUZ) sont quelque 20% plus éle-

vés que dans les centres hospitaliers. En outre, SwissDRG explique uniquement 60% de ces coûts supplémentaires, surtout en raison de la base des données encore trop étroite. «Dans l'Hôpital universitaire, les coûts plus bas et les coûts plus élevés ne s'équilibrent pas automatiquement parce que le HUZ fournit souvent des prestations à la fin de la chaîne d'approvisionnement.» Il cita notamment le nombre très élevé de cas nécessitant d'énormes transfusions sanguines qui sont effectuées à 50% dans l'HUZ et se soldent par des pertes de 11,5 millions de francs par année, puis la perte de 2,7 millions de francs pour le traitement de brûlures.

Recherche et formation universitaire

Il faut en tenir compte de manière accrue vu qu'une comptabilité analytique est disponible. Pour cette raison, Heiniger qualifie d'injustifiée la déduction normative de 25%, contenue aujourd'hui dans le tarif DRG. Pour atteindre une compensation adéquate, il s'agit maintenant de répertorier encore mieux les cas hautement complexes. A l'avenir, la comptabilité analytique optimisée devrait constituer la base pour fixer la base rate.

De toute évidence, il faut plus de concurrence

Marc Kohler, CEO de l'Hôpital Thurgau AG, plaide vigoureusement pour une réalisation conséquente des objectifs du nouveau financement hospitalier. Il aborda des détails déterminants, la sécurité et la satisfaction des patients au chapitre de la qualité, le médecin comme nouvelle valeur de référence, les données transparentes et la communication ouverte des résultats obtenus. Il postula en outre un prix de base uniforme à moyen terme et renvoya au positionnement nécessaire des fournisseurs de prestations hospitalières en fonction des exigences du marché: «Ceci signifie une individualisation de la médecine et un renforcement de la collaboration avec

les médecins ordonnant l'hospitalisation et les réseaux.»

«Face à cette nouvelle situation, il faut plus de négociations, plus de conventions et plus d'approbations par les cantons», ce qui constitue le revers de la médaille. Il s'est avéré en outre qu'il était extrêmement difficile de trouver du personnel de codage. De plus, les adaptations de l'IT constituaient un obstacle à ne pas sous-estimer. «Malgré cela, nous sommes rapidement parvenus dans le canton de Thurgovie à facturer automatiquement 96% des traitements, le reste étant principalement des regroupements de cas. Parce que nous saisissons entretemps nettement plus de données et que nous avons mis en place un système de reporting détaillé, un SIC intégré était également nécessaire. Celui-ci est de surcroît la condition technique pour définir et vérifier les pistes de traitement et la base pour lancer une nouvelle culture des processus.»

Kohler qualifia de particulièrement fâcheuses les interventions du Surveillant des prix lors de procédures de fixation des tarifs dans les cantons. Ici, les bornes acceptables seraient régulièrement dépassées et les fixations des tarifs seraient fortement entravées. «Ceci complique notamment la discussion se rapportant aux tarifs de l'année 2013. Au vu de ces interventions, nous avons aujourd'hui de facto un système de financement moniste.»

Il valait la peine d'agir à temps

«Celui qui s'était adapté suffisamment tôt aux nouveautés était bien inspiré», déclara Kohler en tirant le bilan. «Dans le canton de Thurgovie, nous avons eu, sur 10'000 factures hospitalières, seulement 150 demandes de précisions de la part des répondants des coûts et moins de 10 contestations. En outre, il s'avère aujourd'hui que le renforcement de l'organisation et de l'IT était impératif pour aborder l'amélioration nécessaire des processus de façon rapide et conséquente.»

Le routinier renvoya ensuite à la qualité des données absolument nécessaire, ce qui est d'une importance primordiale lors de l'examen du supplément d'investissement. Il est convaincu que «les 10% fixés actuellement ne suffisent en aucun cas. Nous devons peut-être introduire une procédure de fixation du supplément ou envisager à tout le moins une adaptation modérée et par étapes du pourcentage qui est aujourd'hui appliqué.»

