



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

Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modifications prévues pour le 1^{er} janvier 2009

Teneur des modifications et commentaire

I. PARTIE GÉNÉRALE : RAPPEL DES FAITS	3
II. REVISION DE L'ORDONNANCE	3
1. Données nécessaires à la surveillance et statistique	3
2. Critères de planification	3
3. Reconnaissance des maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations	4
4. Contrôle des factures et fourniture de données pour le développement du système tarifaire	5
5. Forfaits liés aux prestations	5
6. Suppression de la notion de « semi-hospitalier »	5
III. PARTIE SPECIALE : COMMENTAIRE DES DISPOSITIONS	6
Données nécessaires à la surveillance	6
Art. 28	6
Art. 28a	6
Art. 28b	6
Art. 30	6
Art. 31	6
Art. 37	6
Art. 55a	6
Critères pour la planification hospitalière	7
Art. 58a	7
Art. 58b	7
Art. 58c	8
Art. 58d	8
Art. 58e	9
Art. 58f	9
Art. 58g	9
Art. 58h	10
Facturation	10
Art. 59	10
Art. 59d	10
Art 59e	12
Dispositions transitoires	13

I. Partie générale : rappel des faits

Les Chambres fédérales ont adopté, le 21 décembre 2007, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, RO 2008 xxxx) pour le domaine du financement hospitalier (projet 1). Cette révision a pour effet que les ordonnances touchées par les modifications adoptées doivent elles aussi être modifiées. Elles sont au nombre de trois : l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; 832.104) et l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31).

Le présent document expose la modification proposée de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Les propositions de modification relatives aux autres ordonnances sont présentées dans des rapports distincts.

II. Révision de l'ordonnance

1. Données nécessaires à la surveillance et statistique

Les bases légales relatives à la surveillance et à la statistique en vigueur aujourd'hui permettent à l'office fédéral de la santé publique (OFSP) de relever les données des assureurs, y compris les indications de facturation jusqu'au détail de chaque fournisseur de prestations, et de les traiter en tant que données nécessaires à la surveillance. A cela s'ajoute la compétence de recueillir et d'utiliser les données des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. A ce propos, l'ordonnance précise que les données sont recueillies par Office fédéral de la statistique sur la base de la LAMal et fournies à l'OFSP en tant que données nécessaires à la surveillance. Mais ce n'est ainsi qu'une partie du domaine de la santé qui est prise en compte. A ce jour, la LAMal n'offre pas de base légale permettant de recueillir les indications des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. Selon la nouvelle disposition de l'art. 22a, les bases sont créées, avec les modifications prévues, afin que ce domaine puisse également être intégré. Elles précisent en outre quelles sont les indications qui doivent être communiquées. Cela signifie que les services fédéraux sont chargés de recueillir, d'analyser et de publier les données en question. Des règles en matière de transmission et de publication des données tenant compte des impératifs de protection des données sont en outre nécessaires afin de clarifier les compétences des différents acteurs.

Cet élargissement des bases légales fait qu'il sera possible à l'avenir d'exposer statistiquement non seulement les dépenses de l'assureur-maladie, mais aussi les données relatives aux fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire ainsi qu'à leurs prestations. Le but de ces relevés est de générer des informations permettant de vérifier le caractère économique et la qualité des prestations. L'extension des relevés statistiques n'aura cependant pas lieu au moment de l'entrée en vigueur de la modification de la loi, mais à un stade ultérieur. L'Office fédéral de la statistique prévoit d'effectuer, en raison de la révision partielle de la LAMal, les modifications nécessaires de l'ordonnance concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux (RS 431.012.1) dans le cadre de la procédure habituelle d'adaptation annuelle.

2. Critères de planification

La planification relève en principe de la compétence des cantons (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). Jusqu'à maintenant, le Conseil fédéral ne s'est exprimé sur les planifications cantonales qu'en tant qu'instance de décision en cas de recours contre les décisions cantonales, dégageant certaines lignes directrices. Avec la révision totale de la loi fédérale d'organisation judiciaire entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, l'art. 53 LAMal a été abrogé dans sa forme actuelle et le pouvoir de décision transféré au Tribunal administratif fédéral. Dans le cadre de la révision de la LAMal touchant au financement des hôpitaux, le Conseil fédéral est chargé d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique.

Cette compétence du Conseil fédéral est liée à l'élaboration et à la consolidation des critères de planification fondant les décisions qu'il a prises en tant qu'instance de recours. Par ailleurs, en raison du passage à la tarification sur la base de forfaits liés aux prestations, la référence au « guide sur la planification hospitalière liée aux prestations », élaboré et adopté sous la responsabilité de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, était indispensable. Le projet de révision contient en outre de nouvelles prescriptions telles que l'obligation pour les cantons de coordonner leurs planifications.

Les critères de planification devraient réduire les différences entre les concepts cantonaux et encourager un usage efficient des ressources en vue de réduire les surcapacités. De plus, la référence aux prestations va être introduite aussi bien dans le système de planification que dans celui du financement, si bien que les deux systèmes seront compatibles. Les critères revêtent ainsi une fonction de pilotage dans le contexte de l'introduction d'une planification hospitalière liée aux prestations.

