

---

Numéro de l'intervention: 109-2011  
Type d'intervention: **Motion**

Déposée le: 28.03.2011

Déposée par: Lemann (Langnau i.E., PS) (porte-parole)

Cosignataires: 28

Urgente: Oui 31.03.2011

Date de la réponse: 18.05.2011  
Numéro de l'ACE 876/2011  
Direction: SAP

---

### **DRG: coûts énormes, questions sans réponse**

La loi du 21 décembre 2007 sur l'assurance-maladie (financement des soins hospitaliers) prévoit l'introduction à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 de l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas, au moyen du système tarifaire Swiss DRG (Diagnose Related Groups). Au moment du vote de la loi, le parlement n'était guère convaincu : les voix contre (52) et les abstentions (56) étaient nettement plus nombreuses que les voix pour (90). Aujourd'hui, neuf mois avant l'entrée en vigueur, les effets du nouveau système sont plus qu'incertains. L'expérience de l'Allemagne et de quelques cantons montre que l'impact attendu de DRG – économies, transparence et comparabilité des prestations – ne s'est pas réalisé.

Dans ces conditions, le Conseil-exécutif est chargé d'intervenir auprès de la Confédération, par l'intermédiaire de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, pour que l'introduction du système DRG soit bloquée jusqu'à ce que les principales questions aient été réglées.

#### Développement

Il faut préalablement clarifier l'impact de Swiss DRG sur :

- le coût de la santé (cf. Kassensturz du 15.3 : Le nouveau système de financement des soins hospitaliers coûte des milliards !) ;
- la garantie de la couverture en soins hospitaliers ;
- les conditions de travail ainsi que la formation et la formation continue du personnel de santé ;
- la protection des données ;
- la couverture en soins pédiatriques, psychiatriques, palliatifs, gériatriques et en médecine de pointe ;
- la recherche.

Un moratoire est indispensable tant que ces questions ne sont pas réglées. Les mesures d'accompagnement promises ne pourront pas être menées en aussi peu de temps.



Le canton de Berne possède un excellent système de santé, largement ramifié, qui s'est développé au fil des décennies. Introduire à la hâte le système rigide du forfait par cas, bien plus radical que celui d'autres pays et que le système actuel, entraînerait des dommages collatéraux irréversibles. Pareil bouleversement exige qu'on se donne du temps. Les parlements des cantons de Zurich et des Grisons ont adopté des interventions similaires.

## Réponse du Conseil-exécutif

En adoptant, le 21 décembre 2007, la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les Chambres fédérales ont décidé qu'à partir de 2012 au plus tard tous les traitements hospitaliers à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) devront être financés pour moitié par les assureurs-maladies et pour l'autre moitié par les cantons (financement dual fixe). Elles ont également décidé d'introduire les forfaits par cas liés aux diagnostics. Ce faisant, les parlementaires ont clairement exprimé leur volonté quant à la date d'entrée en vigueur de ces dispositions et l'ont fait figurer dans l'acte portant modification de la loi.

Comme l'ont relevé les animateurs de l'émission Kassensturz, le nouveau financement dual fixe modifie la répartition des coûts entre canton et assureurs-maladie. Le canton de Berne prévoit des charges supplémentaires d'environ 260 millions de francs pour les finances publiques et, à l'inverse, un allègement avoisinant 200 millions de francs du côté de l'AOS et 60 millions de francs pour ce qui est des assurances complémentaires. Dans le canton de Berne, en raison du contrat passé entre les hôpitaux privés et les assureurs-maladies (appelé «contrat AOS»), les coûts se déplaceront surtout de l'AOS vers les pouvoirs publics et non pas, comme dans la plupart des cantons, des complémentaires vers l'AOS et les pouvoirs publics. Le Conseil-exécutif compte sur les assureurs-maladie pour redistribuer le montant des allègements aux assurés. Dès 2012, les primes d'assurance-maladie dans le canton de Berne devraient dès lors se stabiliser, voire diminuer. Les milliards évoqués dans l'émission Kassensturz ne sont donc pas des coûts supplémentaires, mais le **montant des coûts dont la répartition entre les diverses instances de financement sera redéfinie** suite à l'introduction du système SwissDRG.

