



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Focus

«Même financement pour les prestations en milieu hospitalier et les prestations ambulatoires»

Motion 13.3213

VOICI DE QUOI IL S'AGIT

La motion 13.3213 demande une modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) «afin que les prestations dispensées en milieu hospitalier et les prestations dispensées par les hôpitaux en ambulatoire bénéficient du même financement». Le «financement uniforme des prestations hospitalières» recherché se rapporte aussi bien à la clé de répartition (actuellement: dual fixe pour les prestations hospitalières et moniste pour les prestations ambulatoires) qu'à la structure tarifaire. Il s'agit donc d'également appliquer les DRG, mais sans nuitée, aux prestations ambulatoires.

LA POSITION DE CURAFUTURA

curafutura rejette la motion. En effet, l'extension aux prestations ambulatoires en milieu hospitalier du financement dual fixe **ne fait qu'engendrer un transfert**, et non une élimination, **des incitations perverses**. Elle conduit en outre à une **discrimination systématique des médecins exerçant en cabinet privé**. Vu l'impossibilité d'effectuer une délimitation appropriée des prestations ambulatoires (hôpital oui/non) telle que la requiert la motion, les conséquences en seront une **répartition arbitraire des prestations et une «bureaucratisme excessive» de la fourniture de ces prestations**.

JUSTIFICATION

(1) Incitations perverses: déplacer le problème au lieu de le résoudre

Un cofinancement de toutes les prestations hospitalières par les cantons n'éliminera pas les incitations perverses résultant du financement inégal des prestations, il ne fait que le déplacer. Les incitations perverses ne se situeraient plus entre prestations stationnaires et ambulatoires, mais entre services ambulatoires des hôpitaux et cabinets médicaux privés. Cette motion ne résoudrait donc aucun problème. En effet, les incitations perverses issues du financement inégal des prestations ne peuvent être éliminées que par le financement uniforme de *toutes* les prestations.

(2) Impossibilité de délimiter et changement de paradigme dans la LAMal

La motion part du principe que toutes les prestations ambulatoires peuvent être attribuées strictement soit à un «hôpital» ou à un «cabinet privé». Cette vision des choses ne correspond pas à la réalité. Il n'existe en effet pas de critères permettant une séparation aussi précise. La mise en place de nouveaux



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

critères artificiels aurait des effets considérables allant bien au-delà de la question du financement (inégal).

La réalité est la suivante: la LAMal règle la prise en charge de prestations par l'assurance obligatoire des soins selon des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Elle ne finance ainsi implicitement aucune *structure* de fourniture de prestations. La LAMal renvoie au plan des tarifs la question de savoir quelles structures sont nécessaires pour fournir les prestations ambulatoires (voir chiffre 4).

Quant à savoir à partir de quel moment les cantons doivent participer au remboursement d'une prestation au moyen du système dual fixe, les critères de délimitation de la LAMal sont simples¹. Tout traitement qui ne répond pas aux critères d'un séjour stationnaire est considéré par définition comme ambulatoire. Le fait que la prestation se soit déroulée à l'intérieur ou non d'une structure hospitalière n'entre pas en ligne de compte. Selon la définition de la LAMal, toutes les prestations ambulatoires peuvent dans les faits être fournies en dehors d'un hôpital. Dans quelle mesure cette situation est judicieuse et souhaitée dépend en particulier de l'évolution de la médecine et des aspects liés aux soins.

La mise en œuvre de la motion équivaldrait au final à un **changement de paradigme** dans l'assurance-maladie: le remboursement de certaines prestations ne se ferait plus selon les critères EAE mais en fonction du lieu où la prestation est fournie. Il faudrait donc définir, au moyen d'un processus bureaucratique, les prestations qui ne peuvent être fournies que dans un hôpital.

(3) Atteinte inadmissible à l'autonomie des fournisseurs de prestations

L'attribution des prestations à l'une ou l'autre structure de fourniture des prestations réduit l'autonomie des prestataires de façon substantielle. Les conséquences en seraient de longs débats sur l'affectation correcte des prestations et une emprise sur les structures de soins. Ainsi, les cabinets privés gérés par les hôpitaux devraient être fermés ou délocalisés hors des hôpitaux. En outre, de nouvelles structures de fourniture de prestations seraient créées uniquement dans le but de contourner cette délimitation trop stricte. Les exploitants d'établissements hospitaliers pourraient se voir incités à créer, sur le site même de l'hôpital ou à côté, des services ambulatoires séparés géographiquement et juridiquement. Risquer une telle évolution est absurde, d'autant plus que le projet ne permet même pas d'atteindre les objectifs formulés (suppression des incitations pernicieuses).

(4) Discrimination au sein du corps médical

Les prestations dispensées dans les cabinets médicaux seraient toujours soumises au financement moniste, alors que les prestations hospitalières en ambulatoire seraient financées en dual fixe. Ce financement inégal des prestations ambulatoires entraînerait une double discrimination des médecins pratiquant en cabinet privé. D'une part, les prestations ambulatoires en milieu hospitalier seraient subventionnées par le canton. D'autre part, l'extension du financement dual fixe entraînerait une

¹ Un traitement est considéré comme stationnaire et est financé en dual fixe lorsqu'il remplit l'un des critères suivants: séjour de plus de 24 heures ; séjour de nuit ; transfert ; décès.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

planification cantonale du secteur ambulatoire. Ces deux éléments engendreraient une discrimination systématique des médecins exerçant en tant qu'indépendants.

(5) Lien inapproprié avec les structures tarifaires

La motion entraîne une confusion inacceptable entre mode de financement (moniste / dual fixe) et structures tarifaires.

- Dans le mode de financement, il s'agit de savoir par quelles *sources* une prestation est financée.
- Les structures tarifaires, en revanche, se préoccupent de l'*affectation* correcte des moyens aux différentes prestations.

Ainsi, ces deux questions évoluent à des niveaux différents de l'architecture de financement. Même si les structures tarifaires peuvent être définies de manière à éviter toute incitation pernicieuse, elles n'en seraient pas moins inadaptées pour compenser les conséquences d'un financement inégal. Le mode de financement et les structures tarifaires doivent impérativement être considérés séparément.

Berne, novembre 2015