

SUPSI

Planification des équipements hospitaliers coûteux: un regard économique-politique

Prof. Dr. Luca Crivelli, SUPSI/USI/SSPH+

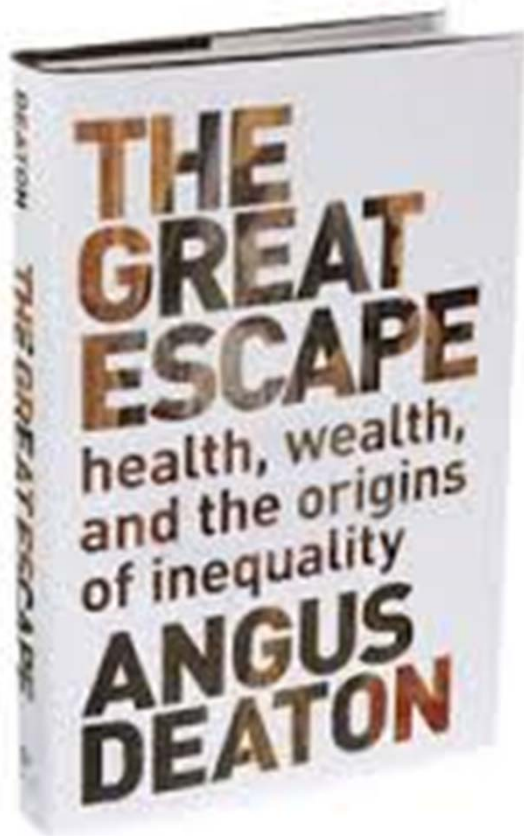
Dr. Iva Bolgiani, Département de la santé Canton du Tessin, Université de Genève



Plan de la présentation

1. Pourquoi le marché ne suffit pas en santé?
2. Planification – “*stewardship*” – “*leadership and governance*”
3. “*Medical arms race*” et risque de “*misuse*”
4. “*CON-regulation*” et impact de la clause du besoin sur la diffusion des appareillages
5. La planification des équipements médico-techniques coûteux: l'exemple du canton du Tessin
6. Nouveau contexte juridique (arrêt du TF du 16/12/2013)
7. Bilan et perspectives

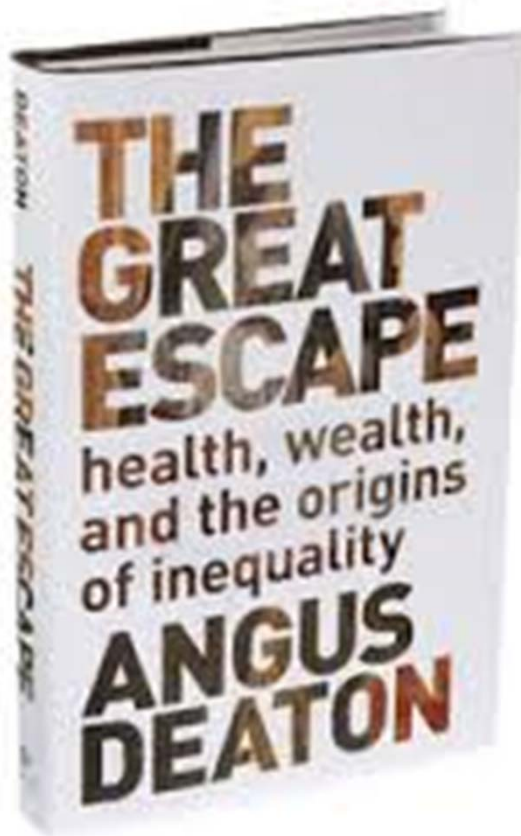
1. Dans la santé, le marché ne suffit pas



« Without ... government capacity and accountability – an effective administrative structure, cadres of educated bureaucrats, a statistical system, and a well-defined and enforced legal framework – it is difficult or impossible to provide a proper health-care system »

Angus Deaton (Princeton University), 2013

1. Dans la santé, le marché ne suffit pas



«People are not actually choosing how much to spend on health care in the way that they choose how much to spend on books or on vacations. Indeed people may not even be aware of what they are paying for health care, or what they are giving up to get it»

Angus Deaton (Princeton University), 2013

1. Raisons de l'insuffisance du marché dans la santé

- Dans le secteur de la santé, le marché faillit pour des raisons immanentes qui empêchent son fonctionnement. Les deux facteurs principaux sont :
 1. La souveraineté très limitée des consommateurs (à cause d'un problème d'information insuffisante et de leur dépendance envers ceux qui offrent les prestations, lorsqu'il s'agit d'établir leurs besoins de soins).
 2. Le système des prix est mis hors jeu par l'assurance maladie qui permet que le coût d'une prestation au moment de la consommation soit proche de zéro pour le patient (10% en Suisse, une fois dépassée la franchise).

2. Une régulation est donc nécessaire (planification)

- L'OMS parle de *stewardship*, tout en donnant une définition claire de ce concept dans le rapport 2000. Il s'agit de:
 - Élaborer une **vision stratégique** pour le système de santé et créer un consensus sur les moyens de concrétiser cette vision (coalition avec les groupes de citoyens/patients, les professionnels et d'autres acteurs clés);
 - Définir des normes et une **réglementation** appropriées;
 - Favoriser la **transparence**, la **responsabilisation** et la **gestion de la performance** grâce à la production de données et à la collecte d'informations pour éclairer l'action publique et évaluer les progrès accomplis.

