



Modification de l'OAMal – critères de planification, principes de calcul des tarifs, calcul des coûts et remboursement des coûts par l'assurance-accident

Rapport sur les résultats de la procédure de consultation

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	5
1.1 Critères de planification	5
1.2 Calcul des tarifs.....	6
1.3 Procédure de consultation	6
2. PRISES DE POSITION	7
3. VUE D'ENSEMBLE.....	8
3.1 Critères de planification	8
3.2 Principes de calcul des tarifs.....	11
4. PRISES DE POSITION RELATIVES AUX CRITÈRES DE PLANIFICATION.....	14
4.1 Prises de position concernant le projet en général.....	14
4.2 Prises de position relatives à l'art. 58a	36
4.3 Prises de position relatives à l'art. 58b	36
4.4 Prises de position relatives à l'art. 58d	41
4.5 Prises de position relatives à l'art. 58e	54
4.6 Prises de position relatives à l'art. 58f	58
4.7 Prises de position relatives aux dispositions transitoires relatives à la modification du 23 juin 2021	78
5. PRISES DE POSITION RELATIVES AUX PRINCIPES DE CALCUL DES TARIFS.....	79
5.1 Prises de position concernant le projet en général.....	79
5.2 Prises de position relatives à l'art. 59c.....	98
5.3 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 1.....	98
5.4 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 2.....	100
5.5 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 3.....	102

5.6	Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 4.....	105
5.7	Prises de position relatives à l'art. 59c ^{bis}	105
5.8	Prises de position relatives à l'art. 59c ^{bis} , al. 1.....	106
5.9	Prises de position relatives à l'art. 59cbis, al. 2	120
5.10	Prises de position relatives à l'art. 59c ^{bis} , al. 3.....	122
5.11	Prises de position relatives à l'art. 59cbis, al. 4	125
5.12	Prises de position relatives à l'art. 59c ^{bis} , al. 5 et 6	129
5.13	Prises de position relatives à l'art. 59c ^{bis} , al. 7 et 8	130
5.14	Prises de position relatives à l'art. 59c ^{bis} , al. 9.....	131
5.15	Prises de position relatives aux dispositions transitoires de la modification du 23 juin 2021.....	133
6.	PRISES DE POSITIONS RELATIVES AU CALCUL DES COÛTS	135
6.1	Prises de position concernant le projet en général.....	135
6.2	Prises de position relatives à l'art. 9, al. 5 ^{bis}	136
6.3	Prises de position relatives à l'art. 10a ^{bis}	138
6.4	Prises de position relatives à l'art. 15, al. 1	143
6.5	Prises de position relatives aux dispositions transitoires de la modification du 23 juin 2021.....	143
7.	PRISES DE POSITION RELATIVES AU REMBOURSEMENT DES COÛTS DANS L'ASSURANCE-ACCIDENTS	144
7.1	Prises de position concernant le projet en général.....	144
7.2	Prises de position relatives à l'art. 15, al. 2, OLAA.....	144
8.	ANNEXE : LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION	145
1.	Kantone / Cantons / Cantoni	145
2.	In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblea federale	148
3.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna	149
4.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia	150

5.	Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati	151
5.1	Kantonale Vereinigungen und Konferenzen / Associations et conférences cantonales / Associazioni e conferenze cantonali.....	151
5.2	Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	152
5.3	Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica.....	152
5.3.1	Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	152
5.3.2	Versicherer / Assureurs / Assicuratori	155
5.3.3	PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti	156
5.3.4	Andere / Autres / Altri	157

1. Introduction

1.1 Critères de planification

Les cantons sont compétents en matière de planification de l'approvisionnement en soins stationnaires dans les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux (art. 39, al. 1, let. d, LAMal¹), et le Conseil fédéral est chargé d'édicter les critères de planification (art. 39, al. 2^{ter}, LAMal).

Les planifications hospitalières et les listes des hôpitaux élaborées conformément aux règles édictées par la révision du financement hospitalier² donnent des informations sur les instruments et méthodes de planification élaborés. De même, le Tribunal fédéral et le Tribunal administratif fédéral ont élaboré une jurisprudence qui concerne par exemple les questions de contrôle des volumes de prestation et de la coordination des planifications cantonales³. Dans les rapports « Bases de la planification hospitalière et pistes de développement » du 18 décembre 2013⁴ et « Planification de la médecine hautement spécialisée : mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral » du 25 mai 2016, mis à jour le 28 août 2019⁵, le Conseil fédéral a présenté la mise en œuvre de la planification des hôpitaux et des maisons de naissance. Il a également décidé, le 25 octobre 2017, sur la base du rapport du groupe d'experts « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins » du 24 août 2017⁶, d'intensifier les efforts pour maîtriser la progression des coûts dans le domaine de la santé. Le 25 mai 2018, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a par ailleurs décidé et adopté la révision de ses recommandations de l'année 2009⁷.

Le projet prévoit une mise à jour des critères de planification entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (art. 58a ss OAMal⁸), dans le but de réduire les disparités entre les concepts de planification des différents cantons et d'encourager l'utilisation efficiente des ressources. Tous les cantons doivent établir leurs planifications sur la base des instruments et principes actuels et ainsi remplir, pour l'ensemble de la Suisse, les conditions d'une fourniture de prestations avantageuse et de grande qualité.

1 Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10

2 RO 2008 2049

3 Récapitulatif de la jurisprudence par la CDS :

<https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/receuil-des-arrets>

4 Bases de la planification hospitalière et pistes de développement, rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013 en réponse aux postulats 09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » du 11 décembre 2009, et 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire » du 29 septembre 2010, sous <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

5 Planification de la médecine hautement spécialisée : mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral, rapport du Conseil fédéral du 25 mai 2016 en réponse au postulat 13.4012, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 8 novembre 2013, sous <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20134012/Bericht%20BR%20F.pdf>

6 Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, rapport du groupe d'experts, 24 août 2017, pp. 37-39, <https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/documentation/communiqués-de-presse/msg-id-68547.html>

7 Recommandations de la CDS en matière de planification hospitalière, version partiellement révisée du 25 mai 2018, sous <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification>

8 Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102

1.2 Calcul des tarifs

Avec la révision du financement hospitalier, le financement des prestations est déterminé 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, cinquième phrase, LAMal).

L'objet du présent projet est la concrétisation des dispositions relatives au calcul des tarifs (art. 59c ss OAMal, art. 9, al. 5^{bis} et 10a^{bis} OCP⁹, art. 15, al. 2 et 2^{bis}, OLAA¹⁰), sur la base de la jurisprudence développée par le Tribunal administratif fédéral. Les destinataires sont les partenaires tarifaires ainsi que les autorités compétentes lors de l'approbation ou fixation correspondante. La garantie de la transparence et la participation de tous les acteurs impliqués sont une condition de base pour une tarification économique. Les prescriptions portant sur la détermination et l'évaluation uniformes de l'efficience des hôpitaux et des maisons de naissance visent à promouvoir la concurrence entre les hôpitaux. Les principes qui régissaient jusqu'à présent la tarification seront complétés par des dispositions spécifiques de la tarification dans un modèle de rémunération de type DRG (à l'heure actuelle SwissDRG et TARPSY¹¹) avec des explications sur le prix de base. Les partenaires tarifaires peuvent déroger aux forfaits par cas à convenir en règle générale, pour autant que ceux-ci soient (encore) inappropriés dans certains domaines hospitaliers, compte tenu de l'état actuel des connaissances.

Afin de contrer l'incitation à l'augmentation du volume dans les tarifs à la prestation également, les partenaires tarifaires devront vérifier si les positions de prestations peuvent être regroupées dans une structure tarifaire à la prestation. Les structures tarifaires à la prestation renferment en principe le potentiel d'une augmentation des volumes. À l'inverse, les forfaits constituent un moyen éprouvé d'empêcher la fourniture du plus grand nombre possible de prestations, puisque les forfaits visent une utilisation optimale des prestations dans le cadre du forfait. Cette disposition est un complément au 1^{er} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui vise, au niveau de la loi, à favoriser la conclusion de forfaits ambulatoires¹².

1.3 Procédure de consultation

La procédure de consultation concernant la modification de la LAMal a été menée du 12 février 2020 au 2 septembre 2020 auprès des cantons, des partis politiques, des associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national, des associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national, des associations faîtières des consommateurs, des fournisseurs de prestations et des assureurs ainsi que d'autres milieux intéressés.

9 Ordonnance du 3 juillet 2002 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, RS 832.104

10 Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-maladie, RS 832.202

11 SwissDRG : <https://www.swissdrg.org/fr>

12 Message 19.046 du 21 août 2019 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet)

2. Prises de position

Au total, 100 destinataires ont été contactés. Les documents de la procédure de consultation ont également été publiés sur le site Internet de la Confédération¹³. Dans le cadre de la consultation, 111 prises de position des organisations suivantes ont été reçues :

tous les cantons ainsi que la CDS ;

5 partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale (PLR, PSS, UDC, PDC, pvl) ;

4 associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national (CP, USS, USAM, economiesuisse) ;

1 association de consommateurs ;

55 associations et organisations de fournisseurs de prestations concernées (Aktivkonferenz H+, Universitätsspitaler der Schweiz, Allianz Kinderspitäler der Schweiz, Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Association Spitemex privée Suisse, Barmelweid Gruppe AG, Berit Klinik AG, Bündner Spital- und Heimverband, Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz, CHUV, CURAVIVA, Dachverband Komplementärmedizin, diespitaeler.be – Netzwerk der Berner Spitäler, FMH, Gesellschaft für Pathologie, Gesundheitszentrum Fricktal, Hirslanden, H+, Insel Gruppe AG, Interessensgemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser, Kantonsspital Aarau, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Privatkliniken Schweiz, RehaClinic AG (Bad Zurzach), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Schulthess Klinik Zürich, Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren SVS, See Spital Horgen, Senesuisse, Société vaudoise de médecine, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg (Stiftung Diakoniewerk Neumünster - Schweizerische Pflegerinnenschule), Swiss Nurse Leaders, Swiss orthopaedics, SwissReha, unimedsuisse - Universitäre Medizin Schweiz, UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen, Universitäre psychiatrische Dienste Bern, Universitätsklinik Balgrist, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Verband Zürcher Krankenhäuser VZK, Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS, Verein integrative-kliniken.ch, Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, Zürcher RehaZentren) ;

5 associations d'assureurs (santésuisse, curafutura, HSK, KPT, SVV) ;

3 organisations de patients (Patientenkoalition Schweiz, SPO, SPS) ;

AGILE.CH, Guido Brusa (avocat), Pro Mente Sana, ProRaris Alliance maladies rares Suisse, Fédération suisse des sourds SGB-FSS, Verein Morbus Wilson, Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen, Commission des tarifs médicaux LAA, ANQ, PflegeART- Verein für integrative Heime.ch, Union des villes suisses, Schweizerische Seniorenrat

La liste des participants à la procédure de consultation (ainsi que les abréviations utilisées dans le présent rapport) se trouve en annexe.

13 [Modification de l'OAMal : développement des critères de planification et ajout de principes pour le calcul des tarifs \(admin.ch\)](#)

3. Vue d'ensemble

3.1 Critères de planification

Cantons

La **CDS** et les **cantons** rejettent la révision proposée des critères de planification de l'OAMal. Ils critiquent principalement les avantages modestes des modifications proposées, l'atteinte disproportionnée aux compétences des cantons, le manque de coordination avec la révision de la LAMal visant à renforcer la qualité et le caractère économique, la nécessité de réexaminer la révision dans la situation de crise causée par le coronavirus et le caractère irréaliste des modifications proposées, tant sur le plan du contenu que du calendrier. L'obligation d'utiliser une classification uniforme des groupes de prestations ferait en outre défaut en tant que base pour des mandats de prestations uniformes et des planifications communes. Se pose par ailleurs la question de savoir dans quelle mesure l'ensemble des dispositions s'appliquerait aussi à la médecine hautement spécialisée (MHS). La plupart des cantons auraient salué une disposition qui prévoirait l'octroi des mandats de prestations en fonction du lieu. Concernant la disposition relative au contrôle du caractère économique dans le domaine des établissements médico-sociaux, la critique suivante a été soulevée : elle constituerait une atteinte aux compétences cantonales en matière de santé, car la contribution de l'AOS aux coûts des soins serait fixe et qu'il n'y aurait ainsi aucun intérêt prépondérant de la Confédération ou de l'AOS. Il faudrait également prendre en compte le fait que les instruments actuels permettant de clarifier les besoins ne sont pas harmonisés. L'effort d'uniformisation de la planification hospitalière, la possibilité de fixer des volumes de prestations ou de nombres de lits maximaux ou l'interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques visant l'augmentation du volume des prestations sont évalués positivement.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **PDC** soutient la direction prise par la modification de l'ordonnance et précise que les cantons ne peuvent pas se soustraire à leur obligation de prise en charge proportionnelle des coûts ; il salue l'exigence relative à l'interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou visant le contournement de l'obligation d'admission.

Le **pvl** est, sur le principe, favorable au projet et appuie tout particulièrement la mesure d'interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques. Il rejette toutefois les volumes de prestations maximaux dans le domaine hospitalier somatique aigu, lesquels entraîneraient des temps d'attente et une restriction de la liberté de choix des patients.

Le **PS** rejette les projets de modifications d'ordonnance en raison du risque que les régions périphériques perdent des établissements et que la pression accrue impacte le personnel soignant et pèse sur la prise en charge. Il salue par contre l'interdiction des rémunérations ou des bonus, l'évaluation de la qualité, le critère de la dotation en personnel spécialisé et le renforcement de la coordination intercantonale. Il estime néanmoins préférable d'attendre le traitement des deux paquets des mesures pour freiner la hausse des coûts.

L'**UDC** voit dans les critères de planification un pas dans la bonne direction. Il faudrait toutefois que l'armée et la protection de la population puissent maintenir de manière plus efficace des capacités de réserve pour les crises. Les critères de planification devraient par ailleurs contribuer au démantèlement des surcapacités. Pour la MHS, la réflexion doit se faire autour d'axes à l'échelle nationale. Il serait enfin nécessaire de veiller à ce que la sanction infligée à un canton en cas de non-respect des exigences ou d'inefficacité ne touche pas les assurés.

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

economiesuisse rejette le projet d'ordonnance. Il conviendrait, à ses yeux, de renoncer à la confusion des rôles des cantons et de s'assurer qu'un canton ne s'affranchisse pas unilatéralement de son obligation de prestation lorsqu'un hôpital viole une ou plusieurs exigences. L'intervention de la Confédération dans les compétences des cantons, malgré un bon fonctionnement de la planification, serait questionnable. L'élargissement du libre choix et la promotion d'une utilisation efficace des ressources seraient toutefois positifs, mais les instruments choisis pour le deuxième aspect ne conduiraient pas au but visé. Le projet d'ordonnance constituerait par ailleurs un vote de défiance à l'égard des hôpitaux. En ce qui concerne le **CP**, celui-ci est opposé au projet dans la mesure où il serait prématuré d'envisager une modification des dispositions de l'OAMal, alors que les modifications de la LAMal prévues par les deux paquets de mesures destinées à réduire la hausse des coûts sont encore en discussion. L'**USAM** rejette également la révision de l'OAMal proposée et demande que celle-ci soit remaniée en profondeur afin qu'une analyse d'impact de réglementation puisse être effectuée. Le projet aurait pour conséquence des distorsions de la concurrence en raison du rétrécissement du paysage hospitalier et ne permettrait pas d'éliminer les rôles multiples des cantons dans le domaine des soins stationnaires.

L'**USS** salue les nombres minimums de cas en tant qu'exigence et la définition de volumes de prestations maximaux en tant que contrepartie. L'admissibilité des budgets globaux nécessiterait en outre davantage d'éclaircissements.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

Les organisations de patients adoptent différentes positions. **AGILE.CH**, **Verein Morbus Wilson** et **ProRaris** saluent l'adoption de critères de planification uniformes, bien que le projet devrait se concentrer davantage sur le bien-être des patients, les personnes souffrant d'un handicap et les maladies rares. **Pro Mente Sana** s'oppose à la modification de l'ordonnance. **SPO** salue les mesures, en particulier l'interdiction de systèmes d'incitations, et considère l'établissement de régions de planification hospitalière intercantionales comme souhaitable.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Les **hôpitaux** rejettent le projet. Plusieurs des arguments suivants sont mentionnés dans différentes prises de position, d'autres sont spécifiques à certaines prises de position individuelles. Ont notamment été mentionnés : l'atteinte à la compétence cantonale sans base constitutionnelle correspondante, le besoin de réglementation, l'analyse d'impact de réglementation et la coordination avec la modification législative visant à renforcer le caractère économique et la qualité, l'anticipation du débat politique concernant le financement uniforme des soins ambulatoires avant le stationnaire, l'augmentation des coûts, l'insécurité juridique créée et la non-prise en compte explicite de la jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral. Les hôpitaux avancent également des arguments concernant le caractère législatif des dispositions, dans lesquelles des mesures des deux volets visant à maîtriser les coûts ont été intégrées, les rôles multiples des cantons, la séparation déjà effective entre l'indemnisation des médecins et les volumes de prestations, la mise en péril de soins de qualité en raison des volumes de prestations et nombres de lits maximaux, le manque de contribution à la rationalisation de l'organisation du paysage hospitalier en Suisse et la préférence donnée aux hôpitaux appartenant aux cantons. De même, le recours à des synergies et le potentiel d'optimisation ne devraient pas figurer dans les objectifs de la modification de l'OAMal. Il conviendrait de privilégier un projet national avec une base scientifique qui clarifie les prestations

devant à l'avenir être réalisées proches du domicile et celles devant être centralisées. Le projet amènerait également de nouvelles possibilités de discrimination envers les hôpitaux privés, aggraverait considérablement le financement toujours insuffisant du domaine somatique aigu et écarterait de nombreux hôpitaux du domaine des soins de base. Les dispositions prévoyant que les cantons interviennent directement dans le processus de concentration du paysage hospitalier et fixent des conditions pour chaque groupe de prestations auraient un caractère législatif. De telles réglementations, qui seraient illicites en raison des bases juridiques actuelles, seraient à rejeter. Il ne serait pas non plus acceptable que les fournisseurs de prestations deviennent de plus en plus assujettis à des réglementations nationales détaillées sur leur manière d'opérer (par ex. dotation en personnel spécialisé). C'est pourquoi il est, selon eux, essentiel de tenir compte du type de prestations d'un hôpital lors de l'évaluation de son caractère économique ou d'effectuer des comparaisons du caractère économique des hôpitaux comparables. Enfin, les modifications proposées dans le domaine de la réadaptation seraient soit inutiles, car contrairement à la psychiatrie ou à la somatique, un accord préalable de l'assurance à la prise en charge d'un séjour hospitalier est nécessaire, soit ne pourraient être mises en œuvre de façon correcte.

