

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

43.225\Spi~

30 mai 2005

Modèle de financement hospitalier de la CDS

Principes fondamentaux d'un futur financement hospitalier assorti d'éléments de concurrence

1 Contexte du modèle présenté

La révision du financement hospitalier présentée par le Conseil fédéral, comprenant une rémunération duale fixe des prestations, et les débats préliminaires en cours de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) forment le contexte actuel de la discussion au sein de la CDS. Dans sa réponse à la consultation du 9.7.2004, la CDS a rejeté le projet de financement hospitalier dual fixe. La CSSS-E est en train d'examiner le passage direct à un modèle de financement moniste. Dans cette optique la CDS a soumis la question du financement moniste à une **appréciation critique**.

Deux modèles de base d'un financement moniste ont été examinés:

- Modèle relevant du **régime de régulation existant**, dans lequel les cantons ne font que transférer aux assureurs les flux financiers.
- Modèle avec **concurrence régulée**, dans lequel les hôpitaux jouissent d'une liberté de contracter.

Ces deux modèles de base s'appuient sur ceux que le Prof. Robert E. Leu a élaborés en 2003 dans son rapport au sein du groupe de pilotage de l'OFAS sur la 3^{ème} révision de la LAMal, sous-projet « Financement hospitalier moniste ».

De l'avis du comité directeur de la CDS, les deux modèles examinés n'étaient pas concluants. Fort de l'appréciation critique susmentionnée, le comité directeur de la CDS en conclut

- que des gains d'efficacité ne pourront guère être réalisés par un financement moniste dans le régime de régulation actuel, c'est-à-dire par une simple réorientation des flux financiers, et
- qu'au moyen d'un financement moniste assorti d'un système de concurrence régulé, la sécurité de la prise en charge et le système d'assurance sociale sont remis en question au sens d'une prise en charge qualitative et quantitative suffisante de l'ensemble de la population. En outre, se posent des questions de politique nationale délicates en relation avec la compétence en matière de planification et de budget et avec la délégation de l'acquisition de prestations par les cantons.

Le comité directeur de la CDS ne considère pas comme des options dignes d'être retenues les modèles monistes "issus du régime actuel de régulation" et "relevant d'une concurrence régulée". La CDS les rejette quant à leur orientation générale.



2 Principes fondamentaux du modèle de financement hospitalier de la CDS

Le 19.8.2004, le comité directeur de la CDS a approuvé les lignes directrices d'un nouveau modèle de financement hospitalier et, le 27.1.2005, les principes fondamentaux de ce modèle.

Il est admis que la discussion actuelle sur le financement moniste est à considérer comme une tentative d'introduire davantage **d'éléments de concurrence** dans le système de santé. D'une manière générale, on en attend un ralentissement de l'évolution des coûts et une capacité innovatrice accrue. Aux yeux du comité directeur de la CDS, c'est le modèle de financement hospitalier de la CDS qui permet le mieux d'accéder au désir d'une concurrence accrue tenant compte de la sécurité de l'offre sanitaire pour l'ensemble de la population.

Le modèle de la CDS prévoit que les **parts de financement** des financeurs actuels, à savoir les cantons, l'assurance obligatoire des soins (AOS) et les assureurs complémentaires (LCA) demeurent presque identiques (neutralité du financement). On suppose aussi que tous les financeurs participeront en proportion à la future croissance des coûts.

Les cantons remplissent le mandat qui leur est accordé par la constitution de garantir la sécurité de la prise en charge, en déterminant l'offre indispensable des **divisions communes** des hôpitaux et en octroyant les **mandats de prestations détaillés**. L'obligation de contracter existe dans ce domaine. Indépendamment des organes responsables des hôpitaux, cette offre est subventionnée de manière ciblée par les cantons et donc remboursée également en fonction des prestations. De plus, les cantons régissent l'offre minimale et maximale au moyen de la **planification-cadre**.

Les contributions de base actuelles des cantons aux divisions privées et semi-privées d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics sont ainsi abolies, supprimant du même coup les inégalités de traitement entre hôpitaux publics et privés.

