

LA RÉFORME NATIONALE DU FINANCEMENT HOSPITALIER

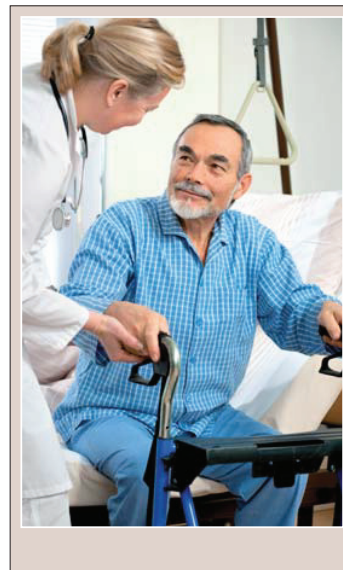
M. Léonard Blatti | Service de la santé publique, Neuchâtel

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales approuvaient la révision de la LAMal pour sa partie relative au financement hospitalier. La LAMal révisée est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 mais la mise en œuvre des principales modifications est prévue pour 2012.

Les principaux axes de cette révision portent sur:

1. le choix de l'hôpital pour le patient;
2. le mode de rémunération des prestations;
3. la planification hospitalière;
4. les régimes de financement des prestations;
5. la reconnaissance des maisons de naissances.

Les chapitres ci-dessous sont extraits du Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS), du 27 juin 2011.



1. LE CHOIX DE L'HÔPITAL POUR LE PATIENT

Jusqu'au 31 décembre 2011

En Suisse, la libre circulation des patients était limitée par les règles relatives au remboursement des prestations de soins de la LAMal qui, outre les limitations liées aux prestations elles-mêmes, prévoyait des limites géographiques à leur remboursement. Ces limites étaient nationales mais également cantonales.

Ainsi, si un patient souhaitait être hospitalisé hors de son canton de domicile, les coûts de la prestation qu'il recevait n'étaient que partiellement couverts à mesure que l'assurance obligatoire des soins (AOS) participait au financement de la prestation jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de domicile. Le solde était porté à la charge du patient (ou à celle de son assurance complémentaire). Pour les hospitalisations justifiées pour des raisons médicales (urgences et prestations non disponibles dans le canton), le canton de domicile assumait ces coûts si le patient avait demandé et obtenu une garantie de paiement par laquelle le canton s'engageait à payer sa part à la prestation.

Une autre limitation à la libre circulation des patients était liée au statut juridique des institutions. En effet, l'accès aux cliniques privées était en général restreint aux patients bénéficiant d'une assurance complémentaire privée. Certaines cliniques figuraient cependant sur la liste hospitalière cantonale ce qui leur donnait droit à un financement de la part de l'AOS et, dans des cas bien précis, à un financement étatique.

Depuis le 1^{er} janvier 2012

Dès le 1^{er} janvier 2012, les assurés ne disposant que de l'AOS peuvent choisir librement, dans toute la Suisse, les hôpitaux qui figurent sur la liste hospitalière de leur canton de résidence ou sur celle du canton où se situe l'hôpital (hôpitaux répertoriés). Par cette décision, les chambres fédérales ont souhaité introduire une concurrence accrue entre hôpitaux puisque les frontières cantonales disparaissent en grande partie. Cette libre circulation des patients est caractérisée par la prise en charge systématique par le canton de domicile de sa part de financement de la prestation.

De plus, avec cette révision, le statut juridique de l'institution n'importe plus. Les structures subventionnées et privées sont mises sur un pied d'égalité. Cela ne signifie pourtant pas une prise en charge de tous les patients traités en clinique privée.

Alors qu'il n'était jusqu'au 31 décembre 2011 tenu de financer que les prestations réalisées hors canton pour des raisons médicales et qu'il subventionnait les hôpitaux reconnus d'utilité publique de son canton, l'Etat doit désormais participer au financement de toutes les prestations réalisées au bénéfice de sa population, dans un établissement reconnu ou non d'utilité publique, pour autant que celui-ci figure sur la liste hospitalière du canton de domicile du patient ou sur celle du canton où il se situe. Les cantons financent dès lors les soins de leur population et non plus des infrastructures avec leurs coûts d'exploitation.

