



# Politique de la santé: un pas en avant

**La nouvelle réglementation du financement hospitalier devient réalité. Après des années de discussions et débats, il s'est trouvé lors de la session d'hiver 2007 une majorité tant au Conseil national qu'au Conseil des Etats pour adopter la nouvelle réglementation du financement hospitalier. On peut en attendre une amélioration du contrôle des coûts dans le système de santé suisse.**

La nouvelle réglementation du financement hospitalier est un élément central de la révision en cours de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). La part des coûts de soins hospitaliers à la charge de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) tombant sous

la nouvelle réglementation du financement hospitalier s'élève à quelque 5 milliards de francs.

### Comparaison à l'aune des forfaits par cas

La nouvelle réglementation du financement hospitalier telle qu'elle a été décidée par le Conseil national et le Conseil des Etats lors de la récente session d'hiver a plusieurs points d'attaque. Dans un but d'efficacité renforcée, l'accent ne sera plus mis sur le financement de coûts, respectivement sur le règlement de déficits, mais bien plutôt sur la rémunération de prestations précises. Désormais, les soins hospitaliers et le séjour à l'hôpital seront payés sur la base de forfaits par cas reposant sur le diagnostic médical. Un tel diagnostic peut être, par exemple, «appendicite». Les forfaits par cas comprennent les frais d'exploitation comme aussi les investissements.

Leur calcul se fera de façon unitaire pour toute la Suisse. Cette procédure permettra à l'avenir de comparer les coûts d'une opération de l'appendicite entre les différents hôpitaux. A long terme, on peut s'attendre à une diminution de l'écart entre ces coûts.

### Garantie des soins et répartition des coûts

Autre nouveauté, des contributions des fonds publics seront versées aux hôpitaux publics et privés pour les forfaits par cas, dans la mesure où ces hôpitaux sont intégrés dans la planification hospitalière cantonale. La planification cantonale doit s'étendre à toutes les prestations et garantir des soins à toutes les personnes disposant de l'assurance de base. La répartition des coûts entre le canton et l'assurance-maladie est en plus fixée dans la loi; le canton devra à l'avenir payer au minimum 55 % des forfaits par cas, la part restante étant à la charge de l'assurance de base.

### Amélioration de la compensation des risques

Avec l'introduction des forfaits par cas, il faudra aussi prévoir une adaptation de la compensation des risques, qui dans sa forme actuelle présente certaines faiblesses. Les forfaits journaliers ainsi que les forfaits par unité de soins que l'on connaît aujourd'hui ne font pas la distinction entre les diagnostics légers et les cas lourds; ils réunissent donc des traitements peu onéreux et des traitements occasionnant des coûts importants. Les forfaits journaliers ainsi que les forfaits par unité de soins égali-

sent donc aujourd'hui, du moins partiellement, les différences de coûts entre des traitements qui varient fortement dans leurs prix. Avec l'introduction de forfaits par cas reposant sur le diagnostic médical et prenant donc en compte le poids du traitement, une telle égalisation des coûts ne sera à l'avenir plus possible.

Au vu de cela, le Conseil national et le Conseil des Etats ont décidé d'affiner la compensation des risques existant en même temps qu'aurait lieu l'introduction des forfaits par cas. Aux critères de l'âge et du sexe s'ajoutera en plus celui d'un séjour à l'hôpital ou dans un établissement médico-social accompli au cours de l'année précédente. Ce nouvel aspect de la compensation des risques entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, date à laquelle seront aussi introduits les forfaits par cas.

La Visana approuve pleinement les décisions pour une nouvelle réglementation du financement hospitalier et un affinement de la compensation des risques: il s'agit de la réalisation de mesures que les assureurs-maladie exigeaient depuis longtemps.

**Bernhard Wyss**

**Economiste de la santé**

### Accord sur un contre-projet

L'initiative populaire «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base» prévoit le transfert d'une partie des prestations de l'assurance obligatoire des soins vers le domaine des assurances complémentaires non soumis à l'obligation. Toutefois, le texte de l'initiative ne détermine pas clairement les prestations qui devraient être transférées. C'est pourquoi le Conseil national et le Conseil des Etats ont adopté lors de la session d'hiver 2007 un contre-projet à cette initiative, avec pour but de fixer dans la Constitution certains éléments centraux de l'assurance-maladie. L'initiative ayant déjà été retirée par ses auteurs, on ne votera, au cours de cette année, que sur le contre-projet.