Les deniers publics des cantons sont affectés en guise de subvention ciblée aux divisions communes et à la recherche et l'enseignement universitaires.

Les assureurs-maladie complètent, par contrat, d'autres hôpitaux ou de leurs divisions privées et semi-privées l'offre de prestations pour lesquelles il existe un mandat de la part des cantons pour les divisions communes. Dans ce domaine règne la **liberté de contracter** ; or il s'agit de prendre en compte la planification-cadre cantonale. Les cantons peuvent exonérer de la liberté de contracter les hôpitaux nommément désignés, dont l'offre est aussi indispensable en division privée et semi-privée afin de garantir la prise en charge de la population.

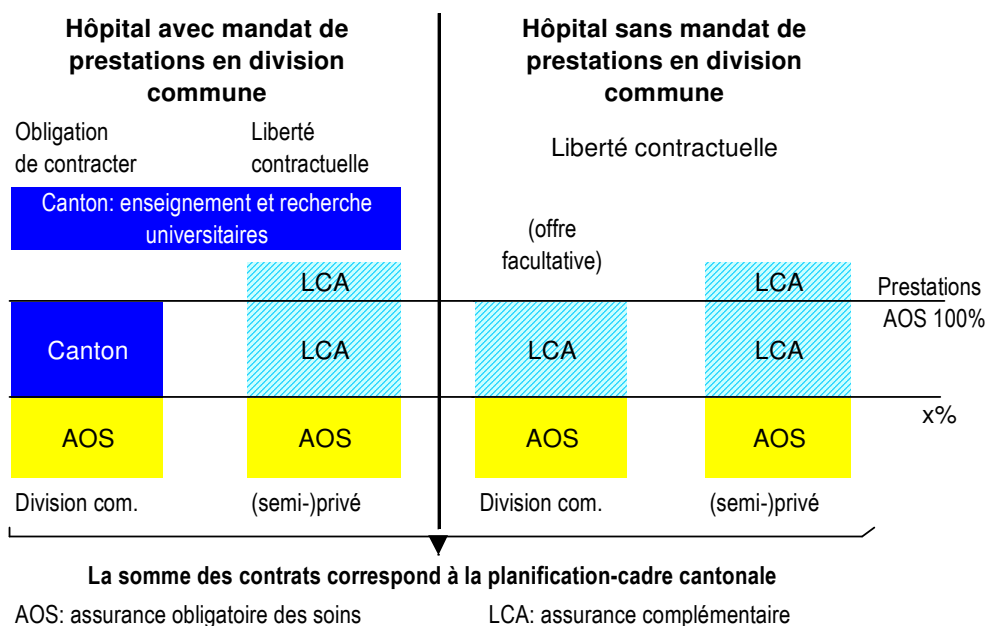
L'AOS verse une **contribution** dans toutes les divisions d'hôpitaux en possession d'un mandat de prestations du canton ou de l'assureur. Cette contribution, exprimée en pour cent des coûts imputables, est la même pour toute la Suisse après une période transitoire. La contribution de l'AOS est donc indépendante de la division ou de l'organisme responsable d'un hôpital. Elle sera déterminée en sorte que la neutralité du financement soit assurée pour tous les financeurs. La contribution de l'AOS comprend des suppléments pour charges d'investissement ainsi que pour les prestations d'intérêt public, exception faite de **l'enseignement et de la recherche universitaires** qui sont financés séparément par le canton. S'agissant des prestations de la division commune selon le mandat de prestations détaillé, la contribution de l'AOS couvre avec les subventions cantonales ciblées la totalité des coûts. En plus de la contribution AOS, les prestations des divisions privées et semi-privées sont remboursées par l'assurance complémentaire.

Le modèle de financement hospitalier de la CDS se réfère uniquement au traitement hospitalier. Dans son document « Financement moniste – évaluation critique », la CDS a constaté qu'à l'hôpital des distorsions présumées par certains entre traitement ambulatoire et hospitalier ne pouvaient pas être évitées par un financement moniste des deux domaines. Si, par contre, des prestations à l'hôpital sont financées autrement qu'en pratique privée, il



s'ensuivrait alors une distorsion de la concurrence dans le secteur ambulatoire, ce qui aurait des conséquences funestes pour les médecins en pratique libre.