Notons cependant que la liberté du choix de l'hôpital peut être restreinte par des considérations financières. En effet, le canton de domicile et l'AOS ne sont tenus de participer au financement des prestations réalisées dans un hôpital hors canton qu'à concurrence du tarif applicable dans un hôpital du canton de domicile du patient. Concrètement, si un patient subit une intervention dans l'hôpital Y situé hors canton dont le tarif est de 12'000.- alors que le tarif de l'Hôpital neuchâtelois (HNe), qui propose la même prestation et qui est situé dans son canton de domicile, est de 10'000.-, le patient (ou son éventuelle assurance complémentaire) sera appelé à couvrir la différence tarifaire de 2'000.-.

Enfin, lorsqu'elles ne figurent pas sur une liste cantonale (hôpital non répertorié), les cliniques privées ont la possibilité de conclure des conventions avec les assureurs-maladie pour une prise en charge par l'AOS. Dans ce dernier cas de figure, le canton n'est pas tenu de participer au financement de la prestation.

2. LA RÉMUNÉRATION DES PRESTATIONS

Jusqu'à présent, la loi ne précisait rien quant au mode de rémunération des prestations hospitalières. Les partenaires tarifaires se mettaient d'accord sur ce sujet (ex. forfaits par cas et par service, forfaits journaliers ou forfaits liés aux prestations).

La LAMal révisée (art. 49, al. 1) consacre les forfaits liés aux prestations comme mode de rémunération général, mais pas exclusif, des traitements hospitaliers. Bien que ce mode de financement devienne la norme, elle autorise toutefois, dans le respect de la répartition des coûts entre l'AOS et le canton, le recours à un financement par le biais d'une enveloppe globale.

Elle prévoit en outre que ces forfaits par cas doivent reposer sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Pour le moment, seul le domaine des soins aigus somatiques répond à ces nouvelles exigences, en lien avec l'adoption des SwissDRG. Par contre, aucun système de financement lié aux prestations n'a encore pu être défini dans les domaines de la psychiatrie, de la réadaptation et de la gériatrie. Des projets sont toutefois en cours d'élaboration au niveau national.

Dès l'introduction du financement à la prestation généralisé au niveau suisse, les tarifs appliqués aux assureurs-maladie devront inclure deux nouveaux éléments financiers. Ainsi, les coûts des investissements et de la formation non universitaire, qui étaient jusqu'à présent entièrement à la charge des cantons, seront désormais pris en compte dans le calcul du tarif et donc répartis entre cantons et assureurs-maladie.

3. LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

La planification hospitalière s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de la LAMal depuis son introduction en 1996. Elle doit tenir compte des besoins de la population et vise à définir, par le biais d'une liste, quels sont les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS. Cette pratique générale n'est pas modifiée dans la législation révisée.

Certains changements sont toutefois apportés dans la manière de procéder à la planification. Ainsi, les critères de planification sont édictés par le Conseil fédéral dans les articles 58a à 58e de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995 et s'ajoutent à ceux déjà existants à l'art. 39 LAMal. A titre d'exemple, la planification liée aux prestations est désormais obligatoire pour le secteur des soins aigus somatiques.

Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences (planification sur la base des prestations, application des critères édictés par le Conseil fédéral, etc.) prévues dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits par prestations (SwissDRG). Celle-ci étant fixée au 1^{er} janvier 2012, le délai pour la mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière est fixé au 1^{er} janvier 2015 au plus tard.

4. LES RÉGIMES DE FINANCEMENT

Jusqu'à présent, la LAMal confiait la couverture d'une partie des coûts des hospitalisations à l'AOS. Il n'y était pas fait mention du devoir de participation des cantons, sous réserve des hospitalisations hors canton. C'est donc par défaut que ces derniers finançaient les coûts d'exploitation des hôpitaux subventionnés figurant sur leur liste hospitalière.

