

VEILLE

**Financement hospitalier: ce qui changera
dès janvier prochain pour les assuré-es**

Par Sandra Spagnol, juriste à l'ARTIAS

Août 2011

Le nouveau mode de financement des hôpitaux, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2012, introduira de nombreuses nouveautés pour les patientes et les patients. Au nombre de celles-ci, on peut mentionner le libre-choix d'un établissement hospitalier dans toute la Suisse. La libre-circulation des patients et des patientes sera toutefois limitée pour celles et ceux des assurés ne disposant que de l'assurance obligatoire des soins: ils devront choisir un établissement «*agrée*» par le canton de siège de l'hôpital. Au surplus, ces mêmes assuré-es pourraient devoir s'acquitter d'une partie de la facture.

La révision partielle de la LAMal (Loi fédérale sur l'assurance-maladie), qui porte sur le nouveau mode de financement hospitalier entrera en vigueur le 1^{er} janvier prochain. Qu'est-ce qui changera concrètement pour les patient-es à partir de cette date? Et les assuré-es doivent-ils s'attendre à une hausse de leur prime? Les avis divergent, selon que l'on considère le point de vue des assureurs ou celui des cantons. Néanmoins, il apparaît que tous les assuré-es ne seront pas les grands gagnants de cette réforme.

En 2007, le Parlement a donné son feu vert à un nouveau mode de financement des hôpitaux. Cette réforme était pour l'essentiel contenue dans la 2^e révision complète de la LAMal, qui a échoué devant le Parlement en 2003. Or, dans cette révision avortée, le Conseil fédéral se préoccupait avant tout de l'aspect des coûts¹: l'évaluation faite huit ans après l'entrée en vigueur de la LAMal (en 1996) montrait que les objectifs n'étaient pas été atteints s'agissant de la maîtrise des coûts.

Sous l'impulsion du conseiller fédéral en charge de la Santé d'alors (DFI), Pascal Couchepin, le Conseil fédéral optait pour la politique des petits pas et scindait la réforme de l'assurance-maladie en plusieurs volets. Celui des hôpitaux était l'un d'eux. Le gouvernement, considérant au surplus que la nouvelle réglementation du financement hospitalier n'avait pratiquement pas été contestée devant les Chambres lors de la révision avortée de la LAMal, remettait rapidement l'ouvrage sur le métier. Mais trois navettes entre les deux Chambres et une conférence de conciliation ont été nécessaires avant que le Parlement n'adopte le nouveau financement hospitalier en décembre 2007.

Les principales modifications

Quelles sont les principales modifications prévues? Et quels effets auront-elles sur les patient-es et assuré-es sachant que les inconnues restent forcément nombreuses à ce jour et que les travaux ne sont pas terminés? A titre d'exemple, les cantons n'ont pour l'essentiel pas arrêté la liste des établissements qu'ils s'approprient à reconnaître et, partant, à financer.

- **Libre-choix de l'établissement hospitalier dans toute la Suisse:** dès le 1^{er} janvier prochain, les patient-es au bénéfice de l'assurance de base pourront choisir un établissement public ou subventionné hors de leur canton de domicile, voire même un établissement privé s'il figure sur la liste du canton où l'hôpital a son siège.

Cette libre-circulation des patient-es est toutefois limitée au choix d'un hôpital «*agrée*» par cet autre canton. Elle ne comprend pas le libre-choix du médecin, par

¹ FF 2004 5211

exemple, cette possibilité restant réservée aux personnes pouvant se prévaloir d'une assurance complémentaire. Au surplus, le canton de résidence de l'assuré-e et l'assureur ne prendront en charge le traitement que jusqu'à concurrence du tarif en vigueur dans le canton de domicile du patient ou de la patiente.

Aujourd'hui, les assuré-es au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins ne sont admis dans un hôpital d'un autre canton que pour «*raisons médicales*» (art. 42 al. 3 LAMal). Ils doivent à ce titre obtenir une autorisation délivrée par leur canton de résidence.

Au regard de quelques observateurs, la libre-circulation des patient-es pose un vrai problème: la transmission des données médicales du ou de la patiente. Un accord est intervenu début juillet entre les assureurs (Santésuisse) et les hôpitaux (H+). Le compromis trouvé entre les deux partenaires prévoit que le diagnostic complet sera transmis aux assureurs, cela à des fins de contrôle des factures. Et qu'il ne sera transmis aux médecins-conseils des assurances qu'avec l'accord de l'intéressé-e.

Les membres de H+, qui avaient jusqu'à mi-août pour se prononcer, ont massivement rejeté l'accord et demandé que des limites plus claires soient fixées dans la transmission de données médicales aux assureurs. Il revient dès lors au Conseil fédéral d'intervenir.

Certes, selon l'art. 42 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations, soit l'hôpital, doit remettre à l'assureur une facturation détaillée et compréhensible pour lui permettre de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Mais la révision de la LAMal prévoit l'introduction de forfaits par cas: on ne financera plus les hôpitaux, mais leur prestation au patient-e.

Les hôpitaux, les médecins et les préposés cantonaux à la protection des données s'opposaient à la transmission des données médicales, avant tout au nom du secret médical, mais aussi en raison de l'éventualité que certains assureurs n'utilisent ces informations à des fins de sélection des risques dans le domaine des assurances complémentaires.

Reste à voir ce qu'en dira le Conseil fédéral, qui doit encore se prononcer.