Parmi les arguments issus des prises de position des **sociétés de médecins** figurent les suivants : la nécessité d'attendre la mise en œuvre du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, l'interdiction des bonus ou kickbacks liés au volume d'un domaine relevant de la LCA¹⁴, l'interdiction de facto y relative du système de médecins agréés dans les hôpitaux répertoriés, l'atteinte à l'autonomie des cantons, le nécessité de réduire le conflit de gouvernance des cantons et le manque d'évidence des économies générées par l'interdiction des bonus ou kickbacks liés au volume. Dans le cadre de la transparence recherchée et de la comparabilité intercantonale, il faudrait promouvoir des uniformisations structurelles claires pour la planification hospitalière. Elles ont également avancé des arguments comme le refus des volumes de prestations maximaux, l'augmentation des coûts administratifs et la restriction de la liberté de choix des assurés.

Les **organisations de soins à domicile et des établissements médico-sociaux** font valoir dans leur prise de position la nécessité d'établir une vue d'ensemble de la qualité des établissements médico-sociaux et de clarifier la conformité avec la stratégie Santé2030. La fixation de standards de qualité et de critères d'économicité incomberait par ailleurs aux responsables du financement résiduel. Elles estiment toutefois pertinentes les prescriptions prévues par la planification des soins en matière d'accès des patients aux soins.

Les **organisations de médecine complémentaire** demandent l'attribution dans chaque canton d'au moins un mandat de prestations par 250 000 habitants pour une offre de médecine complémentaire stationnaire. La proposition irait par ailleurs à l'encontre de la LAMal, aurait un caractère législatif et ne s'appuierait pas sur un examen des conséquences.

Interessensgemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser relève que le projet doit être révisé pour tenir compte des particularités des maisons de naissance.

Organisations du système de santé – Assureurs

Dans leurs prises de position, les assureurs sont sur le principe favorables au projet, mais font remarquer que la fixation de volumes de prestations maximaux ne serait pas vérifiable par les assureurs et que le Conseil fédéral doit par conséquent s'assurer qu'un canton ne puisse pas

14 Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance, RS 221.229.1.

se libérer unilatéralement de son obligation de prise en charge de coûts lorsqu'un hôpital viole une ou plusieurs exigences. La définition de nombres minimums de cas permettrait d'améliorer la qualité dans l'intérêt des patients et de conserver dans une mesure raisonnable la marge de manœuvre des cantons s'agissant des particularités géographiques et démographiques. La représentation différenciée des exigences pour la coordination intercantonale de la planification conduirait à une concentration renforcée de l'offre et à une meilleure utilisation des synergies dans les soins de base stationnaires.

Autres organisations

Pour **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, l'évaluation de la jurisprudence actuelle serait sélective et tendancieuse, ce qui renforcerait davantage l'élément de planification publique. Il conviendrait d'annuler la procédure de consultation et de la renouveler après la publication d'une analyse d'impact de réglementation. De plus, la qualité des indications et des résultats devrait remplacer les volumes de prestations maximaux dans l'ordonnance en tant que critère d'évaluation.

Schweizerischer Seniorenrat salue le principe de vouloir rendre plus contraignants les aspects de la qualité et du caractère économique dans la législation. Les modifications proposées dans la présente révision pour les établissements médico-sociaux contiennent des réglementations qui s'étendent largement au-delà des prestations de soins au sens de la LAMal. La Confédération s'immiscerait ainsi dans la compétence actuelle des responsables du financement résiduel, ce qui contredirait également le projet adopté par le Parlement et qui vise le renforcement de la qualité et du caractère économique. Schweizerischer Seniorenrat demande l'inversion de l'ordre chronologique d'entrée en vigueur, ou au moins un regroupement des deux ordonnances en un seul paquet.

SVBK rejette résolument les modifications de l'OAMal. Il convient toutefois de saluer les réglementations pertinentes sur la qualité et le caractère économique dans les établissements médico-sociaux. Le projet ne générerait toutefois aucun bénéfice supplémentaire, encouragerait les incitations erronées, limiterait les compétences des cantons et ferait fi du principe de subsidiarité. Les établissements médico-sociaux devraient principalement se concentrer sur le soutien et la qualité de vie. Ces points ne figureraient toutefois pas dans les modifications prévues. Confédération et cantons devraient d'abord définir des critères de qualité uniformes. Une nouvelle révision de l'OAMal devrait par ailleurs s'appuyer sur la stratégie Santé2030 visée.

3.2 Principes de calcul des tarifs

Cantons

La **CDS** et tous les **cantons** rejettent la fixation d'un percentile maximum et la pondération sur la base du nombre de fournisseurs de prestations. Du point de vue de la majorité des cantons, le projet relatif au calcul des tarifs s'oppose au principe de la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires et, plus particulièrement, la fixation d'un percentile maximum limite la compétence légale des gouvernements cantonaux de manière inadmissible. Le choix du 25^e percentile serait sans fondements, d'autant plus que les tribunaux ont jusqu'à présent admis des percentiles allant jusqu'à 50. Plusieurs cantons regrettent que ce projet ait été proposé sans analyse des conséquences sur l'autonomie tarifaire et l'approvisionnement en soins. Ils craignent que les soins hospitaliers ne s'orientent plus que sur la base de critères de coûts. Ils rejettent en outre la fixation d'un critère d'efficience pour TARPSY, car la structure tarifaire se

trouverait encore en phase d'introduction. De manière générale, les cantons approuvent l'uniformisation de la procédure de calcul des coûts journaliers ou par cas ajustés selon le degré de gravité, mais regrettent le caractère non contraignant de la réglementation.

Certains cantons soulignent en outre que le calendrier du projet est défavorable. Les hôpitaux auraient été fortement mis à contribution dans le cadre de la lutte contre le SARS-CoV-2, et les conséquences financières de la pandémie ne seraient pas encore connues. C'est pourquoi, d'après les cantons, prendre des décisions concernant l'indemnisation des hôpitaux selon les nouvelles règles tarifaires sur la base des connaissances actuelles serait irresponsable.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **PDC** soutient les modifications sur le principe et salue en particulier la prise en compte de la jurisprudence actuelle en matière de calcul des tarifs. Il remet toutefois en question la proposition selon laquelle les assureurs (seuls) devraient établir la référence.

Le **pvl** approuve le projet sur le principe, tout particulièrement l'uniformisation des bases de données, mais rejette le percentile prévu, car celui-ci serait trop restrictif. Il appartiendrait plutôt aux partenaires tarifaires de convenir d'un percentile.

Le **PS** rejette les projets de modifications d'ordonnance dans le volet concernant les dispositions relatives à la tarification. Selon lui, ces modifications semblent principalement viser la maîtrise des coûts par une centralisation indirecte des structures de soins.

Concernant les dispositions sur la détermination des tarifs dans le modèle de rémunération DRG, l'**UDC** approuve la promotion de forfaits ambulatoires.

Associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national

economiesuisse s'oppose au projet d'ordonnance également en ce qui concerne la partie portant sur la détermination des tarifs. Elle désapprouve surtout la détermination détaillée des prix prévue, qui rendrait caduc le principe de primauté des négociations entre les partenaires tarifaires. Outre l'atteinte au partenariat tarifaire, elle nie également l'existence d'une base juridique pour les prescriptions prévues en matière de détermination des tarifs. Le **CP** doute également de ce dernier élément et estime que, compte tenu de la crise du COVID-19, l'exécution de réformes dans ce domaine est dangereuse si les conséquences de la crise n'ont pas encore été évaluées. L'**USAM** considère également que réaliser une réduction des structures précipitée avant la fin de la crise du coronavirus représente un risque. Les rôles multiples des cantons devraient aussi être supprimés avant toute rationalisation du paysage hospitalier. L'**USS** n'accepte pas non plus les dispositions proposées et dénonce l'atteinte à la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires, la fixation éloignée de la réalité d'un 25^e percentile ainsi que les économies liées au changement de système.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

Les organisations de patients émettent différents avis. **AGILE.CH**, **Verein Morbus Wilson** et **ProRaris** rejettent résolument les propositions, car le critère d'efficacité sanctionnerait financièrement les hôpitaux qui se distinguent par leur qualité et leurs soins orientés sur les besoins des personnes présentant des besoins particuliers. **Pro Mente Sana** s'oppose également à ces mesures, alors que **SGB-FSS** salue, malgré certaines réserves, l'introduction de critères plus cohérents pour la détermination des tarifs. **SPO** approuve également les mesures visant

à réaliser des économies tout en mettant en garde contre une acceptation de l'ajustement au degré de gravité en tant que mesure absolue et toujours fiable.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Les **hôpitaux** rejettent, certains avec véhémence, les prescriptions sur la détermination des tarifs. Leurs critiques visent particulièrement la fixation du 25^e percentile et le benchmarking entre tous les hôpitaux, y compris les maisons de naissance. Le projet d'ordonnance violerait la loi sur plusieurs aspects et serait dénué de base constitutionnelle. Il saperait également les soins de base médicaux avec accès pour tous et provoquerait une réduction massive de la qualité du système de santé suisse. Les prescriptions limiteraient considérablement l'autonomie tarifaire.

Les hôpitaux critiquent également la comparaison inappropriée entre les hôpitaux au bout de la chaîne de soins et les cliniques spécialisées ou maisons de naissances. Ils considèrent comme problématique le fait qu'en cas d'invocation de suppléments sur la valeur de référence, le fardeau de la preuve repose uniquement sur les fournisseurs de prestations. Ils craignent de manière générale que le projet et la suppression de facto de gains d'efficience causent une réduction drastique de la qualité et que la sécurité des soins ne puisse être conservée que grâce à des subventions.

Les **sociétés de médecins** avancent en grande partie des arguments similaires. Elles considèrent que le 25^e percentile n'est pas admissible comme valeur de référence et supposent des économies supplémentaires nécessaires en cas d'éventuelle mise en œuvre. La limitation de l'autonomie tarifaire et de la marge de manœuvre des cantons est critiquée. Elles craignent en outre qu'avec les réglementations proposées, les fournisseurs de prestations ne soient plus incités à investir dans des mesures d'amélioration du caractère économique, mais assument simplement des coûts plus élevés dans la documentation.

Pour les **organisations de médecine complémentaire**, il serait encore plus compliqué de fournir des prestations viables comme de la médecine complémentaire en cas d'introduction du critère du 25^e percentile. Elles soulignent également la nécessité d'analyser au préalable les conséquences de la modification d'ordonnance. Modifier la structure hospitalière de cette façon ne devrait par ailleurs pas être basée sur une modification d'ordonnance, mais le résultat d'une discussion parlementaire.

Organisations du système de santé – Assureurs

Les **associations d'assureurs** saluent sur le principe la fixation du 25^e percentile. Elles approuvent la détermination des tarifs des hôpitaux selon un critère uniforme pour l'ensemble de la Suisse, une partie des assureurs estimant toutefois que les réglementations sont trop détaillées et qu'elles restreignent trop les négociations individuelles avec les hôpitaux. Elles accepteraient toutefois cette partie, pour autant que le 25^e percentile soit définitivement intégré à l'OAMal.

Pour un assureur, le présent projet mine la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires. Il n'existerait en outre aucune base légale pour les prescriptions de détermination des tarifs. Il souhaite par conséquent également supprimer les dispositions sur la détermination des tarifs.

Autres organisations

Pour **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, le 25^e percentile proposé représente une mesure d'efficience sérieusement erronée. Son application provoquerait des lacunes de financement qui représenteraient un risque pour la survie des institutions. L'organisation craint que les tarifs résultants, lesquels ne couvriraient pas les coûts, renforcent le besoin en financement transversal entre l'assurance de base et complémentaire. Elle propose par conséquent, d'une part, de pondérer le percentile selon les cas ou le case-mix (à la place du nombre d'hôpitaux) et, d'autre part, d'augmenter au 40^e ou 50^e percentile (au lieu du 25^e).

Schweizerischer Seniorenrat estime qu'il est dérangeant que le principe de la sécurité de la qualité n'intègre toujours pas la conception des tarifs lors de cette modification de l'ordonnance également.

SVBK rejette résolument les modifications de l'OAMal et propose de suspendre la révision.

4. Prises de position relatives aux critères de planification

4.1 Prises de position concernant le projet en général

Cantons

La **CDS** et tous les **cantons** rejettent la révision proposée des critères de planification de l'OAMal.

Pour la **CDS** et les cantons d'**AI, AR, BE, BS, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH**, les bénéfices supplémentaires des modifications proposées seraient relativement modestes. La conception de la planification par les cantons serait considérablement réduite en raison des prescriptions fédérales précises et synonymes d'atteinte proportionnée aux compétences cantonales. À l'exception d'**AI** et du **VS**, ils relèvent que les planifications cantonales seraient particulièrement vulnérables en raison du droit de recours des assureurs proposé par le Conseil fédéral dans le cadre du premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts. Ils expliquent en outre, à l'exception d'**AI**, que le projet ne se base pas suffisamment sur la révision de la LAMal visant à renforcer la qualité et le caractère économique. Une harmonisation entre les deux révisions est souhaitée.

Ils précisent, à l'exception d'**AI** et du **VS**, qu'une adaptation des critères de l'OAMal relatifs à la planification hospitalière doit reposer sur ce projet et être coordonnée avec celui-ci en termes de calendrier. Ils ajoutent, à l'exception d'**AI**, que la révision proposée doit être reconsidérée à la lumière de la crise du coronavirus. La révision de l'OAMal concernant la planification hospitalière doit tenir compte de ce bilan. Les modifications de l'OAMal relatives aux critères de planification dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux ne seraient pas acceptables pour les cantons, tant du point de vue du contenu que du calendrier. Pour la **CDS** et **AR, BE, BL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD** et **ZH**, il est regrettable que le Conseil fédéral n'ait pas suspendu la procédure de consultation comme demandé, car la gestion de la crise aurait fortement compliqué la formation d'une opinion pour les cantons et les fournisseurs de prestations. De l'avis d'**AI**, compte tenu de la gestion exigeante de la crise du coronavirus, il est très regrettable de réviser précisément maintenant les critères de planification.

AG estime que la révision de l'ordonnance contient certaines règles très pertinentes. L'uniformisation prévue, les éléments de maîtrise des coûts et l'exigence de transparence totale des coûts sont à saluer. Le Conseil fédéral interviendrait toutefois trop dans les compétences cantonales. Le projet serait également insuffisamment coordonné avec la mise en œuvre de la

révision de la LAMal visant à renforcer la « qualité et l'économicité ». AG soutient la direction prise le Conseil fédéral, mais rejette le degré élevé de détail du projet.

SO est d'avis que seules la possibilité de fixer des volumes de prestations ou de nombres de lits maximaux, l'interdiction de systèmes inadaptés d'incitations économiques visant l'augmentation du volume des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou visant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal ainsi que la fixation de possibilités de sanctions de droit fédéral en cas de violation d'exigences de mandats de prestations constituent une plus-value mesurable.

VS estime que les cantons disposent d'une grande marge de manœuvre pour la mise en œuvre de la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Avec les modifications proposées, la Confédération interviendrait de manière décisive dans la marge de manœuvre des cantons et les obligerait à respecter des exigences qui iraient à l'encontre de la garantie de l'approvisionnement en soins stationnaires et donc de l'élaboration d'une planification répondant aux besoins.

Pour la **CDS, AG, AI, AR, BE, BS, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, TG, ZG** et **ZH**, le projet est dépourvu d'obligation d'utiliser une classification uniforme des groupes de prestations. Cela ouvrirait la voie à l'utilisation de différentes classifications par les cantons, et la base pour des mandats de prestations uniformes et des planifications communes disparaîtrait. La CDS et les cantons mentionnés, à l'exception de **LU**, font également remarquer que l'objectif du projet d'aplanir les différences entre les concepts de planification des cantons serait manqué, et que de nouvelles questions sur l'exécution des dispositions qui concernent les groupes de prestations se poseraient. Pour les exigences définissant ce que les cantons doivent vérifier concernant les exigences de qualité, les cantons estiment que la responsabilité pour des prestations de bonne qualité incombe aux hôpitaux et ne peut être assumée par les cantons. Leur tâche serait la planification, et non la surveillance (cf. commentaire sur l'art. 58d, al. 3 et 4). Les dispositions détaillées concernant les exigences en matière de qualité devant être examinées par le canton sont considérées comme trop exigeantes, et cela reviendrait à abandonner la procédure actuelle engageant les fournisseurs de prestations à déclarer s'ils remplissent ou non les exigences minimales de qualité lorsqu'ils briguent un mandat de prestations.

