

Déclaration de la FMH au sujet de l'introduction du nouveau financement hospitalier le 1^{er} janvier 2012

La FMH participe depuis plusieurs années aux travaux préparatifs de la nouvelle structure tarifaire élaborée dans le cadre de la réforme du financement hospitalier. Impliquée de manière constructive dans ce processus, elle a publié les revendications et exigences du corps médical dans un papier de position (www.fmh.ch > Tarifs > SwissDRG > [Position de la FMH](#)).

Sept mois avant l'introduction prévue, nous constatons que de nombreux points ne sont toujours pas réglés et qu'ils sont susceptibles de compromettre la mise en application de la révision de la LAMal au 1^{er} janvier 2012.

1. La version 1.0 de la nouvelle structure tarifaire a été publiée récemment et sera appliquée dès 2012. Bien que très améliorée par rapport au système APDRG actuellement utilisé, elle n'atteint pas encore la finesse des G-DRG allemands. En particulier, les quelques 8'000 nouveaux codes de procédure du catalogue CHOP introduits cette année n'ont pas encore pu être répercutés dans la version d'introduction. D'autre part, plus de 200 demandes de rétribution additionnelle sont encore en suspens, seules cinq d'entre elles ayant pu être implémentées dans la version 1.0. Sans ces rétributions additionnelles, la structure des coûts dans les hôpitaux sera biaisée par les DRG. Par ailleurs, la nouvelle structure tarifaire continue de créer de faux incitatifs.
2. Il est indispensable qu'une réglementation transitoire soit décidée, pour éviter de pénaliser financièrement les établissements victimes du manque de maturité du système: une période d'adaptation de trois ans paraît raisonnable. SwissDRG SA n'étant pas compétente pour promulguer une telle mesure, les autorités fédérales et cantonales doivent faire pression sur les partenaires tarifaires pour obtenir cette réglementation transitoire, idéalement uniforme pour tout le pays.
3. Le financement des innovations n'est pas encore résolu. Aucune réglementation n'existe pour les innovations non médicamenteuses. Légalement, seules les prestations reconnues par les commissions fédérales compétentes peuvent être mises à charge de l'assurance sociale. Jusqu'à ce qu'il soit ainsi accepté puis implémenté dans la structure tarifaire, un nouveau traitement est souvent déjà utilisé pendant une période prolongée. Bien que la structure tarifaire repose largement sur le système allemand G-DRG, elle n'en reprend pas les mécanismes en vue de rémunérer les innovations durant cette période, ni ne formule de critères pour toute la Suisse. La prise en charge des innovations pendant le temps d'application initial des DRG doit être définie de manière claire et ne pas dépendre du seul bon vouloir des assureurs: les nouveautés porteuses d'avenir, et dont l'efficacité est prouvée, doivent être financées par les assureurs à condition que leur économicité et leur adéquation soient évaluées dans le cadre d'études concomitantes durant la phase d'introduction.

4. Les données au sujet des investissements et des frais d'utilisation des infrastructures sont actuellement lacunaires, si bien qu'une disposition transitoire a été décidée pour trois ans, avec définition d'un pourcentage normatif à rajouter au taux de base. Ce supplément doit couvrir le montant actuel des investissements et des frais d'utilisation des infrastructures jusqu'à ce que des données fiables en termes d'économie et de gestion permettent d'inclure ces dépenses dans la pondération des coûts des groupes DRG. En l'absence d'une telle réglementation, aucune politique d'investissement correcte des hôpitaux ne serait possible. En rencontrant d'importantes difficultés pour financer les investissements et les crédits d'entreprise, les hôpitaux publics subiraient une perte de crédibilité. Une insuffisance à ce niveau limiterait non seulement la liberté thérapeutique mais pourrait conduire à la fermeture injustifiée d'hôpitaux, à la péjoration des soins médicaux et à un rationnement au détriment de nos patients.
5. La prise en charge des coûts de la formation postgraduée des médecins doit être réglée, n'étant pas incluse dans les DRG. L'évolution démographique et l'absence de relève médicale exigent à l'avenir davantage de moyens financiers pour la formation postgraduée dispensée dans les hôpitaux. Pour ne pas compromettre les soins à long terme, il faut éviter toute pénalité financière aux hôpitaux formateurs. Les travaux correspondants de la plateforme de l'OFSP doivent aboutir à une solution nationale, uniforme et contraignante, afin de garantir l'équité et permettre le maintien de postes de formation suffisants en nombre et en qualité.
6. La protection des données est une exigence non négociable. La livraison systématique de toutes les données diagnostiques et thérapeutiques aux assureurs n'est pas acceptable; elle avait d'ailleurs été refusée par les Chambres fédérales lors du débat sur la révision de la LAMal! Etant garants du secret médical, nous nous opposerons toujours à sa transgression par tous les moyens disponibles.
7. La planification hospitalière des cantons est en cours, parfois sans concertation véritable avec les milieux concernés. Un tel processus, s'il est vrai qu'il obéit finalement à des impératifs politiques, doit également respecter les réalités incontournables du terrain et les évidences scientifiques. A ce point de vue, le corps médical doit être associé à ces décisions qui vont conditionner toute la chaîne de soins et la collaboration interdisciplinaire dans les hôpitaux pendant de nombreuses années.
8. Avec l'introduction systématique des forfaits par cas, le risque existe de voir l'économie primer sur la qualité. De ce fait, il est nécessaire de mettre en place une recherche concomitante pour surveiller la qualité sur toute la chaîne thérapeutique mais aussi de créer des instruments permettant de réguler le système de santé du point de vue de la qualité *et* des coûts.
9. Il faut exiger une introduction synchronisée du nouveau système de financement pour la réadaptation et les soins somatiques aigus afin d'éviter que la chaîne thérapeutique ne soit interrompue.

La FMH exige que le nouveau financement hospitalier soit introduit sans effet néfaste pour les patients. **Pour y parvenir, elle demande une réglementation transitoire uniforme qui ne sera supprimée qu'au moment où les points suivants seront mis en œuvre:**

- **les rétributions additionnelles proposées sont approuvées;**
- **le financement des innovations est réglé dès leur introduction, dans le cadre de HTA;**
- **les investissements peuvent avoir lieu sur la base de données basées sur des critères d'économie et de gestion;**
- **les coûts de la formation postgraduée des médecins sont pris en charge et adaptés à l'évolution démographique;**
- **les dispositions relatives à la protection des données sont respectées;**

- **les médecins sont associés aux planifications hospitalières et des soins;**
- **La recherche concomitante et sur la fourniture des soins est garantie de manière crédible.**
- **Des conditions de travail sûres et les effectifs en personnel nécessaires à des soins de bonne qualité sont garantis lors de la mise en application du nouveau financement financier.**

Avril 2011