Sous le régime de la LAMal révisée, ce n'est plus la part des assureurs qui est fixée mais celle des cantons. Ainsi, l'art. 49a, al. 2 LAMal prévoit que la part minimale des coûts hospitaliers à charge des cantons s'élève à 55% (dès l'introduction des SwissDRG le 1^{er} janvier 2012). Il est toutefois précisé que les prestations sont prises en charge par les assureurs-maladie et le canton selon leur part respective. L'AOS prend donc en charge au maximum 45% des coûts de la prestation.

Par ailleurs, la LAMal révisée introduit une nouvelle règle de financement selon laquelle les tarifs hospitaliers ne doivent plus correspondre à une part de la couverture des coûts imputables, mais à la rémunération des prestations fournies par l'hôpital (abandon du principe de la couverture des coûts et passage à un système de financement des prestations). La rémunération de ces prestations devra être prise en charge à raison de leur part respective par les assureurs-maladie, par le canton de domicile de l'assuré, par les éventuels assureurs complémentaires ou encore par le patient. La nouvelle règle de financement sera également étendue aux hôpitaux privés non subventionnés, à condition qu'ils correspondent à la planification déterminante.

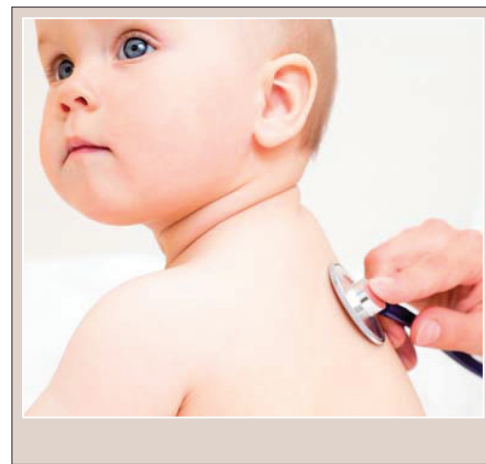
Avec ces changements, il convient désormais de différencier les prestations dites «individuelles», qui sont rémunérées par le biais des forfaits par cas, des prestations dites «d'intérêt général» ou «collectives», dont la rémunération est exclue des forfaits par cas. Les prestations individuelles correspondent aux soins, examens et traitements à l'hôpital, réalisés au profit d'un patient en particulier alors que les prestations d'intérêt général correspondent aux activités déployées au service et à la demande de la collectivité et non d'un patient en particulier, car non liées à une consommation directe. La LAMal identifie notamment deux exemples de prestations collectives: le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et la recherche et la formation universitaire.

Les prestations d'intérêt général sont exclues du financement par l'AOS (art. 49, al 3 LAMal). Cette situation prévaut déjà aujourd'hui.

Conformément aux dispositions transitoires de la LAMal révisée, et dans le cadre fixé ci-avant, les cantons doivent fixer leur part à la rémunération avant le 31 mars 2011. Ceux dont les primes d'assurance-maladie sont inférieures à la moyenne suisse peuvent fixer leur part de financement entre 45 et 55 pour cent. A partir du 1^{er} janvier 2012, ils ont encore 5 ans (soit jusqu'au 1^{er} janvier 2017) pour augmenter leur part à 55%. Cette disposition ne concerne cependant pas le canton de Neuchâtel dont les primes d'assurance-maladie sont supérieures à la moyenne suisse.

5. LES MAISONS DE NAISSANCES

Depuis le 1^{er} janvier 2009, les maisons de naissances figurent sur la liste des fournisseurs de prestations qui sont admis, en vertu de la LAMal, à pratiquer à charge de l'AOS. Le texte révisé prescrit que non seulement l'accouchement dans une maison de naissances mais aussi le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissances constituent des prestations à charge de l'AOS.



Pour être reconnues comme prestataires au sens de la LAMal, les maisons de naissances doivent satisfaire à certaines contraintes de sécurité et doivent remplir, par analogie, les exigences posées aux hôpitaux. Par ailleurs, elles doivent être organisées de sorte qu'elles puissent réagir de manière adéquate face à des urgences médicales. Les maisons de naissances seront soumises aux exigences en matière de planification déjà prévues aujourd'hui dans la LAMal pour les hôpitaux et les EMS. Le délai est fixé au 1^{er} janvier 2015 pour les intégrer à la planification cantonale.