La **CDS, AG, AI, AR, BE, BS, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** rejettent la définition contenue dans le rapport explicatif (chif. I.1., dernière phrase), selon laquelle planifier conjointement signifie déterminer la demande en fonction de la population résidente et tenir compte des établissements sur le territoire commun lors de la détermination de l'offre. Les cantons devraient en effet rester ouverts à différentes options de planification commune. Il conviendrait de tenir compte de tous les milieux intéressés ou de tous les établissements pertinents du point de vue des soins dans la planification, et pas uniquement des établissements situés dans les cantons planificateurs. De même, pour la CDS et les cantons mentionnés, à l'exception de **BS, UR** et **VS**, les déclarations dans le rapport de la procédure de consultation (chif. I.2., deuxième phrase) ne seraient pas correctes, car il n'existe aucune obligation de financement par les cantons en cas de traitements non justifiés d'un point de vue médical, le cas mentionné concernant la prise en charge médicale non obligatoire des prestations dans un établissement qui ne figure pas sur la liste cantonale.

Pour la **CDS, AG, AI, AR, BE, BS, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** se pose également la question de savoir dans quelle mesure l'ensemble des dispositions s'applique aussi à la MHS. Celle-ci devrait en principe également respecter la LAMal et l'OAMal (directement ou par analogie). Étant donné que la MHS est nommée explicitement dans l'art. 58f, al. 4, la question n'en serait que plus importante. Les mandats de

prestations de MHS ne concernant que des interventions spéciales réalisées dans des hôpitaux au bénéfice de mandats de prestations des cantons, les organes de MHS partiraient du principe qu'ils n'ont pas besoin de vérifier spécifiquement les exigences qui concernent l'ensemble de l'hôpital ; ils n'en seraient pas non plus capables. Il conviendrait de consigner cet aspect dans le commentaire.

La **CDS** et **AG, AI, AR, BE, BS, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, VD, VS, ZG** et **ZH** auraient salué une précision dans l'ordonnance quant au fait que les mandats de prestations doivent être réalisés en fonction de l'emplacement. Ils font également référence au commentaire sur la recommandation 3 e) de la CDS en matière de planification hospitalière, selon lequel il s'agit avant tout de veiller à ce que la planification cantonale ne soit pas contournée au moyen de la transmission des mandats de prestations à un autre hôpital. Selon **AG**, le Tribunal administratif fédéral a jugé dans plusieurs arrêts que les tarifs doivent être calculés précisément en fonction du lieu. À l'inverse, **TG** est d'avis que les cantons devraient rester libres dans l'octroi des mandats de prestation. Des équipes actives sur plusieurs sites et placées sous une direction unique ainsi que l'assurance-qualité ont fait leurs preuves dans les deux hôpitaux cantonaux thurgoviens et devraient continuer à être développés. Les cantons pourraient ainsi s'assurer, dans les mandats de prestations, que la planification cantonale n'est pas contournée au moyen de la transmission de mandats de prestations à un autre hôpital.

GE est favorable à l'uniformisation des critères de la planification hospitalière. Elle faciliterait notamment la coopération intercantonale et la mise en œuvre d'un contrôle de la qualité et pourrait aller jusqu'à l'obligation d'utiliser un système commun. Le projet ne serait toutefois pas acceptable en l'état. Le domaine des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance différerait trop de celui des hôpitaux pour envisager d'harmoniser les critères. La question de la qualité dans les maisons de naissance devrait notamment être approfondie pour trouver un concept applicable à ce type de structure. En revanche, les critères relatifs à la planification hospitalière, tels qu'ils sont détaillés à l'article 58f, iraient dans le sens d'une uniformisation des modèles qui est à saluer, mais qui pourrait aller jusqu'à l'obligation d'utiliser un système commun.

Pour **VD**, il est prématuré d'entreprendre une révision des critères de planification en raison du manque de données fiables pour évaluer pleinement les effets de la révision de 2012. La modification de l'OAMal ne pourrait que perturber la révision de la planification hospitalière du canton, ne proposerait aucune clarification utile quant aux questions ouvertes et ne ferait que complexifier les règles, figer la jurisprudence fédérale et reprendre des parties de recommandations de la CDS pleinement reconnues comme du droit et appliquées par les tribunaux. Plutôt que recopier une jurisprudence qui serait encore fragile (TF et TAF ne seraient pas du même avis sur les quotas), le projet aurait dû trancher et éclaircir les points encore en suspens. En outre, les recommandations de la CDS seraient reprises hors de leur contexte, alors que d'une part les tribunaux se réfèreraient à ces recommandations et que d'autre part ces dernières ne devraient pas être figées, mais évoluer au gré des expériences et des besoins des cantons et du terrain. Un des objectifs du projet serait finalement de réduire fortement les compétences des cantons en matière de planification. VD ne voit pas en quoi le projet de révision réduirait les disparités entre les concepts de planification et encouragerait l'utilisation efficiente des ressources. Au contraire, les cantons seraient tentés de considérer que ce qui n'est pas dans l'OAMal ne devrait pas être pris en considération. Finalement, l'évaluation de la qualité serait la seule disposition susceptible d'apporter une plus-value, même si en matière de personnel le projet ne reprenait que partiellement une recommandation de la CDS.

Pour **JU**, le délai d'entrée en vigueur ne permet pas de disposer des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) de référence pour tous les domaines de soins (aigus, psychiatrie, réadaptation), ce qui donnera ainsi lieu à des approches cantonales diverses qui vont à rencontre d'une harmonisation des pratiques et incitent moins encore à la coordination des planifications cantonales. L'application d'un système GPPH serait toutefois irréaliste. En outre, en raison de la crise liée au COVID-19, les résultats chiffrés de l'exercice 2020, mais aussi vraisemblablement de 2021, voire au-delà, ne seront pas plus fiables.

TI reconnaît les objectifs poursuivis, mais ne peut soutenir le projet de révision, en particulier en raison de son ampleur excessive et de son incisivité qui minent la marge de manœuvre des cantons. Il serait par ailleurs inopportun de redéfinir le contexte normatif en pleine pandémie. De plus, la proposition de modification reprendrait presque tous les principes déjà présents dans la version actuellement en vigueur, et les nouveautés consisteraient en l'introduction de facteurs pour le calcul des besoins, de l'éventail d'exigences pour les groupes de prestations et de la définition du concept de coordination intercantonale. Si l'introduction des quatre facteurs pertinents pour le calcul des besoins pouvait représenter une nouveauté pour les cantons qui ne se sont pas basés sur le modèle zurichois, l'introduction des groupes de prestations pour la planification hospitalière et des exigences respectives ne représentait pas une nouveauté. Les propositions de modification prendraient également en compte la récente jurisprudence, comme l'a déjà fait la CDS dans ses recommandations en matière de planification, en particulier en ce qui concerne la vérification du caractère économique, l'évaluation de la qualité et la coordination intercantonale. Le canton soutient les dispositions concernant les exigences minimales de qualité que doivent respecter les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Ces dispositions devraient encourager l'adoption d'un processus structuré et commun à tous les établissements afin de garantir la qualité des soins. Il estime n'avoir aucune difficulté particulière à respecter les principaux critères de qualité dans la mesure où ceux-ci font déjà partie depuis de nombreuses années de sa stratégie dédiée à la qualité (analyse des indicateurs de l'ANQ, système de signalisation des erreurs et autres initiatives en collaboration avec diverses organisations nationales).

GR rejette la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie soumise : rien n'indique un besoin de réglementation au sens du projet de consultation, il n'est pas opportun d'édicter de nouvelles exigences pour la planification hospitalière sans des conclusions solides, et il faut permettre aux cantons de développer leurs instruments de planification sur la base des connaissances de leurs domaines hospitaliers spécifiques.

La LAMal ne prévoirait aucune délégation de compétence au Conseil fédéral pour la définition d'exigences minimales relatives à l'attribution de mandats de prestations aux hôpitaux. L'habilitation du Conseil fédéral à édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique inclurait uniquement l'habilitation à déterminer selon quels critères les cantons devraient réaliser cette planification. L'évaluation des résultats de la planification incomberait à l'inverse aux cantons. Selon la LAMal, la planification hospitalière et l'élaboration consécutive d'une liste des hôpitaux serait une tâche cantonale. À ce sujet, **GR** estime que les exigences minimales en matière de qualité ne violent pas seulement l'autonomie des cantons en matière de planification, mais également le principe de la légalité. Le canton craint également que ces exigences aient pour effet de restreindre l'accès de la population aux soins. Le Conseil fédéral a, dans son message sur la 2^e révision de la LAMal et dans sa prise de position du 30 septembre 2002 (FF 2003 365), déterminé que la répartition des compétences dans le système fédéral prend en considération le fait que les cantons ne se voient pas dicter la manière dont ils doivent concevoir la planification. Il serait néanmoins envisageable que le législateur ait délégué au Conseil fédéral la compétence de

formuler des principes issus de la jurisprudence actuelle et de les compléter par les modifications résultant de la révision du financement hospitalier. Une telle proposition serait incluse dans le projet.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **PDC** soutient la direction prise par la modification de l'ordonnance. Le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse a été un élément central lors de l'adoption du nouveau financement hospitalier. Concrètement, chaque patient bénéficie de la part du canton de résidence et de l'assureur maladie d'un montant équivalant à un traitement hospitalier dans son canton de résidence lors d'un traitement hors de son canton de résidence. Ce principe devrait clairement continuer à s'appliquer et être précisé, car il ne serait actuellement pas respecté par tous les cantons. Il serait également clair qu'un hôpital ou une clinique doit figurer uniquement sur la liste des hôpitaux du canton dans lequel il est situé et que le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse s'applique dans le cadre des conditions mentionnées précédemment. Ce principe aussi devrait être conservé. En principe, il devrait être possible de prendre en considération un hôpital hors du canton lorsque les prestations ne sont pas offertes dans le canton de résidence. Il conviendrait par ailleurs de noter que les cantons ne peuvent pas édicter des exigences divergentes de celles de la Confédération au détriment des assurés (p. ex. fixation d'un plafond pour le nombre d'assurés complémentaires par hôpital) pour se soustraire à leur obligation de prise en charge proportionnelle des coûts. En outre, une uniformisation des exigences en matière de planification ainsi que l'harmonisation des données de benchmark devraient alléger la charge administrative des hôpitaux. En particulier en ce qui concerne la saisie des données par les hôpitaux, le principe « once only » devrait s'appliquer, à savoir que toutes les données sont saisies une seule fois et transmises dans un format harmonisé. Le parti accueille favorablement le fait qu'une interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou visant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal soit prévu dans l'ordonnance sous forme d'exigence pour les mandats de prestation des hôpitaux.

Le **pvl** soutient le projet sur le principe, car il promeut le libre choix et la concurrence. Il constituerait une étape importante vers un système de santé coordonné de manière intercantonale, dont la nécessité est urgente et lequel viendrait contrecarrer les planifications hospitalières cantonales souvent inefficaces. Le parti salue en particulier les mesures d'interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques visant l'augmentation du volume des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou visant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal. Il rejette toutefois les exigences s'appliquant à l'évaluation du caractère économique et de la qualité qui sont liées à des volumes de prestations maximaux dans le domaine hospitalier somatique aigu. Les conséquences en cas de non-respect ne sont pas suffisamment détaillées. Il serait donc à craindre qu'en cas de dépassement, le canton se libère de sa responsabilité financière en réduisant ou rejetant sa part des coûts LAMal dus ; par conséquent, soit le patient serait refusé, soit il devrait couvrir lui-même les coûts, voire son assurance-maladie privée. Par ailleurs, un plafond de volume conduirait à des temps d'attente, limiterait le libre choix des patients et empêcherait la concurrence.

Le **PS** rejette les projets de modifications d'ordonnance. Ces modifications viseraient principalement la maîtrise des coûts par une centralisation indirecte des structures de soins. L'application de ces nouvelles dispositions pourrait aboutir à une restructuration profonde du paysage hospitalier suisse, avec un risque accru, pour les régions périphériques, de perdre des établissements de soins. La recherche de l'efficacité dans les infrastructures de soins, tels qu'édictees

dans les nouvelles dispositions, mettrait de plus une pression accrue sur les structures et impacterait directement le personnel soignant. Or, des suppressions d'emplois dans les infrastructures sanitaires péjoreraient la prise en charge des patients, et donc la qualité des soins. Le PS salue néanmoins les améliorations suivantes, apportées par ces modifications d'ordonnance : désormais, les hôpitaux figurant sur les listes cantonales ne seraient plus autorisés à offrir des rémunérations ou des bonus liés au volume ; dans l'évaluation de la qualité des hôpitaux et des établissements médicaux-sociaux, le critère de dotation en personnel spécialisé serait pris en compte ; la coordination intercantonale pour la planification hospitalière serait renforcée. Ces améliorations seraient toutefois trop modestes. De plus, le Parlement travaillerait actuellement sur le 1^{er} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance-maladie obligatoire (AOS), et le 2^e volet viendrait d'être mis à son tour en consultation. Il serait préférable d'attendre le traitement de ces deux volets avant de procéder aux modifications d'ordonnances.

L'**UDC** considère que les critères de planifications s'appliquant aux hôpitaux, aux maisons de naissance et aux établissements médico-sociaux constituent un pas dans la bonne direction. L'épidémie de COVID-19 aurait révélé qu'un grand nombre d'hôpitaux avec des réserves insuffisantes en équipements de protection de base donnaient qu'une impression trompeuse de sécurité de l'approvisionnement. Il existe depuis 2018 une expertise sur le Service sanitaire coordonné. Cette année aurait rappelé que, lors de crises, seules les ressources propres au pays sont fiables. Il serait nécessaire de mieux réévaluer, dès la planification des infrastructures, les prestations qui doivent être fournies par les hôpitaux civils en temps normal et dans quelle mesure ainsi que les réserves pour les temps de crise que l'armée et la protection civile pourraient stocker de manière plus efficace. Depuis les années 1990, des milliers de lits y ont été supprimés pour des raisons économiques, alors que la classe moyenne subirait la forte charge des primes en raison des surcapacités civiles. L'UDC attend du développement des critères de planification qu'ils contribuent à réduire les surcapacités en faveur des prestations réellement demandées. Une coordination suprarégionale renforcée augmenterait la flexibilité lors de la prise en charge des patients, également et surtout dans des situations tendues. L'UDC s'était donc attendue à ce que le médecin en chef de l'armée soit impliqué dans une telle procédure de consultation. Son expertise serait rétrospective dans le cas présent, et il conviendrait à l'avenir de la recueillir dans le cadre des procédures de consultation pertinentes pour lui. Les cantons se trouveraient aujourd'hui dans un conflit marqué de multiplicité des rôles. Ils seraient à la fois planificateurs des soins, sources de financements, autorités d'approbation, autorités de fixation et promoteurs du caractère économique. La seule façon de réellement régler ce problème serait que les cantons n'exploitent plus d'hôpitaux et qu'ils puissent se concentrer sur la régulation. Il ne faudrait pas simplement viser une planification régionale pour la MHS, mais réfléchir à des axes à l'échelle nationale. Le problème des rôles multiples des cantons serait atténué dans la planification hospitalière si les critères pour les hôpitaux étaient définis de manière uniforme. La marge de manœuvre des cantons ne devrait pas servir de prétexte pour ne pas aligner les standards minimaux sur les meilleurs résultats au niveau suisse. Le rapport explicatif renverrait à ce propos à une clé de financement au sens de l'art. 49a LAMal. Il existerait aujourd'hui certains cantons qui se déchargeraient de leur obligation de prestation au sens de cet article de la LAMal si les hôpitaux ne respectaient pas les exigences. Il faudrait à cet effet prévoir un garde-fou au niveau de l'ordonnance pour qu'un canton ne puisse pas rediriger en direction des patients et finalement des assurances complémentaires les coûts des hôpitaux qui travaillent de manière inefficace ou violent d'une autre façon les exigences en matière de planification. La sanction du canton devrait toucher l'hôpital fautif, et non les patients et les payeurs de primes.

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

economiesuisse rejette le projet d'ordonnance sous sa forme actuelle. De façon générale, les modifications constitueraient un vote de défiance à l'égard de l'ensemble du financement hospitalier introduit en 2012, qui avait pourtant été accueilli positivement dans diverses évaluations. Seuls la transparence des données, la qualité et le financement de prestations d'intérêt général avaient été critiqués. Ce serait précisément les domaines pour lesquels le projet n'apporterait presque aucune amélioration. La question des prestations d'intérêt général et du financement de l'offre n'auraient pas été abordée. Les déficiences caractérisant la mise en œuvre cantonale du nouveau financement hospitalier seraient bien plus grandes que celles entravant la planification cantonale. Deux éléments auraient été ignorés. Tout d'abord, la liberté contractuelle entre les assureurs maladie et les hôpitaux devrait prévaloir. Il serait ainsi possible de déléguer aux partenaires tarifaires de manière décentralisée l'intégralité des planifications précises des besoins et des soins. La tâche des autorités consisterait uniquement à garantir la sécurité des soins et, comme c'est aujourd'hui déjà le cas, à surveiller les assureurs maladie. Ensuite, le financement hospitalier appartiendrait au financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, lequel serait retardé par les cantons depuis des années. Les deux réformes seraient essentielles et attendraient une mise en œuvre. L'uniformisation de critères de planification détaillés aggraverait les conflits d'intérêts des cantons. Les exigences supplémentaires en matière de caractère économique entreraient en effet en conflit avec la sécurité de l'approvisionnement en soins. Ce conflit d'intérêts serait accentué surtout dans les régions rurales. La sécurité de l'approvisionnement en soins serait toutefois la principale tâche des cantons, alors que l'évaluation du caractère économique serait celle des assureurs maladie. Le projet d'ordonnance mélangerait cette répartition des rôles. En outre, le mode du financement devrait être maintenu. Il faudrait par conséquent s'assurer au niveau de l'ordonnance qu'un canton ne puisse pas s'affranchir unilatéralement de son obligation de prestation lorsqu'un hôpital viole une ou plusieurs exigences. Un assureur ne pourrait par exemple pas vérifier si un volume de prestation maximal défini par le canton a été atteint. Un dépassement par l'hôpital conduirait à un transfert de la part de financement cantonal en premier vers les patients, mais de facto au domaine de l'assurance complémentaire. Cela contredirait clairement les prescriptions en vigueur depuis 2012 du nouveau financement hospitalier. Selon l'art. 49a LAMal, le canton devrait sa part même lorsque l'hôpital viole une exigence. Les cantons pourraient réglementer les sanctions infligées aux hôpitaux qui manquent à leurs mandats de prestations dans les mandats de prestations correspondants. Du point de vue des milieux économiques, il faudrait absolument renoncer à ce mélange des rôles afin que de telles distorsions du financement ne puissent même pas exister. Se poserait également la question de savoir pourquoi la Confédération porterait atteinte aux compétences des cantons, et surtout dans un domaine qui fonctionne plutôt bien au sein du financement hospitalier. Il semblerait presque que la Confédération veuille assumer elle-même l'ensemble de la planification hospitalière. Elle devrait toutefois alors également assumer la part des coûts cantonaux. L'économie rejette toutefois ces deux éléments. Une planification hospitalière fédérale serait particulièrement sujette aux erreurs, car elle se rapporterait à toutes les régions d'approvisionnement. De plus, les cantons connaîtraient mieux les besoins locaux, très différents entre les régions rurales et urbaines. Du côté positif de la modification de l'ordonnance, il convient de saluer l'élargissement du libre choix en tenant compte des listes du canton de l'hôpital et du canton de résidence. La promotion d'une utilisation efficiente des ressources serait également pertinente. Les instruments choisis à cet effet n'atteindraient toutefois pas leurs objectifs. Le projet d'ordonnance constituerait aussi un vote de défiance à l'égard des hôpitaux. Ceux-ci devraient être davantage contrôlés et régulés dans leurs prestations, et ce jusqu'au nombre de cas. Un benchmarking avec le quartile de 25 % devrait tirer les coûts vers le bas. De cette façon, les hôpitaux se retrouveraient entre le marteau et l'enclume : ils n'auraient plus de liberté dans la

fourniture des prestations, d'une part, et les coûts consécutifs seraient limités, d'autre part. La liberté entrepreneuriale serait compromise.