2. D'autres auteurs parlent de « Leadership et Gouvernance »



ELSEVIER

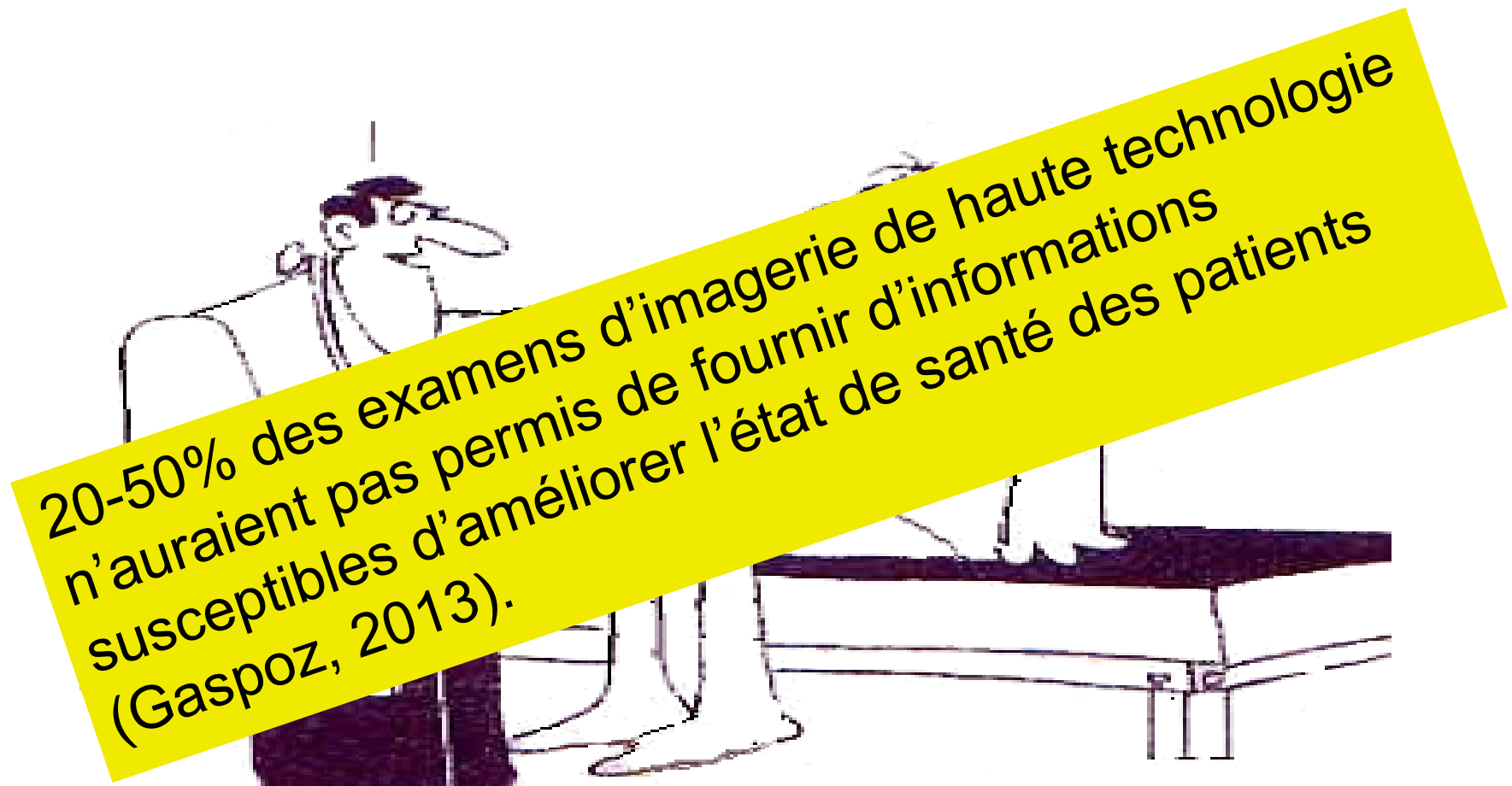
Contents lists available at SciVerse

U

- Les trois tâches suivantes doivent être cohérentes entre elles :**
- **setting priorities:** établir les axes prioritaires pour maintenir et améliorer la santé de la population
 - **monitoring performance:** évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs prioritaires (grâce à la mise à disposition des informations essentielles)
 - **holding to account:** assurer que les acteurs clés soient responsabilisés et rendent compte de leurs propres actions, par l'existence de mécanismes d'accountability (comme le marché, la démocratie ou le pouvoir des sanctions administratives).

3. «Medical arms race» et risque de «misuse»

- *“Hospitals do not compete on prices. They compete on technology and amenities. In trying to one-up each other to attract patients and doctors, they drive cost and price up”.* (Kessler and McClellan, 2000).
- Enthousiasme aux EU pour les screenings: proportion d'adultes qui préfèrent se soumettre à un “Total-body scanner” plutôt que recevoir un cadeau de 1000 \$: **73%**.
- En 25 ans, la dose de radiation médicale annuelle de la population a été multipliée par 7 (NEJM, 2009)



Vous semblez en forme mais on va vous faire une **échographie** un **scanner**, une **IRM** et une **mammographie**: vous verrez que nous serons en mesure de trouver quelque chose.

3. Un exemple de “medical arms race”



Contents lists available at ScienceDirect

Healthcare

journal

healthcare

Are hospitals

and

Hui

Meng

^a Department

^b New York

^c Division of

^d Robert F. Walter

^e Department of

^f Cancer Outcomes

United States

^g United States De

The surgical robot has been widely adopted in the United States in spite of its high cost and controversy surrounding its benefit. Some have suggested that a “medical arms race” influences technology adoption. (...) In fact hospitals were more likely to acquire a surgical robot during the robot's early adoption phase if their nearest neighbor had already done so.

