



Prise de position de H+ sur la modification de l'OAMal I.

Résumé.

La modification proposée le Conseil fédéral au sujet de la planification hospitalière et du calcul des tarifs conduit de fait à un retour au financement par objet : une aberration.

Avec la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 ("Nouveau financement hospitalier"), le législateur a voulu créer les bases d'une concurrence des hôpitaux en matière de prix et de qualité et accorder aux hôpitaux une plus grande liberté d'entreprendre.

Par la suite, certaines dispositions de la loi révisée se sont révélées être formulées de manière trop générale, de sorte qu'elles ont dû être clarifiées par des décisions du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral. Cela n'a toutefois pas empêché qu'une grande marge d'interprétation est restée ouverte dans la mise en œuvre de la nouvelle loi et qu'elle a finalement été comblée, dans une certaine mesure par la force des faits, par la pratique de planification cantonale.

Par conséquent, la concurrence souhaitée en matière de prix et de qualité n'a guère été réalisée. Dans ce contexte, il faut se féliciter que le Conseil fédéral veuille adapter l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) à la jurisprudence et apporter plus de sécurité juridique.

Malheureusement, le projet de révision de l'OAMal proposé par le Conseil fédéral doit être jugé comme échoué à plusieurs égards. Au lieu de renforcer la concurrence, la mise en œuvre du projet d'ordonnance limiterait massivement la liberté d'entreprendre des hôpitaux et relèguerait les partenaires tarifaires au rang des simples exécutants. Dans une certaine mesure, on empièterait même sur la souveraineté des cantons en matière de planification, ce qui renforcerait la tendance à la centralisation du système de santé suisse – sans base constitutionnelle ou juridique correspondante, notons-le bien. Un élément qui illustre l'orientation du projet d'ordonnance concerne le calcul des prix. Pour le calcul des tarifs de type DRG, le fournisseur de prestations dont les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité correspondent au 25e percentile de tous les fournisseurs de prestations saisis sera considéré comme la référence (benchmark). En d'autres termes : qu'il s'agisse d'une maison de naissance ou d'un hôpital universitaire, tous les établissements qui pratiquent un tarif de type DRG doivent être comparés à la même échelle. Par conséquent, tous les hôpitaux dont les coûts des cas sont supérieurs au 25e

percentile sont considérés comme inefficients et ne peuvent pas conclure un tarif de couverture des coûts. Les hôpitaux qui seraient le plus sévèrement touchés par cette mesure seraient ceux qui doivent supporter la charge principale des soins médicaux, en particulier les hôpitaux universitaires et centraux. Alors que le paysage hospitalier suisse continuerait de s'amincir, de plus petits hôpitaux et des cliniques spécialisées seraient progressivement pris dans la spirale descendante. En fin de compte, les cantons devraient intervenir et fournir des subventions pour assurer les soins hospitaliers à la population. Le résultat est un jeu à somme nulle dans lequel le contribuable paie ce que le payeur de primes économise.

H+ Les hôpitaux en Suisse refusent ce retour de facto au financement par objet. Les lois en vigueur, notamment celles qui régissent le financement des hôpitaux, doivent être respectées et doivent être précisées dans l'esprit et la lettre du législateur. Un changement structurel purement axé sur les coûts dans le paysage hospitalier suisse ne conduira pas à des économies judicieuses, mais à une détérioration de la qualité et de la sécurité des soins.

H+ s'est déclaré prêt de développer des solutions alternatives et de coopérer avec l'administration dans des projets correspondants. L'objectif doit être d'atteindre le meilleur rapport coût-bénéfice possible pour les soins de santé.