

Modèle de financement hospitalier de la CDS

Exposé du Dr Markus Dürr, conseiller d'Etat,
président de la CDS,
lors de la conférence de presse de la CDS du 30 mai 2005

La parole fait foi!

1 Contexte

T2 Avant d'aborder le sujet du financement hospitalier, j'aimerais vous rappeler les secteurs de responsabilité des cantons dans la prise en charge sanitaire. Comme vous le constaterez, la question du financement hospitalier est étroitement liée à cette responsabilité.

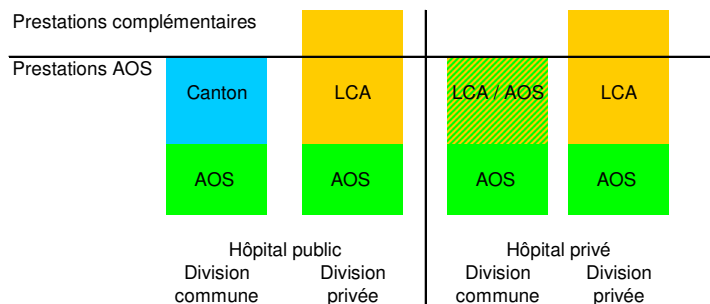
La constitution attribue aux cantons le mandat d'assurer les soins médicaux à l'ensemble de la population. Cette disposition est ancrée à l'art. 41 de la Constitution fédérale. Il incombe également aux cantons des tâches d'application de la loi sur l'assurance-maladie. De plus, ils assument des fonctions de police sanitaire visant à protéger les patients. Et, last but not least, ils assurent le financement de l'offre sanitaire à partir de différentes sources, par exemple sous forme de contributions aux hôpitaux, aux établissements médico-sociaux ou encore aux organisations d'aide et de soins à domicile, par le biais de la réduction des primes ou via les prestations complémentaires et l'aide sociale.

La révision de la LAMal doit tenir compte de ces secteurs de responsabilité. Cela signifie aussi que les transferts de charges doivent être gérables.

2 Etat des discussions relatives à la révision de la LAMal, financement hospitalier

T3 La loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton a été prolongée jusqu'à fin 2006. La réglementation actuellement en vigueur du financement hospitalier est donc limitée dans le temps et devra être renouvelée d'ici là. Dans son message, le Conseil fédéral revient au financement dual fixe. Dans un deuxième temps, il entend introduire le financement moniste. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats examine actuellement le passage direct à un système de financement moniste.

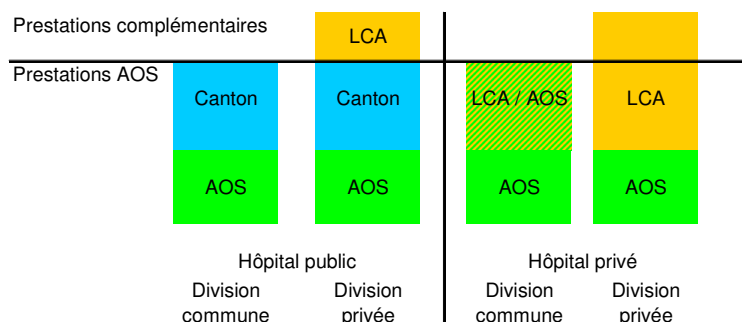
T4 Où se situe la problématique? Un regard rétrospectif s'impose. En matière de financement hospitalier selon la LAMal, on distingue la période précédant et celle suivant l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances de 2001. Avant cet arrêt, la LAMal était globalement appliquée comme suit:



L'assurance obligatoire des soins (AOS) s'acquittait approximativement du même montant dans toutes les divisions et dans tous les hôpitaux. En division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, les cantons payaient la différence, alors que partout ailleurs cette contribution était versée par l'assurance complémentaire selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA). Dans certains cas, l'AOS remboursait le double tarif en division commune des hôpitaux privés.

T5

Puis vint l'arrêt du TFA. Selon cet arrêt, les cantons devaient aussi s'acquitter d'une contribution de base au traitement en division privée et semi-privée d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Les cantons ont vivement critiqué cette interprétation de la LAMal. Lors des débats sur la LAMal, il n'a jamais été question d'élargir de la sorte le financement par les cantons. Il est aussi utopique de croire que le Parlement aurait adopté sans broncher un transfert de charges de l'assurance complémentaire vers les contribuables de l'ordre de 500 millions de francs.