CrossMark

Robert F. Walter^e,

NIH, Rockville, MD, 20852-7242, United States

(ER) Center, Division of General Internal Medicine, Yale University School of Medicine,

United States

3. En Suisse, «misuse» ne semble pas encore être un sujet de recherche important

- Published papers and Medline indexes that are coming from a Swiss medical author or institution, relating to medical practices carried out in Switzerland in the past 10 years :

N= 77478 (100%)

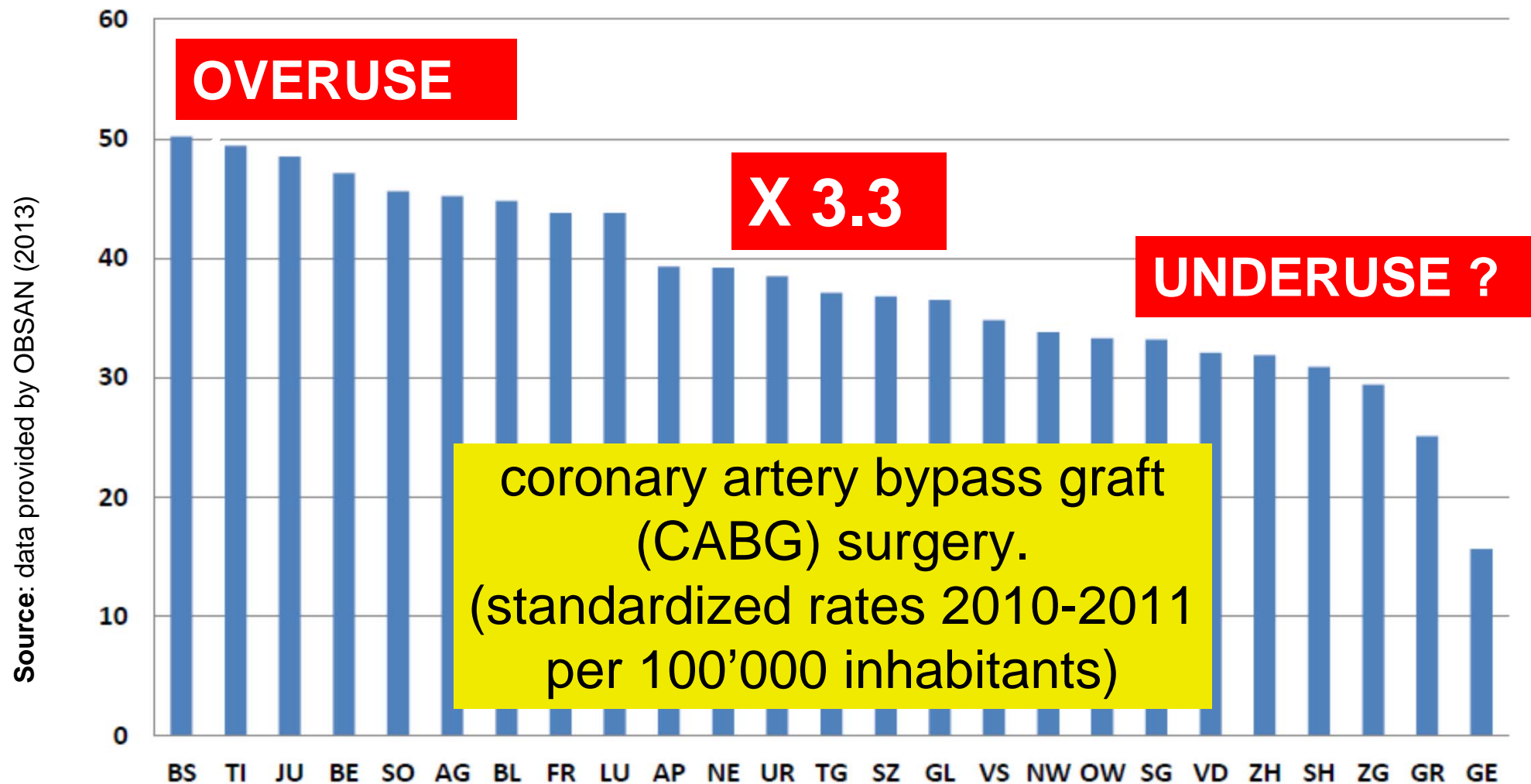
- MESH terms (Health Service Misuse OR Overuse OR Underuse OR Overprescription):

N= 11, but only 4 relevant (0.005%)

- MESH terms (Appropriateness OR Adequacy) :