Cela signifierait la fin d'un changement structurel basé sur la fourniture de prestations et le renforcement d'un changement structurel basé sur la régulation : les hôpitaux pourraient uniquement se sauver du naufrage par un retrait du mandat de prestations. Tout cela affaiblirait la concurrence en matière de prestations dans le financement hospitalier. Il ne subsisterait, en théorie, que des hôpitaux dans les pôles urbains. La population se serait toutefois prononcée plusieurs fois, lors de votations, en faveur d'un réseau de soins dense. Par conséquent, les établissements publics ne seraient généralement pas fermés grâce au vote du peuple. Ainsi, les hôpitaux publics dans les régions rurales survivraient peut-être à cette modification d'ordonnance, alors que les établissements privés disparaîtraient. Il s'agirait là d'une distorsion de la concurrence inadmissible. Des volumes minimaux seraient importants pour la sécurité des patients, mais pas par hôpital, plutôt par équipe d'opération. Les équipes d'opération devraient pouvoir atteindre les nombres minimums de cas également en travaillant dans plusieurs hôpitaux. Il faudrait en outre absolument renoncer aux volumes de prestations ou nombres de lits maximaux, car ceux-ci causeraient une mauvaise planification et, au final, engendreraient des sous-capacités. Le superflu pourrait être évité grâce à une amélioration de la qualité des indications plutôt qu'avec des plafonds et des nombres de lits limités.

Le **CP** est opposé au projet dans la mesure où celui-ci pose plus de questions qu'il ne résoudrait de problèmes. Sa base légale serait par ailleurs douteuse. Un certain nombre de modifications proposées seraient importantes et iraient à l'encontre de l'esprit du législateur qui a présidé aux modifications de la LAMal lors du nouveau financement hospitalier de 2012. Il serait prématuré d'envisager une modification des dispositions de l'OAMal, alors que les modifications de la LAMal prévues par les deux volets de mesures visant à maîtriser les coûts seraient, pour le premier, discutées actuellement aux chambres fédérales et, pour le second, en phase de consultation jusqu'en novembre 2020. En outre, les mesures proposées risqueraient de mettre à mal le financement des hôpitaux dans le domaine des soins stationnaires aigus. En raison de la crise du COVID-19, il semblerait peu opportun, voire dangereux d'envisager de telles réformes avant d'avoir une vue plus claire des conséquences de la crise et des dégâts qu'elle aura causés aux hôpitaux.

L'**USAM** rejette la révision proposée de l'OAMal et en propose une révision complète. Les informations sur les conséquences des modifications prévues ne seraient pas fiables et il manquerait une analyse d'impact de réglementation. Les modifications proposées devraient avoir des conséquences importantes sur le paysage hospitalier et d'autres domaines de soins ainsi que sur la détermination des tarifs. Les conséquences concrètes attendues ne pourraient cependant pas être déterminées à la lecture du commentaire, que l'USAM considère comme insuffisant et manquant de transparence. De même, les informations tirées du commentaire seraient rudimentaires en ce qui concerne les conséquences financières. L'USAM demande que dans le cadre de la révision du projet, une analyse d'impact de réglementation soit élaborée et que des informations plus fiables soient transmises en matière de conséquences financières ainsi que d'impact sur le paysage des soins et sur les tarifs. Le projet aurait en outre pour conséquence une distorsion de la concurrence par l'appauvrissement du paysage hospitalier. Il ne serait malheureusement toujours pas parvenu à éliminer les multiples rôles des cantons dans le domaine des soins stationnaires. En cas de réduction des capacités hospitalières, ce qui est à prévoir, il serait à craindre que les cantons œuvrent pour continuer à protéger les hôpitaux publics au mépris des exigences de gouvernance généralement reconnues. Pour pouvoir éviter des distorsions de la concurrence, il conviendrait de veiller à supprimer les rôles multiples des cantons avant tout ajustement du paysage hospitalier. Ce serait en effet

l'unique moyen de s'assurer que seuls les hôpitaux les meilleurs et les plus performants restent sur le marché et pas ceux qui sont portés et soutenus par le secteur public.

L'**USS** salue avec enthousiasme la possibilité explicite intégrée à l'ordonnance d'inclure des nombres minimums de cas aux mandats de prestations en tant qu'exigence. Il aurait été démontré empiriquement depuis longtemps que des nombres de cas trop faibles ont des conséquences négatives tant sur la rentabilité que sur la qualité d'une intervention unique. Il conviendrait toutefois de différencier le nombre de cas par hôpital, de celui par personne opérant et par équipe d'opération. Toutes les définitions pourraient avoir leur légitimité et seraient couvertes par la loi ainsi que par le complément proposé de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral mentionné dans le rapport. Les nombres minimums de cas pourraient toutefois provoquer un effet secondaire problématique se manifestant par une surabondance de l'offre spécifique à certains cas, cette dernière (et son exclusion) devant constituer de manière générale un indicateur pour l'évaluation de la qualité de traitement de chaque hôpital. C'est pourquoi soit l'art. 38f, al. 5, ou l'art. 58d, al. 3, devraient être complétés par une lettre « h. Mesures visant à éviter la surabondance de l'offre médicale ». La définition plus précise des volumes de prestations maximaux pour le domaine somatique aigu serait également très importante comme contrepartie conceptuelle à la fixation de nombres minimums de cas contraignants. Au-delà de la possibilité législative déjà offerte de fixer un budget global (art. 51 LAMal), la clarté nécessaire relative à l'admission de cet instrument serait créée.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson et ProRaris saluent l'inclusion de critères de planification uniformes pour le financement hospitalier sur la base de la qualité et du caractère économique ainsi que dans le respect du principe de la sécurité de l'approvisionnement en soins. Le projet devrait toutefois davantage intégrer le bien-être des patients et mieux tenir compte des besoins particuliers des personnes handicapées ainsi que des personnes souffrant d'une maladie rare.

Selon l'avis du **D^r Guido Brusa**, il n'est pas indiqué d'aborder et de réglementer des évolutions fondamentales du système de santé dans une loi sans rapport, la LAMal. Cette manière de faire serait anticonstitutionnelle. La Confédération devrait élaborer sa propre base juridique formelle pour la nouvelle réglementation prévue, et une modification constitutionnelle serait peut-être même nécessaire. La LAMal aurait été reléguée en un type de base législative fédérale du système de santé suisse, une sorte de partie générale du droit de la santé. Il conviendrait de réfléchir à l'élaboration d'une réglementation législative permanente, laquelle permettrait un développement sain en tant que base systématique cohérente.

Pro Mente Sana s'oppose à la modification de l'ordonnance.

SPO salue le fait que la Confédération prenne des mesures visant une définition plus précise des critères de planification du point de vue des patients. L'organisation considère également l'établissement de régions de planification hospitalière intercantionales comme souhaitable. L'interdiction de systèmes d'incitations, en particulier, serait positive. Elle salue également l'énumération des exigences minimales individuelles dans le domaine de la qualité.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Pour **H+** et l'**Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, il conviendrait d'annuler la présente procédure de consultation et en refaire une nouvelle version. Les dispositions du projet sur la planification hospitalière seraient dénuées de base constitutionnelle, et le Conseil

fédéral ne serait ni parvenu à justifier un besoin de réglementation ni à apporter une plus-value identifiable. Il manquerait également une analyse d'impact de réglementation. Les mesures incisives du présent projet d'ordonnance nécessiteraient impérativement une analyse d'impact de réglementation approfondie et minutieuse concernant le financement et la qualité des soins médicaux des hôpitaux suisses. Par conséquent, une évaluation adéquate ne serait pas possible dans le cadre de la procédure de consultation. En outre, le projet contournerait les processus législatifs en cours. L'ordonnance aurait dans une large mesure un caractère législatif, dans la mesure où il s'agirait d'introduire des dispositions sur les nombres minimums de cas et les plafonds en matière de prestations et de nombres de lits, lesquelles sont actuellement discutées par le législateur dans le cadre des 1^{er} et 2^e volets de mesures de la maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral porterait préjudice et compliquerait les discussions politiques sur le projet législatif « Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires ». Il conviendrait de ne pas faire entrer en vigueur les présentes révisions de l'ordonnance au 1^{er} janvier 2021, mais de les retravailler de façon respectueuse de la loi uniquement après la fin des discussions parlementaires et après l'expiration des délais de référendum, puis de les renvoyer à nouveau en procédure de consultation.

Le projet d'ordonnance ne serait en outre pas coordonné avec la révision de la LAMal visant le renforcement du caractère économique et de la qualité du 21 juin 2019 ni avec la modification d'ordonnance y relative, qui se trouve actuellement elle aussi en procédure de consultation. Il faudrait cependant exécuter et clore ce projet en priorité. En effet, il serait pertinent de proposer une révision de l'OAMal concernant la planification une fois le premier projet achevé. Par ailleurs, le projet d'ordonnance représenterait une intervention massive et anticonstitutionnelle dans la responsabilité cantonale en matière de soins adaptés aux besoins et d'un niveau de qualité élevé pour la population. Si l'ordonnance devait entrer en vigueur, cantons et Confédération interviendraient encore davantage dans les intérêts stratégiques et opérationnels des hôpitaux. Cela s'opposerait diamétralement à la volonté du législateur, lequel, avec le nouveau financement des hôpitaux, aurait souhaité offrir davantage de liberté entrepreneuriale aux hôpitaux et promouvoir la concurrence.

Le Conseil fédéral omettrait d'indiquer quels soins de santé il souhaite à l'avenir pour la population suisse.

Avec ses réflexions sur les critères de planification hospitalière, le Conseil fédéral provoquerait une flambée des coûts sans amélioration de la qualité. Les nombreuses exigences sur la qualité structurelle (dotation en personnel), en particulier, auraient un effet d'augmentation des coûts sans apporter de plus-value pour les patients. De telles mesures ouvriraient par ailleurs la porte aux groupes d'intérêt, qui essaieraient de concrétiser leurs intérêts particuliers par ce moyen. À la place de la qualité structurelle, le Conseil fédéral devrait promouvoir rigoureusement la qualité des résultats.

En outre, la crise du coronavirus aurait révélé en Suisse les forces et faiblesses du système de santé. Il conviendrait de tirer des enseignements et des mesures d'amélioration d'un examen approfondi de la gestion de crise. La planification hospitalière serait elle aussi concernée. Il faudrait adapter l'OAMal à la lumière de ces nouveaux enseignements. Une modification de l'OAMal aujourd'hui serait par conséquent prématurée.

L'objectif déclaré du projet d'ordonnance, à savoir de permettre aux cantons d'élaborer une planification conforme à la loi, ne serait pas atteint. Au lieu d'offrir aux cantons une base de planification conforme à la loi, le Conseil fédéral créerait une grande insécurité juridique dans le domaine de la planification hospitalière. Enfin, la jurisprudence pertinente du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral n'aurait été explicitement pas prise en compte.

H+ considère que les dispositions d'ordonnance proposées outrepassent la Constitution pour ce qui est du partage des compétences entre cantons et Confédération, en particulier s'agis-

sant des exigences concernant la dotation en personnel (art. 58d, al. 3 et 4, let. a). Ces dispositions sont rejetées. H+ considère que la qualité de la fourniture des prestations dépend de la garantie de la mesure du résultat de la qualité et non pas des exigences minimales en matière de dotation en personnel par groupe de prestations. Les exigences de qualité sont en majorité rejetées, et seule celle concernant l'exploitation d'un système de management de la qualité (let. d) est saluée.

KSA, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal AG rejettent le projet. Selon eux, les compétences des assureurs maladie seraient grandement élargies, sans réglementation claire et sans leur faire assumer de responsabilité dans les soins. Par ailleurs, les exigences en matière de planification applicables aux cantons et les coûts administratifs conséquents pour les fournisseurs de prestations et les cantons augmenteraient massivement, ce qui irait totalement à l'encontre des exigences du caractère économique et de la qualité des fournisseurs de prestations. De plus, le processus de séparation entre l'indemnisation des médecins et le volume de prestations fourni serait en cours depuis des années dans les hôpitaux. Une ordonnance à cet effet ne serait donc pas nécessaire, ni aujourd'hui ni demain. Au lieu d'ancrer une planification fondée sur les prestations, la révision de l'OAMal fixerait une planification en fonction de la structure et du sujet dans l'ordonnance, et les regrettables rôles multiples des cantons resteraient inchangés : prestataires de soins, sources de financements, propriétaires de fournisseurs de prestations, auteurs des listes des hôpitaux, régulateurs de tarifs, contrôleurs et superviseurs, développeurs de GPPH.

Afin d'assurer des soins de qualité et économiques, une promotion et un financement exhaustif des prestations ambulatoires seraient nécessaires. Parallèlement, il faudrait obtenir et créer un nombre suffisant de places dans le domaine stationnaire pour pouvoir rapidement monter en puissance en termes de capacité en temps de crise. La réglementation sur le contrôle des quantités maximums de volumes de prestations et de nombres de lits serait inutile et mettrait en péril des soins de qualité.

Les organisations mentionnées, à l'exception de KSA, notent par ailleurs qu'une révision de l'OAMal ayant pour objectif la réduction de capacité dans le domaine hospitalier semblerait totalement déplacée à l'heure actuelle compte tenu de la pandémie de COVID-19. Tant qu'il n'est pas possible de tirer les conclusions de la pandémie de COVID-19, il conviendrait de demander de suspendre toute révision de la LAMal et de l'OAMal (moratoire).

KSA demande que la référence sur la base de l'OCP soit supprimée. Il conviendrait davantage d'établir une référence sur la base de « REKOLE », car c'est seulement ainsi qu'il est possible d'obtenir un rendement durable. Le projet n'apporterait en outre aucune contribution concrète à la rationalisation de l'organisation décentralisée, dispersée et caduque du paysage hospitalier suisse. Il faudrait poursuivre le développement des concepts visant à rationaliser le paysage hospitalier suisse pour améliorer l'efficacité du système de santé. Il conviendrait par ailleurs de fixer dans la loi (art. 58d, al. 6) et de mettre en œuvre les obligations des cantons et l'utilisation des synergies et le potentiel d'optimisation en cas de concentration de groupes de prestations pour le caractère économique et la qualité des prestations. Vouloir obtenir cette rationalisation par la voie de cette révision de l'OAMal ne serait pas viable et ne tiendrait aucunement compte des différents besoins régionaux. Elle ne pourrait avoir lieu que par la voie ordinaire et avec des objectifs communiqués ouvertement, en collaboration entre la Confédération et les cantons, tel que le prévoit la Constitution. Le souhait de réduire les capacités dans le domaine hospitalier via la révision de l'OAMal serait inadéquat. Il faudrait davantage accélérer les efforts pour une rationalisation du paysage hospitalier suisse dispersé. Cette volonté devrait toutefois être clairement annoncée et non visée de manière détournée via la fixation de percentiles et le transfert de compétences aux assureurs-maladie. Elle doit également avoir lieu sous l'égide de la Confédération et des cantons, comme le prévoit la Constitution. Dans

ce contexte, l'ensemble du projet doit être renvoyé pour une révision fondamentale. Il y aurait lieu de poursuivre les efforts pour consolider le paysage sanitaire stationnaire, tant pour des motifs économiques que pour optimiser l'utilisation du personnel.

Le Conseil fédéral omettrait d'indiquer quelle stratégie il souhaite poursuivre à l'avenir pour les soins de la population suisse. Le Conseil fédéral omettrait d'expliquer quels soins médicaux les personnes devraient recevoir dans les différentes régions, quelles prestations devraient être centralisées et où devraient se situer les grands centres de soins. Il s'agirait de questions centrales encore sans réponse. Avec les enseignements tirés en 2020 en matière de capacités en cas de pandémie, il faudrait un projet national qui s'appuie solidement sur la science et clarifie quelles prestations seront à l'avenir disponibles à proximité du domicile, et lesquelles doivent être fournies de manière centralisée. Le Conseil fédéral ne se fonderait pas, dans la mesure où cela est identifiable, sur des analyses solides basées sur des données lors de la définition des nouvelles exigences, et il n'aurait visiblement entrepris aucune évaluation des conséquences. Le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie serait en outre un projet majeur de politique de santé et qui se concentrerait principalement sur la répartition future de la charge financière entre les cantons et l'AOS. La clé de répartition des coûts serait d'ailleurs un point litigieux important encore non résolu entre les parties prenantes concernées. Avec les présentes exigences, le Conseil fédéral établirait un critère d'efficacité qui reporterait la future charge financière sur les cantons et risquerait de porter atteinte aux décisions prévues du législateur dans le cadre du financement uniforme des soins stationnaires et ambulatoires.

