



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**  
Unité de direction Assurance maladie et accidents

# Révision de la LAMal, financement hospitalier – éléments principaux

28 mars 2014

# Sommaire

1. Bases
2. Nouvelles règles et principes du financement hospitalier
3. Forfaits liés aux prestations
4. Planification hospitalière
5. Libre choix de l'hôpital

## Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
DRG	Diagnosis Related Groups / Groupes de cas liés au diagnostic
H+	Les Hôpitaux de Suisse
HSK	Communauté d'achat Helsana, Sanitas et KPT
ICM	Indice du Case Mix
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OCP	Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique



## Code de couleurs

- **Patients: rouge**
- **Fournisseurs de prestations : bleu**
- **Agents payeurs (cantons et assureurs-maladie) : vert**
- Conseil fédéral : gris foncé
- Autres institutions (p.ex. OFS, OFSP) : gris foncé
- Contrats, structures, montants : gris clair



# Sommaire

## 1. Bases

2. Nouvelles règles et principes du financement hospitalier

3. Forfaits liés aux prestations

4. Planification hospitalière

5. Libre choix de l'hôpital



## Objectifs et stratégie de réforme

- **Réduction des coûts** par des incitations économiques
  - sans porter atteinte aux éléments de solidarité de l'assurance-maladie sociale;
  - sans réduire les prestations efficaces, économiques et adéquates (aucun transfert de domaines de prestations entiers vers les assurances complémentaires, maintien du principe de la couverture des prestations essentiels par l'AOS);
  - sans réduire la qualité (garantie de la qualité assortie d'un accroissement de l'efficacité).
- Renforcement de la **concurrence** et augmentation de l'**efficacité** dans la fourniture de prestations
- Augmentation de la **transparence** par rapport aux coûts et à la qualité des prestations médicales

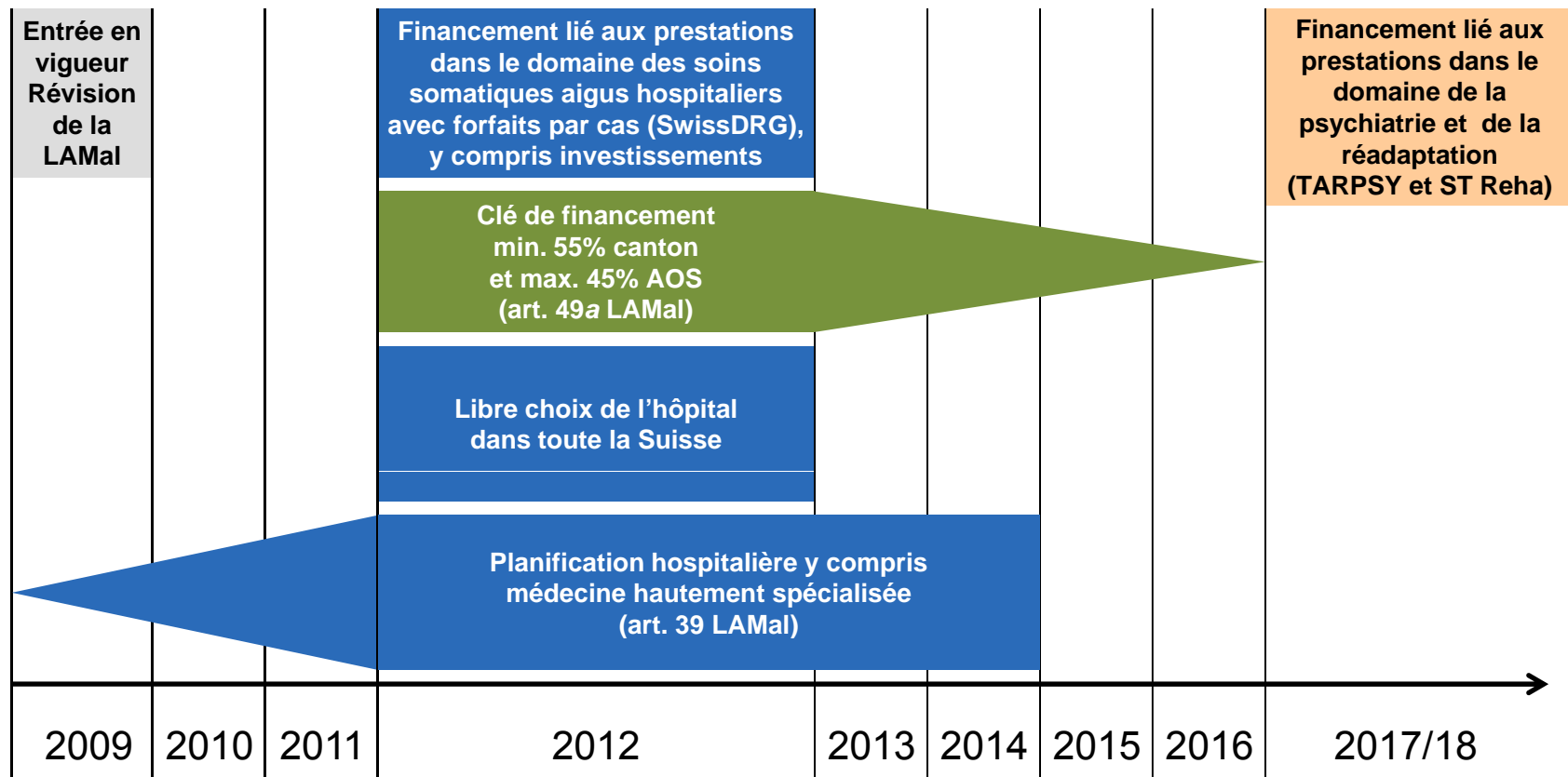


## Mesures

Principaux éléments de la révision de la LAMal, financement hospitalier	Domaine concerné		
	Soins somatiques aigus hospitaliers	Soins psychiatriques stationnaires	Réadaptation stationnaire
Financement dual fixe des coûts d'exploitation (y compris investissements)	X	X	X
Forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse	SwissDRG (à partir de 2012)	TARPSY (à partir de ~2018)	ST Reha (à partir de ~2018)
Planification hospitalière cantonale et distinction entre hôpitaux répertoriés et conventionnés	X	X	X
Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse	X	X	X