Comme l'exige la loi, le système des forfaits par cas liés aux diagnostics (SwissDRG), spécialement mis au point pour la Suisse, sera en effet introduit dès 2012. Le système de rémunération basé sur les Diagnosis Related Groups (DRG), c'est-à-dire des groupes de diagnostics homogènes du point de vue médical et des coûts, rendent les prestations hospitalières comparables au point qu'il est possible de les rétribuer au moyen d'un forfait par cas. Ce système vise à garantir des soins hospitaliers à la fois efficaces et de qualité. Il n'a rien de nouveau, puisque nombre de pays l'appliquent depuis de nombreuses années en l'améliorant et en l'adaptant sans cesse. Le canton de Berne rétribue depuis 2007 déjà les hôpitaux de soins aigus subventionnés par les pouvoirs publics par le biais du système AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups). De même, les assureurs-maladie appliquent ce système depuis 2005 à quelques hôpitaux de soins aigus subventionnés par les pouvoirs publics et, depuis 2010, à tous les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics et à tous les hôpitaux privés. Le passage au système SwissDRG ne modifiera donc guère le mode de financement des soins dans le canton de Berne, ni du côté des pouvoirs publics ni du côté des assureurs-maladie. L'introduction de SwissDRG constituera au contraire une nouvelle évolution du financement actuel des prestations lié aux diagnostics. Grâce aux expériences engrangées ces dernières années, les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics sont donc particulièrement bien préparés à ce changement.

Voici l'avis du Conseil-exécutif quant aux autres points évoqués par la motion :

- L'introduction de SwissDRG ne remet pas en cause la **sécurité des soins**, puisque toutes les prestations requises et leurs coûts devront être rétribués par le biais de forfaits par cas liés aux diagnostics.
- L'organisation et le financement de **la formation et de la formation continue de tout le personnel de la santé** incombent en principe aux cantons. Le fait que le nouveau financement des hôpitaux prévoit de financer la formation et le perfectionnement pour les professions de santé non universitaires par les tarifs ne modifie en rien cette responsabilité. Dans son ordonnance portant introduction de la révision du 21 décembre 2007 de la loi sur l'assurance maladie (Oi LAMal), le canton de Berne prévoit dès lors de contraindre tous les établissements figurant sur la liste des hôpitaux (quel que soit l'organisme responsable) à assurer la formation et la formation continue du personnel et à conclure des conventions collectives de travail afin de garantir les **conditions de travail**. Tout le monde devrait ainsi être logé à la même enseigne. Quant au financement de la formation universitaire, il continue à relever des pouvoirs publics. Des plateformes et des groupes de travail d'envergure nationale veillent en particulier à financer et à assurer aux médecins une formation continue d'excellente qualité.
- L'introduction de SwissDRG n'aura pas non plus d'influence sur la **protection des données**. Indépendamment du système de rémunération, tous les acteurs de la santé sont en effet tenus de respecter la législation sur la protection des données, et cela vaut aussi pour la facturation. Conformément à la LAMal, l'hôpital doit remettre une facture détaillée à l'assureur. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Selon l'arrêt du 29 mai 2009 du Tribunal administratif fédéral (ATAF 2009/24) et eu égard aux normes régissant la protection des données, les assureurs-maladies et les fournisseurs de prestations doivent préciser les modalités à ce sujet dans les conventions tarifaires.
- La structure SwissDRG est un système évolutif. Seule son application permettra de le développer au fil du temps et d'identifier d'**éventuels** points faibles. Il sera ainsi possible de garantir la **couverture en soins pédiatriques, psychiatriques, palliatifs, gériatriques et en médecine de pointe** et de les rétribuer en fonction des prestations fournies.
- Les principaux aspects d'une **évaluation du projet** sont assurés. Par évaluation de projet, on entend **en principe** des activités telles qu'un suivi (ou monitoring) basé sur des indicateurs, des mesures de la qualité ou les recherches menées dans les universités et les hautes écoles spécialisées. La réalisation de programmes de monitoring à l'échelle suisse de même que le lancement de travaux de recherche incombent aux organismes nationaux chargés d'introduire les forfaits par cas ou aux hautes écoles à l'œuvre dans les domaines de recherche concernés. Certaines de ces institutions ont d'ores et déjà proposé des travaux à mener. Depuis 2003, tous les hôpitaux bernois évaluent en outre leurs résultats dans le cadre du projet QABE. Grâce à ces relevés, il sera possible de comparer la qualité des résultats avant et après l'introduction de SwissDRG. Au niveau fédéral, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), fondée en 2009, prévoit par ailleurs de mettre au point des mesures de la qualité. Elle prépare dans ce domaine des conditions contraignantes qui s'appliqueront dès 2012.

Compte tenu des explications fournies ci-dessus, le Conseil-exécutif est d'avis que rien ne s'oppose à l'introduction de SwissDRG au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**Proposition** : rejet

**Au Grand Conseil**