Pour **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, les révisions prévues de l'ordonnance en matière de planification hospitalière sont anticonstitutionnelles et illicites. Le Conseil fédéral outrepasserait sous plusieurs aspects ses compétences, ce qui aurait des conséquences à large échelle pour les hôpitaux et cliniques suisses. Les modifications prévues iraient à l'encontre du droit constitutionnel et contiendraient des dispositions présentant un caractère législatif sans base approuvée par le Parlement. Le Parlement et l'électorat seraient ainsi contournés par des objectifs politiques sans légitimité démocratique. Les planifications hospitalières cantonales en cours devraient d'abord être achevées à temps selon le droit en vigueur. La révision de l'OCP souhaitant introduire des réglementations controversées des révisions de la LAMal issues des 1^{er} et 2^e volets de mesures visant à maîtriser les coûts, ces révisions d'ordonnance ne devraient pas entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Elles devraient être complètement revues après la fin des débats parlementaires et l'échéance des délais référendaires, dans le respect des droits de participation démocratiques.

senesuisse, **CURAVIVA** et **Spitex Verband Schweiz** demandent de suspendre la présente révision. Pour ces organisations ainsi que pour **Asana Spital Leuggern AG** et **Asana Spital Menziken AG**, il faudrait d'abord définir la qualité requise pour les établissements médico-sociaux dans leur ensemble. Le principal objectif d'une institution pour les personnes présentant des besoins d'assistance devrait consister en la qualité de vie des concernés. Ce point ne figurerait pourtant pas du tout au centre des bases juridiques actuelles et prévues. Il conviendrait en premier lieu d'établir une vue d'ensemble de la qualité, puis examiner quels acteurs assument quelles responsabilités et quelles réglementations seraient utiles et nécessaires pour atteindre les objectifs. Si le Conseil fédéral décidait tout de même de faire entrer en vigueur les modifications, les organisations demandent d'exclure les prestations de soins au sens de l'art. 25a LAMal du domaine de validité/champ d'application de l'ordonnance, et ce jusqu'à ce que ces questions soient clarifiées avec des acteurs impliqués.

Il faudrait en outre clarifier si la planification des établissements médico-sociaux concorde avec la stratégie Santé2030 et si elle n'empêche pas l'intégration des établissements médico-sociaux à la planification de modèles de soins intégrés avant de la remanier et de la consolider par la présente révision.

La qualité et le caractère économique dans les établissements médico-sociaux ne pourraient être réglementés que de façon limitée par la Confédération et la LAMal, et seulement s'il existe une base juridique à cet effet ou dans la mesure où ces deux aspects se limiteraient aux prestations de soins financées au sens de la LAMal. Il n'existerait aucune base juridique pour la majorité des réglementations proposées. L'AOS apporterait une contribution uniquement aux coûts des soins. Les principaux agents payeurs seraient les responsables du financement résiduel (cantons/communes). Il en résulterait que les responsables du financement résiduel doivent fixer les standards de qualité et les critères d'économicité, ce que la majorité des cantons aurait aujourd'hui déjà mis en place. Une intervention durable de la Confédération sans prise en compte du système fédéraliste ne serait ni utile ni pertinente, puisque cela fonctionnerait depuis des années déjà dans les cantons.

Le Conseil fédéral aurait dû regrouper dans un paquet le projet actuel et la modification de l'OAMal visant à renforcer le caractère économique et la qualité, car tout le monde s'accorderait sur le fait que les deux projets sont liés.

SBK considère fondamentalement utile qu'une planification des soins définisse, outre des critères d'économicité, également la qualité des prestations fournies et de l'accès pour les patients.

Allianz Kinderspitäler der Schweiz rejette clairement la révision proposée de l'OAMal concernant la planification hospitalière et la détermination des tarifs dans ces domaines partiels importants et estime que sa mise en œuvre serait dangereuse. La révision de l'OAMal serait uniquement axée sur une réduction des coûts dans le domaine de l'AOS et aurait des conséquences graves pour le système de santé en Suisse.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz et **VLSS** demandent que l'ensemble du projet soit renvoyé au DFI pour un remaniement considérable et ne soit pour le moment pas poursuivi. Tant que les conséquences de la pandémie de COVID-19 ne sont pas tirées et que le cadre législatif n'a pas été adapté en conséquence, il ne faudrait pas mettre en œuvre les modifications d'ordonnance proposées, et il conviendrait d'introduire un moratoire général de modification de loi et d'ordonnance. Par ailleurs, la modification législative du 21 juin 2019 visant à renforcer la qualité et le caractère économique et les modifications d'ordonnance ici prévues, qui feraient peser des coûts supplémentaires sur les cantons, devraient être rediscutées au plus tôt lors de la mise en œuvre du financement uniforme des soins stationnaires et ambulatoires.

La situation pandémique pose la question de savoir si les capacités ne devraient pas d'abord plutôt être consolidées, puis réduites. La pression des coûts ne serait aujourd'hui déjà plus gérable dans le domaine stationnaire.

Avec la mise en œuvre de l'interdiction de bonus ou kickbacks liés au volume, le projet contiendrait une prétendue économie de coûts pour démultiplier la charge de mise en œuvre de la mesure. Il serait à craindre qu'ainsi, les parts variables des salaires destinées à l'accomplissement d'objectifs soient interdites à l'échelle des hôpitaux, des départements ou des unités, tout comme les honoraires dans le domaine de l'assurance complémentaire. Il serait anticonstitutionnel d'alléguer de pouvoir réglementer ces aspects dans la LAMal, au motif prétendu qu'un nombre trop élevé de traitements et des honoraires supposément trop élevés qui en découlent dans le domaine de l'assurance complémentaire (LCA) auraient des répercussions également dans le domaine LAMal de l'AOS. D'une part, l'ampleur des composantes variables des salaires est importante. D'autre part, une exclusion des honoraires réglementerait un domaine soumis à la LCA. Le domaine de l'assurance complémentaire serait ainsi de facto aboli. Les détenteurs d'une assurance complémentaire seraient à l'avenir assuré pour des prestations qu'ils ne recevraient plus, et ce malgré le paiement de primes relevant de la LCA (p. ex. libre choix du médecin). En outre, la liberté économique des hôpitaux serait supprimée sans

base juridique dans le domaine de la LCA également, et la concurrence ne serait pas limitée seulement dans la LAMal, mais aussi dans la LCA.

Pour **Berit Klinik AG**, la révision contiendrait des possibilités supplémentaires pour les cantons de privilégier leurs propres établissements ou ceux qui leur sont proches. Berit Klinik AG est d'avis que la révision ne devrait pas seulement réduire les différences entre les concepts de planifications des cantons, mais les éliminer. Ce n'est qu'ainsi que l'objectif de promotion du caractère économique des prestations fournies ainsi que la concurrence accrue pour la qualité pourrait être atteints.

Bündner Spital- und Heimverband (BSH) rejette la modification de l'ordonnance. Il n'existerait pas de besoin de réglementation dans le sens du projet de révision. Les dispositions actuellement contenues dans les art. 58a à 58e de l'ordonnance mettent en œuvre la disposition de l'art. 39, al. 2^{ter}, LAMal relative à la fixation de critères de planification uniformes dans le respect de la qualité et du caractère économique de façon appropriée et suffisante, tout en tenant compte de la compétence des cantons en matière de planification (art. 39, al. 1, let. d, LAMal).

La Confédération ne disposerait pas des compétences législatives nécessaires pour édicter des exigences minimales contraignantes applicables aux cantons en matière d'évaluation de la qualité des hôpitaux et des établissements médico-sociaux et, ainsi, d'exigences minimales contraignantes pour l'octroi de mandats de prestations par les cantons aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux. Ces exigences représenteraient une grave atteinte à l'autonomie des cantons et violeraient le principe de légalité. La délégation de compétence au Conseil fédéral, contenue dans l'art. 39, al. 2^{ter}, LAMal, d'édicter des critères de planification uniformes dans le respect de la qualité et du caractère économique ne suffisent pas comme base pour l'instauration de la réglementation en question. Il faudrait promulguer au niveau de la loi, c'est-à-dire dans la LAMal, la prescription selon laquelle les cantons peuvent uniquement octroyer des mandats de prestations aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux si ceux-ci satisfont aux exigences minimales contraignantes de qualité édictées par le Conseil fédéral, pour autant qu'elle soit admissible sur la base des compétences primaires des cantons en matière de soins établies dans la Constitution fédérale (ce que conteste BSH).

Cette exigence serait contraire à l'art. 117a de la Constitution fédérale (soins de base médicaux), car elle entraverait dans une large partie de la Suisse l'accès rapide de la population à des soins médicaux de base.

Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen et Verein integrative-kliniken.ch font observer qu'à l'heure actuelle, seuls peu de cantons ont mis en œuvre le mandat constitutionnel de l'art. 118a Cst, selon lequel Confédération et cantons veillent à prendre en considération la médecine complémentaire dans le cadre de leurs compétences. Sur la base de l'ordonnance, il faudrait s'assurer que chaque canton attribue au moins un mandat de prestation par 250 000 habitants pour une offre stationnaire de médecine complémentaire. Les cantons seraient tenus d'offrir un nombre minimum de prestations par région urbaine et rurale.

La proposition violerait la LAMal sur plusieurs aspects et aurait en partie un caractère législatif. Celle-ci ayant été élaborée avant la crise du coronavirus, de nouveaux enseignements concernant les soins hospitaliers et les réserves en matière de capacités n'auraient pas été pris en compte. La proposition serait également problématique dans le sens où les conséquences des ordonnances n'auraient pas été examinées au préalable et où la structure hospitalière ne devrait pas être modifiée sur la base d'une modification d'ordonnance, mais de discussions parlementaires.

La **FMH** rejette le présent projet de révision. De son point de vue, les modifications proposées conduisent à un élargissement des compétences de la Confédération au détriment des cantons et des partenaires tarifaires. Elles ne prendraient par ailleurs pas suffisamment compte des différentes circonstances des cantons avec et sans cliniques universitaires. Des aspects globaux de la prise en charge des patients (situation psychosociale, polymorbidité, etc.) n'ont pas non plus été suffisamment pris en considération. Il serait par ailleurs important de tirer les enseignements du COVID-19 avant d'apporter des modifications au système actuel. La planification en des temps calmes serait vite dépassée dans des situations extraordinaires.

Le Conseil fédéral n'aurait réalisé aucune véritable évaluation des conséquences. Outre le potentiel d'économies, pas la moindre explication n'aurait été fournie concernant de possibles répercussions négatives des modifications de l'ordonnance.

Hirslanden rejette le présent projet. Le motif de cette révision serait en grande partie d'obtenir une réduction supplémentaire des coûts à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, sans pour autant avoir réalisé une évaluation fondée des conséquences. Le projet d'ordonnance violerait également sur plusieurs aspects les dispositions légales actuelles. En effet, certaines dispositions du projet d'ordonnance constitueraient une atteinte massive et surtout anticonstitutionnelle à la souveraineté cantonale en matière de soins adaptés aux besoins et de haute qualité pour la population.

Interessensgemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser fait remarquer que l'offre alternative des maisons de naissance n'aurait des chances de survie à long terme que si des exigences justes et compréhensibles étaient respectées. Malheureusement, cela ne serait plus garanti par certains points de la révision. Pour la suite du traitement du projet, il faudrait tenir compte des spécificités des maisons de naissance et du rôle qui leur est attribué dans l'obstétrique.

Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg (Stiftung Diakoniewerk Neumünster-Schweizerische Pflegerinnenschule), Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) et Zürcher RehaZentren rejettent la révision proposée. Les mesures proposées de planification limiteraient excessivement l'autonomie cantonale et violeraient le principe « qui paie commande ».

L'ordonnance aurait intégré plusieurs éléments qui présentent un caractère clairement législatif et anticipent des projets ou propositions en cours. Avec la nouvelle ordonnance, la Confédération spécifierait trop en détail aux cantons responsables de la planification hospitalière comment ils doivent procéder et ce dont ils doivent tenir compte à cet égard. Des mesures issues des deux volets de mesures visant à maîtriser les coûts, y compris les nombres maximaux de lits ou d'opérations, auraient été intégrées dans les modifications d'ordonnance.

La Confédération définirait également des exigences sur la « dotation en personnel spécialisé et la prise en compte d'une expertise adaptée aux besoins » comme critères pour l'octroi d'un mandat de prestations. Les nombres minimums de cas (également par intervenant), les volumes de prestations maximaux ainsi que les nombres de lits maximaux pour le domaine somatique aigu, la psychiatrie, la réadaptation et le secteur des soins auraient été explicitement fixés. De telles restrictions, en particulier les volumes de prestations et nombres de lits maximaux, sont rejetées par les fournisseurs de prestations susmentionnés.

Ils sont par ailleurs d'avis que l'intervention prévue menace le libre choix des patients et provoquerait un rationnement et une médecine à deux vitesses. Les établissements de meilleure qualité seraient ainsi sanctionnés.

Les prescriptions prévues pour le benchmarking seraient en outre fortement marquées par un objectif de réduction des primes de l'AOS. Le déficit décrété aurait des conséquences considérables sur le système de santé de la Suisse, la population et la situation du financement des hôpitaux et des services psychiatriques. Le fait que seuls les assureurs calculent la valeur s'opposerait au principe de primauté des négociations entre les fournisseurs de prestation et les assureurs maladie et serait par conséquent illicite.

La pandémie de coronavirus aurait montré que le paysage hospitalier décentralisé et de proximité était décisif pour la gestion de la crise. Cela aurait en particulier permis de répartir les flux de patients sur différents sites. Le système dans son ensemble aurait ainsi pu être déchargé. Il faudrait donc mener une réflexion critique sur la perspective de concentrer davantage les prestations médicales.

Le Conseil fédéral devrait enfin aller de l'avant avec le projet de financement uniforme des soins ambulatoires et stationnaires s'il souhaite réellement freiner l'augmentation des coûts dans le système de santé. La tarification ambulatoire pour le domaine hospitalier devrait en outre être augmentée jusqu'à ce que les prestations ambulatoires puissent être fournies tout en couvrant les coûts. **Spital Männedorf AG** relève que l'intégration dans le système de santé ainsi qu'une promotion de la médecine ambulatoire conduiraient à un meilleur contrôle des coûts de la santé. L'hôpital contribuerait déjà activement à empêcher les hospitalisations par une coopération intensive avec les médecins de famille, les spécialistes, les organisations Spitex, les pharmacies, les assureurs maladie notamment, notamment moyennant l'utilisation d'outils techniques et d'échanges optimisés de données pour établir de meilleurs pronostics et éviter les exacerbations de maladies chroniques. De nouvelles formes de prise en charge à la maison et de régions modèles, telles qu'elles ont été introduites à l'étranger, en font également partie. En tant qu'organisations plus grandes, les hôpitaux sont ceux qui seraient le mieux placés pour lancer de telles initiatives. Il faudrait toutefois en principe d'autres conditions-cadres que celles prévues dans le projet de modification de l'OAMal et de l'OCP.

Privatkliniken Schweiz (PKS) renvoie la présente révision partielle pour un remaniement complet. Les étapes de développement des soins stationnaires en lien avec la gestion de la crise du coronavirus auraient confirmé que le projet serait erroné et inutile. Toute intervention législative dans la politique sanitaire devrait au moins répondre aux trois exigences suivantes : elle doit améliorer les rôles multiples et la « séparation des pouvoirs » manquante des cantons. Elle doit être adéquate pour encourager la qualité thérapeutique des prestations des fournisseurs de prestations de santé. Elle doit établir ou au moins promouvoir des conditions de concurrence équitables pour les fournisseurs de prestations et les assureurs. Le projet n'aurait pas de base juridique suffisante, menacerait le système de santé dans les régions, établirait de nouvelles incitations économiques erronées et des concepts juridiques vagues, risquerait de créer de nouvelles possibilités de discrimination envers les hôpitaux privés, aggraverait considérablement le financement toujours insuffisant du domaine somatique aigu et exclurait de nombreux hôpitaux des soins de base ou les mènerait à la ruine économique. Les dispositions d'exécution relatives aux critères de qualités pourraient être intégrées dans une révision législative allégée, le cas échéant.

Le législateur n'aurait jamais édicté d'exigences selon lesquelles seul un certain nombre de fournisseurs de prestations dans toute la Suisse ou dans une région donnée peuvent être actifs ou selon lesquelles il faudrait viser une réduction de leur nombre. Il conviendrait par ailleurs de s'assurer que les mesures de maintien des structures financées par de l'argent public (au-delà des règles actuelles de la LAMal) soient interdites afin de garantir une concurrence équitable.

L'obligation de coordination des cantons en matière de planification hospitalière créerait un nouveau champ de discrimination, les cantons coordonnés entre eux pouvant spécialiser les fournisseurs de prestations stationnaires qu'ils exploitent (ou qui sont la propriété du canton)

ainsi qu'utiliser et planifier mutuellement des capacités de patients qui leur sont attribuées. Les fournisseurs de prestations privés seraient de plus en plus écartés ou évincés du domaine de l'AOS.

Les dispositions prévoyant que les cantons interviennent directement dans le processus de concentration du paysage hospitalier et fixent des conditions pour chaque groupe de prestations auraient un caractère législatif. De telles réglementations, qui seraient illicites en raison des bases juridiques actuelles, seraient à rejeter.