Il resterait encore de nombreux problèmes à résoudre. Marc Kohler est préoccupé par les réglementations spéciales des cantons. «Elles ne reflètent pas la réalité. Des cantons versent des contributions sous divers titres qui, dans des cas extrêmes, augmentent le prix de base jusqu'à 2000 francs. Cela ne doit pas arriver parce que le vrai marché s'en trouve fortement perturbé.»

Il faut pouvoir comparer les données

Pour cette raison, Dr Michael Willer, membre de la Direction d'entreprise et responsable des prestations auprès d'Helsana, plaida pour une

poursuite conséquente des activités de la HSK. Il souligna le passage peu coûteux au système SwissDRG, la différenciation dans les négociations tarifaires par rapport aux concurrents et le processus de négociation transparent et cohérent. Toutefois, quelques procédures importantes de fixation des tarifs étaient encore en suspens, bien évidemment et principalement chez les hôpitaux universitaires (HUG, USZ et Hôpital de l'île). Ces établissements représentent 81% du volume des prestations de l'AOS durant la procédure de fixation en cours.

Le benchmarking reste un élément central

Michael Willer estime qu'une évaluation finale de l'évolution des coûts est encore prématurée. Cependant, les parts cantonales pour les cliniques privées compenseraient grosso modo la part des investissements à charge des assureurs. Aux yeux de Willer, les perspectives quant à l'évolution des coûts sont bonnes en général parce que les prix de base auraient tendance à baisser grâce au processus de benchmarking

et que les parts cantonales selon la LAMal augmenteraient progressivement jusqu'en 2017.

Pour la comparaison benchmarking, seuls 48% des hôpitaux ont pu être pris en compte, d'autres 39% avaient promis de fournir les données mais les assureurs n'avaient pas encore reçues les données ou n'ont pas encore pu les analyser. Quoi qu'il en soit, c'est dans la qualité des données que se trouve le fond du problème. Seuls 27% des hôpitaux ont livré des données entièrement transparentes pour les négociations dans une version complète d'ITAR-K. Une amélioration nette de cette situation est de mise car «nous voulons poursuivre notre stratégie de négociation en ce sens que le benchmarking avec les marges de tolérance reste la base des discussions.» Willer souligna la nécessité de cette procédure, la concurrence étant une nouveauté pour tous les intéressés. «Nous sommes toutefois en plein processus d'apprentissage où des optimisations peuvent être réalisées par étapes.»

Texte: Dr Hans Balmer



www.siemens.ch/buildingtechnologies

Comment assurer la sécurité globale de mes malades?

Avec le système de localisation des malades de Siemens, vous savez à tout moment où vos résidents se trouvent.

Les systèmes mobiles apportent à vos résidents une liberté maximum, moyennant la plus grande sécurité possible: par appui sur une touche, les résidents ou le personnel soignant peuvent déclencher un signal radio d'urgence, avec le nom de la personne

et le lieu actuel, afin que de l'aide puisse immédiatement être envoyée au bon endroit. Ceci tranquillise les proches et le personnel soignant, et assure plus de sécurité en exploitation quotidienne.

«Le marché nous réserve un bon accueil»

Interview de Clinicum avec Daniel Schmutz, CEO d'Helsana



Daniel H. Schmutz, CEO d'Helsana

Depuis 2011, grâce à la fondation de la communauté d'achat HSK, les hôpitaux peuvent négocier leurs tarifs pour l'assurance de base avec plusieurs partenaires du camp des assureurs. Daniel H. Schmutz, CEO d'Helsana, tire un bilan intermédiaire.

La communauté d'achat HSK existe depuis une bonne année: êtes-vous satisfait sur un plan général de ce que vous avez réalisé?

Daniel Schmutz: Nous pouvons être fiers du lancement de notre communauté d'achat. A ce jour, nous avons atteint les objectifs. Il est également important que nous nous entendions bien au sein de la HSK et que nous puissions décider rapidement, ce qui nous apporte l'agilité nécessaire. On peut dire dans l'ensemble que notre concept de négociation est très bien accueilli sur le marché.