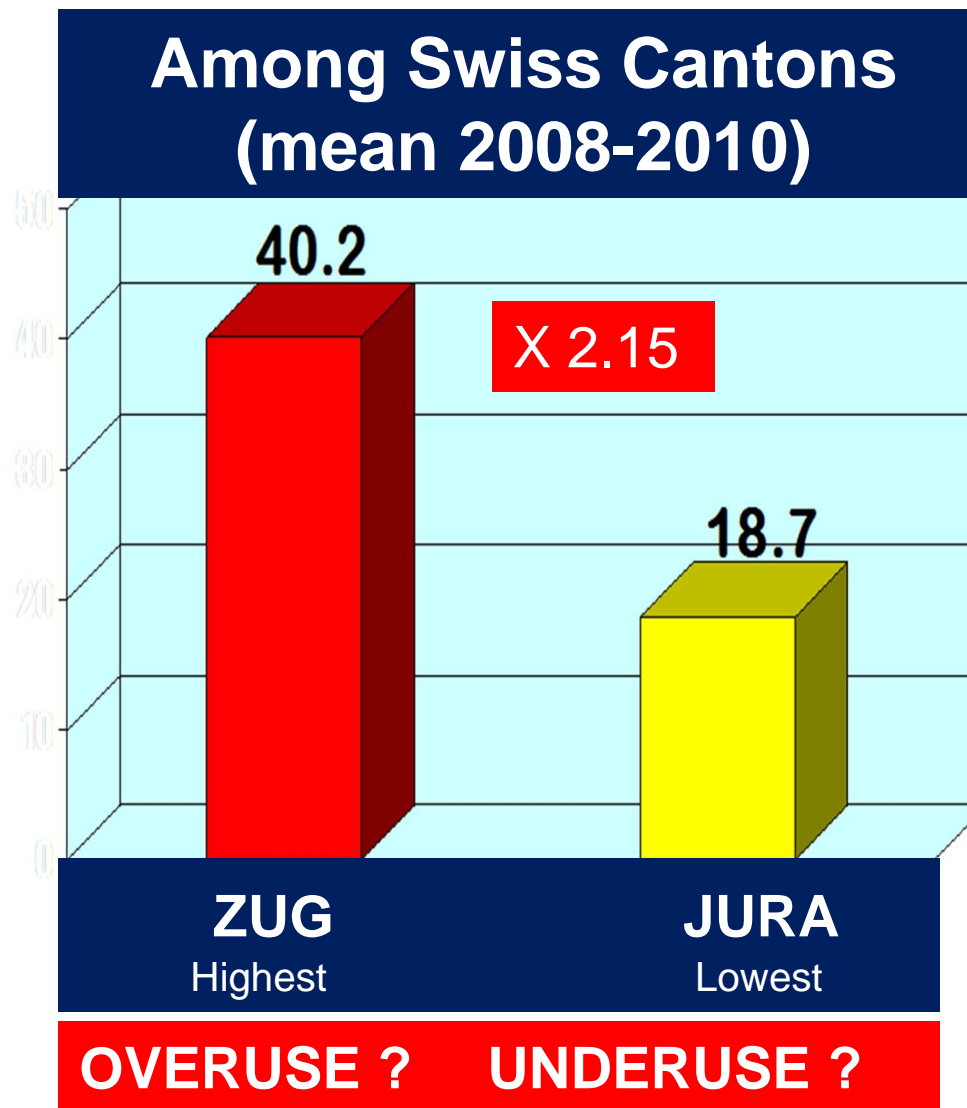
N= 51, but only 10 relevant (0.013 %)

3. Mais la variation régionale indique que «misuse» existe en Suisse



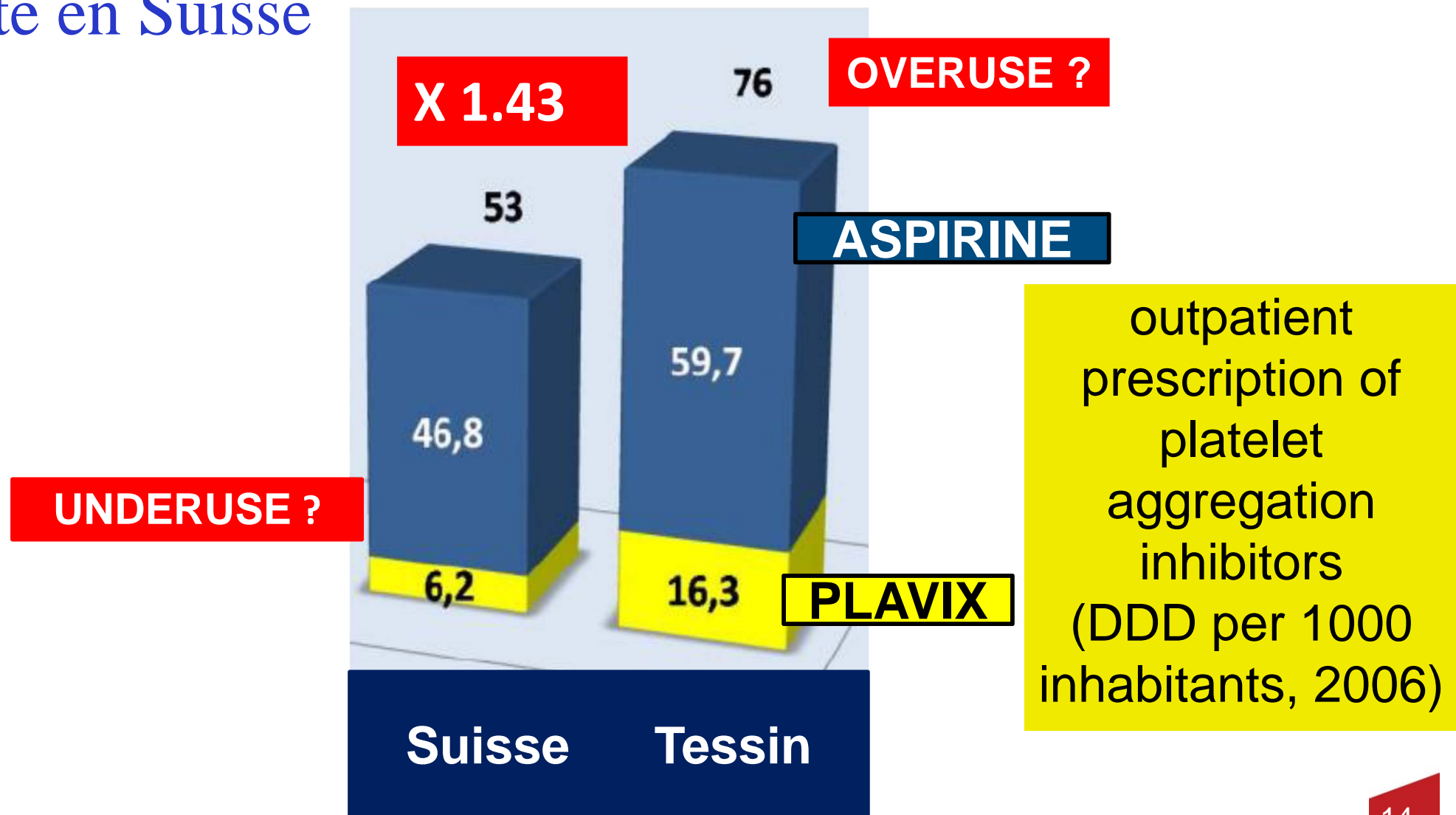
3. Mais la variation régionale indique que «misuse» existe en Suisse