Le projet contiendrait trop de concepts juridiques vagues soumis à interprétation. Les concepts juridiques vagues auraient déjà conduit à de nombreuses procédures judiciaires dans la politique sanitaire pour lutter contre des interprétations abusives de la part des cantons. Les acteurs auraient besoin de sécurité juridique, raison pour laquelle il ne faudrait pas introduire de nouveaux concepts juridiques vagues. Cela concernait notamment des concepts vagues dans l'art. 58 OAMal, tels que « exigences minimales », « groupes de prestations », « personnel spécialisé », « expertise adaptée aux besoins », « application de standards professionnels » et « existence d'une culture de la sécurité ».

Les nouvelles mesures de limitation des prestations au niveau des groupes de prestations ainsi que l'interdiction de systèmes d'incitations créeraient de nouvelles incitations économiques erronées. Au lieu de lutter de manière ciblée contre des pratiques discriminatoires de « moutons noirs » au détriment de l'AOS, l'ensemble des fournisseurs de prestations stationnaires seraient soupçonnés et soumis à des interdictions. Ces limitations empêcheraient la concentration des prestations et la spécialisation que souhaite le Conseil fédéral.

Il manquerait en outre une analyse d'impact de réglementation. Les effets de cette nouvelle vague de réglementation pour la prise en charge des patients, les fournisseurs de prestations, les cantons et les assureurs n'auraient ni été mentionnés ni évalués dans le projet.

La présente révision n'aborderait pas la thématique des véritables facteurs de coûts du système de santé. Le traitement de faveur des hôpitaux cantonaux (surcapacités), y compris les prestations d'intérêt général pesant des milliards (inefficacité), qui profiteraient presque exclusivement aux hôpitaux en mains publiques, n'aurait pas été abordé.

Après le retrait du projet de révision, il faudrait ficeler un projet au niveau législatif, qui contiendrait les éléments suivants : davantage d'incitations pour réduire les coûts, qualité et sécurité juridique pour les fournisseurs de prestations, autorisation de facturation des prestations de manière à couvrir les coûts, à condition de satisfaire à des standards de qualité transparents et de répondre aux critères EAE, qui remplaceraient tant les listes d'hôpitaux que les listes de fournisseurs de prestations ambulatoires (« gestion des admissions ») après une période transitoire. En outre, plus ils satisfont aux critères EAE (système de notation), plus les fournisseurs de prestations devraient recevoir de suppléments. Il conviendrait d'introduire la liberté contractuelle des assureurs avec les fournisseurs de prestations dans le domaine des soins de base, mais avec une limitation aux fournisseurs ayant une autorisation de facturer leurs prestations (introduction échelonnée).

Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) est d'avis qu'il faudrait d'abord tirer tous les enseignements de la pandémie de COVID-19 avant d'apporter des changements au système. Le fait que la Confédération veuille uniformiser les critères pour l'octroi de mandats porterait atteinte à l'autonomie des cantons, mais serait toutefois compréhensible là où les cantons établissent des critères qui distordent la concurrence en faveur de leurs propres hôpitaux en raison de leurs rôles multiples. Réduire ce conflit de gouvernance serait une mesure qui ne serait ici pas suffisamment mise en œuvre, bien qu'il s'agisse d'une opportunité.

Le projet pourrait être interprété de manière à comprendre que le système de médecins indépendants dans les hôpitaux répertoriés ne soit plus possible. Le système de médecins indépendants constituerait l'un des piliers centraux du système de santé suisse. Hormis dans les

centres urbains, les hôpitaux répertoriés ne pourraient souvent offrir des prestations médicales précieuses que grâce aux médecins indépendants. Les médecins indépendants déchargeraient les hôpitaux pour des interventions de routine également. Les hôpitaux ne pourraient gérer les nombreux cas que moyennant de longs temps d'attente et des médecins moins expérimentés. À l'inverse, le système de médecins indépendants ne causerait aucun coût supplémentaire, bien au contraire. Qu'une opération soit réalisée par un médecin indépendant ou un médecin de l'hôpital serait équivalent en termes de coûts. Si les médecins indépendants disparaissaient, les soins dans les hôpitaux répertoriés se détérioreraient considérablement, et la large spécialisation des soins serait brisée. Les patients de toutes les catégories d'assurance auraient aujourd'hui un accès direct aux spécialistes médicaux disposant d'une grande expérience, ce grâce au principe du libre choix. Si la possibilité, pour les hôpitaux répertoriés, de recourir à des médecins indépendants disparaissait, les interventions par des médecins indépendants seraient uniquement possibles dans des hôpitaux privés conventionnés. Il en résulterait une médecine à deux vitesses : les assurés de base devraient par conséquent supporter des temps d'attente plus longs et seraient traités par des médecins d'hôpital moins expérimentés. Les médecins indépendants ne seraient ainsi plus accessibles pour les patients au bénéfice de l'assurance de base. Cela créerait une ligne de démarcation claire entre les catégories d'assurance.

Le projet contiendrait, avec la mise en œuvre de l'interdiction de bonus ou kickbacks liés au volume, une prétendue économie de coûts largement supérieure à l'effort nécessaire à la mise en œuvre de la mesure. Il n'y aurait toutefois pas d'analyse d'impact des coûts compréhensible pour celle-ci, et donc ni évidence.

Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) rejette l'art. 58f, al. 6. L'introduction de volumes maximaux préfigurerait l'établissement d'un budget global, ce que l'organisation rejette.

Pour **swiss orthopaedics**, il existe une divergence entre l'influence renforcée de la Confédération dans l'autonomie cantonale actuelle et le défaut de correction en matière de gouvernance des cantons. Sans résolution de ce potentiel de conflit pour les cantons, l'objectif de la révision législative, à savoir la planification correspondante et judicieuse supracantonale/régionale/nationale et même cantonale, ne serait pas possible. Il faudrait par ailleurs exiger une base d'uniformisation structurelle claire pour la planification hospitalière, qui aurait toutefois dû être élaborée avant la révision législative, dans le cadre de la transparence et de la comparabilité intercantonale recherchées.

En outre, le projet permettrait d'interpréter notamment qu'un système de médecins indépendants rattachés à un hôpital répertorié ne soit plus possible. Certaines interventions cantonales dans cette direction auraient déjà eu lieu. **Swiss orthopaedics** fait remarquer à ce propos qu'une part considérable des prestations en orthopédie sont fournies par des médecins indépendants. Que le fournisseur de prestations soit un médecin indépendant ou d'hôpital ne jouerait aucun rôle économique pour l'AOS. Le libre choix du médecin pour les patients de toutes les catégories d'assurance serait conservé avec ce système. Il ne faudrait donc pas l'affaiblir. Les enseignements tirés de la gestion de la crise du coronavirus auraient en outre montré comment la collaboration intercantonale, les votes lors de la promulgation d'actes et la compensation en matière de charges fonctionnent encore de manière résolument fédéraliste. Il conviendrait d'attendre encore d'autres évaluations à cet égard avant d'adapter le système, en particulier les conséquences de la planification hospitalière cantonale, régionale et nationale.

Swiss Reha rejette le projet de révision sous sa forme actuelle. L'évolution des soins stationnaires dans le cadre de la gestion de la crise aurait confirmé que le projet est erroné et inutile. Mis à part l'augmentation de l'intervention étatique qui en découle, les modifications proposées

dans le domaine de la réadaptation seraient soit inutiles, car contrairement à la psychiatrique ou à la somatique, un accord préalable de l'assurance à la prise en charge est nécessaire pour chaque séjour hospitalier, soit ne pourraient être mises en œuvre de façon correcte. Ce dernier point serait dû au fait que la Confédération n'aurait jusqu'aujourd'hui pas respecté son obligation légale de préciser et de clarifier le concept de réadaptation. La révision proposée n'offrirait aucune garantie pour la comparabilité intercantonale des fournisseurs de prestations. Les cantons continueraient de disposer d'une marge de manœuvre trop importante pour la conception qualitative de leur offre hospitalière, ce qui augmenterait le risque de valeurs erronées et la probabilité d'élaboration d'une structure tarifaire inadaptée selon l'art. 49, al. 1, LAMal, dans la réadaptation.

Universitäre Medizin Schweiz, le CHUV et Universitätsspital Basel préconisent une clarification des critères de planification. Ils estiment toutefois, pour certains points, que les adaptations proposées n'ont pas été assez réfléchies.

Il serait également important de ne pas trop détailler les exigences au niveau national, car la planification incombe aux cantons.

En ce qui concerne l'évaluation du caractère économique, il conviendrait de noter en particulier que seuls les hôpitaux qui se sont spécialisés dans les interventions et traitements fréquents peuvent être évalués de manière appropriée sur la base des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité. Les hôpitaux présentant de nombreux cas très complexes et des DRG rares seraient, à l'inverse, plus difficiles à évaluer sur cette base et ne pourraient guère être comparés aux premiers hôpitaux. Cela serait dû au fait que malgré de nombreuses années de travaux de différenciation, SwissDRG ne serait pas en mesure de constituer adéquatement des groupes de cas présentant de faibles nombres de cas. C'est pourquoi il est, selon eux, essentiel de tenir compte du type de prestations d'un hôpital lors de l'évaluation de son caractère économique ou de comparer économiquement des hôpitaux comparables.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (VNS) s'oppose au projet. Il interférerait fortement dans la responsabilité et la compétence de planification des cantons. À ses yeux, cela est contraire à la Constitution. Il serait souhaitable de mener une réflexion sur les rôles exacts des acteurs au sein du système de santé au lieu d'élaborer des exigences et règlements nouveaux et aussi détaillés. Il serait en outre possible d'examiner de plus près ce qui est bien exécuté dans le système de santé et dans quels domaines des synergies sont éventuellement possibles entre les différents acteurs (cf. par ex. promotion inutile d'une attestation OCP). Il ne faudrait toutefois pas que les fournisseurs de prestations qui, en tant qu'entreprises, sont destinées à être soumises à la concurrence, soient assujettis à des réglementations nationales détaillées sur le plan opérationnel.

Il manquerait en outre une analyse d'impact de réglementation. L'ordonnance comporterait des dispositions législatives, en partie issues de l'initiative sur les soins infirmiers, mais aussi du 1^{er} et 2^e volets de mesures, lesquelles doivent d'abord encore être discutées au Parlement. Sans réglementation claire, les compétences des assureurs maladie seraient considérablement élargies, alors que la planification et le pilotage du système de santé devraient rester en mains de la Confédération et des cantons. Une procédure de benchmarking nationale dans un marché régulé devrait tenir compte des différents coûts salariaux et d'implantation dans les cantons. Pour les hôpitaux universitaires, en tant que prestataires fournissant le spectre maximal de prestations au bout de la chaîne de soins, tout comme pour les maisons de naissance, des groupes de benchmarking séparés continueraient d'être justifiés. Malgré l'importance cruciale des critères EAE, il n'existerait jusqu'aujourd'hui aucune interprétation claire concernant l'application opérationnelle de ce concept de la LAMal. Cet élément devrait constituer une priorité absolue, car il subsisterait ici une grande confusion pour les fournisseurs de prestations, et les assureurs interpréteraient différemment les critères EAE, en particulier les garanties de prise en charge des coûts. D'après VSN, le projet représente une atteinte à la liberté

du commerce et de l'industrie. Les prescriptions en lien avec la rémunération dans le domaine de l'assurance complémentaire (marketing et relations publiques) font partie intégrante de l'activité commerciale normale d'un hôpital. Une interdiction contredirait une concurrence souhaitée par le monde politique. Compte tenu des expériences tirées du COVID-19, ce projet d'ordonnance serait également en contradiction avec les derniers enseignements en matière de politique de santé.

SVM recommande de rejeter toutes les modifications proposées par la présente consultation, le système actuel lui convenant. La Confédération, dont le rôle serait subsidiaire, viserait de manière inappropriée à élargir ses compétences en réglementant dans le détail la planification par les cantons. Cette régulation complexifierait un système déjà très compliqué et irait provoquer une hausse des coûts administratifs. Les dispositions prévues tendraient à limiter de manière drastique le libre choix des établissements par les patients. La Confédération devrait se limiter à édicter les grandes lignes de la planification sur la base des coûts et de la qualité. Les dispositions proposées auraient un impact négatif sur le développement, la compétitivité et l'attractivité des hôpitaux de mission publique. Pour autant que les cantons, en concertation avec les cliniques et les hôpitaux, suivent les recommandations pour la planification de la CDS, édictées en 2018 et régulièrement mises à jour, le système actuel respecterait le cadre de la LAMal, de sorte qu'il ne serait pas nécessaire de légiférer davantage.

Organisations du système de santé – Assureurs

curafutura est fondamentalement d'accord avec l'adaptation d'ordonnance concernant les critères de planification. L'organisation estime que l'uniformisation nationale des critères de planification hospitalière était nécessaire depuis longtemps. La définition de la classification des groupes de prestations ainsi qu'une pondération plus importante du caractère économique et de la qualité des hôpitaux dans la planification des soins pourrait conduire à une précision et une uniformisation des procédures cantonales, à condition qu'elles soient mises en œuvre de manière uniforme par les cantons et au niveau national. La marge de manœuvre des cantons en lien avec leurs particularités géographiques et démographiques est ainsi prise en considération de manière adéquate. D'après elle, la représentation différenciée des exigences applicables à la coordination intercantonale de la planification permet une concentration accrue de l'offre et une meilleure utilisation des synergies dans les soins stationnaires. Les exigences relatives à l'octroi de mandats de prestations par groupe de prestations sont suffisamment détaillées, ce qui concorde parfaitement avec l'uniformisation nationale. **curafutura** rejette par conséquent les critères complémentaires des cantons. En ce qui concerne la définition des volumes de prestations maximaux, le respect des quotas fixés par les cantons n'est pas vérifiable pour les assureurs. Il faudrait par conséquent impérativement s'assurer qu'un canton ne puisse pas se défaire unilatéralement de son obligation de prise en charge des coûts lorsqu'un hôpital viole une ou plusieurs exigences. En cas de violation des dispositions, les cantons devraient par ailleurs pouvoir sanctionner l'hôpital fautif. Un dépassement par l'hôpital conduirait à un transfert des parts de financement cantonales vers les patients, mais de facto au domaine de l'assurance complémentaire. Cela s'opposerait aux prescriptions du nouveau financement hospitalier. Par conséquent, **curafutura** demande que les cantons soient obligatoirement redevables leur part au sens de l'art. 49a LAMal également lorsque l'hôpital viole une exigence. Il convient à cet égard de se référer à la proposition de formulation pour un nouvel alinéa 8 dans l'art. 58f.

HSK salue sur le principe les adaptations et le développement des bases juridiques. Pour les cantons, les critères d'économicité, de qualité et de transparence devraient être déterminants pour la planification hospitalière et l'octroi de mandats de prestations. En particulier les coûts

individuels des hôpitaux ou encore le nombre de cas ainsi que les nombres minimums de cas doivent impérativement être pris en considération de manière adéquate. Dans ce contexte, il relève des tâches de l'assurance-maladie de réduire les incitations erronées créées par les rôles multiples des cantons. La préservation des droits acquis et les considérations locales de concurrence ne doivent pas se faire au détriment des assurés. L'objectif est que les cantons opèrent une détermination des besoins et une planification hospitalière supracantonale.

De l'avis de **KPT**, il faut impérativement s'assurer que lorsque les dispositions s'appliquent dans le cadre de la planification cantonale des soins, la part de financement des prestations de l'AOS selon l'art. 49a LAMal ne puisse pas être supprimée unilatéralement par les cantons. L'instauration d'exigences serait problématique pour les assurances-maladie sociales si les cantons subordonnaient, dans certains cas, leur obligation de prestation au sens de l'art. 49a LAMal au respect des exigences. En effet, l'assureur ne pourrait en principe vérifier le respect des exigences en raison de l'absence de voie de recours. Cette tâche incombe uniquement aux cantons. La « disparition liée aux exigences » de la part cantonale pourrait avoir pour conséquence des coûts de traitement non couverts au détriment des assurées ou d'une éventuelle assurance complémentaire, ce qui serait contraire au système, même si le canton doit en principe sa part de prestation conformément à la LAMal. Pour l'assureur, le Conseil fédéral est tenu d'assurer le respect de l'obligation de prestation des cantons dans le cadre de la définition des critères de planification de la LAMal.

santésuisse salue le projet visant à améliorer la coordination de la planification hospitalière. Par rapport à d'autres pays, la Suisse dispose d'une très forte densité hospitalière. Pour l'assureur, ce n'est ni efficient ni efficace pour obtenir des valeurs de qualité élevées. Avec l'uniformisation de la détermination des tarifs, le Conseil fédéral fournit une base solide pour maîtriser les coûts à moyen terme. La Suisse dispose d'une des densités hospitalières les plus fortes au monde avec environ 300 hôpitaux. Le Conseil fédéral aurait reconnu à juste titre que ce nombre élevé n'est ni efficient ni promoteur de qualité. Afin de pouvoir accroître la qualité des traitements en faveur des patients, il faudrait des critères uniformes et une véritable concurrence. Le Conseil fédéral fournit une base solide avec le projet envoyé en consultation. La fixation de nombres minimums de cas améliorerait la qualité et serait dans l'intérêt des patients. L'assureur reconnaît la validité de cette évaluation après l'expérience accumulée en lien avec la crise du coronavirus. La crise a en premier lieu montré que les hôpitaux n'arrivent largement pas à la limite de leurs capacités même en cas de crise, mais sont capables d'accroître leurs capacités à court terme grâce à une utilisation plus flexible des infrastructures et à l'aménagement d'hôpitaux d'urgence. Il ne serait pas utile de maintenir des capacités adaptées à une situation qui surviendrait peut-être une fois par siècle.

