

## Qui va payer pour les hôpitaux et les soins infirmiers? Cantons et caisses s'affrontent

**Santé . Les cantons sont fâchés: les réformes en cours augmentent leurs charges et diminuent leur marge de manœuvre**

Sylvie Arsever

Les projets de réforme de la LAMal au menu de la session parlementaire qui s'ouvre pourraient coûter jusqu'à 1,8 milliard aux cantons. Les assureurs évoquent de leur côté une somme de 2 milliards supplémentaires à charge des assurés au moment où les coûts de la santé, après une brève accalmie, reprennent l'ascenseur (voir ci-dessous).

Les premiers sont montés au filet en formation serrée: le vice-président de la Conférence des directeurs des Finances, le Soleurois Christian Wanner et le responsable des Finances bernoises Urs Gasche ont joint leurs forces à celle de trois directeurs de la Santé: Markus Dürr (Lucerne), Ernst Hasler (Argovie) et Thomas Burgener (Valais) pour faire valoir leur point de vue. Les assureurs ont profité de la présentation des coûts 2007 pour défendre le leur.

En cause: la refonte du financement des hôpitaux et des soins de longue durée.

La première réforme générera pour la collectivité une charge supplémentaire de l'ordre du milliard. C'est le coût de la décision de mettre cliniques privées conventionnées et hôpitaux publics sur pied d'égalité en terme de participation aux investissements.

Pour éviter «une hausse massive» des primes, assure Christoffel Brändli, président de Santésuisse, il faudrait fixer la part globale des cantons à 60% du financement des hôpitaux. Ce n'est pas à l'ordre du jour. Le National a fixé la barre à 55%. Les Etats reprennent le projet avec une proposition différenciée: 55% pour les cantons dont les primes sont supérieures à la moyenne nationale, 45% en dessous. Les cantons sont favorables à cette fourchette – mais contestent sa conception: ils veulent être libres de fixer leur part (certains payent déjà plus de 55%). Ou, au minimum, cette dernière doit dépendre, non pas des primes, déterminées par la politique des assureurs, mais des coûts.

En généralisant le paiement des hôpitaux en fonction des prestations, la réforme est de nature, à terme, à faire pression sur les coûts. Les caisses sont favorables à la proposition du National d'y ajouter le libre choix de l'hôpital pour les assurés de base. Les cantons, eux, freinent des quatre fers. Cette mesure, estiment-ils leur coûterait entre 460 et 600 millions supplémentaires. Et surtout, elle rendrait vains tous leurs efforts de planification.

Car leur blues n'est pas seulement financier: il est aussi politique. Les projets des députés leur imputent des charges sur lesquelles ils n'ont aucune maîtrise. Ce qui en ferait, estime Christian Wanner, «les agents exécuteurs de la politique fédérale». C'est ce qui se passe avec la proposition du National de fixer à 20% au maximum la part du coût des soins qui peut être mise à charge des particuliers, laissant les cantons assumer la différence avec la part (environ 60%) couverte par les caisses. A cette nouvelle ponction (estimée entre 350 et 420 millions), les directeurs de la Santé opposent leur solution: un plein financement des soins à domicile, qu'ils souhaitent promouvoir, et une aide aux seuls résidents d'EMS qui sont en difficulté économique.

Les assureurs, eux, sont favorables à la limite de 20% de participation des patients – du moment que ce sont les cantons qui paient... – mais ils contestent l'obligation que veut leur imposer le National de payer l'entier des soins dits de transition (supportés à domicile à la suite d'une hospitalisation).

Faut-il charger le contribuable. l'assuré ou les particuliers atteints dans leur santé?

Le débat continue devant le parlement.

© Le Temps, 2007

## Les coûts de la santé repartent à la hausse

### **Au 1er semestre 2007, la facture a grimpé de 4,7%**

Le répit aura été de courte durée: si les primes 2008 s'annoncent modérées, les assureurs prévoient déjà une couleur nettement moins rose pour 2009. Modérée ces deux dernières années, la hausse des coûts a repris son rythme habituel en 2007.

Un rythme encore magnifié par la nouvelle méthode de calcul adoptée par Santésuisse. Les caisses entendent tenir désormais leurs comptes en fonction de la date du début du traitement plutôt que de la date de facturation. Cette nouvelle méthode est plus fidèle, estiment-ils, et à terme équivalente. En attendant, elle a de quoi alimenter le pessimisme: elle met en évidence une hausse de 2,2% entre 2005 et 2006 (contre 0,8% avec l'ancienne méthode) et une augmentation de 7,6% (4,7%) au 1er semestre 2007.

L'accalmie enregistrée en 2005 et 2006 est essentiellement due au domaine des médicaments – où les mesures de Pascal Couchepin ont contrebalancé la hausse liée à la mise sur le marché de nouvelles spécialités plus chères – et à celui des analyses de laboratoire, dont le tarif a été baissé. Les frais hospitaliers, les soins à domicile et en EMS ont continué à grimper, une tendance qui se renforce en 2007. Le mouvement est particulièrement sensible pour les soins à domicile, vers lesquels on tente de transférer une partie de la prise en charge des patients. Mais la mauvaise nouvelle est que ce transfert n'a pas freiné la hausse des coûts liés à l'hospitalisation et aux EMS.

La dissolution des réserves, imposée aux caisses par Pascal Couchepin, profitera aux assurés dès 2008. Mais, là encore, la suite sera moins rose: la marge est mince, assure Christoffel Brändli. Et, avec moins de réserves, les assureurs ne pourront plus amortir les mouvements à la hausse.

Bref: soupe à la grimace en vue pour les assurés. Et, pour Santésuisse, une raison de plus d'exiger des réformes et de refuser de participer à leur coût .

**S. A.**

© Le Temps, 2007