Les nouveaux instruments que sont le financement des prestations et le libre choix de l'hôpital visent à encourager le caractère économique de la fourniture des prestations et la concurrence en matière de qualité. Mais ils n'empêcheront pas que le volume des prestations augmente au-delà de ce que ne l'exigerait la couverture des besoins en soins hospitaliers (sous forme d'hospitalisations non indispensables). Au contraire, les hôpitaux peuvent avoir intérêt à étendre leur offre, induisant ainsi une augmentation de la demande. Le maintien de l'instrument de la planification hospitalière dans le cadre de la révision de la loi est motivé par la nécessité de gérer le volume des prestations et, en ce sens, il est cohérent avec le nouveau système de financement. Que l'admission des établissements doive correspondre à une planification de la couverture des besoins implique également que l'offre des établissements figurant sur la liste concorde avec l'ensemble des besoins en soins de la population du canton. Ceci permet, conjointement à la règle de financement applicable à tous les établissements, d'augmenter l'incitation à planifier en fonction des besoins et à garantir l'offre de prestations dans tel ou tel domaine de prestations, à l'intérieur ou à l'extérieur du canton, pour les patients assurés selon l'assurance obligatoire des soins. Par ce biais on évitera aussi une éventuelle inégalité dans la pratique de financement entre les cantons. La nouvelle possibilité prévue, pour les assureurs, de conclure avec des hôpitaux ne figurant pas sur la liste du canton des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins ne touche que marginalement la planification hospitalière conforme aux besoins. Le fait que des hôpitaux ne figurant pas sur la liste puissent, en cas de nécessité, fournir, sur une base contractuelle, une partie au moins des prestations selon la loi, permet aux cantons d'effectuer une planification des besoins au plus juste pour les hôpitaux sur la liste, mais ne les autorise pas à se soustraire à une planification conforme aux besoins.

Dans l'al. 3 des dispositions transitoires concernant les modifications de la loi du 21 décembre 2007, il est stipulé que, au plus tard trois ans après la date d'introduction des forfaits liés aux prestations, les planifications hospitalières cantonales doivent correspondre aux nouvelles exigences. Malgré le délai relativement long en vue de la révision des planifications, il serait souhaitable de commencer le remaniement déjà peu de temps après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. Ceci en particulier, en raison de la complexité des liens entre la planification des prestations, le financement des prestations, la qualité et le caractère économique.

3. Reconnaissance des maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations

Avec la modification de la loi, les maisons de naissance figureront dans la LAMal en tant que fournisseurs de prestations. Le projet de révision de la LAMal que le Parlement a rejeté en décembre 2003 le prévoyait déjà, car la majorité des Chambres estimait que l'accouchement dans ce type d'établissement répond à un besoin. Les conditions auxquelles les maisons de naissance sont admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins seront réglées de la même manière que l'admission des autres fournisseurs de prestations.

Il est donc nécessaire d'ajouter une nouvelle disposition à l'ordonnance.

4. Contrôle des factures et fourniture de données pour le développement du système tarifaire

L'introduction de forfaits liés aux prestations sous la forme de forfaits par cas sur la base du diagnostic implique la communication de données par les fournisseurs de prestations aux assureurs. Or les données fournies, de par leur saisie, comprennent des informations considérées comme sensibles au sens de la loi sur la protection des données. Il faut donc garantir que ces données ne pourront en aucun cas être utilisées à d'autres fins que celles prévues par la loi.

La transmission de ces données personnelles aux assureurs est indispensable, car ils en ont besoin pour contrôler les factures. Elles servent en outre au développement du système tarifaire, ainsi qu'au contrôle de la mise en œuvre du système par les services chargés de cette tâche.

5. Forfaits liés aux prestations

Dans le cadre de la révision de la LAMal, les Chambres fédérales se sont entendues sur la nécessité de rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital ou dans une maison de naissance, par le biais de forfaits. Ces forfaits sont, en règle générale, des forfaits par cas, mais ils doivent toujours être liés aux prestations et basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse.

L'introduction des forfaits visés à l'art. 49, al. 1 LAMal, ainsi que l'application des règles de financement selon l'art. 49a LAMal, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011. Le Conseil fédéral est compétent pour fixer d'une part, les modalités d'introduction des forfaits liés aux prestations et d'autre part, la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Alors que la question des investissements est réglée dans le cadre de l'OCP, celle des modalités d'introduction fait l'objet de la présente modification de l'OAMal. La compétence du Conseil fédéral de fixer des modalités d'introduction permet de créer des conditions-cadre contraignantes pour la mise en œuvre des forfaits liés aux prestations. Ces conditions-cadre concernent notamment les exigences que les partenaires tarifaires doivent respecter lors de la procédure d'approbation. Par ailleurs, le Conseil fédéral a la possibilité de régler de manière flexible l'introduction de structures tarifaires dans des domaines qui, du moins jusqu'ici, ne peuvent pas être correctement représentés dans un système de type DRG.

Par ailleurs, les partenaires tarifaires sont tenus de prendre les mesures d'accompagnement qui s'imposent, afin de prévenir une augmentation non justifiée des coûts lors de l'introduction des forfaits.

Pour garantir l'application uniforme au niveau suisse du système de rémunération lié aux prestations, non seulement au moment de l'introduction des forfaits visés à l'art. 49, al. 1, LAMal, mais aussi ultérieurement, les partenaires tarifaires auront l'obligation de soumettre au Conseil fédéral pour approbation, outre les structures tarifaires, également les modalités d'application du tarif et d'ancrer cette exigence au niveau de l'ordonnance.

6. Suppression de la notion de « semi-hospitalier »

Les Chambres fédérales, dans le cadre du débat relatif au projet de révision de la LAMal rejeté par le Parlement en décembre 2003, s'étaient déjà exprimées en faveur d'une distinction faite uniquement entre traitement ambulatoire et traitement hospitalier et pour que la notion de semi-hospitalier soit rayée de la LAMal. Le motif invoqué était que ce concept n'a pas fait ses preuves dans la pratique. Des traitements semi-hospitaliers ont bien été effectués, mais dans la très grande majorité des cas ils ont été facturés au titre de prestations ambulatoires. Les tarifs relatifs aux traitements semi-hospitaliers constituent une exception.

III. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Données nécessaires à la surveillance

Art. 28

Cet article correspond, quant au principe, à la version précédente de l'art. 28 OAMal. Ces données nécessaires à la surveillance qui ont été recueillies jusqu'ici sont indispensables pour la surveillance de l'application de l'assurance (informations de gestion). Le contenu de la nouvelle version correspond à celui de la précédente.

Art. 28a

Cette nouvelle disposition prévoit que non seulement les assureurs mais aussi les tiers mandatés par ceux-ci doivent, sur demande de l'OFSP, fournir les données pertinentes pour la surveillance de la mise en œuvre de l'assurance-maladie. La notion de « mandat » implique que l'assureur peut charger un tiers des travaux techniques et administratifs concernant la préparation des données ainsi que de leur transmission. La responsabilité du transfert des données à l'OFSP reste à l'assureur.

Art. 28b

Par analogie aux données des assureurs, celles des fournisseurs de prestations doivent également être publiées. Le contenu de l'article 28b correspond à celui de l'ancien article 31.

Art. 30

Cet article est abrogé. En effet, la collecte des informations des hôpitaux et des établissements médico-sociaux est comprise dans l'article 22a alinéa 3 de la loi qui est applicable à tous les fournisseurs de prestations.

Art. 31

L'article 31 règle la publication des données concernant les fournisseurs de prestations recueillies par l'OFS. Une des nouveautés réside dans la publication des indicateurs de qualité médicaux ainsi que des données sur la qualification des fournisseurs de prestations.

Art. 37

L'adaptation de cette disposition est nécessaire, la notion de « semi-hospitalier » ayant été supprimée dans la loi. Cet article nécessite une adaptation aux nouvelles règles de financement en lien avec la rémunération des traitements hospitaliers des personnes résidant à l'étranger. Avec l'inclusion des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations, la différenciation des tarifs selon que l'assuré soit domicilié dans le canton ou en dehors de ce dernier n'a plus de raison d'être. C'est le tarif du fournisseur de prestations qui est applicable.

Art. 55a

Pour que les maisons de naissance puissent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, il faut qu'elles remplissent par analogie les exigences posées aux hôpitaux selon l'art. 39, LA-Mal. A cet égard, il convient de relever qu'une prise en charge suffisante par une sage-femme doit aussi être garantie. Cette dernière porte la responsabilité des soins donnés à l'assurée dans le cadre d'une naissance sans complications. Elle décide quand il est nécessaire de recourir à d'autres personnes et dans quelles circonstances l'assurée doit être transférée, comme urgence, dans un hôpital. La maison de naissance doit donc être organisée de sorte à pouvoir réagir de manière adéquate face à des urgences médicales.

Critères pour la planification hospitalière

Selon l'art. 39, al. 2ter, LAMal, le Conseil fédéral est chargé d'édicter des critères de planification en prenant en considération la qualité et le caractère économique. La prise en compte des critères de planification est obligatoire pour les cantons lors de l'admission des fournisseurs de prestations. Dans les présentes dispositions concernant les critères de planification, le terme d'établissement se réfère aussi bien aux hôpitaux, aux maisons de naissance et aux établissements médico-sociaux en tant que tout, qu'à leurs divisions.

Art. 58a

L'art. 39 LAMal traite des objectifs de la planification ainsi que de ses éléments. Les étapes et les éléments de la planification sont spécifiés dans l'ordonnance. Le canton doit, avec la planification, déterminer les besoins de sa population en soins fournis par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux et garantir une offre correspondante à l'intérieur ou à l'extérieur du canton. La planification a pour objet les prestations destinées à l'ensemble des assurés dans le régime de l'assurance obligatoire des soins. Les critères en matière de planification valent pour l'ensemble des assurés et ne tiennent pas compte d'une éventuelle couverture d'assurance complémentaire.

Art. 58b

Alinéa 1 : La première étape de la planification consiste à déterminer les besoins. Une planification hospitalière liée aux prestations considère avant tout les données relatives à ces prestations, soit les données par cas en fonction du diagnostic. Une planification des capacités s'intéresse d'abord aux données de gestion telles que la durée du séjour où le taux d'occupation des lits. La détermination des besoins peut se faire aussi bien sous une forme analytique (prévision des déterminants futurs) que normative (détermination des besoins à l'appui de valeurs de référence). Les comparaisons effectuées dans ce cadre doivent permettre de viser la meilleure solution (au sens d'un benchmarking), par opposition à une extrapolation sur la base des tendances observées. Les analyses structurelles mentionnées à l'al. 1 recouvrent en particulier l'interconnexion des structures de soins ambulatoires et hospitalières et les possibilités de substitution. Etant donné les différentes situations selon les cantons, il est préférable de ne pas imposer une méthode obligatoire pour la planification hospitalière liée aux prestations, afin qu'il reste possible de tenir compte de ces différences tant au regard des données disponibles que des méthodes appliquées.

Alinéa 2 : Dans une deuxième étape, les cantons doivent évaluer l'offre en fonction des critères énumérés et opérer une sélection dans le but d'adapter cette offre aux besoins et à une fourniture efficiente de prestations de haute qualité répondant à ces besoins. Il est donc nécessaire de se référer au caractère économique et à la qualité des prestations. La sécurité de l'approvisionnement est garantie si les besoins ont été déterminés correctement et que l'offre correspondante a été attribuée et assurée.