## Calendrier et mise en œuvre







# Sommaire

1. Bases

2. Nouvelles règles et principes du financement hospitalier

3. Forfaits liés aux prestations

4. Planification hospitalière

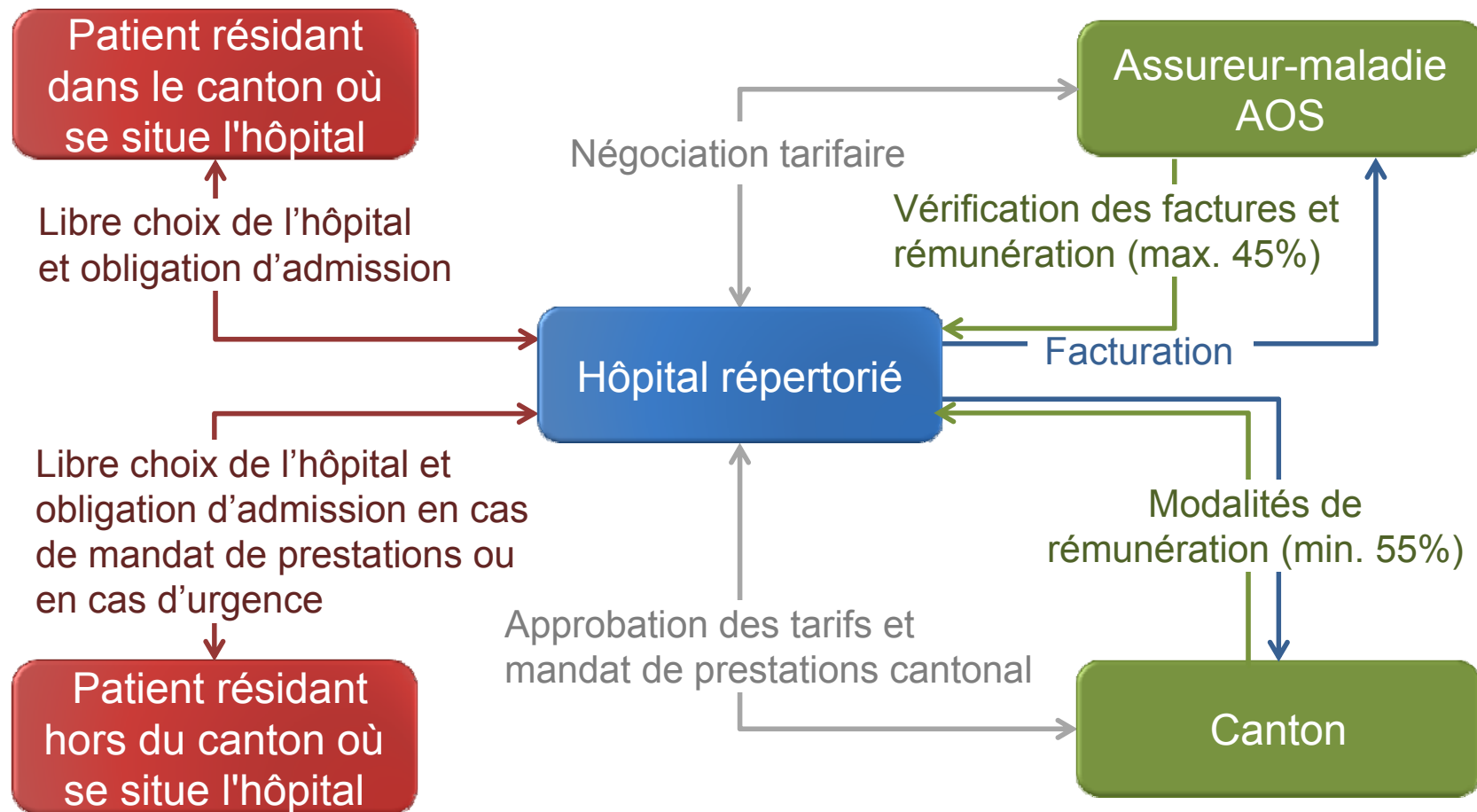
5. Libre choix de l'hôpital



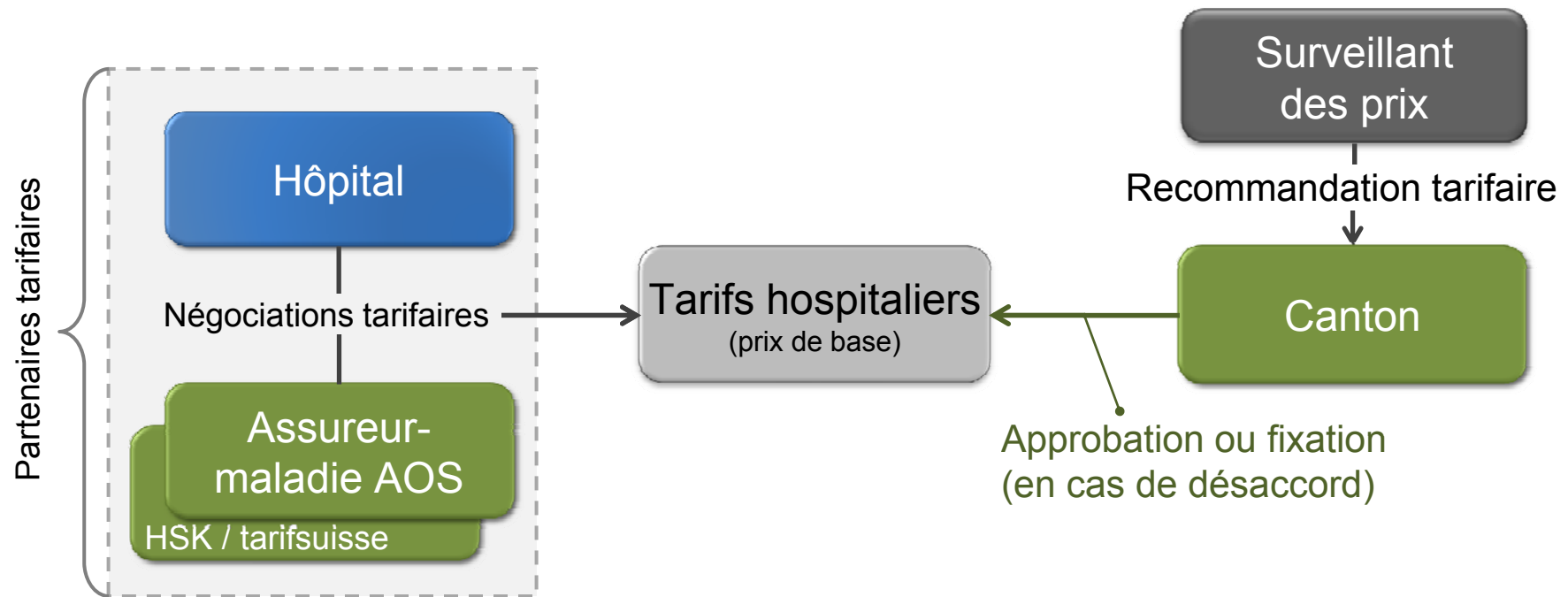
## Financement hospitalier

Jusqu'à fin 2011	A partir de 2012
Financement inégal des hôpitaux publics et privés	Traitement égal des hôpitaux publics et privés sur le plan du financement et de la planification
Financement de l'objet : l'hôpital est financé	Financement du sujet : les prestations de l'hôpital sont financées (y compris investissements)
Couverture maximale par l'AOS de 50% des coûts d'exploitation des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics, financement résiduel par les cantons	Financement dual-fixe des prestations stationnaires: part du canton min. 55%, part de l'AOS max. 45%