caesarean sections rates per 100 live births

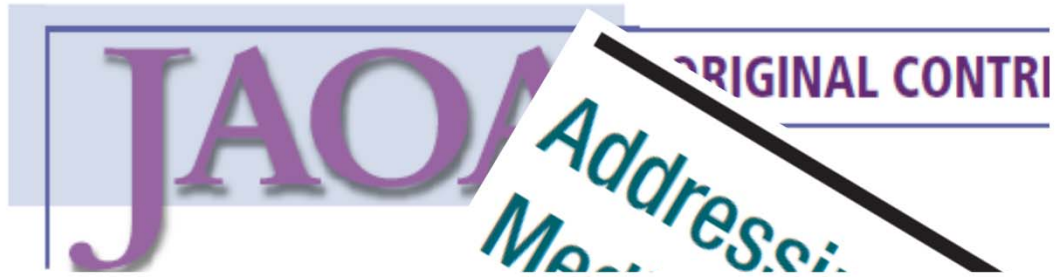


Source: OFS (2012)

3. Mais la variation régionale indique que «misuse» existe en Suisse



3. Les risques d'*overuse* dans le secteur de l'imaging



New York Times 30 January 2014

We Are Giving Ourselves Cancer

By RITA F. REDBERG and REBECCA SMITH-BINDMAN JAN. 30, 2014

imaging in the cancer
Our responsibility to (Now We Have





**Computed Tomography - An Increasing Source of Radiation
Exposure**

David J. Brenner, Ph.D., D.Sc., and Eric J. Hall

It has been estimated that about 0.4% of all cancer cases are attributable to the radiation from CT studies. As CT use increases, this estimate might be no longer accurate.

**1 CT scanner de l'abdomen = 400 RX conventionnelles.
Entre 1.5 et 2.0% des cancers peuvent être attribués
aux radiations des CT scanners**

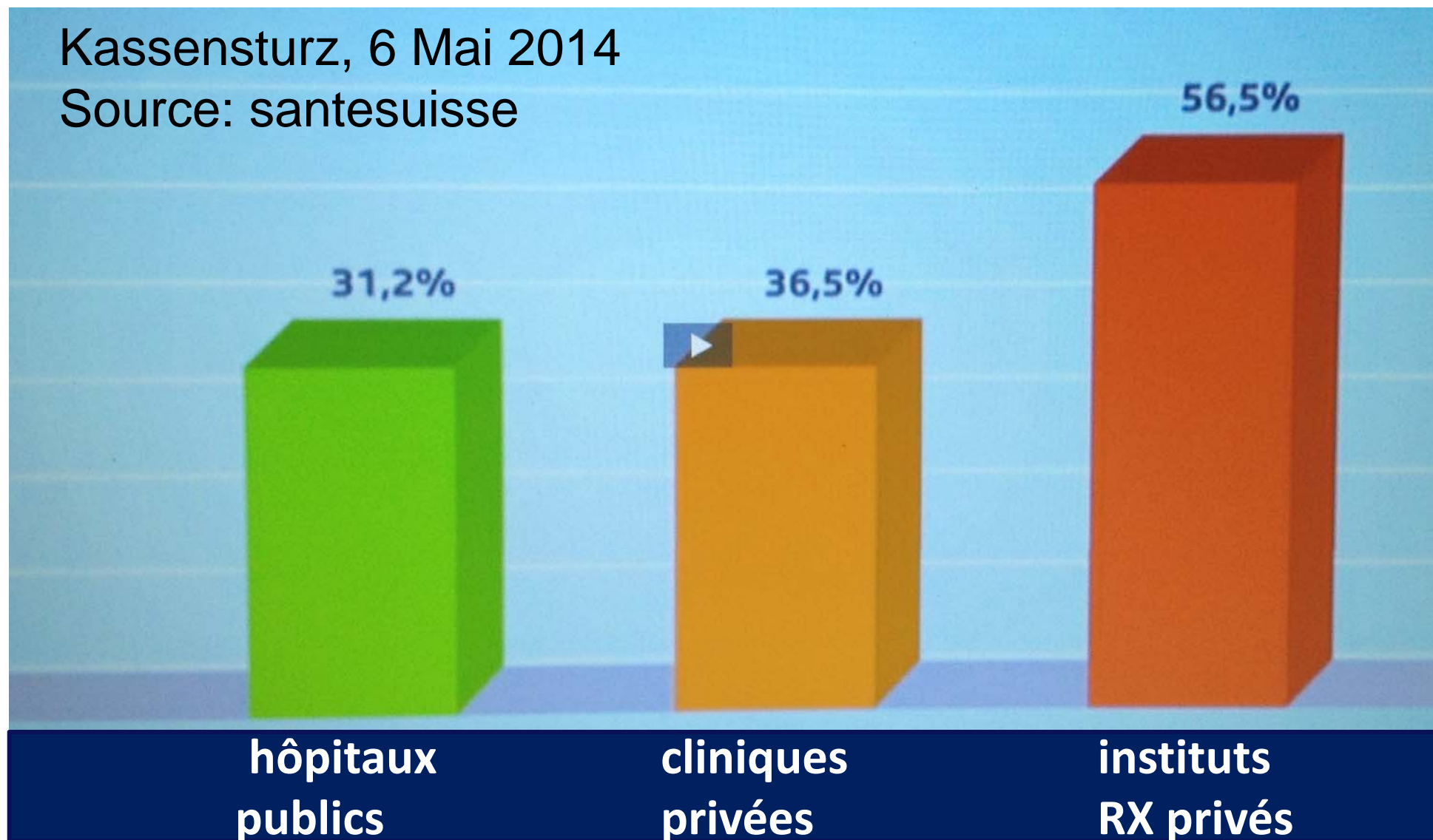
169 (NO. 22), DEC 14/28, 2009

**Computed Tomography Scans Performed
in the United States in 2007**

David J. Brenner, Mahadevappa Mahesh, Kwang-Pyo Kim, Mythreyi V. Subramanian, Rebecca Lewis, Fred Mettler, Charles Land

Overall, we estimate that approximately 29000 (95% UL, 15000-45000) future cancer cases are related to CT scans performed in the US in 2007. One-third of the projected cancers were due to scans performed at the ages of 35 to 54 years compared with 15% due to scans performed at ages younger than 18 years, and 66% were in females.