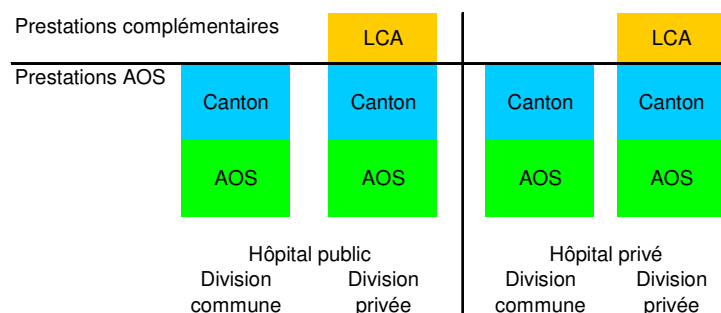


T6

Y sont toutefois liés non seulement des transferts de charges impopulaires. Désormais, les traitements privés dans les hôpitaux publics ne sont plus financés de la même manière que dans un hôpital privé, ce que les assurances complémentaires et les hôpitaux privés considèrent comme choquant. De même, il est toujours aussi difficile de chiffrer exactement les contributions de base individuelles, en l'absence d'une définition de ce que représentent 100% des coûts. Suite à différents problèmes d'application pratiques de l'arrêt du TFA, les assureurs et les cantons se sont accordés sur une disposition telle qu'ancrée et appliquée désormais dans la loi fédérale urgente, quoique d'une durée limitée.

T7

Dans son message, le Conseil fédéral propose l'introduction d'un financement dual fixe. Selon celui-ci, les cantons et les assureurs s'acquitteraient pour moitié des coûts dans toutes les divisions et dans tous les hôpitaux. Inversement, les investissements des hôpitaux publics ou subventionnés seront financés moitié/moitié et non plus par les seuls cantons.





T8 La CDS s'est opposée à ce modèle. En effet, il est inadmissible que les cantons soient tenus à verser des subventions à tous les hôpitaux. Les contributions des cantons consistent en subventions ciblées destinées à garantir la sécurité de la prise en charge selon la Constitution fédérale. Il ne s'agit pas de contributions relevant du droit des assurances sociales, comme le Conseil fédéral voudrait le faire admettre. Le financement dual fixe déchargerait aussi l'assurance complémentaire de près d'un milliard de francs. Une fois les transferts de coûts opérés, cette somme occasionnerait des charges supplémentaires dans l'assurance-maladie sociale. Or cela est insoutenable du point de vue de la politique sociale. Les répercussions financières effectives restent toutefois incertaines et les réglementations imprécises. Par exemple, on ignore comment évaluer les investissements entrepris et comment prendre en considération les nouveaux. Le financement de la formation manque de clarté et les coûts imputables ne peuvent être déterminés. Tout cela laisse présager une situation chaotique au niveau de l'application. En outre, les cantons devraient procéder à une planification hospitalière encore plus restrictive par rapport aux hôpitaux privés et publics. Il faut s'attendre ici à se voir confronté à un flot de recours susceptible de bloquer tout le système. Dans cette optique il ne faut pas perdre de vue que le système de financement se conçoit comme une réglementation transitoire pour 3 ou 4 ans seulement, réglementation transitoire qui fait d'ailleurs fausse route sur toute la ligne.

La commission préparatoire du Conseil des Etats, la CSSS, l'a bien compris et a pris ses distances d'avec le financement hospitalier dual fixe. Elle examine actuellement la possibilité de passer directement à un financement moniste. Mais, comme le démontrera encore Madame Pesenti, les systèmes de financement moniste ont aussi leurs pièges.