Systèmes tarifaires différents (forfait journalier, forfait par division, forfaits liés au diagnostic)	Forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse
Contribution cantonale à une hospitalisation hors-canton seulement en cas d'indication médicale	Libre choix dans toute la Suisse d'un hôpital répertorié et contribution du canton de résidence
Détermination des critères de planification dans le cadre de la jurisprudence	Ancrage des critères de planification d'économicité et de qualité au niveau de l'ordonnance

## Nouveau financement hospitalier: acteurs



## Négociations tarifaires (déjà mises en œuvre avant 2012)

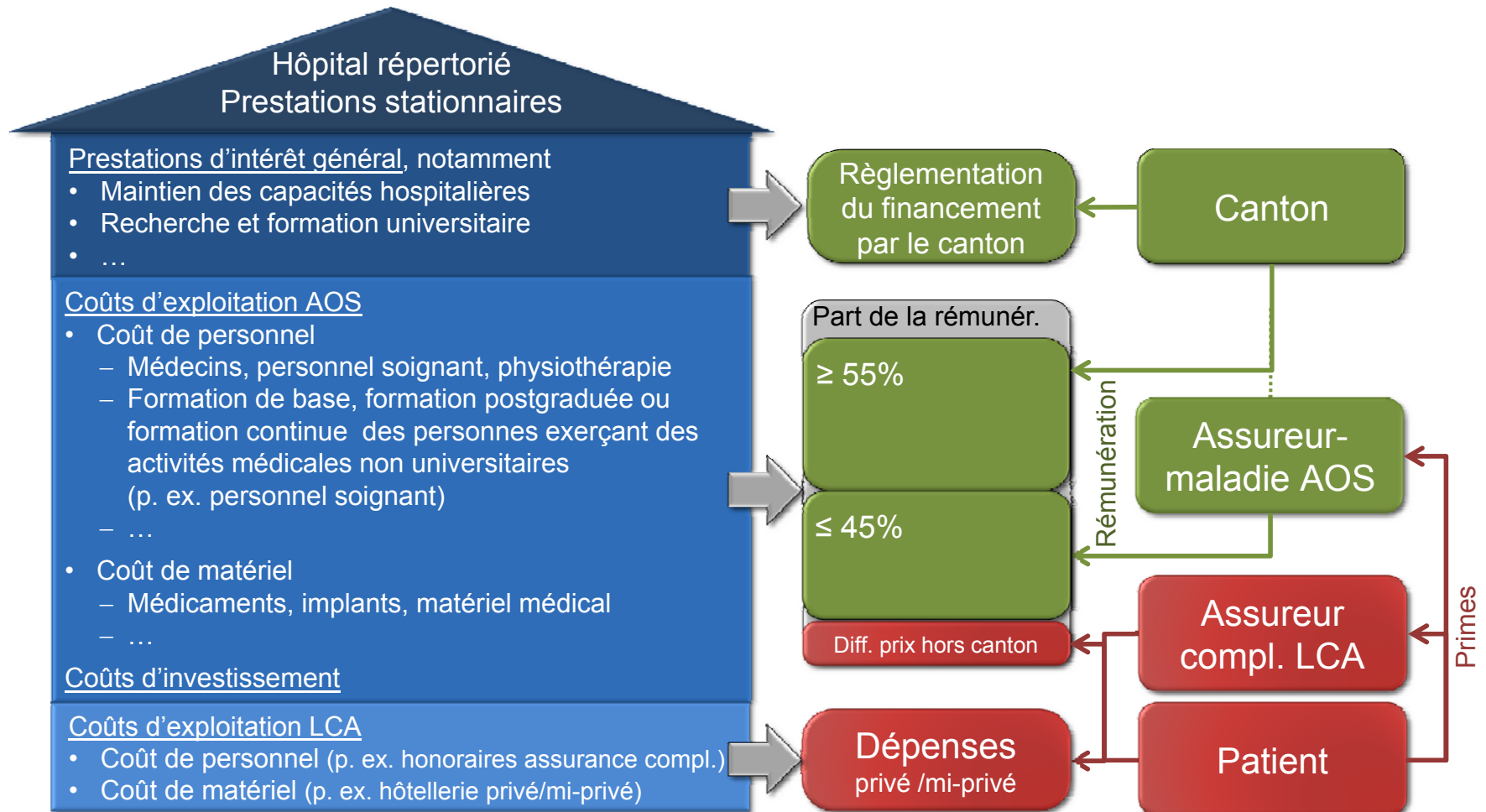


### Remarques :

- Les prix de base varient aussi bien en fonction des hôpitaux que des assureurs.
- Le prix de base désigne le montant payé pour un traitement, dont le coût relatif (cost-weight) s'élève à 1.0.  
Le coût relatif correspond au rapport entre le coût moyen des cas d'un DRG donné et le coût moyen de l'ensemble des cas.