Alinéa 3 et 4 : Ces alinéas précisent les notions de caractère économique et de qualité. Des critères uniformes sont indispensables, car la sélection des établissements admis à figurer sur la liste détermine de manière importante à quel prix et dans quelle qualité les prestations pourront à l'avenir être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une base uniforme est nécessaire, d'abord parce les tarifs hospitaliers devront s'orienter, selon l'art. 49, al. 1, LAMal, sur la rémunération des hôpitaux qui fournissent les prestations dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, mais aussi parce que les hôpitaux admis devront fournir leurs prestations aux prix fixés et dans la qualité nécessaire. Cette règle s'applique aussi, par analogie, aux établissements médico-sociaux et aux maisons de naissance.

Alinéa 5 : L'introduction du financement hospitalier lié aux prestations et le libre choix de l'hôpital ne suppriment pas la fonction de gestion des quantités qu'exerce une planification conforme aux besoins comme expliqué en détail au point II.2. Jusqu'ici le Conseil fédéral, dans sa jurisprudence sur les planifications cantonales, se fondait sur le nombre de lits pour apprécier la gestion des quantités. Avec l'introduction d'une planification liée aux prestations, pour les hôpitaux de soins aigus et les maisons de naissance, comme le prévoit l'art. 58c, al. 1, cette gestion se fait au moyen d'instruments qui visent

les prestations. Les cantons sont ainsi tenus de combiner l'admission des prestations avec un instrument de gestion des quantités. Comme pour la planification liée aux prestations, on renonce à préciser davantage la méthode relative à ces instruments, afin de respecter les différentes situations de chaque canton. Aujourd'hui en effet, les quantités peuvent être gérées, dans le cadre d'une planification liée aux prestations, au moyen d'un budget global, ou alors au moyen d'une participation variable du canton en fonction des quantités.

Alinéa 6 : La LAMal énonce à l'art. 39, al. 1, let. d la possibilité d'une planification conjointe et à l'art. 39, al. 2bis l'obligation d'une planification pour l'ensemble de la Suisse pour le domaine de la médecine hautement spécialisée. Planifier conjointement signifie que, pour le domaine de prestations concerné, la demande est établie par rapport à l'ensemble de la population résidente et que, pour l'évaluation et le choix de l'offre, les établissements de l'ensemble du territoire sont pris en considération. Il s'agit donc d'une planification qui s'étend au-delà des frontières cantonales. La situation est différente dans le cadre des planifications cantonales, pour lesquelles la coordination intercantonale est régie plus précisément à l'art. 58d. Dans le cadre d'une planification conjointe, la fixation de l'offre peut du reste se réaliser aussi au niveau cantonal dans le cadre de la liste et des mandats de prestations selon l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal.

Art. 58c

Cet article traite des différents types de planifications. L'art. 49, al 1, LAMal introduit le principe des forfaits liés aux prestations pour les hôpitaux et les maisons de naissance. Cependant, pour les tarifs comme pour la planification, des bases permettant de renoncer au recours à la journée d'hospitalisation n'existent aujourd'hui que dans le domaine des soins somatiques aigus ; cet abandon devrait aussi être possible pour les maisons de naissance. Aussi est-ce dans le domaine des soins aigus et pour les maisons de naissance que la planification liée aux prestations est ordonnée. La possibilité d'une planification basée sur les capacités est explicitement maintenue pour les cliniques psychiatriques et les cliniques de réadaptation. Les capacités restent une valeur représentative pour mesurer les prestations jusqu'à ce qu'il soit possible d'adopter une définition plus précise de la prestation tant pour la tarification que pour la planification. Dans le cas des établissements médico-sociaux, les valeurs utilisées pour la planification restent celles des systèmes prévus par les art. 8, al. 4, et 9, al. 4, OPAS pour l'évaluation des besoins et la tarification.

Art. 58d

Alinéas 1 et 2 : Les critères fixés définissent les exigences liées à la coordination des planifications introduite par la révision (art. 39, al. 2, LAMal) et s'appliquent à toutes les institutions. Avec la révision de la LAMal, les patients pourront librement choisir, selon l'art. 41, al. 1bis, LAMal, parmi tous les hôpitaux figurant sur une liste cantonale, sans que, comme aujourd'hui, il n'y ait pas de contribution cantonale dans les cas d'hospitalisations sans raisons médicales. La situation ne devrait toutefois pas beaucoup changer par rapport à aujourd'hui. Les assurés ont actuellement déjà le libre choix de l'hôpital moyennant une prime modeste d'assurance complémentaire. Dans le cadre d'une couverture des soins en fonction des besoins, les cantons déterminent, sur la base des informations dont ils disposent sur les flux de patients, s'ils doivent garantir pour leur population une offre à l'extérieur du canton et s'ils doivent viser une collaboration plus étroite ou une recherche de consensus dans le cadre de leurs planifications. Une couverture des soins répondant aux besoins doit être assurée même avec le libre choix de l'hôpital, ce qui signifie que la fourniture des prestations doit correspondre aux besoins. Cela ne serait pas le cas si un canton ne veillait pas à garantir à sa population, hors du canton, les prestations qui ne sont pas fournies à l'intérieur du canton. Il n'est pas admissible non plus que les patients venus d'un autre canton fassent appel aux prestations prévues, pour la population du canton ou se trouve l'hôpital ou d'une région donnée, forçant ainsi les patients pour qui les prestations ont été planifiées à se faire soigner ailleurs. On utilise comme repère dans ce contexte le concept de lacune d'offre essentielle, en s'appuyant sur la jurisprudence du Conseil fédéral. Le but est de repérer les situations dans lesquelles les flux de patients ont une influence essentielle sur l'offre et la demande. Avec l'utilisation du critère de la lacune essentielle de l'offre il s'agit d'une part, de garantir que les patients puissent recevoir le traitement nécessaire et que la planification d'autres cantons ne soit pas

compromise. D'autre part il s'agit également d'évaluer si – après que l'offre a été fixée dans le canton mais aussi à l'extérieur du canton - la demande de la population cantonale qui reste à couvrir dans un autre canton est importante pour ce dernier ou pour l'établissement concerné. En raison de l'utilisation du critère de la lacune d'offre essentielle, la règle développée dans la jurisprudence libérant les petits cantons de l'obligation d'évaluer les établissements hors-canton même quand le besoin n'est pas couvert dans le canton, n'est plus nécessaire.