3. Double TAC 2013 (% du nombre total des patients)



3. *Overuse* dans l'imaging: the Choosing Wisely Initiative

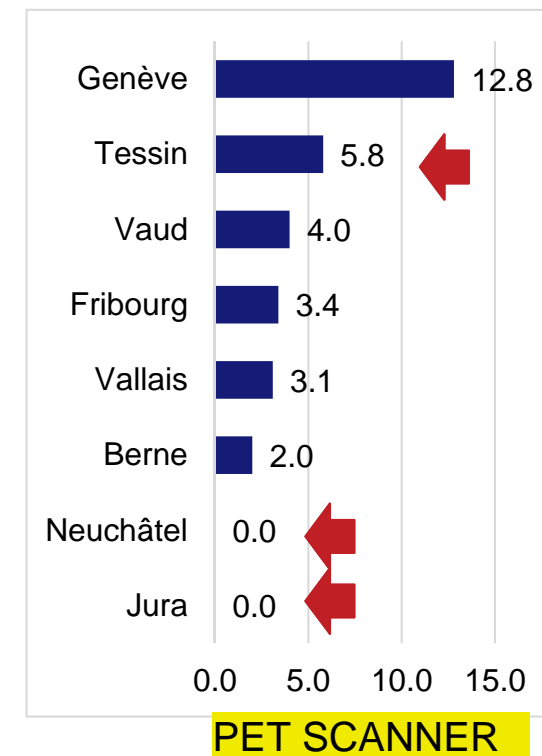
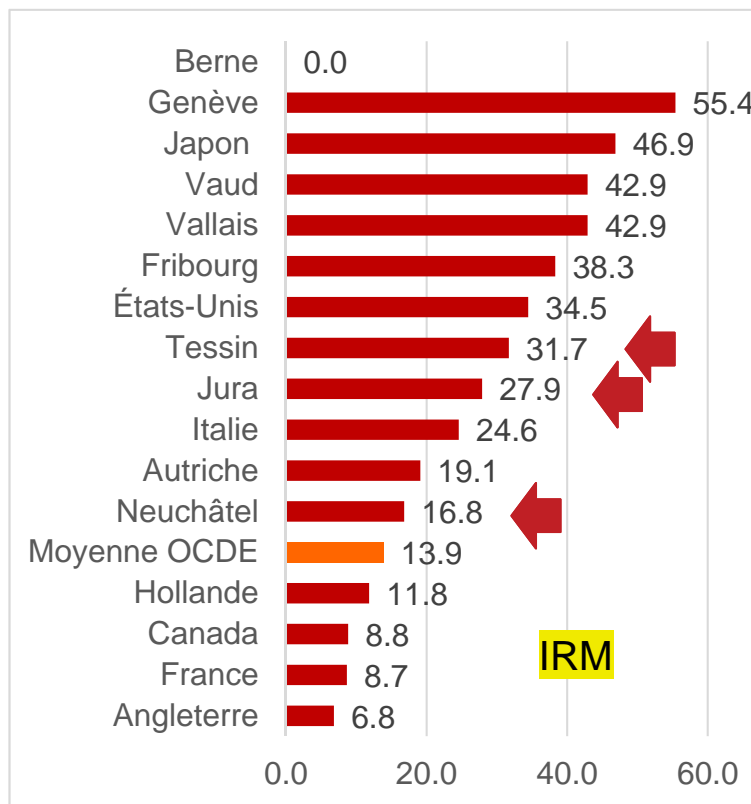
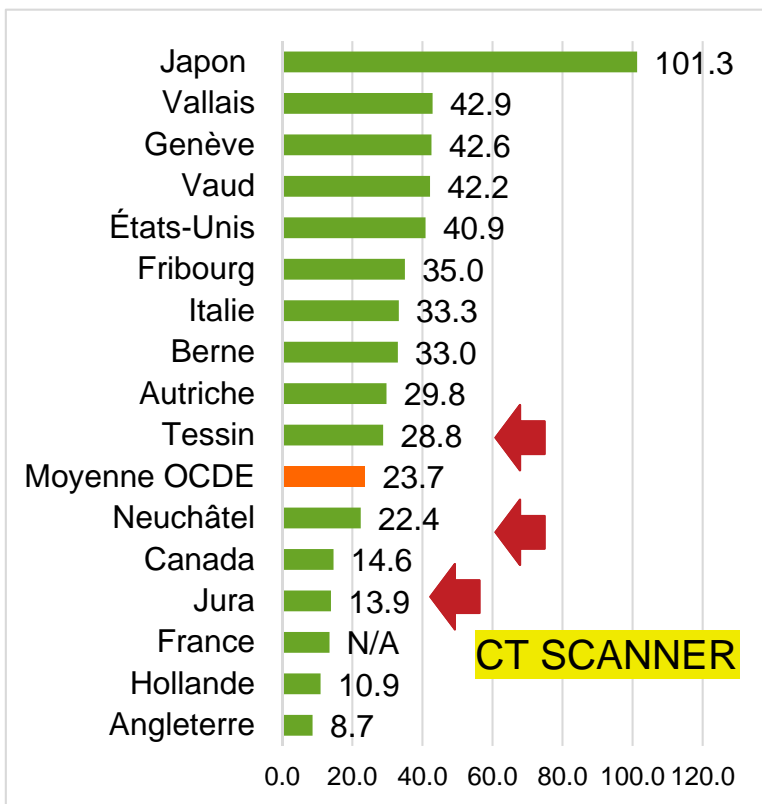
Table. Specific Imaging Tests in the Choosing Wisely Campaign That Are Believed to Be Overused