## Financement des hôpitaux répertoriés



## Dispositions légales relatives aux négociations tarifaires

- Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adaptés pour établir la tarification, notamment un calcul des coûts et des statistiques sur les prestations (art. 49 al. 7 LAMal, art. 59c OAMal, art. 9, 10, 12 et 13 OCP).
- Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49 al. 1 LAMal); autrement dit, un benchmarking s'avère indispensable.

## Référence à l'actualité

- Diversité des tarifs contre économicité: la LAMal autorise en principe des prix de base différents, mais le caractère économique doit être pris en compte. Il en résulte que les différences de tarifs ne doivent pas être trop élevées ou le cas échéant être justifiées de manière probante.
- L'opérationnalisation du benchmarking et de l'économicité est un aspect fondamental (approches différentes actuellement: surveillant des prix, assureurs, cantons).
- Les négociations relatives au prix de base restent difficiles.
- Dans quelle mesure l'introduction des DRG a des effets sur le paysage hospitalier demeure une question ouverte.

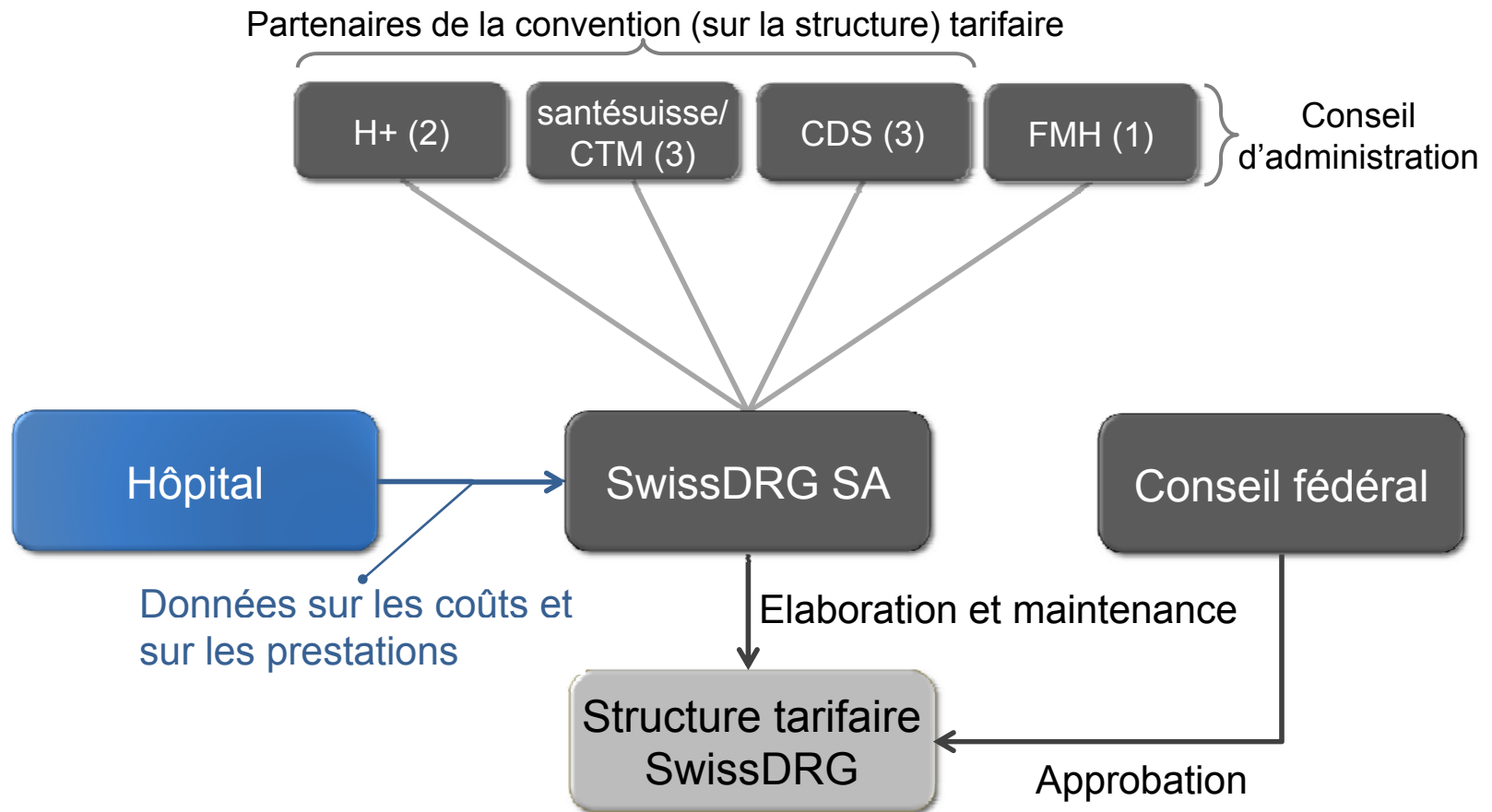


# Sommaire

1. Bases
2. Nouvelles règles et principes du financement hospitalier
3. Forfaits liés aux prestations
4. Planification hospitalière
5. Libre choix de l'hôpital



