



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Fiche d'information

## SwissDRG et le nouveau financement hospitalier

**Berne, 22.05.2012. Le 1<sup>er</sup> janvier 2012, le système de forfaits par cas SwissDRG et le nouveau financement hospitalier sont entrés en vigueur. Les premières factures ont été établies et remboursées. SwissDRG est un système évolutif et donc perfectible. SwissDRG SA, les partenaires tarifaires et le Département fédéral de l'intérieur s'efforcent de trouver des solutions aux questions encore ouvertes, de développer et d'affiner le système.**

### Que sont les forfaits par cas?

Les forfaits par cas (Diagnosis Related Groups = DRG) doivent aboutir à une transparence accrue dans les traitements et à une rémunération des hôpitaux et cliniques correspondant mieux aux prestations. Ce ne sont plus les hôpitaux en tant qu'institutions qui sont financés mais leurs prestations aux patients. Et la qualité de ces prestations doit être comparable. Un programme national comprenant cinq paramètres de mesures de la qualité a été mis sur pied. Les patientes et les patients peuvent ainsi savoir quel hôpital effectue telle opération et à quelle fréquence. Avec les forfaits par cas, les assurés, les cantons et les caisses disposent de comparaisons transparentes sur le volume et le prix des prestations fournies par les différents hôpitaux. Les hôpitaux publics et privés sont placés ainsi sur pied d'égalité. Le système de forfaits par cas en vigueur dans l'ensemble de la Suisse s'appelle SwissDRG. La société SwissDRG SA est chargée de la mise en place et de l'évolution du système. A la mi-mai, SwissDRG SA a soumis la Version 2.0 au Conseil fédéral pour approbation.

### Nouveau financement hospitalier

Le nouveau financement hospitalier délègue aux cantons diverses tâches, devoirs et compétences. Il impose par exemple la création de nouvelles listes hospitalières, qui doivent se fonder principalement sur les critères de qualité et d'efficacité. Avec le nouveau financement hospitalier, les cantons sont tenus de payer leur part des coûts des soins médicaux prodigués aux patients traités dans tous les hôpitaux publics et privés figurant sur une liste hospitalière (hôpitaux répertoriés).

Le nouveau financement hospitalier définit en outre une nouvelle répartition des coûts entre les cantons et les assureurs maladie. Désormais, les cantons doivent payer au moins 55% des coûts et les caisses 45% au maximum.

Dans le nouveau financement hospitalier, les prix des hôpitaux doivent couvrir les investissements. Jusqu'à présent, les cantons finançaient les bâtiments et les installations des hôpitaux publics par l'impôt.

## Trois problèmes à résoudre

### **1. Couverture insuffisante des investissements**

Selon les règles de la LAMal relatives au financement hospitalier, les coûts des investissements et des installations sont compris dans les prix de base. Cela signifie que les coûts de la table d'opération, des appareils, des médicaments et des bâtiments sont compris dans les prix facturés pour les opérations, les thérapies et les soins stationnaires. Telle était la volonté du Parlement. Sous sa forme actuelle cependant, l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les EMS (OCP) crée des incertitudes et ne garantit pas un traitement égal des hôpitaux publics et privés. Sont touchées de plein fouet toutes les institutions qui doivent investir actuellement: de nombreux bâtiments ont été construits au cours des années 60 et 70, qu'il convient maintenant de rénover. Les décisions d'investissement sont repoussées et reportées sur les générations futures. Une révision de l'ordonnance s'impose donc. Il convient de garantir l'égalité de traitement entre tous les hôpitaux et cliniques pour les investissements aussi, afin qu'ils soient placés sur le même pied dans la concurrence et la comparaison des prestations et des coûts.

### **2. L'ordonnance sur la transmission des données n'est pas encore en vigueur**

Quelques assureurs ont refusé de payer les premières factures des hôpitaux qui ne livrent pas systématiquement à leur service administratif toutes les données médicales du patient avec les factures. Tant que les partenaires tarifaires n'ont pas conclu d'accord sur ce point et que la modification légale n'est pas entrée en vigueur, une telle pratique est illégale. C'est la réponse donnée par le Conseil fédéral à une question des conseillers nationaux Margrit Kessler et Jean-François Steiert. Le Parlement a créé la base légale nécessaire pour une transmission systématique des données et le Gouvernement doit maintenant prononcer l'entrée en vigueur de la loi et des dispositions d'application.

### **3. Traitements extracantonaux**

Les tarifs pratiqués pour les patientes et les patients extracantonaux posent toujours plus de problèmes. En principe, le tarif de l'hôpital traitant est valable pour tous les patients. Afin de protéger les cantons, le Parlement a décidé que ces derniers devraient payer, pour leurs habitants hospitalisés dans un autre canton, au plus le tarif le plus élevé pratiqué sur leur propre territoire. Cette disposition a stimulé la créativité des directions de la santé dans certains cantons: l'un d'eux a même fixé un tarif pour les traitements extracantonaux qui est inférieur à son tarif le plus bas.

## La Version 2.0 de SwissDRG approuvée

Le 11 mai 2012, le conseil d'administration de SwissDRG SA a adopté la Version 2.0 de SwissDRG normalisée par rapport à la Version d'introduction 1.0. Les rémunérations supplémentaires restent inchangées. La Version 2.0 du système de forfaits par cas SwissDRG est soumise au Conseil fédéral pour approbation.

Le conseil d'administration a aussi réservé un accueil favorable aux rapports sur le projet de développement tarifaire pour la psychiatrie (TARPSY) et pour la réadaptation (ST Reha).

Enfin, le conseil d'administration a approuvé la réalisation d'un bilan sur la nécessité d'une différenciation des prix. Selon lui, «il est inhérent au système que, durant les premières années suivant l'introduction des forfaits par cas, des prix de base différents soient nécessaires et souhaités.» Cet automne, le conseil d'administration consacra un workshop stratégique à la poursuite du développement du système de forfaits par cas et sur la différenciation des prix.

### **Evolution de SwissDRG**

Les partenaires s'accordent sur le fait que la structure tarifaire doit évoluer. Une revendication essentielle des hôpitaux porte sur le maintien de la comparabilité des coûts lors du passage d'une version à l'autre. H+ formule donc des exigences pour les prochaines évolutions du système.

Les hôpitaux régionaux, les cliniques spécialisées et les hôpitaux centraux pour l'essentiel de leurs prestations peuvent se contenter d'un nombre restreint de groupes de cas DRG. En revanche, les hôpitaux hautement spécialisés, qui sont confrontés à des maladies complexes, ont besoin d'une structure tarifaire très détaillée. Cette dernière ne peut être réalisée qu'à l'aide de nouveaux groupes de cas DRG ou grâce à des rémunérations supplémentaires spécialisées. Cela permet aussi d'améliorer la comparabilité de l'offre de prestations et de garantir une rémunération équitable.

### **Informations complémentaires**

Bernhard Wegmüller, directeur  
Tél. B: 031 335 11 00  
Mobile: 079 635 87 22  
E-mail: [bernhard.wegmueller@hplus.ch](mailto:bernhard.wegmueller@hplus.ch)

---

**H+ Les Hôpitaux de Suisse** est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 338 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux en tant que membres actifs et près de 200 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers comme membres partenaires. A travers ses institutions membres, H+ représente quelque 185'000 personnes actives.

---