- **Introduction de forfaits par cas:** début juillet toujours, les assureurs et les hôpitaux ont trouvé un accord dans la perspective de l'introduction du système des forfaits par cas, SwissDRG. Chaque séjour hospitalier sera classé dans un groupe de pathologies en fonction de la sévérité du cas présenté par le ou la patiente. Sur la base de cet accord, les partenaires tarifaires peuvent désormais négocier les montants des tarifs.

En d'autres termes, on passe d'un système de remboursement des coûts hospitaliers générés au système de rémunération des prestations fournies. Approuvée par le Conseil fédéral, la structure tarifaire uniforme sur le plan fédéral permet de rémunérer les prestations effectivement fournies par l'hôpital et vise à augmenter la transparence des coûts et, donc, à comparer les hôpitaux entre eux,

répondant ainsi à un impératif de la LAMal: l'efficacité et l'économicité des prestations délivrées (art. 56 LAMal).

L'introduction de forfaits par cas doit permettre, à terme, aux patient-es de choisir un établissement en fonction notamment du nombre d'interventions pratiquées, du délai d'attente, etc.

Reste que le système SwissDRG comprend, outre un coût relatif (pour chaque groupe de cas), un prix de base (c'est-à-dire un coefficient), lequel est négocié entre assureurs et cantons, parfois même entre établissements hospitaliers eux-mêmes et assureurs. Cela signifie donc que la facturation finale pourra varier entre les cantons, voire entre les établissements. Et que l'assuré-e pourrait être amené, le cas échéant, à payer le solde excédentaire de la facture après paiement par l'assureur et le canton de domicile de l'assuré-e de leur part respective. Il vaudra donc la peine de se renseigner au préalable...

- **Prise en charge des coûts à 55% au moins par les cantons et à 45% au maximum par les assureurs:** actuellement, la loi mentionne que 50% des coûts d'exploitation sont à charge de l'assurance obligatoire des soins, ce qui signifie implicitement que le solde incombe aux cantons.

Le nouveau financement hospitalier fixe à 55% au moins la part des forfaits par cas financée par les cantons, donc par les impôts, et à 45% au maximum la part financée par les assureurs-maladie, donc par les primes. Toutefois, la participation des assureurs sera également étendue aux coûts d'investissement – exception faite des investissements qui seraient consentis pour des seules considérations politiques (maintien des hôpitaux régionaux, par exemple). Les investissements sont aujourd'hui entièrement supportés par les cantons.

Evidemment, ce n'est pas encore le système moniste que réclament les assureurs (un système moniste implique qu'il n'y ait qu'un seul agent payeur, comme c'est le cas pour les soins ambulatoires). Mais l'inclusion des assureurs dans les investissements est peut-être un moyen détourné pour permettre à ces derniers d'avoir un regard sur la planification hospitalière, pourtant inscrite dans la LAMal, mais tellement difficile à mettre en œuvre par les cantons.

Des délais transitoires sont prévus. Les cantons ont cinq ans pour s'adapter. Ils ont la possibilité durant cette phase d'abaisser leur contribution au-dessous de 55% - soit d'abaisser leur part jusqu'à 45%, à la condition d'avoir des primes inférieures à la moyenne. En Suisse romande, tous les cantons ont fixé leur part à 55%, sauf Fribourg (47%) et le Valais (52,5%).

Certains cantons, et pas seulement en Suisse romande, sont soupçonnés de profiter de l'opération pour abaisser temporairement leur part et gonfler celle qui est à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, donc, des assuré-es. Quant aux assureurs, ils seront davantage sollicités s'agissant de l'assurance obligatoire des soins. Mais ils pourront espérer trouver compensation dans les assurances complémentaires.

Selon Santésuisse, l'organe faïtier des assureurs, les clés de répartition retenues par l'immense majorité des cantons induiront une hausse des primes. En Suisse romande, les incidences seraient les suivantes: la hausse de prime est estimée à 4,7% à Fribourg, 4,5% à Genève, 2,8% à Neuchâtel, 2,5% dans le canton de Vaud, 1,7% en Valais et 0,5% dans le Jura².

- **Hôpitaux figurant sur la liste:** les cantons doivent, dans un délai de trois ans, dresser une liste des établissements auxquels ils paieront la part inscrite dans la loi. Cette liste peut comprendre, outre des établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, des hôpitaux privés. Autrement dit, les cantons paieront des prestations aux organismes privés. Dans la plupart des cantons, les listes des établissements admis à fournir des prestations au sens de l'assurance de base doivent encore être établies.

En résumé, le nouveau système de financement instaure une double concurrence: entre les hôpitaux publics et privés d'une part; dans et hors canton d'autre part.

Que faut-il retenir du nouveau financement hospitalier? Quelle économie et pour qui?

La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)³, par la voix de son président Pierre-Yves Maillard, estime que le nouveau mode de financement pourrait charger les assureurs à hauteur de 400 millions de francs par année – ce qui équivaut à une hausse de 2% des primes. La facture à charge des cantons pourrait, elle, s'élever à 1 milliard de francs.

Malgré tout, les prédictions restent difficiles, tant elles dépendent de facteurs qui, aujourd'hui, ne sont pas connus.

Ainsi, il est difficile de savoir si les assuré-es joueront, ou non, la carte de la libre-circulation. Le cas échéant, le canton de domicile de ces patients devrait non seulement payer nombre de prestations «extra cantonales», mais aussi un équipement hospitalier existant.

A l'inverse, les cantons qui auraient fait le choix de pondérations basses pourraient être amenés à connaître un afflux de patient-es, ce qui se traduirait par une hausse des coûts hospitaliers.

² [santesuisse](http://santesuisse.ch)

³ Le Temps, mardi 17 mai 2011