| Imaging Test | Sponsoring Organization | | |
|--|-------------------------|---|-----------|
| | | Stress cardiac imaging in patients without symptoms or high-risk markers for diabetes | ACC, ASNC |
| | | Regular stress cardiac imaging in asymptomatic patients during routine follow-up after treatment | ACC, ASNC |
| Imaging for headache in patients without risk factors for structural problems | ACR | Stress cardiac imaging during preoperative assessment for low-risk noncardiac surgery in patients with low to intermediate risk for CAD | ACC, ASNC |
| Imaging for suspected pulmonary emboli in patients with low pretest probability; should perform D-dimer test first | ACR, ACP | Echocardiography for routine follow-up in patients with low-risk native heart valve disease | ACC |
| Routine preoperative chest radiography in patients without cardiopulmonary symptoms | ACR, ACP | Brain CT or MRI after simple syncope without neurologic abnormalities | ACP |
| CT for suspected appendicitis in children; should perform ultrasonography first | ACR | Repeated CT in patients with abdominal pain who meet Rome III criteria for the functional abdominal pain syndrome and whose symptoms have not changed | AGA |
| Follow-up imaging of small, simple adnexal cysts <1 cm in diameter in postmenopausal women or <5 cm in diameter in younger women | ACR | PET, CT, or radionuclide bone scans in staging early prostate cancer unless the patient is at high risk for metastasis | ASCO |
| CT of sinuses in uncomplicated acute rhinosinusitis | AAAAI | PET, CT, or radionuclide bone scans in staging early breast cancer unless the patient is at high risk for metastasis | ASCO |
| Imaging in patients with low back pain in the absence of red flags | AAFP, ACP | | |
| DEXA for suspected osteoporosis in women <65 y and men <70 y in the absence of risk factors | AAFP | | |

4. Certificate-of-Need (CON) Regulation

- Réglementation ancienne qui a été introduite dans les années 60/70 dans le secteur hospitalier américain (1964 NY, 1972 au niveau fédéral).
- Le principe fondamental des CON est que l'augmentation des coûts de la santé peut être contrôlée par des restrictions gouvernementales sur la duplication inutile des installations médicales. Afin de mettre en œuvre ce principe, les CON prévoient que personne ne peut offrir un nouveau service de santé sans avoir obtenu au préalable un certificat de nécessité (**clause du besoin**).
- Trois cantons suisses (**Neuchâtel, Tessin et Jura**) ont appliqué un concept similaire pour planifier les équipements très coûteux.

4. Densité des appareillages (No/million d'habitants)



Cantons latins 2014, pays OCDE 2012

5. La planification des équipements médico-techniques coûteux: l'exemple du canton du Tessin

- **26 mars 2001**: entrée en vigueur de l'Arrêté législatif concernant l'autorisation des appareillages médico-techniques de diagnostic ou de soins à technologie avancée ou particulièrement coûteuse (clause du besoin)
 - 27 juillet 2004: première révision (transparence des décisions, liste des appareillages, composition de la Commission)
 - 23 mars 2010: deuxième révision (densité normative à la suite également de trois décisions du Tribunal administratif)
 - Arrêté sujet à évaluation (tous les 3 ans, en vigueur jusqu'au 31.12.2015)

5. Clause du besoin: éléments principaux

- **Objectifs – deux importants intérêts publics:**
 - Eviter les surcapacités – induction de la demande de prestations diagnostiques et/ou thérapeutiques (maîtrise des coûts sanitaires).
 - Garantir la qualité des prestations fournies (police sanitaire).
- **Champ d'application:**
 - Au secteur public et privé – prestations stationnaires et ambulatoires.
 - Instrument de pilotage des prestations ambulatoires.
- **Définition des appareillages:**
 - Appareillages particulièrement coûteux, qui ne font pas partie de la dotation ordinaire d'une structure et qui nécessitent du personnel particulièrement qualifié.
 - IRM, CT-SCAN, angiographie digitale, PET (*Positron Emission Tomography*), SPECT, minéralométrie, appareillages de radiothérapie, lithotriptideur, salles opératoires,...
 - Appareillages dont le coût d'acquisition est supérieur à 1 mio. de frs.

5. Clause du besoin: éléments principaux

- **Critères pour l'obtention de l'autorisation:**
 - Par principe l'autorisation est attribuée, sauf:
 - si le besoin est déjà couvert ($O > D$ – densité / comparaisons internationales, nationales et intercantionales; listes d'attentes);
 - si celui qui utilise l'appareillage ne dispose pas des qualifications professionnelles nécessaires.
- **L'autorisation peut également être subordonnée à la stipulation d'une convention entre sujets publics et privés.**
- **L'autorisation est attribuée pour l'acquisition d'appareillages dont un privé ou une institution publique, reconnue sur la liste hospitalière, doit se doter pour respecter un mandat de prestations.**

5. Clause du besoin: bilan

- **Depuis 2001:**

- 77 demandes
- 69 décisions positives (41 substitutions – 28 nouvelles acquisitions, dont 12 salles opératoires)
- 3 décisions négatives:

ATTENTION: le Conseil d'Etat s'est prononcé de manière négative dans 7 décisions:

- 1 sans recours
- **6 recours:** 4 décisions du Tribunal administratif cantonal ont désavoué la décision du Conseil d'Etat, 2 ont confirmé la décision du Conseil d'Etat (1 après la deuxième révision de l'Arrêté législatif)
- 3 en suspens
- 2 requêtes d'information

5. Bilan: considérations générales

- **Effet dissuasif (+)**: malgré le grand nombre de demandes, le canton du Tessin a réussi à contenir l'augmentation exponentielle d'appareillages médico-techniques (densité par rapport à la moyenne suisse et internationale).
- **Incertitude juridique (-)**: depuis 2001 deux révisions de l'Arrêté législatif, contexte d'incertitude après les décisions du Tribunal administratif élément important.
- **Différences cantonales (-)**: absence de législation au niveau fédéral, domaine réglementé par trois cantons (NE, JU, TI).