SVV salue sur le principe les adaptations d'ordonnance concernant les critères de planification dans les art. 58a à 58f OAMal. L'assureur estime qu'avec le présent projet, un objectif important du nouveau financement hospitalier (l'alignement de la planification hospitalière cantonale sur des critères de planification uniformes pour toute la Suisse) est dûment pris en compte. De même, la marge de manœuvre des cantons en matière de particularités géographiques et démographiques est maintenue de manière raisonnable. La représentation différenciée des prescriptions pour la coordination intercantonale de la planification conduirait à une concentration renforcée de l'offre et une meilleure utilisation des synergies dans les soins de base stationnaires.

Autres organisations

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen est d'avis que le projet doit être renvoyé pour remaniement et qu'il faut garantir une intégration ou une prise en compte équilibrée des décisions judiciaires pertinentes en la matière. Le rapport explicatif fait uniquement référence aux arrêts du Tribunal fédéral administratif qui justifient une confirmation ou un renforcement des compétences de planification des entités publiques en matière de planification et des restrictions dans le cadre de la détermination des tarifs. L'évaluation de la jurisprudence actuelle serait sélective et tendancieuse, ce qui renforcerait davantage les éléments de planification publique en violation des principes de la LAMal (concurrence la moins réglementée possible). D'après l'organisation, il conviendrait en outre de mener une analyse d'impact de réglementation et remanier le projet en conséquence. Les présentes modifications d'ordonnance contiennent des changements dans le domaine de la planification et de la détermination des tarifs qui ont des conséquences majeures sur les soins hospitaliers et la fixation des tarifs. Il n'est pas possible d'évaluer adéquatement le projet dans le cadre de la procédure de consultation. Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen demande donc l'annulation de la consultation et sa réorganisation après la mise à disposition d'une analyse d'impact de réglementation. Il conviendrait également de supprimer les volumes de prestations maximaux prévus à l'art. 58f, al. 6, OAMal et, en lieu et place de cela, de se focaliser sur une utilisation correcte des critères EAE à mettre en œuvre et de définir dans l'ordonnance la qualité des indications et des résultats comme critères d'évaluation.

Schweizerischer Seniorenrat salue le principe de rendre plus contraignants les critères de qualité et du caractère économique dans la législation. La prépondérance du caractère économique dans la mise en œuvre porterait toutefois souvent préjudice à la qualité de vie des résidents d'institutions de vieillesse. Les exigences dans le domaine de la qualité et du caractère économique devraient faire l'objet d'une coordination entre les soins stationnaires et ambulatoires. La qualité et le caractère économique dans les établissements médico-sociaux ne pourraient être réglés que de manière limitée dans la LAMal, car celle-ci fait référence aux prestations obligatoires financées. Pour l'organisation, les modifications proposées dans la présente révision et qui sont applicables aux établissements médico-sociaux contiennent des réglementations qui se situent hors du champ des prestations de soins au sens de la LAMal ou de l'art. 7, OPAS, ce qui ne repose sur aucune base juridique. Les contributions aux soins fournies via la LAMal ne couvrent aujourd'hui en aucun cas les coûts totaux et ne constituent par conséquent pas une contribution financière directe à la qualité dans les soins. Avec les réglementations détaillées proposées dans la révision, la Confédération interviendrait dans la compétence actuelle des cantons et confondrait les responsabilités de la Confédération et des cantons. Il en résulterait qu'il incomberait aux responsables du financement résiduel de définir de manière uniforme et contraignante les standards de qualité et les critères en matière d'économicité. Ceci contredirait également le projet adopté par le Parlement, qui vise le renforcement de la qualité et du caractère économique. Outre le présent projet, une modification supplémentaire de l'OAMal visant à renforcer le caractère économique et la qualité ferait l'objet d'une consultation. Il ne serait pas compréhensible que l'analyse de la situation des soins pertinente pour la planification (absence, pénurie ou surabondance de l'offre, incitations erronées qui mènent à des reports dans d'autres domaines...) doive être basée sur une évaluation cantonale du caractère économique et de la qualité (art. 58d OAMal), et qu'une compréhension coordonnée de la qualité et du caractère économique ainsi que leurs critères d'évaluation n'entrent en vigueur que plus tard. Schweizerischer Seniorenrat demande l'inversion de l'ordre chronologique d'entrée en vigueur ou au moins un regroupement des deux ordonnances dans un seul paquet.

SVBK rejette résolument les modifications de l'OAMal. Il conviendrait toutefois de saluer les réglementations pertinentes relatives à la qualité et au caractère économique dans les établissements médico-sociaux. Il n'existerait toutefois actuellement aucune base juridique pour la majorité des réglementations proposées. L'organisation estime que les modifications souhaitées de l'OAMal n'apportent aucun avantage supplémentaire, encouragent les incitations erronées et restreignent les compétences des cantons ou mélangent les compétences. Le principe de subsidiarité ancré dans le droit constitutionnel est par conséquent ignoré. L'objectif principal des établissements médico-sociaux devrait toujours être le soutien et la qualité de vie des personnes à prendre en charge ainsi que la garantie de la sécurité. Ces points ne figureraient toutefois pas dans les modifications prévues. De nombreux standards de qualités et critères d'économicité sont déjà aujourd'hui appliqués et contrôlés avec succès dans les cantons. Il convient donc de suspendre la révision actuelle de l'OAMal. Confédération et cantons devraient d'abord définir des critères de qualité uniformes. Une nouvelle révision de l'OAMal devrait par ailleurs s'appuyer sur la stratégie Santé2030 visée par la Confédération.

4.2 Prises de position relatives à l'art. 58a

Organisations du système de santé – Assureurs

Concernant l'al. 2, **santésuisse** approuve le réexamen périodique de la planification. La question de son rythme reste toutefois ouverte.

Autres organisations

Schweizerischer Seniorenrat soutient sur le principe l'al. 2, mais demande toutefois que tant les soins ambulatoires que stationnaires soient réexaminés périodiquement.

4.3 Prises de position relatives à l'art. 58b

Cantons

La **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, ZG, VD, VS** et **ZH** relèvent que, dans le cadre de la détermination des besoins, aucune évaluation ou comparaison des fournisseurs de prestation n'est nécessaire et demandent la suppression de la phrase correspondante dans le rapport explicatif : « Par ailleurs, les comparaisons réalisées dans le cadre de la détermination des besoins doivent notamment permettre de s'orienter en fonction de ce qui se fait de mieux, et donc autoriser un *benchmarking*, contrairement à la poursuite des tendances existantes. » Ils proposent, à l'exception d'**AG**, de compléter l'al. 2 (« Ils déterminent l'offre utilisée dans des *hôpitaux répertoriés* et des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée »), argumentant que l'offre des hôpitaux répertoriés et conventionnés doit également être déterminée.

BE s'oppose aux exigences de l'art. 1. Les cantons doivent choisir de manière autonome les facteurs qu'ils estiment nécessaires à l'élaboration de la planification des soins. Ils doivent également être libres de pouvoir intégrer divers facteurs pour les différents domaines de planification (hôpitaux, établissements médico-sociaux). Il conviendrait de conserver la formulation actuellement en vigueur ou d'utiliser une formulation introduisant une possibilité.

BS est d'avis que les cantons n'ont pas besoin de tenir compte de l'évolution économique dans la planification. Il s'agirait d'un facteur appartenant à la fixation ou à l'approbation des tarifs. L'évolution épidémiologique ne pourrait pas être prise en considération, car aucune donnée ne serait disponible. Il serait suffisant que les cantons tiennent compte de l'évolution de la

démographie et de la technologie médicale dans la planification. Pour **TG** aussi, l'évolution économique ne doit pas constituer un critère pour la planification des besoins, car cette dernière doit découler d'une perspective centrée sur les soins.

Selon **ZG**, l'al. 1 reprend exactement le modèle de pronostic du canton de Zurich. Le canton de Zurich ne doit toutefois pas être le seul canton à disposer de telles études, si bien que les cantons devraient mandater le canton de Zurich pour l'établissement des rapports sur la situation des soins.

GE et **JU** considèrent que le montant de la rémunération ne doit pas être un critère pour la prévision des besoins en soins et demandent d'effacer « économique » dans les critères.

TI précise que les quatre facteurs définis par le modèle zurichois, à savoir l'évolution démographique, médico-technique, épidémiologique et économique, sur lesquels le canton du Tessin s'est basé, sont en fait repris. La formulation ouverte utilisée n'empêche pas les cantons d'utiliser d'autres facteurs d'influence. La version italienne devrait utiliser « rilevare » aux al. 1 et 2 et le verbe « determinare » uniquement à l'al. 3. Le canton considère que le principe opposé à celui indiqué devrait prévaloir, c'est-à-dire que les hôpitaux souhaitant être inscrits sur les listes cantonales soient évalués en premier et que l'offre des hôpitaux conventionnés ne soit évaluée que si la couverture est insuffisante.

S'agissant de l'al. 1, **GR** spécifie que pour garantir les soins médicaux de la population et des touristes, il faut prendre en considération les particularités géographiques des cantons. Selon lui, l'ensemble de la population des régions périphériques doit aussi avoir accès aux prestations hospitalières nécessaires dans un délai raisonnable. Le commentaire doit être complété à la fin de l'al. 2, de sorte que le choix entre un traitement ambulatoire ou stationnaire se base exclusivement et obligatoirement sur l'indication médicale.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Du point de vue de l'**UDC**, il faut s'attendre à ce que les cantons consultent au moins leurs partenaires au sein du Réseau national de sécurité à propos des services sanitaires coordonnées s'ils accordent davantage de poids aux facteurs épidémiologiques en matière de besoins dans la planification des soins en fonction des derniers enseignements. Les surcapacités d'approvisionnement en soins de base ne doivent pas être déguisées en réserves de crise. Le parti estime qu'il faut des réserves efficaces dans l'infrastructure, le personnel, le matériel et les médicaments qui peuvent être activés en temps voulu.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** et **ProRaris** soutiennent le complément dans l'al. 1, qui précise que les facteurs démographiques, épidémiologiques, économiques, médico-techniques et autres facteurs d'influence doivent être pris en considération pour la planification des besoins.

De l'avis de **SPO**, cette disposition doit être complétée de façon à ce que la comparaison soit réalisée pour chaque domaine d'un mandat de prestations. L'ajustement au degré de gravité selon SwissDRG devrait être considéré avec prudence. Cela pose la question de savoir s'il serait nécessaire de prendre en considération les différences liées au contexte (par ex. entre les spécialisations médicales) dans le cadre de l'examen du caractère économique. Ces comparaisons devraient suivre le modèle des domaines partiels de la MHS pour éviter que des problèmes dans le SwissDRG continuent à avoir des conséquences au détriment des soins médicaux apportés aux patients.

SGB-FSS salue l'al. 1.

Concernant l'al. 2, **SPO** fait des remarques similaires à celles relatives à l'al. 1.

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson et ProRaris demandent d'indiquer explicitement dans l'al. 4, let. b, qu'un accès égalitaire et sans obstacle dans des délais utiles doit être garanti pour tous les patients, comme le prévoit la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH).

SGB-FSS demande que les obligations de la CRDPH concernant l'équivalence et l'accès des soins de santé pour les personnes sourdes et sourdaveugles soient mises en œuvre en soulignant expressément dans l'al. 4, let. e (sic), que l'accès égalitaire et sans obstacle de tous les patients aux traitements dans des délais utiles est une obligation.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

RehaClinic AG fait remarquer à propos des al. 1 et 2 que tant que le concept de « réadaptation » n'a pas été défini au niveau fédéral et tant que les groupes de prestations dans la réadaptation sont hétérogènes, il n'existera aucune donnée significative permettant de réaliser une planification sérieuse des besoins. La qualité des données statistiques actuellement utilisées pour la planification des soins serait insuffisante.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) accueille favorablement le fait qu'outre les facteurs économiques et médico-techniques, il faille également prendre explicitement en considération l'évolution démographique et épidémiologique.

Pour **H+, Bündner Spital- und Heimverband (BSH)** et **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, l'al. 1 doit être complété de sorte à tenir compte des particularités géographiques des cantons pour la détermination des besoins. Selon eux, l'ensemble de la population des régions périphériques doit aussi avoir la possibilité d'accéder aux prestations hospitalières nécessaires dans un délai raisonnable.

De l'avis de **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, le commentaire du projet doit mentionner que le choix entre un traitement ambulatoire ou stationnaire se base exclusivement et obligatoirement sur l'indication médicale.

Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen et Verein integrative-kliniken.ch proposent de compléter l'al. 1 de manière à prendre en considération les besoins en prestations de médecine complémentaire. Selon eux, une mention explicite est nécessaire pour des motifs de constitutionnalité, car sans mandat explicite, la médecine complémentaire est souvent oubliée, même si le besoin de la population en prestations est élevé.

Pour **Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Leuggern AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal**, la planification des besoins/soins des cantons doit s'appuyer sur des données statistiques. Selon eux, tant que le concept de « réadaptation » n'est pas défini pour l'ensemble du pays et qu'il n'existe pas de groupes de prestations uniformes et comparables en termes de contenu, aucune planification sérieuse des besoins/soins n'est réalisable. Ils ne comprennent pas comment la coordination intercantonale et l'implication de fournisseurs de prestations extracantonaux, qui deviennent des obligations avec cette révision, doivent fonctionner sous ces conditions. Il ne serait pas non plus possible d'imaginer

comment le caractère économique d'entreprises doit être comparé si les cantons ne comprennent pas tous de la même manière le concept de réadaptation, si le portefeuille de produits diffère massivement et si le degré de gravité des patients n'est pas pris en compte.

Swiss Reha indique qu'il manque une définition de l'orientation en fonction du degré de gravité pour la réadaptation, car aucune structure tarifaire correspondante n'a été élaborée à ce jour, notamment en raison de l'absence de clarification du concept de réadaptation par la Confédération.

Pour **Universitäre Medizin Schweiz**, le **CHUV** et **Universitätsspital Basel**, l'al. 1 doit être modifié. Il conviendrait de supprimer le facteur de l'évolution économique et d'ajouter celui de l'évolution épidémiologique. L'évolution économique ne constituerait pas un facteur de détermination des besoins selon les méthodes de détermination appliquées aujourd'hui. Du point de vue d'une prévision des besoins élaborée scientifiquement, l'ajout de facteurs économiques serait donc erroné. Au contraire, cet ajout d'aspects économiques aux facteurs d'influence signifierait que les cantons pourraient inclure l'évolution économique et des considérations financières pour les finances cantonales en tant que facteurs restrictifs dans la prévision. Les prévisions des besoins seraient ainsi soumises aux considérations politiques et perdraient leurs justifications scientifiques. Si les évolutions économiques conduisaient réellement à une augmentation ou une diminution de la prévalence de certaines maladies (par ex. des maladies psychiques en cas de crise économique), elles devraient être représentées dans les facteurs épidémiologiques.

Selon la **SVM**, les modifications de cette disposition ne sont pas assez explicites et ne font qu'ajouter de la confusion. Les facteurs déterminants devraient être très précis.

H+ et **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** regrettent que la planification des besoins continue de se rapporter aux établissements et aux objets, et non aux prestations. L'art. 58d, al. 6, mentionne certes des synergies entre les hôpitaux, mais la planification resterait principalement axée sur les lieux. De même, les doutes concernant la définition d'établissements (« sites hospitaliers ») ne sont, selon eux, pas dissipés. Les principales différences entre la version allemande et française de l'art. 39 LAMal (« oder » et « et ») doivent par ailleurs être corrigées.

Concernant les art. 3 et 4, **RehaClinic AG** fait remarquer que la qualité et le caractère économique de la fourniture de prestations dans le domaine de la réadaptation ne peuvent être mesurés que lorsque tous les cantons auront la même compréhension du concept de « réadaptation », lorsque le degré de gravité sera pris en compte et l'intensité de traitement par groupe de prestations standardisée et lorsque, par exemple, la réadaptation gériatrique ou interne sera comprise comme une seule et même chose (groupes de prestations homogènes).

Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** et **Verein integrative-kliniken.ch** proposent de compléter l'al. 2 de manière à prendre en compte les prestations conventionnelles et les prestations de médecine complémentaire.

Ils proposent notamment de compléter l'al. 3 en précisant que l'offre doit couvrir le besoin en prestations de médecine complémentaire dans chaque canton, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du canton.

L'al. 4, let. b, doit par ailleurs être complété de manière à prendre en considération également les prestations de médecine complémentaire.

senesuisse, CURAVIVA et Spitex Verband Schweiz approuvent l'al. 4 sur le principe. Les exigences sont pertinentes et judicieuses en tant que critères généraux.

swiss orthopaedics est d'avis que les sociétés de discipline médicale doivent être impliquées dans la prise en compte/l'évaluation de la qualité. Celles-ci ont déjà examiné les dispositions élaborées avec l'ISFM dans le cadre de la formation continue.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) considère sur le principe pertinent le fait que le caractère économique et la qualité soient mentionnés de manière équivalente dans l'al. 4, let. b.

Il conviendrait également de s'assurer que les offres facilement accessibles soient correctement promues auprès des patients à la maison ou dans les cliniques par des experts des professions de la santé (personnel soignant diplômé, spécialisé dans les soins des plaies ou personnel soignant qui accompagne les patients psychiatriques à domicile) et intégrés à la planification.

Pour **Universitätsspital Basel** et **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, il faut supprimer ou préciser l'al. 4, let. c. La disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations seraient des concepts vagues qui entraîneraient une insécurité juridique.

Organisations du système de santé – Assureurs

Concernant l'al. 1, **santésuisse** relève que la prise en considération et l'intégration de facteurs pertinents ainsi que les prévisions de ces facteurs sont obligatoires pour la planification des soins. Dans l'idéal, les prévisions de tous les cantons sont établies selon des méthodes uniformes et par un office central afin de garantir une qualité de prévision uniforme pour tous les cantons. Il conviendrait de promouvoir la prise en compte de scénarios lors de la détermination des besoins dans le cas de prévisions à long terme afin de pouvoir mieux évaluer les insécurités. **santésuisse** propose en outre de compléter l'al. 3 de sorte à garantir aux assurés un accès égal aux établissements de la liste.