La nouvelle disposition légale sur la coordination de la planification ne peut cependant pas se limiter à la jurisprudence élaborée par le Conseil fédéral sur la base du droit en vigueur. Pour assurer une couverture des soins économique et de qualité, les cantons doivent veiller à exploiter les possibilités d'optimiser l'utilisation des ressources et la qualité des prestations en tenant également compte de l'offre extracantonale, et cela en visant à éviter les doublons et à utiliser des synergies. Si ce critère n'était pas respecté, le potentiel d'économie ne serait pas épuisé, ni l'optimisation de la qualité réalisée, ce qui n'irait pas dans le sens d'une planification conforme aux besoins et alourdirait les charges supportées par l'assurance obligatoire des soins et par les cantons.

Alinéa 3 : La gestion des quantités prévue par l'art. 58b, al. 5, est en général du ressort du canton où l'hôpital est situé. La base est la couverture des besoins en soins de la population cantonale, moins les prestations consommées hors du canton, plus les prestations fournies aux patients venus de l'extérieur du canton. Dans le cas d'institutions admises exclusivement par le canton de résidence, la gestion des quantités est de la compétence de ce canton.

Art. 58e

Cet article fixe les compétences en matière de contrôle des conditions relatives aux prestations de service et à l'infrastructure requises pour l'inclusion des institutions dans la planification. La règle fixée à l'*alinéa 2* implique, pour les établissements médico-sociaux, que la prestation de service et l'infrastructure soient adaptées aux patients en fonction des niveaux de soins requis ou des pathologies présentant des exigences particulières – p. ex. la surveillance des patients Alzheimer. Pour les maisons de naissance, il est à présumer qu'il ne faudra pas garantir une prise en charge médicale permanente, mais des mesures pour les urgences médicales, car ces établissements sont conçus pour des naissances sans complications prévisibles. En cas de naissances à risque, une infrastructure médicale et des soins médicaux – autrement dit une infrastructure hospitalière – sont indispensables. Pour les hôpitaux comme pour les autres établissements, les conditions relatives aux prestations de service et à l'infrastructure doivent être harmonisées avec les mandats de prestations.

Art. 58f

L'attribution et la garantie de l'offre nécessaire à la couverture des besoins en soins se fait au moyen de listes et de mandats de prestations. Conformément à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal, la liste doit fixer les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats. La liste sera donc subdivisée selon les événements de prestations fixés dans les mandats de prestations conformément à l'art. 58g, al. 2 et 3.

Alinéa 2 : La possibilité pour les assureurs, prévue à l'art. 49a, al. 4, LAMal, de conclure des conventions avec des hôpitaux n'étant pas admis selon l'art. 39 peut justifier une planification serrée par rapport aux besoins, mais pas une offre insuffisante dans le cadre des hôpitaux figurant sur la liste. En cas de lacunes non essentielles de l'offre en soins il n'y a pas d'obligation de fixer l'offre hors-canton sur la liste.

Alinéas 3 et 4 : Pour les institutions concernées par la planification liée aux prestations, les règles de gestion des quantités figurent dans le mandat de prestations (art. 58g, al. 4)). Si la planification est basée sur les capacités, celles admises doivent être indiquées pour la gestion des quantités. En ce qui concerne le domaine des établissements médico-sociaux, l'assignation de valeurs d'orientation pour l'ensemble du canton suffit.

Art. 58g

La notion de mandat de prestations est utilisée à l'art. 39 LAMal. Mais dans le cadre de la planification liée aux prestations, des conventions de prestations sous forme de contrats-cadres ou de contrats

annuels sont néanmoins possibles. Les premiers contiennent plutôt la règle des quantités planifiées, les seconds les quantités et les prix, qui varient d'une année à l'autre. A cet égard, les mandats de prestations au sens de la loi doivent aussi comprendre des éléments des conventions de prestations, en rapport avec la gestion des quantités.

Alinéa 1 : Le contenu des mandats de prestations pour toutes les institutions est précisé.

Alinéa 2 : La répartition des hôpitaux et des maisons de naissance par catégories suit l'éventail des prestations, dont la structuration est d'une importance fondamentale pour la transparence et l'uniformité des mandats de prestations.

Alinéa 3 : L'éventail de prestations admis pour les établissements médico-sociaux est défini par catégories de patients et par niveaux de soins requis. Ce principe a son importance notamment lorsque seulement une partie des EMS est autorisée à traiter les patients de tous les niveaux de soins.

Alinéa 4 : Les mandats de prestations attribués sur la base d'une planification liée aux prestations doivent contenir les règles de gestion des quantités.

Alinéas 5 et 6 : La description des conditions qui peuvent être imposées se réfère aux prestations de réserve, à la garantie de la qualité, ainsi qu'à l'obligation d'admission des patients venus de l'extérieur du canton, laquelle, conformément à l'art. 41a, al. 2, LAMal, ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations.