Présentation schématique du modèle de financement hospitalier de la CDS



Dans le détail et au regard des éléments de concurrence qu'implique le modèle, celui-ci comprend les principes fondamentaux suivants:

(A) Pierres angulaires:

1. Il n'est fait aucune distinction selon la forme juridique de l'hôpital.
2. Les assureurs-maladie versent les mêmes contributions pour toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS).
3. Il est fait une distinction entre division commune, d'une part, et division privée ou semi-privée, d'autre part.
4. En division commune, le canton attribue un mandat de prestations détaillé et participe à son financement par des subventions ciblées. Ces prestations sont donc l'objet d'un financement dual, c'est-à-dire qu'aux prestations de l'assurance-maladie viennent s'ajouter les subventions du canton. Dans ce domaine sévit une obligation de contracter.
5. La liberté de contracter règne en division privée ou semi-privée¹, les assureurs tenant compte des planifications-cadre des cantons. Dans ce domaine, les contributions de l'AOS sont complétées par les contributions de l'assurance complémentaire.

(B) Planification:

1. Afin de garantir la sécurité de la prise en charge, les cantons établissent une planification hospitalière au sens d'une planification-cadre pour l'ensemble de la population. Celle-ci comprend l'offre minimale et maximale requise que les assureurs-maladie sont tenus de garantir.
2. Les prestations des divisions communes considérées comme indispensables sont planifiées par un mandat de prestations détaillé et assorties d'obligations. Les cantons désignent les prestations spécialisées supplémentaires nécessaires à la prise en charge.

¹ Ceci est également valable pour les divisions communes sans mandat de prestations du canton.



3. Il n'est pas émis de prescriptions de planification pour les divisions privées et semi-privées, pas plus que des mandats de prestations ne sont attribués.
4. Les hôpitaux sans mandat de prestations détaillé requièrent comme par le passé une approbation de police sanitaire. La liste hospitalière cantonale comprend ainsi tous les hôpitaux en mesure d'assurer la prise en charge sanitaire de la population.

(C) Financement:

1. Les traitements en division commune des hôpitaux avec mandat de prestations du canton sont financés selon le système dual par les assureurs AOS et les cantons, indépendamment de l'organisme responsable de l'hôpital. Après une période transitoire il sera introduit une clé de répartition financière unifiée au niveau suisse (dual fixe).
2. Les cantons financent la formation et la recherche universitaires séparément.
3. Les rémunérations duales renferment un supplément pour les charges d'investissement et pour les autres prestations d'intérêt public.
4. Le financement entre les primes et les impôts sera réparti de manière qu'il n'en résulte globalement aucun transfert des parts de financement.
5. Les assureurs de l'AOS paient pour tous les hôpitaux soumis à prestation la même contribution en pour cent pour les prestations AOS. Ils sont tenus à prestations pour celles fournies en division commune sur mandat du canton et pour celles des hôpitaux ayant passé convention avec l'assureur respectif.
6. Les assurés LCA ou les patients privés rémunèrent les autres prestations ou leurs coûts.

(D) Eléments de concurrence:

1. S'applique le principe du financement lié aux prestations.
2. Par cette offre, les hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations détaillé pour leur division commune sont soumis à l'obligation de contracter. Le canton a intérêt à attribuer les mandats de prestations détaillés pour la division commune aux hôpitaux les moins chers.
3. Toutes les autres prestations des hôpitaux relèvent de la liberté de contracter. La concurrence est ainsi garantie dans ce domaine. Sont éventuellement exonérés de la liberté de contracter les hôpitaux ayant été désignés nommément par le canton.
4. Les assureurs de base et complémentaires négocient les rémunérations pour leurs prestations en division privée et semi-privée. Comme jusqu'à présent, les cantons ou la Confédération approuvent les tarifs AOS.
5. Les assureurs offrent les prestations ou capacités prévues pour le moins par la planification-cadre cantonale.