5. Nouveau contexte médical

- **Evolution du contexte médical:** évaluations pour une utilisation inappropriée des appareillages médico-techniques

Augmentation des initiatives mises en œuvre afin de sensibiliser les patients et les médecins



5. Nouveau contexte médical

Quelques exemples

Patients:

- <http://www.pasderayonssansraisons.lu/fr/content/index.php> (LUX, B)
- [Come creare collegamenti ipertestuali in PowerPoint](#) (F)

Associations médicales / médecins / radiologues

- http://www.rsna.org/radiology_cares/ (Radiology Society of North America)
- www.imagingpathways.health.wa.gov.au/ (Government of Western Australia, Department of Health)
- http://www.cadth.ca/media/pdf/PFDIESLiteratureScan_e_es.pdf / [http://www.imagingteam.ca/Appropriate use of Medical Imaging in Canada.pdf](http://www.imagingteam.ca/Appropriate_use_of_Medical_Imaging_in_Canada.pdf) (Canada, Agence canadienne de Technology Assessment)
- <http://www.sfrnet.org/sfr/professionnels/5-referentiels-bonnes-pratiques/guides/guide-bon-usage-examens-imagerie-medicale/index.phtml> (Société française de radiologie)
- <http://www.acr.org/Quality-Safety/Appropriateness-Criteria> (American College of Radiology)
- <http://www.slowmedicine.it/pdf/Scheda%20SIRM.pdf> (Société italienne de radiologie)

6. Nouveau contexte juridique

Arrêt du Tribunal fédéral du 16 décembre 2013 (2C_123/2013)

- Cas concernant le canton de Neuchâtel.
- Première décision du TF sur le sujet (séance publique, délai de publication des motivations) – cas de principe.

Deux questions fondamentales:

- 1) *En raison du fait que le domaine de l'assurance maladie est réglementé sur le plan fédéral, les cantons sont-ils libres d'adopter des règles qui restreignent la liberté de pratiquer des fournisseurs de soins?*
- Une loi cantonale peut subsister dans un domaine particulier si elle poursuit un autre but que celui recherché par le droit fédéral (pp. 6-9). « La LAMal réserve des compétences aux cantons s'agissant de la maîtrise des coûts de la santé, notamment en cas d'augmentation de ces derniers ». Les cantons conservent également une compétence résiduelle dans le domaine de la garantie de la qualité et de l'examen de l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire prend en charge.

6. Nouveau contexte juridique

Arrêt du Tribunal fédéral du 16 décembre 2013 (2C_123/2013)

- Perméabilité des systèmes (liste LAMal - hors liste / ambulatoire – stationnaire) «Même dans les secteurs échappant aux dispositions strictes de la LAMal en matière de planification hospitalière cantonale, un canton doit pouvoir, dès lors que les prestations d'examens peuvent être fournies de manière ambulatoire de sorte à être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, soumettre l'acquisition des appareils techniques lourds en cause (IRM et CT-SCAN) à une autorisation ».

6. Nouveau contexte juridique

Arrêt du Tribunal fédéral du 16 décembre 2013 (2C_123/2013)

2) Si le régime d'autorisation cantonal est licite, est-ce qu'il constitue une restriction de la liberté économique? Si oui, quelles sont les conditions pour que cette restriction soit appliquée?

- En raison de la restriction à la liberté économique de la recourante, il faut :
 - Avoir une base légale suffisante.
 - Evaluer l'intérêt public poursuivi:
 - o but de politique sociale : freiner l'augmentation des primes sur le terrain de l'assurance obligatoire des soins;
 - o but de police sanitaire : assurer un nombre suffisant de patients par unité d'équipement, ce qui permet aux professionnels de la santé de manipuler régulièrement ces appareils afin de maintenir un niveau adéquat de compétence (sécurité des patients).

6. Nouveau contexte juridique

Arrêt du Tribunal fédéral du 16 décembre 2013 (2C_123/2013)

- Respecter le principe de proportionnalité (règle de l'aptitude, règle de la nécessité)
 - o densité cantonale supérieure à la densité nationale;
 - o délai d'attente court;
 - o potentiel d'amélioration organisationnel.

7. Bilan et perspectives

- **Contexte:** le nouveau contexte médical et juridique favorise l'adoption de normes juridiques qui règlent l'acquisition d'appareillages médico-techniques (voir également la nouvelle réglementation sur le pilotage du secteur ambulatoire) .
- **Gouvernance:** des réflexions doivent être effectuées sur l'opportunité d'élargir la « clause du besoin » au niveau national (gouvernance du système de santé et cohérence des politiques publiques). Nécessité d'un cadre juridique commun.
 - Nécessité de disposer d'un organe national en matière de *Health Technology Assessment* (évaluation des technologies de santé) – renforcement des liens entre l'approche scientifique et le processus de décision politique.
- **Politique vs. juridique:** les Tribunaux (cantonaux et fédéral) deviennent des acteurs incontournables dans la définition de l'allocation des ressources hospitalières.

7. Bilan et perspectives

- **Planification globale vs. planification sectorielle:** se questionner quant à l'opportunité de poursuivre des planification sectorielles ou élargir le concept de planification à d'autres domaines (ambulatoire vs. hospitalier, secteur ambulatoire hospitalier).
- **Planification vs. concurrence:** vers une concurrence réglementée? (planification cantonale et libre choix du patient au niveau national).