Alinéa 7 : La possibilité de donner des mandats de prestations communs doit être explicitement mentionnée en lien avec la prescription légale de coordination des planifications (art. 39, al. 2, LAMal).

Art. 58h

La planification doit être comprise comme un processus. Les cantons sont tenus d'adapter leur planification à l'évolution des circonstances.

Facturation

Art. 59

Afin de garantir la confidentialité des données et leur utilisation exclusivement pour le contrôle des factures, il est nécessaire d'ajouter ici une précision explicite, à savoir que la facture relative à l'assurance de base doit être clairement séparée de celle concernant l'assurance complémentaire. Autrement dit, il ne suffit pas que les prestations de l'assurance de base soient clairement distinguées des autres dans les factures, comme le prévoit déjà l'art. 59, al. 3, OAMal en vigueur, mais on devra établir deux factures distinctes. De la même manière, il faut également veiller à ce que l'assureur sépare entièrement l'un de l'autre les processus administratifs des deux types d'assurance. De plus, un nouvel al. 1^{bis} précise que toutes les données liées au diagnostic doivent être effacées 30 jours après que la facture a été contrôlée.

Art. 59d

Alinéa 1 : Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, une convention tarifaire doit, pour qu'elle puisse déployer ses effets, être approuvée par l'autorité compétente. Si sa validité s'étend à toute la Suisse, il s'agit, selon l'art. 46, al. 4, LAMal, du Conseil fédéral. A cette occasion, l'autorité d'approbation doit vérifier que la convention respecte la loi et le principe d'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

L'introduction de structures tarifaires uniformes au niveau suisse a pour objectif principal de rendre le système plus transparent au niveau des coûts et des prestations. Grâce à cette transparence, il sera en particulier possible de procéder à l'échelon national à des comparaisons entre hôpitaux. Il est donc nécessaire que des règles uniformes, sur la base desquelles les structures tarifaires sont élaborées, soient appliquées au plan suisse. Cette uniformité ne peut toutefois être garantie que dans le cadre de la procédure d'approbation par le Conseil fédéral d'un système complet de rémunération dont la structure tarifaire représente, à côté des modalités d'application du tarif, un élément central. La présente disposition a pour objectif de permettre au Conseil fédéral de procéder à l'examen de la convention

tarifaire, sous l'angle des dispositions légales en vigueur, ainsi que de garantir au niveau suisse une application uniforme et conforme à la loi du nouveau système de rémunération.

Les modalités d'application du tarif représentent l'ensemble des règles abstraites nécessaires aussi bien pour le calcul du tarif que pour faire valoir, dans un cas particulier, le montant de la rémunération dû pour une prestation déterminée. Ces modalités portent en particulier sur la définition des cas et des règles de facturation, qui concernent notamment – dans un système de type DRG – les règles applicables aux cas extrêmes (*outliers*) ou aux éventuelles rémunérations supplémentaires. Cette question a donc une influence directe non seulement sur l'élaboration de la structure tarifaire (hôpitaux de référence), mais également, à un stade ultérieur, lors de la facturation des prestations par les hôpitaux (transferts entre hôpitaux, réhospitalisation, ...). Les modalités d'application du tarif doivent donc également contenir des règles visant à prévenir les incitations négatives potentielles liées à l'application d'un système de rémunération basé sur des forfaits par cas, comme par exemple l'augmentation artificielle du nombre de cas, les réhospitalisations induites par des sorties prématurées, les transferts non justifiés de prestations. Le Conseil fédéral doit s'assurer, dans le cadre de son examen, de la conformité de ces règles avec les dispositions légales, en particulier avec l'OCP. Les modalités d'application du tarif sont considérées comme faisant partie de la structure tarifaire et donc de la convention tarifaire, et doivent par conséquent également être soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

Afin de prévenir, dans un système de forfaits par cas, d'éventuelles conséquences négatives sur la qualité des prestations découlant d'une réduction, non indiquée sous l'angle médical, des durées de séjour, les partenaires tarifaires devront joindre à la demande d'approbation une proposition commune sur les instruments et les mécanismes destinés à garantir la qualité dans le cadre de l'application du tarif.

Sous l'angle de l'examen du respect du principe d'économicité, il y a lieu d'exiger des partenaires tarifaires qu'ils établissent des prévisions à moyen et long termes sur les conséquences de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins. Cette exigence, qui s'applique aussi bien lors de la première demande d'approbation de la convention tarifaire, que dans le cas de ses adaptations, doit être clairement distinguée de la question du respect de la neutralité des coûts qui se pose lors d'un changement de modèle tarifaire et qui fait l'objet de l'al. 3, des dispositions transitoires de la présente modification d'ordonnance.

Alinéa 2 : Les exigences fixées à l'al. 2, sont en particulier applicables dans le cas d'un système de rémunération de type DRG. Elles complètent, en tenant compte des spécificités de ce système, les exigences posées à l'al. 1.

Afin de garantir une mise en œuvre uniforme des forfaits liés aux prestations de type DRG, il est nécessaire que tous les hôpitaux fournissant des prestations à la charge de la LAMal – en particulier aussi les hôpitaux de référence retenus pour la détermination de la structure tarifaire – appliquent des directives de codage contraignantes fixées de manière uniforme au niveau suisse (manuel de codage). L'élaboration des directives de codage se fait en coordination avec l'OFS, qui est compétent, au sens de l'Ordonnance concernant l'organisation de la statistique fédérale, en matière de création et de mise à jour de classifications, de nomenclatures et de terminologies. Une procédure de révision du codage dans les hôpitaux doit également être convenue entre les partenaires tarifaires concernés et faire l'objet d'un concept au niveau national, afin notamment de garantir la qualité du système de tarification en tant que tel. Le manuel de codage et le concept pour la révision du codage sont également considérés comme faisant partie de la structure tarifaire et sont donc, de ce fait, également soumis à l'approbation du Conseil fédéral.