## Elaboration de la structure tarifaire SwissDRG

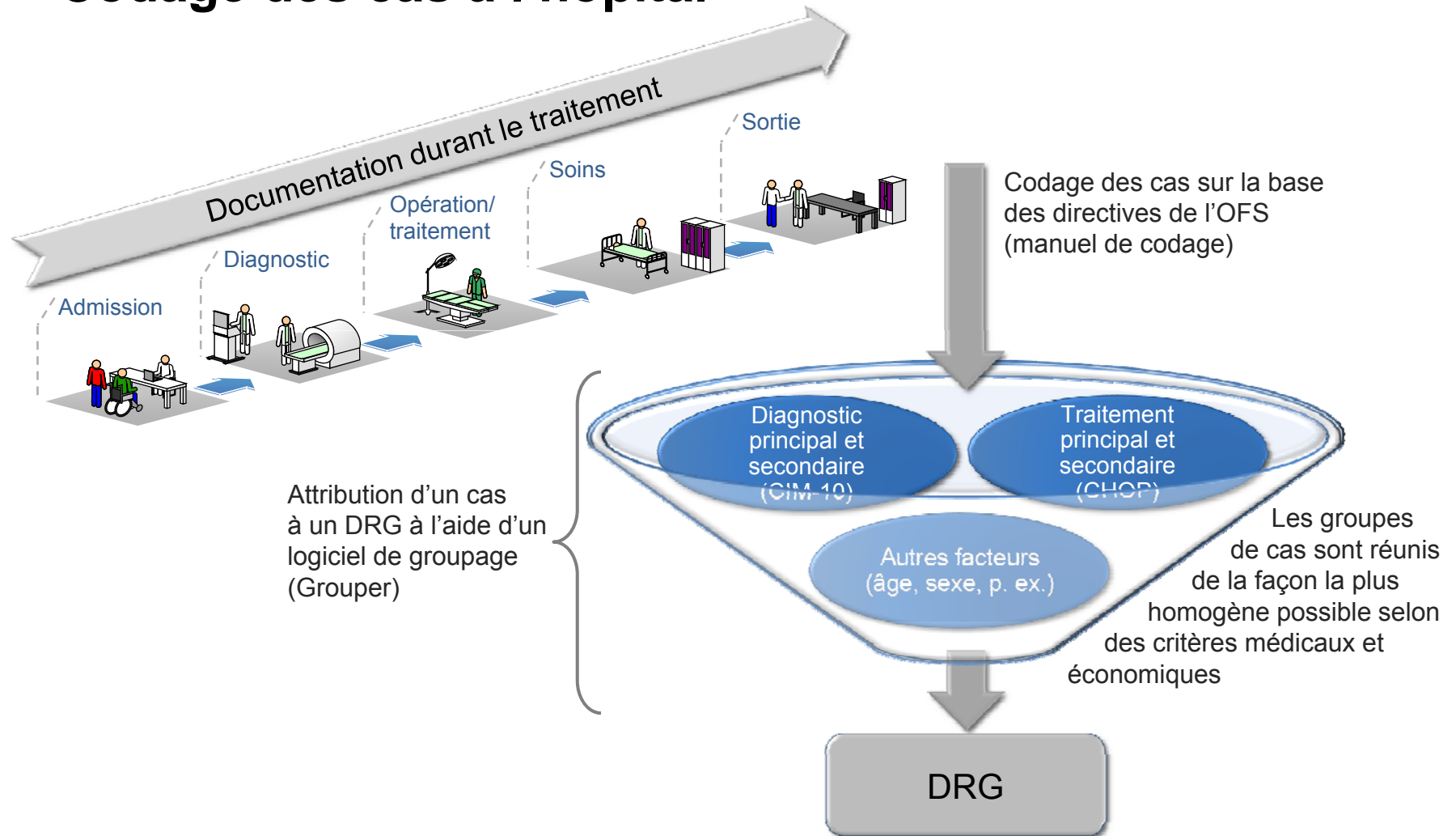


## Remarques concernant la structure tarifaire SwissDRG

- Le catalogue des forfaits par cas SwissDRG constitue la structure tarifaire uniforme au niveau suisse pour la facturation des traitements somatiques aigus hospitaliers (art. 49 al. 1 LAMal).
- Les tarifs sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (art. 49 al. 1 LAMal)  
→ concrétisation des exigences liées au caractère économique.
- La structure tarifaire est améliorée régulièrement et soumise à l'approbation du Conseil fédéral (art. 46 al. 4 et art 49 al. 2 LAMal).
- La structure tarifaire SwissDRG Version 3.0 a été approuvée le 13 novembre 2013 par le Conseil fédéral et est entrée en vigueur le 1er janvier 2014.  
Elle contient environ 1000 groupes de cas et 28 rémunérations supplémentaires.
- Le système SwissDRG se fonde sur le système DRG allemand (G-DRG) et a été adapté aux conditions suisses (« helvétisation »).



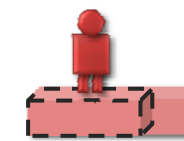
# Codage des cas à l'hôpital



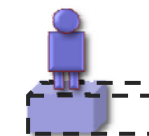
## Rémunération sous forme de forfaits par cas

### Catalogue des forfaits par cas (extrait)

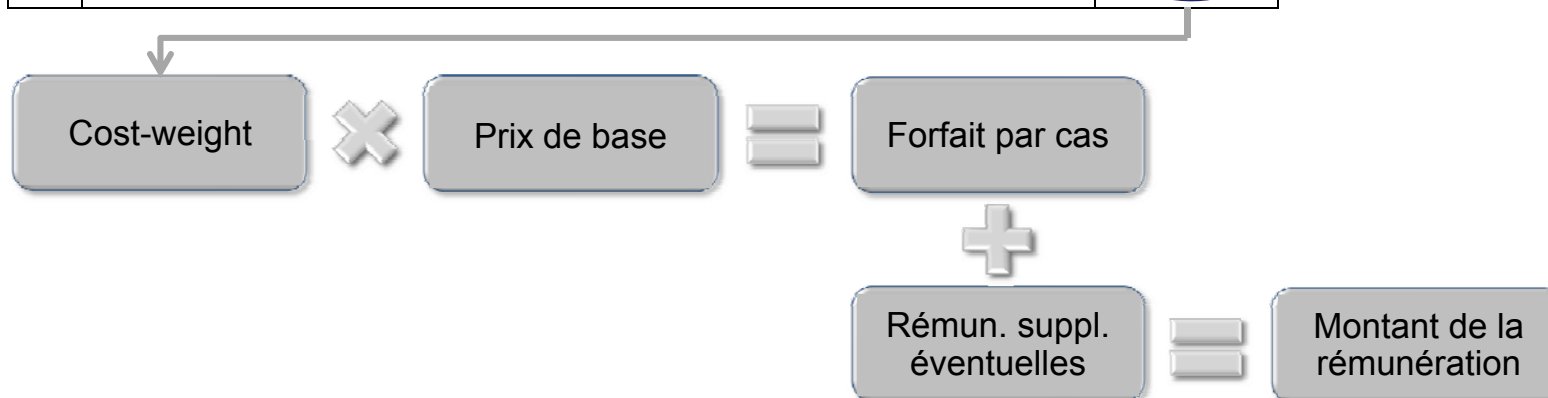
DRG	Désignation	Cost-weight
<b>MDC 07 Maladies et troubles du système hépatobiliaire et du pancréas</b>		
H01Z	Interventions sur le pancréas et le foie et opérations de shunt portosystémiques avec grande intervention ou radiothérapie	4.260
H02A	Interventions complexes sur la vésicule biliaire et les voies biliaires lors de néoformation maligne	4.095
H02B	Interventions complexes sur la vésicule biliaire et les voies biliaires sauf lors de néoformation maligne	2.973
H05Z	Laparotomie et interventions moyennement complexes sur la vésicule biliaire et les voies biliaires	2.170
H06Z	Autres procédures opératoires sur le système hépatobiliaire et le pancréas	0.849
H07A	Cholécystectomie avec diagnostic très complexe ou procédures de complication	2.777
H07B	Cholécystectomie avec diagnostic très complexe, sans procédures de complication	1.566
H08A	Cholécystectomie laparoscopique avec diagnostic très complexe ou diagnostic de complication	1.498
H08B	Cholécystectomie laparoscopique sans diagnostic très complexe, sans procédures de complication	0.813