Seul un quart des hôpitaux accorde, sur la base d'ITAR-K, une transparence complète quant aux structures de ses coûts. N'est-ce pas un peu peu et, au fond, une situation de départ insatisfaisante pour des négociations où la concurrence devrait être prise en compte de manière accrue?

On peut effectivement le regretter. Car ceci aboutit à des conventions tendanciellement moins favorables – notamment pour les hôpitaux. L'introduction de SwissDRG et le nouveau financement hospitalier constituent un grand pas pour les hôpitaux et les cantons et posent des exigences élevées à tous les responsables. On ne peut pas s'attendre à ce que l'état idéal soit déjà atteint le premier jour. Je suis persuadé que la transparence continuera de s'accroître. Ici, il n'est plus possible de faire machine arrière.

En regardant certains cantons, on doit constater que le nouveau financement hospitalier est sapé, ici et là, de façon ciblée. Cela ne devrait pas arriver. N'entendez-vous pas faire pression avec la HSK pour y mettre fin?

Les parties prenantes n'ont pas encore toutes assimilé leur rôle dans le nouveau financement hospitalier. Ceci nécessite encore un peu de temps. La HSK veut profiter de cette période pour améliorer la collaboration avec les cantons. Nous sommes en train d'approfondir les contacts correspondants, mais nous refusons catégoriquement toute ingérence dans la concurrence et les structures organisationnelles.

Dans quel laps de temps voyez-vous la réalisation de votre postulat portant sur la transmission électronique complète des données au service de réception des données?

La livraison des données est clairement réglée dans l'ordonnance. Nous solliciterons maintenant les données du côté de la HSK et, parallèlement à cela, nous mettrons en œuvre les mesures exigées en matière de certification.

Que pensez-vous des lamentations de divers hôpitaux et cantons qui se plaignent que les négociations actuelles avec différents partenaires seraient trop compliquées et extrêmement problématiques surtout pour les petites organisations?

Ce qui a commencé maintenant dans l'assurance de base est monnaie courante depuis belle lurette pour l'assurance complémentaire. Il va de soi que la mise en œuvre de la nouvelle réglementation est un projet exigeant pour tous les intéressés. Ceci est indéniable mais la situation se stabilisera. Au lieu de nous plaindre du surplus de charges initial qu'apporte la marge de manœuvre supplémentaire, nous devrions mieux exploiter la concurrence. Le fait que les organisations plus petites doivent également affronter la concurrence en fait partie.

Que se passerait-il si, demain, la Visana, la Concordia et la CSS – ensemble ou individuellement – désirent devenir membres de la HSK? Est-ce que vous les accepteriez? Ne serait-ce alors pas la fin de la concurrence visée dans le domaine tarifaire?

La HSK n'est pas une société fermée. En principe, nous sommes ouverts à la collaboration avec d'autres assureurs dans la mesure où ceux-ci partagent notre conception de relations partenariales avec les fournisseurs de prestations. Quoi qu'il en soit, cette question ne se pose pas en ce moment car, l'année prochaine, d'autres assureurs sont toujours liés à Tarifsuisse. Actuellement, nous attachons une attention particulière aux négociations en cours et voulons passer si possible de nombreuses conventions tarifaires. Si nous ne nous entendons pas sur des questions de principe, des fixations sont néanmoins possibles.

Objectifs de la communauté d'achat HSK 2012/13:

- Renforcer l'accent sur les négociations basées sur les données.
- Affiner le benchmarking.
- Maintenir une position modérée et favorable au partenariat.
- Demander des prix différenciés par le biais de processus simplifiés et d'une collaboration optimisée.
- Poursuite de la stratégie de négociation = benchmark avec marges de tolérance comme base de négociation.
- Comme en 2011, le benchmark HSK sera présenté de manière transparente (résultats publiés sur le site HSK).
- Pas de tarif unique pour tous les assureurs = différents tarifs possibles pour chaque communauté d'achat.
- Poursuite de la différenciation des prix sous SwissDRG.