

Prise de position

Révision de la LAMal: projet de financement des hôpitaux

Etat actuel: Ce projet est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Les nouveautés essentielles entreront en vigueur après un délai de transition de trois ans, début 2012.

Points centraux de la révision

La principale nouveauté est la modification du financement des prestations stationnaires. Pour les séjours à l'hôpital, tous les coûts ne seront plus couverts, mais rémunérés au moyen de forfaits par cas basés sur le diagnostic médical (DRG). Lorsqu'il s'agit de déterminer un groupe de cas, le critère le plus important est le diagnostic principal; parallèlement, d'autres critères, comme les diagnostics secondaires, les complications, les traitements/opérations ainsi que l'âge et le sexe, entrent en ligne de compte. L'organisation commune SwissDRG a été créée pour la définition de la structure tarifaire. Les tarifs prennent en compte aussi bien les coûts d'exploitation que ceux d'investissement.

En outre, la participation aux coûts des cantons (55%) et des assurances-maladie (45%) sera réglée de façon unitaire au 1^{er} janvier 2012. Les cantons ayant un niveau de primes inférieur à la moyenne peuvent fixer leur part de remboursement plus bas et devront l'augmenter progressivement jusqu'à atteindre 55% au bout de cinq ans.

Un autre point de la révision prévoit un traitement égalitaire des hôpitaux publics et privés sur les listes cantonales des hôpitaux ainsi que le libre choix de l'hôpital par les assurés/es. Ces derniers auront la possibilité de le choisir librement dans toute la Suisse parmi les listes des hôpitaux. Toutefois, le canton et les assurances-maladie remboursent au maximum le tarif en vigueur au lieu de domicile du patient/de la patiente, en cas de traitement dans un hôpital hors du canton. Les éventuels frais supplémentaires sont à la charge des personnes assurées (ou de leur assurance complémentaire hospitalière).

Position de Visana quant au nouveau financement des hôpitaux

Visana est en grande partie satisfaite par la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux. Elle salue particulièrement l'introduction de forfaits par cas liés à des prestations et donc le passage à une rémunération basée sur les prestations, ainsi que le

traitement financier égalitaire de tous les hôpitaux des listes. Cela permet aux assurés/es de choisir librement parmi tous les hôpitaux de Suisse figurant sur les listes.

Malheureusement, le Parlement n'a pas éliminé le financement différencié pour les prestations de traitements stationnaires et ambulatoires. Certaines incitations financières erronées persistent donc. Visana demande que les prestations stationnaires soient financées par un seul agent payeur (monisme).

Avec la répartition des coûts entre cantons (55%) et assurances-maladie (45%), la nouvelle réglementation du financement des hôpitaux engendre des coûts supplémentaires pour les caisses-maladie. Ceux-ci sont essentiellement liés au délai transitoire de cinq ans qui a été accordé aux cantons dans lesquelles l'évolution des primes est inférieure à la moyenne suisse. Le fait de ne pas charger les cantons concernés avec les redevances permet à ceux-ci de profiter du délai de transition pour transférer les coûts sur les payeurs de primes.

Relevons également que le libre choix de l'hôpital conduit à une plus grande concurrence entre les hôpitaux. Visana espère que cela permettra de juguler les coûts, même si le Parlement a jusqu'à maintenant renoncé à la séparation institutionnelle des divers rôles assumés par les cantons, qui est pourtant urgemment nécessaire.

Fabian Baer, Communication d'entreprise