Cas intensif en ressources  
→ cost-weight > 1.0

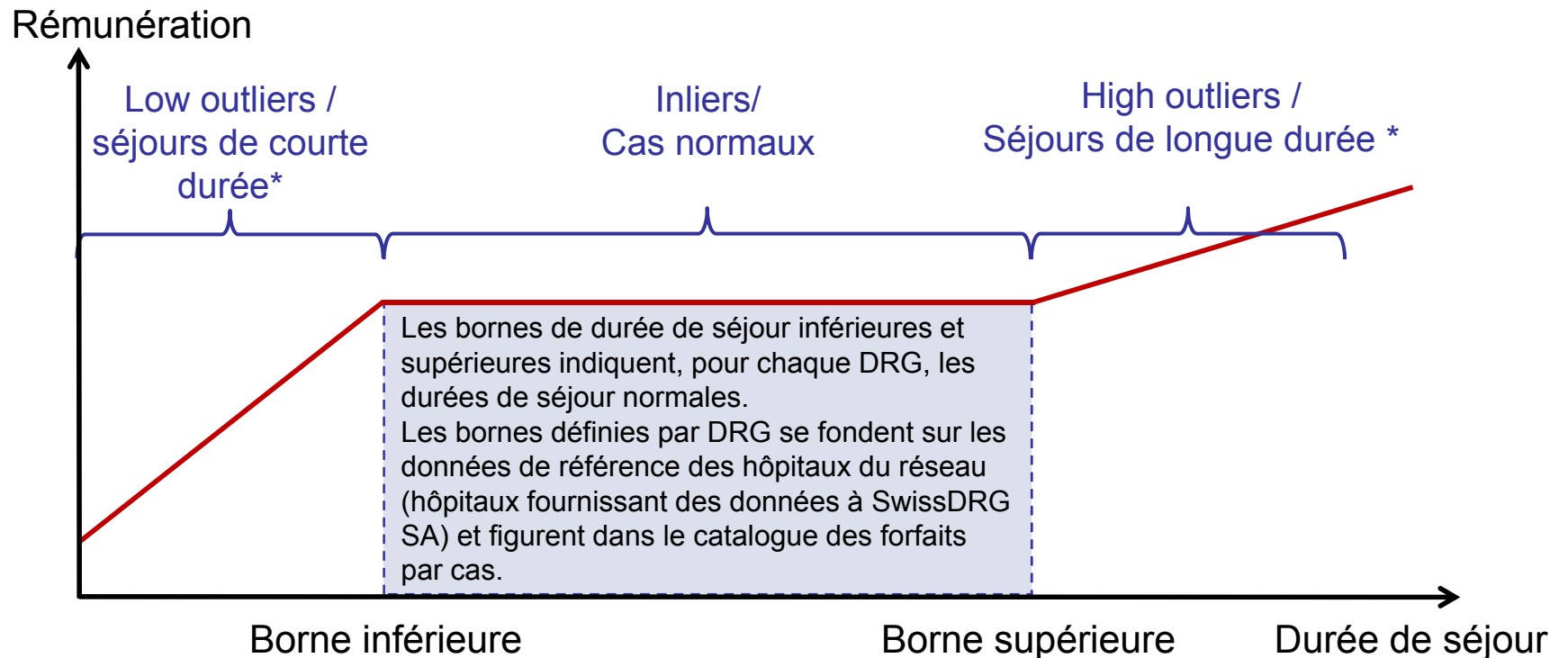


Cas peu intensif en ressources  
→ cost-weight < 1.0





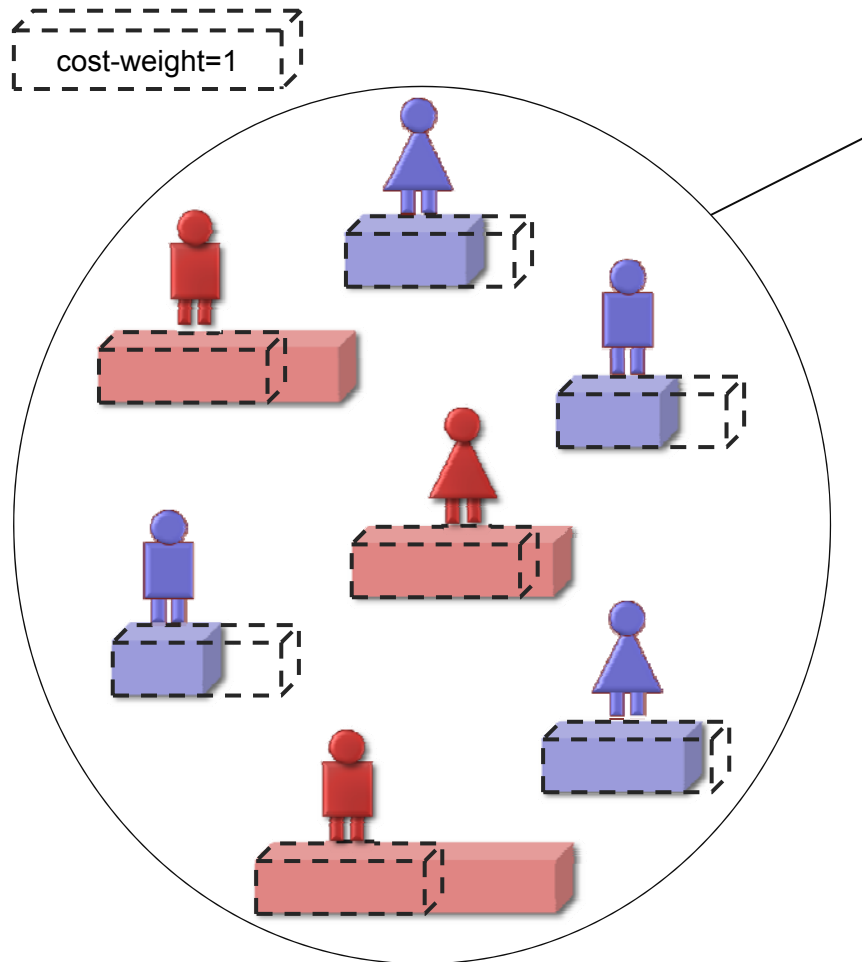
## Bornes de durée de séjour et « inliers »