3 Le modèle de la CDS comme alternative

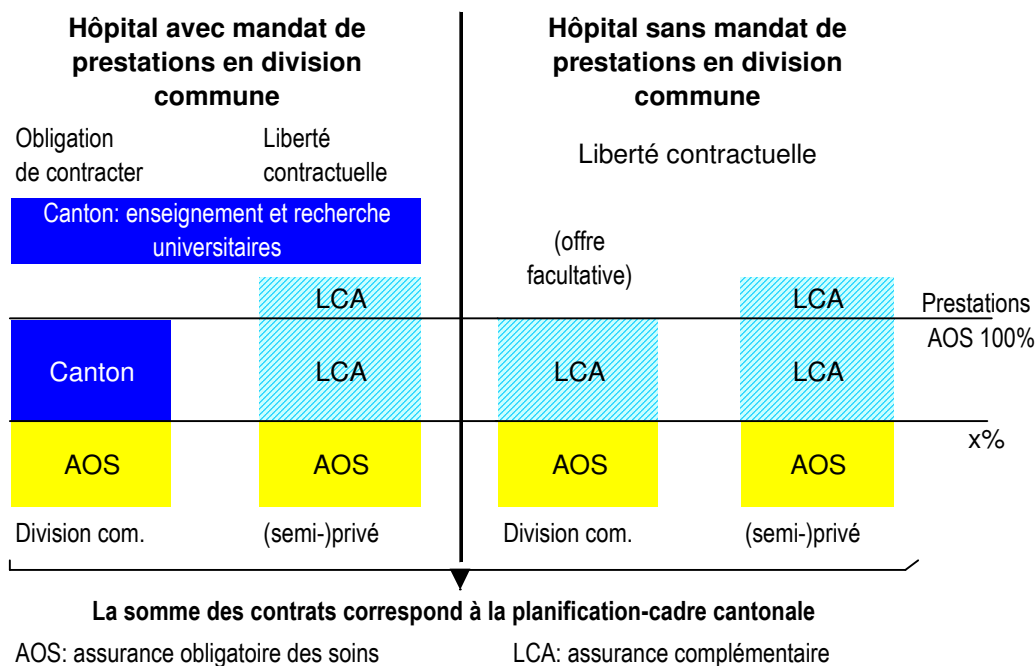
T9 Par son modèle de financement hospitalier, la CDS entend donner un coup de barre pour éviter que notre système de santé ne fasse naufrage suite à une fausse manœuvre. Le modèle de la CDS a pour vocation d'apaiser les flots. Partant, notre proposition garantit la sécurité de la prise en charge, en ce sens que l'Etat investit ses ressources de manière ciblée tout en assurant le pilotage. La proposition prévoit aussi des éléments de concurrence destinés à contenir l'évolution des coûts. A cet effet on distingue la division commune, d'une part, et les divisions privée et semi-privée, d'autre part. En revanche, aucune différence n'est faite en fonction de la collectivité responsable de l'hôpital, c'est-à-dire entre hôpitaux privés et hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

L'assurance-maladie sociale paie les mêmes contributions pour toutes les prestations hospitalières. Cela trouve sa justification dans le fait que tout le monde est au bénéfice de l'assurance de base et possède un même droit aux prestations. Mais les contributions d'assurance-maladie ne couvrent pas l'intégralité des coûts. Pour le reste, c'est le canton qui s'acquitte de contributions à la division commune. Mais pour que les fonds des cantons affluent, l'hôpital a besoin d'un mandat de prestations détaillé de leur part. Le principe de congruence (qui paie, commande) est ainsi satisfait.

S'agissant de la division privée ou semi-privée, c'est l'assurance complémentaire qui entre en action en sus de la contribution de l'assurance-maladie sociale. Là aussi s'applique de manière conséquente le principe "qui paie, commande", cette offre étant convenue entre l'assureur et l'hôpital. Il existe donc une liberté de contracter dans ce domaine, caractérisé par l'introduction d'éléments de concurrence ayant un effet réducteur sur l'évolution des coûts. Les assureurs sont subordonnés ici à la planification-cadre des cantons, laquelle garantit une offre suffisamment grande de prestations en faveur de la population tout entière.



T10 Schématiquement, le modèle de financement hospitalier de la CDS peut être décrit comme suit:



Les cantons financent l'enseignement et la recherche universitaires séparément. En division commune des hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations détaillé du canton, ils assurent le co-financement des prestations. La contribution de l'assurance-maladie sociale est fixée de telle manière que le modèle de financement soit respectueux de la neutralité des coûts pour tous les financeurs.

T11 Les avantages de ce modèle sont indéniables:

Il préserve les parts de financement actuelles entre l'assurance de base, l'assurance complémentaire et le canton. Dans tous les domaines le financement est lié aux prestations, les conventions conclues se réfèrent aux prix et non aux coûts. Ainsi sont créées les justes incitations à une fourniture efficiente des prestations. Par leurs subventions directes, les cantons versent des contributions ciblées dans les domaines caractérisés par l'absence d'assurances privées. Cela permet du même coup de maintenir dans l'offre de base un niveau de qualité élevé. En attribuant des mandats de prestations détaillés en division commune d'hôpitaux publics ou privés, les cantons tiendront évidemment aussi compte du prix, d'où la perspective d'une offre avantageuse.

Dans le secteur de l'assurance privée et semi-privée, la liberté de contracter suppose de l'efficacité et de la concurrence entre hôpitaux, ce qui les met sur un pied d'égalité dans des domaines comparables à but lucratif. Il importe aussi que les prestations ambulatoires à l'hôpital continuent à être financées de la même manière qu'en pratique privée, c'est-à-dire intégralement par l'assurance de base. Autrement, les cabinets médicaux se trouveraient concurrencés par l'ambulatoire hospitalier qui, lui, profiterait des subventions cantonales.

Le modèle de la CDS créé donc de justes incitations tout en garantissant la sécurité de l'approvisionnement. Autre fait très important, il laisse à ceux qui assument la responsabilité financière les compétences d'établir de manière conséquente le budget.