Le choix des critères servant à déterminer les hôpitaux de référence est essentiel. Les données livrées par ces hôpitaux servent en effet de base, notamment dans un système de type DRG, à l'élaboration de la structure tarifaire. Il est donc nécessaire que des règles identiques et conformes aux dispositions légales soient appliquées au niveau national, en particulier afin de relever, sur la base de critères uniformes, des données de qualité sur les coûts et les prestations.

Alinéa 3 : Selon l'art. 59c, al. 2, OAMal, les partenaires tarifaires doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Si les

partenaires tarifaires conviennent d'une modification d'une convention tarifaire au sens de l'al. 1, ils ont l'obligation de soumettre à nouveau la convention tarifaire au Conseil fédéral pour approbation que ces modifications soient apportées à la structure tarifaire en tant que telle ou à ses modalités d'application.

Alinéa 4 : Si la LAMal impose aujourd'hui aux partenaires tarifaires de convenir de forfaits pour les traitements hospitaliers, elle ne donne toutefois aucune précision quant à leur aménagement, laissant aux partenaires tarifaires – dans le cadre légal défini, notamment à l'art. 59c, OAMal – une grande marge de manœuvre dans l'accomplissement de leur tâche. Avec l'entrée en vigueur de la révision de la loi, les partenaires tarifaires continuent à devoir convenir de forfaits. Ces forfaits devront toutefois se présenter, en règle générale, sous la forme de forfaits par cas, mais toujours être « liés aux prestations » et se baser sur des structures uniformes au niveau national (art. 49, al. 1, LAMal).

Si le lien avec la prestation fournie est par exemple donné dans le domaine des soins stationnaires aigus avec un système de rémunération des prestations de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), il pourrait ne pas en être de même dans des domaines comme la réadaptation ou la psychiatrie, pour lesquels un tel système ne paraît, du moins aujourd'hui, pas adapté. La formulation de l'art. 49, al. 1, LAMal, n'oblige pas les partenaires tarifaires à convenir de forfaits « par cas ». Dans la mesure où la conclusion notamment de forfaits journaliers n'est à priori pas exclue dans certains domaines autres que les soins somatiques aigus, l'ordonnance précise sous forme de principe la nature du « lien » à établir entre le tarif et la prestation à rémunérer. Afin de garantir que la rémunération soit la plus proche possible de la prestation fournie, même en cas de forfaits journaliers, il convient d'exiger que les tarifs soient différenciés. Cette différenciation s'appuie sur deux niveaux de description de la prestation: tout d'abord celui de la prestation concernée en tant que telle (*nature de la prestation*), ensuite celui du niveau d'engagement des ressources – notamment en personnel ou en moyens techniques – qui varie selon la gravité ou la lourdeur du cas traité (*intensité de la prestation*).

Art 59e

Alinéa 1 et 2: Sur la base de l'art. 49, al. 2, LAMal, une contribution couvrant les coûts pour financer les activités de l'organisation compétente en matière d'élaboration, de développement, d'adaptation et de maintenance des structures tarifaires peut être prélevée par cas facturé. Les partenaires devront s'entendre sur le montant de cette contribution. Celle-ci sera applicable de manière uniforme sur le plan suisse pour chaque cas facturé et peut ainsi être assimilée à un « tarif » uniforme fixé au niveau national pour la rémunération des prestations fournies par l'organisation précitée. Eu égard à l'art. 46, al. 4, LAMal, cette contribution sera soumise pour approbation au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires. Dans le cadre de cet examen, l'autorité veillera en particulier à ce que le prélèvement d'une telle contribution soit dûment justifié.

Par ailleurs, le Conseil fédéral peut – en particulier dans les cas où pour les fournisseurs de prestations ou les assureurs qui décideraient, à titre individuel, de ne pas adhérer à la convention tarifaire conclue au niveau national – déclarer obligatoire, au même titre que pour l'application de la structure tarifaire uniforme, le prélèvement du montant de la contribution par cas prévue à l'art. 49, al. 2, LAMal. Cette disposition particulière ne doit pas être confondue avec l'art. 46, al. 2, LAMal, qui fixe notamment les règles générales applicables en matière de modalités de déclaration de retrait ou d'adhésion à une convention. Cette dernière disposition – applicable dans le cas où des non-membres d'une fédération d'assureurs ou de fournisseurs de prestations décideraient d'adhérer à une convention conclue par cette fédération – stipule que la convention peut prévoir le versement d'une contribution équitable aux frais causés par la conclusion et l'exécution de la convention.

Alinéa 3 : La répartition du financement de la contribution par cas entre assureurs et cantons n'est pas directement réglée par l'art. 49a, al. 1, LAMal qui traite de la répartition du financement des rémunérations visées à l'art. 49, al. 1, LAMal. En partant de l'idée que le financement de la contribution visée à l'art. 49, al. 2, LAMal, doit être soumis aux mêmes règles que celles applicables aux prestations hospitalières et afin de lever toute incertitude à ce sujet, il est nécessaire de procéder à une application par analogie de l'art. 49a, al. 1 et 2, LAMal.

Dispositions transitoires

Alinéa 1 : La date à laquelle l'introduction des forfaits liés aux prestations doit être achevée au niveau suisse est prévue dans les dispositions transitoires de la loi révisée et fixée au plus tard au 31 décembre 2011. Ce délai est applicable à tous les domaines de l'hôpital (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie, ...) ainsi que pour les maisons de naissance.