\* Le cost-weight effectif des cas extrêmes résulte de l'adaptation en fonction du nombre de jours du cost-weight des inliers. Le nombre de jours sujets à une majoration ou à une réduction correspond à la différence entre la durée de séjour du patient et la borne de durée de séjour du DRG en question. Les ajustements prévus pour chaque DRG figurent dans le catalogue des forfaits par cas.



## Case-mix et indice du case-mix



Le **Case Mix** décrit le degré de gravité global des cas facturés par un hôpital. Il résulte de la somme des cost-weights des cas traités par l'hôpital.

$$\text{Indice Case-Mix} = \frac{\text{Case-mix}}{\text{Nombre de cas}}$$

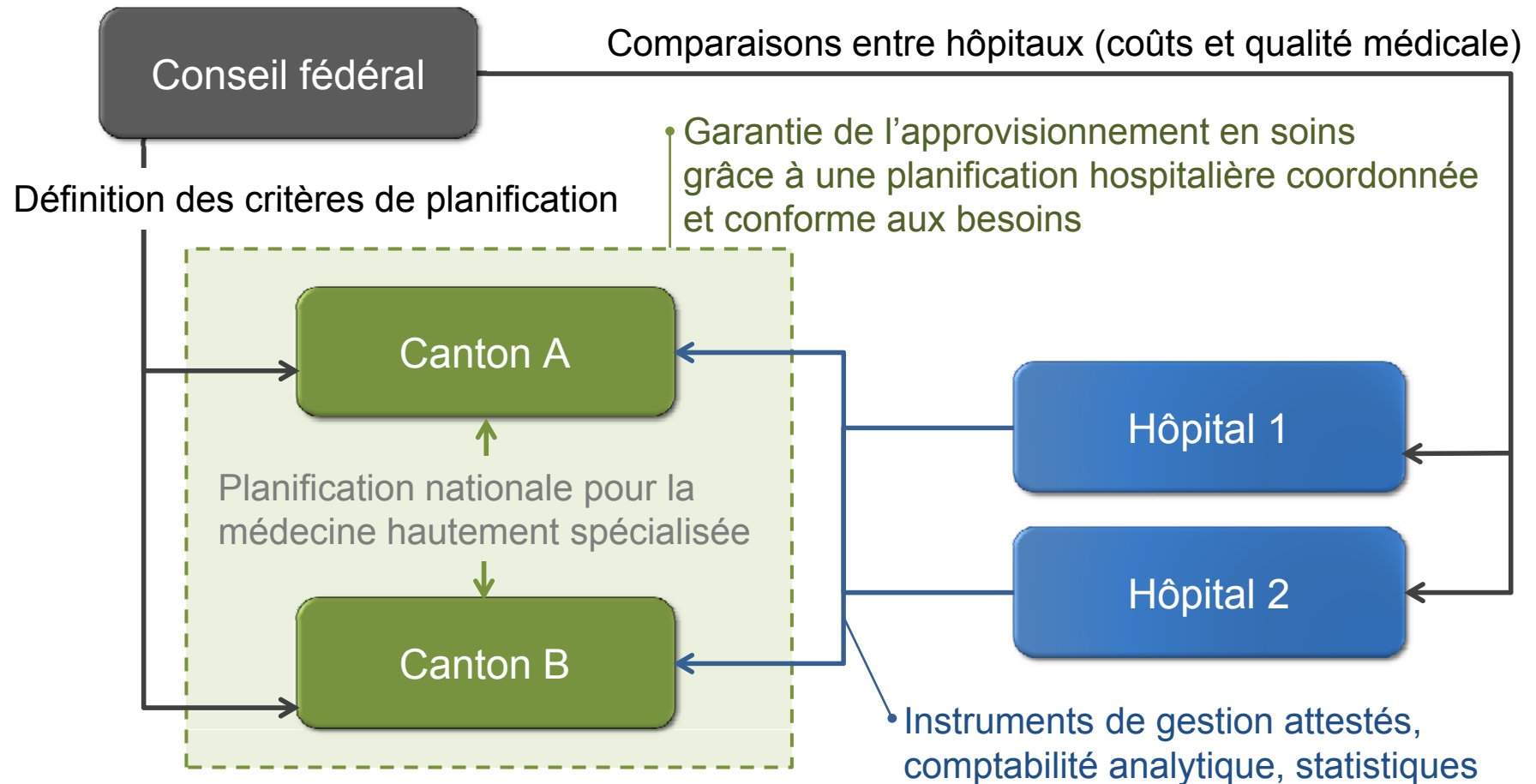
En divisant le case-mix par le nombre de cas, on obtient l'indice du case-mix, c'est-à-dire le degré moyen de gravité des cas traités par un hôpital.

La structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse permet de calculer le coût des cas, corrigé de l'ICM; ainsi, les coûts de même que les prix de base sont en principe comparables à l'échelle nationale.

# Sommaire

1. Bases
2. Nouvelles règles et principes du financement hospitalier
3. Forfaits liés aux prestations
4. Planification hospitalière
5. Libre choix de l'hôpital

## Acteurs







# Dispositions légales (I)

## Principe (art. 58a OAMal)

- Garantie d'une offre qui couvre les besoins en soins hospitaliers pour la population du canton.

## Etapes de la planification des besoins en soins (art. 58b OAMal)

- Détermination des besoins fondés sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.
- Evaluation de l'offre nécessaire pour la population du canton dans les hôpitaux ne figurant pas sur la liste des hôpitaux répertoriés du canton de résidence.
- Détermination de l'offre qui doit être garantie par l'inscription des hôpitaux sur la liste.
- Choix de l'offre qui doit être garantie par la liste; critères d'évaluation :
  - caractère économique et qualité de la fourniture des prestations (efficience, justification de la qualité, nombre minimal de cas et exploitation des synergies);
  - accès des patients au traitement dans un délai utile;
  - disponibilité et capacité à remplir le mandat de prestation.

## Dispositions légales (II)

### Type de planification (art. 58c OAMal)

- Soins somatiques aigus et maisons de naissance : liée aux prestations (p.ex. liste des groupes de prestations, traitements)
- Réadaptation et psychiatrie: liée aux prestations ou aux capacités
- Etablissements médico-sociaux: liée aux capacités (p.ex. nombre de lits)

### Coordination intercantonale de la planification (art. 58d OAMal)

- Exploitation et échange des informations sur les flux de patients
- Coordination des mesures de planification

### Liste des hôpitaux et mandats de prestations (art. 58e OAMal)

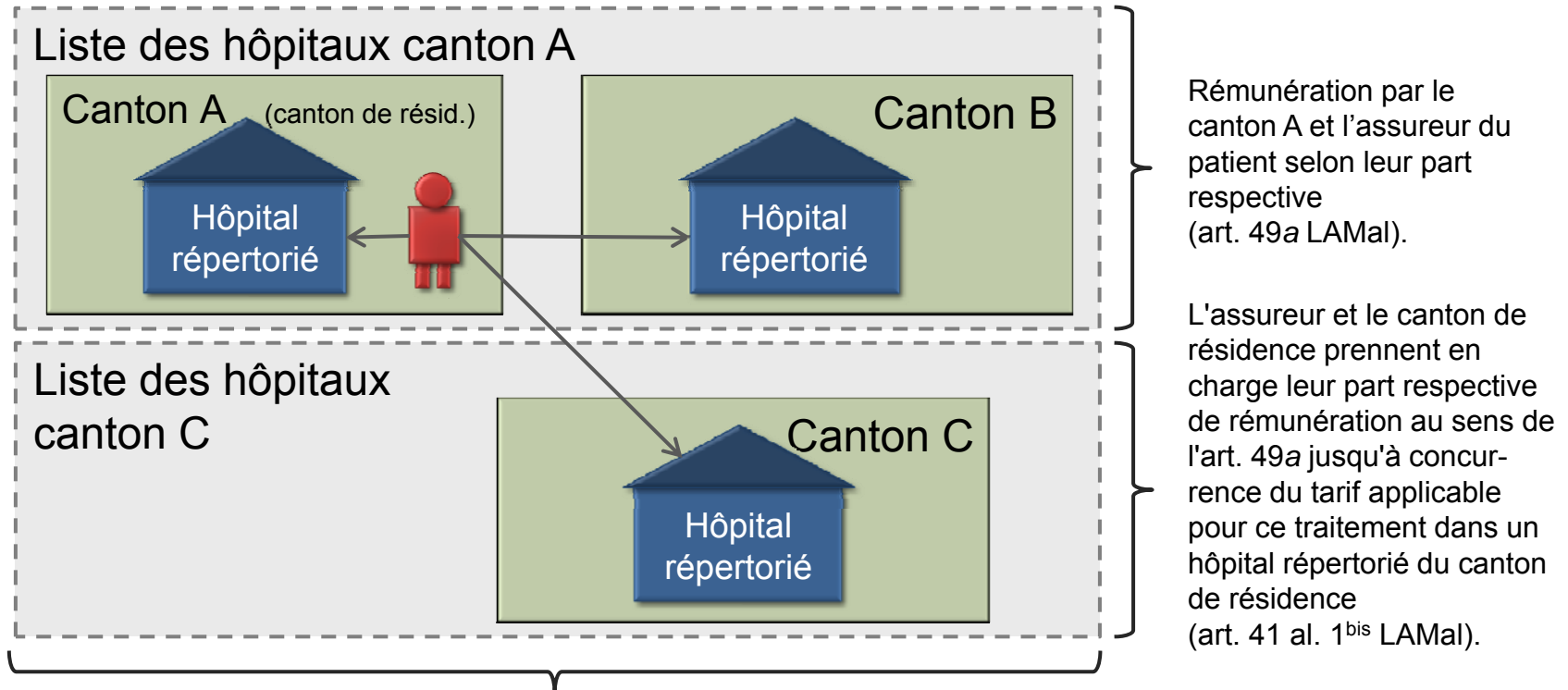
- La liste doit contenir les hôpitaux cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre en soins médicaux.
- La liste doit préciser le mandat de prestations et l'éventail des prestations de chaque hôpital.
- Le mandat de prestations peut aussi inclure l'obligation de disposer d'un service d'urgences.



# Sommaire

1. Bases
2. Nouvelles règles et principes du financement hospitalier
3. Forfaits liés aux prestations
4. Planification hospitalière
5. Libre choix de l'hôpital

## Libre choix de l'hôpital pour tous les assurés AOS



En cas de traitement hospitalier, l'assuré peut choisir entre les hôpitaux figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié) (art. 41 al. 1<sup>bis</sup> LAMal).

Depuis 2012, le canton doit aussi contribuer à la rémunération d'une hospitalisation effectuée sans nécessité médicale hors-canton. Si le tarif d'un hôpital du canton où se situe l'hôpital est plus élevé que le tarif déterminant dans le canton de résidence et si le traitement a eu lieu sans nécessité médicale dans le canton où se situe l'hôpital, l'assuré ou son assurance complémentaire doit assumer la différence.