Afin de contrôler la mise en œuvre des exigences posées à l'art. 49, al. 2, LAMal, dans la perspective de l'échéance du 31 décembre 2011 et de pouvoir anticiper, en particulier en cas d'absence d'accord entre les partenaires tarifaires, les éventuelles mesures à prendre (fixation d'autorité de la structure tarifaire, institution contraignante de l'organisation), il est nécessaire de fixer des délais. Selon la présente disposition, les partenaires tarifaires et les cantons sont tenus d'informer par écrit le Conseil fédéral, jusqu'au 31 janvier 2009, de l'avancement des travaux en lien avec l'institution de l'organisation compétente au sens de l'art. 49, al. 2, LAMal, pour l'élaboration des structures tarifaires uniformes. Les statuts de l'organisation sont communiqués au Conseil fédéral, non pas à des fins de surveillance au sens de la loi, mais uniquement pour lui permettre de s'assurer, sur la base d'un document officiel, que l'organisation poursuit les buts qui lui ont été assignés par l'art. 49, al. 2, LAMal. L'échéance du 31 janvier 2009 doit être mise en relation avec la date fixée à l'al. 3 de cette disposition, dans le sens où une période de 5 mois au minimum entre la dernière échéance fixée pour le début des activités de l'organisation et celle fixée pour le dépôt de la demande d'approbation de la convention tarifaire est laissée aux partenaires tarifaires.

Alinéa 2 : Les partenaires tarifaires et les cantons sont libres de convenir de ne pas confier à une organisation unique, pour les domaines concernés (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie, maison de naissance, ...), la tâche d'élaborer, d'adapter et de maintenir les structures tarifaires uniformes visées à l'art. 49, al. 1, LAMal. Compte tenu de cette éventualité et afin d'assurer la surveillance et la cohérence du système, il est nécessaire de prévoir une disposition exigeant des partenaires tarifaires qu'ils veillent le cas échéant à la coordination, entre les différents domaines concernés, tant des travaux que des mesures d'accompagnement à mettre en œuvre.

Alinéa 3 : Compte tenu de l'effet constitutif de l'approbation et afin d'éviter que les partenaires tarifaires ne soumettent trop tardivement leur demande d'approbation au Conseil fédéral, il convient de fixer au niveau de l'ordonnance un délai aux partenaires tarifaires pour le dépôt de la première demande d'approbation de la convention tarifaire. Selon l'al. 1, de la présente disposition, cette demande devra être transmise au Conseil fédéral au plus tard 30 mois avant l'échéance fixée au 31 décembre 2011 pour l'introduction des forfaits liés aux prestations, pour les raisons suivantes.

Tout d'abord, il faut tenir compte du fait qu'il sera certainement important pour les partenaires tarifaires de pouvoir disposer d'une version de la structure tarifaire approuvée par le Conseil fédéral. Ceci, d'une part, sous l'angle tarifaire, afin de pouvoir conclure valablement des conventions, par exemple au niveau cantonal, sur la base d'une convention tarifaire nationale et d'une structure tarifaire reconnues comme conformes à la loi. D'autre part, du point de vue technique, afin de laisser suffisamment de temps aux hôpitaux pour adapter leur système informatique. Pour permettre au Conseil fédéral de disposer du temps nécessaire pour mener à terme la procédure d'approbation, il y a lieu de prévoir un délai d'au moins 6 mois. Ce délai est un minimum, notamment si l'on part de l'idée que les partenaires tarifaires pourraient soumettre au Conseil fédéral une demande d'approbation séparée pour chaque domaine concerné. Ensuite, du point de vue des négociations tarifaires, et comme l'a confirmé la jurisprudence du Conseil fédéral, il faut tenir compte du fait que les partenaires tarifaires négocient en principe durant l'année T-1 les tarifs applicables l'année T, soit l'année d'application du tarif, sur la base de données sur les coûts et les prestations de l'année T-2. Pour cette procédure, il convient donc de prendre en considération une période de 24 mois. Lors d'un changement de modèle tarifaire, la LAMal part du principe de la neutralité des coûts (art. 59c, al. 1, let. c, OAMal). Toutefois, les changements induits par la révision du financement hospitalier sont multiples et vont au-delà de la simple introduction d'un nouveau modèle tarifaire. Dès lors, une neutralité des coûts au sens strict du terme, comme cela a été exigé dans le cas de TARMED, ne peut, de fait, être atteinte. C'est pourquoi, les partenaires tarifaires sont tenus d'élaborer et de mettre en place, au titre des mesures

d'accompagnement, un concept pour le contrôle et le pilotage des coûts, y compris les mesures de correction correspondantes. La question du volume prestations doit également être prise en compte. La mise en œuvre de ce concept doit en particulier permettre de distinguer entre ce qui résulte de l'introduction du modèle tarifaire en tant que tel, et ce qui découle implicitement du changement du mode de financement, à savoir la nouvelle réglementation des parts de financement entre cantons et assureurs, la mise sur pied d'égalité des hôpitaux publics et privés, l'inclusion des investissements dans les forfaits et enfin l'introduction du libre choix de l'hôpital.

Alinéa 4 : Les partenaires tarifaires ont la possibilité de prélever, par cas facturé, la contribution prévue à l'art. 49, al. 2, LAMal, pour le financement des activités de l'organisation compétente pour l'élaboration, le développement et l'adaptation des structures tarifaires uniformes. L'art. 59e OAMal règle les exigences relatives à cette contribution, notamment quant à son approbation par le Conseil fédéral, et à son financement.