Autres organisations

Selon le point de vue de **Verein PflegeART**, l'al. 1 doit être modifié de sorte que les cantons s'appuient notamment sur la garantie d'État de droit ainsi que sur des données et comparaisons statistiquement justifiées lors de la détermination des besoins. La Constitution fédérale exigerait explicitement à l'art. 118a Cst que les prestations de médecine complémentaire soient prises en considération par la Confédération et les cantons dans le cadre de leurs compétences. Le projet actuel ignorerait complètement cette référence. L'al. 2 devrait être modifié de sorte que les cantons établissent dans les établissements des offres de médecine conventionnelle et complémentaire qui ne sont pas intégrées dans les listes qu'ils publient. L'al. 3 devrait être modifié de sorte que les cantons déterminent l'offre devant être assurée par l'inscription, sur la liste, d'établissements situés au sein et hors du canton selon des critères d'État de droit et garantissent un financement couvrant les coûts issu de l'assurance de base. L'organisation considère que l'approvisionnement en prestations de médecine conventionnelle et

complémentaire doit être assuré. Malgré un mandat constitutionnel (art. 118a Cst), il n'existe aucun mandat de prestation public dans le domaine stationnaire (domaine des soins de longue durée : homes et établissements médico-sociaux) pour la médecine complémentaire. Les cantons seraient par conséquent juridiquement obligés de garantir une telle offre.

Concernant l'al. 4, let. a, **Schweizerische Seniorenrat** estime que la prise en compte du facteur « caractère économique » pour que les cantons déterminent le besoin en places dans les homes n'a aucune influence sur la planification des soins ou les paramètres pertinents (déterminants de la demande). Les charges à long terme constitueraient un indice bien plus important de la pénurie ou de la surabondance de l'offre dans une région.

4.4 Prises de position relatives à l'art. 58d

Cantons

La **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** estiment que le commentaire relatif l'al. 1 doit expliquer que les cantons conservent leur marge de manœuvre actuelle lors de l'évaluation du caractère économique, conformément à l'art. 58d, al. 1, même si l'adaptation de l'art. 59c ss concernant la détermination des tarifs est approuvée par le Conseil fédéral. Pour **UR**, la **CDS** et les cantons mentionnés, à l'exception de **FR**, le commentaire relatif à l'art. 1 doit être complété de sorte que les cantons puissent également prendre en considération la stabilité économique d'un hôpital lors de l'examen du caractère économique. Pour la **CDS** et les cantons mentionnés, **sauf UR et FR**, le commentaire à la page 8 doit être modifié pour que la possibilité de comparaison des coûts au niveau du domaine de prestations ou d'un ou de plusieurs groupes de prestations ne se limite pas seulement au domaine MHS et que la concentration de certains domaines de prestations n'appartenant pas à la MHS sur des groupes de prestations individuels ne soit pas exclue. **BE** relève également que la structure tarifaire ST Reha n'est toujours pas disponible, c'est pourquoi il conviendrait d'élaborer une disposition transitoire pour le domaine de la réadaptation, dont le but est la mise en œuvre de l'art. 58d, al. 1. Pour **GE**, l'évaluation du caractère économique doit pouvoir se faire sur la base de données comparables entre les établissements. À ce titre, il devrait être précisé que les coûts ajustés sont établis selon une comptabilité analytique certifiée par un organisme indépendant.

La **CDS, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, ZG, VD, VS** et **ZH** sont par ailleurs d'avis que l'examen du caractère économique des établissements médico-sociaux conformément à l'al. 2 n'est pas réalisable et doit être abandonné. Il interférerait dans la compétence cantonale en matière d'approvisionnement en soins, car la contribution de l'AOS aux coûts des soins serait fixe. Les cantons ne voient pas d'intérêt supérieur de la Confédération ou de l'AOS à cet égard. Ils estiment en outre que les trois instruments actuels de détermination des besoins ne sont pas harmonisés et que, par conséquent, la classification des besoins en soins entre les établissements médico-sociaux n'est pas comparable. De plus, aux yeux de ces cantons, la classification des besoins en soins selon l'art. 7a, al. 3, OPAS, ne suffit pas à refléter correctement le degré de gravité. À l'exception de **GE**, ils estiment donc qu'il est possible que des établissements médico-sociaux plus chers soient économiquement viables s'ils s'occupent de patients particulièrement exigeants en termes de soins (par ex. soins palliatifs, sclérose multiple, SLA ou soins de patients sous assistance respiratoire). Le niveau de soins ne représenterait en outre pas la part des soins de traitement et des soins de base. La comparaison du caractère économique serait également compliquée, car la gradation ne possède pas de plafond. **BE** salue la comparaison de

l'efficience, qui permet une meilleure mise en œuvre de l'interdiction du financement transversal (par ex. financement des soins avec les recettes des prestations d'assistance) dans le domaine des soins stationnaires à long terme.

VD propose de faire au moins 3 dispositions séparées : un article sur le caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance et établissements médico-sociaux, un article portant sur la qualité des hôpitaux et une disposition relative à la qualité des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance. En outre, la traduction française de « schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen » (cf. art. 59c^{bis}, al. 1a, OAMal ou 10a^{bis}, al. 3, OCP) devrait être changée en « coûts des prestations hospitalières ajustés selon le degré de gravité ».

GR demande de supprimer l'al. 2. Le canton est d'avis que les divers instruments visant à déterminer les besoins en soins parviennent, dans un même cas, à différents résultats de classification et de rémunération des prestations réalisées, de sorte qu'un examen de l'efficience est impossible. Contrairement au domaine hospitalier, il manque un instrument d'examen du caractère économique dans le domaine des soins. Le commentaire est par conséquent également dénué de mentions sur l'examen du caractère économique.

Pour **TI**, l'approche de l'examen du caractère économique reflète ce qui se passe déjà dans la pratique et est appliquée par le canton du Tessin.

La **CDS, AG, GE, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** rejettent l'idée que les cantons aient la responsabilité d'examiner si les exigences minimales en matière de qualité (**art. 58d, al. 3 et 4**) sont respectées. Cela reviendrait à abandonner la procédure actuelle engageant les fournisseurs de prestations à déclarer s'ils remplissent ou non les exigences minimales lorsqu'ils briguent un mandat de prestations. La responsabilité de fournir une prestation de bonne qualité doit continuer d'être du ressort des hôpitaux. Dans le rapport explicatif page 9, il est fait référence à la révision de la LAMal en vue du renforcement de la qualité et du caractère économique. La CDS et les cantons considèrent qu'il est indispensable que les dispositions proposées soient mieux harmonisées avec les dispositions révisées de la LAMal. Selon la CDS et les cantons, il est indispensable, dans le cadre de la planification hospitalière, que les données sur la qualité soient comparables dans toute la Suisse. Afin d'assurer la comparabilité entre les conventions de qualité, il est souhaité que les fédérations des assureurs et celles des fournisseurs de prestations soient tenues de négocier des conventions de qualité uniformes dans le domaine stationnaire.

Pour **TI**, l'attention accordée aux critères de qualité s'est sensiblement accrue. Le nouvel article de l'OAMal énumère aux al. 3 à 8 les éléments à examiner pour l'évaluation de la qualité dans le domaine du processus de planification. Il convient toutefois de noter que les dispositions incluses dans ces alinéas doivent être considérées comme des mesures de base dans le domaine de la gestion de la qualité, qui ont déjà été adoptées et mises en œuvre par la plupart des structures hospitalières de référence au niveau national. TI soutient ce changement, qui doit également encourager l'adoption d'une procédure commune et structurée pour tous les hôpitaux, ainsi que pour les établissements médico-sociaux, afin de garantir la qualité des soins.

La **CDS, AG, GE, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** estiment que l'exigence concernant la dotation en personnel contenue à l'art. **58d, al. 3, let. a**, en lien avec les groupes de prestations ne se réfère pas à l'ensemble de l'hôpital, mais aux différents groupes de prestations. Ils s'opposent à la formulation conte-

nue à l'al. 3 « pour l'ensemble de l'hôpital ». Le rapport explicatif mentionne aussi le *Advance Care Planning*, alors qu'il n'a rien à voir avec la dotation en personnel. Il est proposé de ne pas le mentionner.

La **CDS** et les **cantons** relèvent également que les normes de référence nationales et internationales dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales auxquelles il est fait référence dans le rapport explicatif n'existent pas. Tant que celles-ci ne sont pas développées, la CDS propose de se rapporter aux exigences structurelles minimales concernant l'organisation et le personnel, recommandées dans la mise en œuvre de la stratégie NOSO.

GR est d'avis qu'il manque pour la dotation en personnel une délégation correspondante de la compétence législative dans la LAMal. La disposition devrait être supprimée. La qualité de la fourniture de prestations devrait être garantie par des mesures spécifiques (qualité des résultats), et non par des exigences minimales relatives au personnel qualifié par groupe de prestations. Une qualité élevée est, selon le canton, indispensable pour la fourniture de prestations des hôpitaux. Il estime que des exigences en matière de dotation relatives aux groupes de prestations ne constituent pas un outil pertinent pour assurer la qualité requise. D'autres instruments sont à disposition, comme ceux prévus aux let. b à f en particulier. Les cantons auraient en outre la possibilité et la tâche d'intervenir dans le cadre de leur surveillance sanitaire lorsqu'il existe des signes que la qualité des hôpitaux et des cliniques est insuffisante. D'après le canton, la qualité de la fourniture de prestations dans les hôpitaux est aujourd'hui déjà examinée et évaluée grâce à de nombreuses mesures de qualité (indicateurs de qualité de l'OFSP, enregistrement obligatoire des infections postopératoires via Swissnoso, mesures de qualité de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), par ex. taux de réhospitalisations et de réopérations). Des exigences en matière de dotation en personnel spécialisé pour des groupes de prestations spécifiques, lesquelles sont basées sur des normes de référence nationales et internationales d'après le commentaire, menaceraient le maintien des soins dans des cantons présentant une démographie décentralisée et des vallées isolées.

L'existence d'une culture de la sécurité imposée en tant qu'exigence à respecter pour les hôpitaux (art **58d**, al. 3, let. c) n'est pas considérée comme un critère discriminant, justiciable et vérifiable selon la **CDS, GE, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**. Il est demandé que la disposition soit biffée.

La CDS et les cantons refusent d'imposer le critère de l'implémentation d'un système de déclaration des erreurs, dans la mesure où un tel système n'existe pas encore et que la situation juridique par rapport à la protection de la confidentialité pour les personnes signalant les erreurs doit encore être clarifiée. Même si l'application d'un système de déclaration des erreurs sur l'ensemble du territoire est souhaitable, la vérification de l'ancrage de l'utilisation du système au sein de l'établissement n'est pas vérifiable par les cantons.

La CDS et les cantons estiment que si les cantons peuvent vérifier qu'un système de management de la qualité est bien en place, ils ne peuvent examiner si le système est exploité de manière appropriée, comme exigé par l'art **58d**, al. 3, let. d. Il incombe à l'hôpital d'exploiter un système approprié à son offre de prestations. Il est demandé que le rapport explicatif le précise.

L'exigence d'une application de standards professionnels (art. **58d**, al. 3, let. e) est salué par la **CDS, GE, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZG**. Ils estiment qu'il faut cependant garantir la latitude aux cantons de déterminer le nombre et le type de standards qu'ils envisagent d'examiner ainsi que la façon de procéder.

Il est également demandé que la formulation de l'art. **58d, al. 3, let. f**, soit harmonisée avec les notions contenues dans la loi sur les produits thérapeutiques (par ex. en utilisant le terme « prescription » plutôt que le terme « ordonnance »).

La **CDS, AG, AI, GE, GR, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZG** estiment que le fait de répertorier les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance dans le même article, comme le fait l'art. **58d, al. 4**, viole l'unité de la matière et que la disposition ne tient pas compte des différences entre les fournisseurs de prestations. En outre, il est estimé que les exigences minimales à remplir pour l'évaluation de la qualité des maisons de naissance sont formulées sans tenir compte de la réalité. Il est relevé que le texte du rapport explicatif relatif aux hôpitaux a été copié tel quel pour les maisons de naissance et que ce transfert n'est pas possible sans adaptations.

Dans l'optique des cantons, le seul critère de qualité à retenir pour les maisons de naissance serait que celles-ci puissent justifier des coopérations consignées par écrit avec les hôpitaux auxquels elles sont affiliées. Il est proposé d'intégrer une nouvelle lettre avec ce critère.

TI considère que les exigences minimales pour la qualité prévues à l'art. **58d, al. 4**, sont déjà mises en œuvre ou en cours de mise en œuvre. Les exigences mentionnées aux points a, e et f sont satisfaites, tandis que les exigences mentionnées aux points b, c et d sont incluses dans les objectifs de la planification actuelle (Pianificazione integrata LAnz-LACD2021-2030). **TI** considère que même les structures principales n'auront pas de problèmes particuliers pour répondre aux critères de l'al. 4, car ils sont déjà inclus dans la stratégie de gestion de la qualité depuis de nombreuses années (existence d'une équipe consacrée à la gestion de la qualité, analyse des indicateurs de l'ANQ, système de signalement des erreurs et autres initiatives en coopération avec plusieurs organisations nationales). Ce changement doit également encourager l'adoption d'une procédure commune et structurée pour tous les hôpitaux, ainsi que pour les établissements médico-sociaux, afin de garantir la qualité des soins.

Selon la **CDS, AG, GE, GR, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZG**, la participation aux mesures nationales de la qualité n'est pas possible pour les maisons de naissance, et il faut biffer la **let. b**. Il est considéré que cette exigence ne peut être imposée pour les maisons de naissance, dans la mesure où il n'existe pas à l'heure actuelle de mesures nationales de la qualité pour celles-ci, à l'exception de la satisfaction de la clientèle mesurée ponctuellement. La CDS et les cantons demandent que la **let. b** soit biffée et que l'alinéa correspondant dans le rapport explicatif le soit également, puisqu'il est estimé que les cantons ne sont pas à même d'examiner ni la participation ni les résultats.

La CDS et les cantons considèrent que la **let. c** de l'art. **58d, al. 4**, doit également être biffée puisque des systèmes de déclaration des erreurs n'existent pas encore pour les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance. Il en va de même pour la **let. d** en raison de l'inexistence de systèmes de management de la qualité dans les maisons de naissance. Il serait envisageable que les maisons de naissance développent leur propre certification d'ici la fin des dispositions de transitaires. Il est proposé soit d'adapter la disposition soit de la biffer.

L'exigence de mettre en place l'application de standards professionnels en démontrant l'existence d'un plan de traitement et de soins écrit (**let. e**) est jugée disproportionnée, et il est également demandé de la biffer pour les maisons de naissance. Il en va de même pour la **let. f**. Pour les établissements médico-sociaux : la formulation doit être harmonisée avec la loi sur les produits thérapeutiques (par ex. en utilisant le terme « prescription » plutôt que le terme « ordonnance »).

BE est d'avis que, conformément à l'art. 52, al. 1, OMéd, les sages-femmes ne peuvent qu'« administrer » des médicaments, et non pas les remettre. Il n'existe actuellement aucune base juridique permettant aux sages-femmes de prescrire ou de remettre des médicaments. Il conviendrait également de différencier entre les exigences minimales applicables aux établissements médico-sociaux et celles applicables aux maisons de naissance : établissements médico-sociaux : garantie de la sécurité de la médication lors de la prescription et de la remise des médicaments ; maisons de naissance : garantie de la sécurité de la médication lors de l'administration de médicaments.

Pour ce qui est de l'al. 5, la CDS et les cantons renvoient aux remarques relatives à l'art. 58d, al. 4, let. b, concernant les maisons de naissance, et il est proposé de biffer celles-ci de l'article. Il est renvoyé aux observations du rapport explicatif, p. 13, al. 3, selon lesquelles il n'existe pas de mesures ANQ pour les maisons de naissance.

La **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, VD, VS, ZG** et **ZH** soutiennent les affirmations concernant l'al. 6 dans le rapport explicatif. La norme juridique proposée ne serait toutefois pas compréhensible et devrait être adaptée comme suit : « Dans le domaine hospitalier, il faut veiller à la mise à profit des synergies et du potentiel de concentration des prestations. » **GE** demande de formuler l'alinéa comme suit : « Dans le domaine hospitalier, la concentration des groupes de prestations pour le caractère économique et la qualité des prestations est prise en compte ». **GR** et **TG** demandent de biffer l'al. 6, estimant que dans la médecine courante, contrairement à la MHS, l'effet de promotion de la qualité et l'amélioration du caractère économique par le biais d'une concentration des services ne sont pas prouvés. En outre, d'autres objectifs comme l'accès des patients à un traitement en temps utile en particulier seraient décisifs lors de la conception des soins. Dans son message accompagnant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier), le Conseil fédéral indique à juste titre les avantages liés à l'exploitation d'un hôpital dans un canton (places de travail, sources de revenus, mandats à des sous-traitants). Ils ne peuvent pas être influencés par le cadre législatif donné par la Confédération dans le domaine de l'assurance-maladie. La disposition de l'al. 7 est, selon la CDS et les cantons mentionnés au début de ce paragraphe, à l'exception de **GE**, incompréhensible, redondant et doit être donc supprimé. Pour la **CDS, TG, UR** et les cantons mentionnés au début du paragraphe, à l'exception de **GE**, la disposition de l'al. 8 doit être saluée. Le caractère économique et la qualité ne devant pas être examinés selon l'éventail de prestations, il conviendrait toutefois de supprimer une partie de la phrase (proposition : « L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur l'évaluation d'autres cantons, si celle-ci est d'actualité »).

Associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Pour **economiesuisse**, cette disposition contient trop de concepts juridiques vagues sujets à interprétation et qu'il convient d'éviter. Cela concernerait notamment les notions de « groupe de prestations », « personnel spécialisé », « expertise adaptée aux besoins », « application de standards professionnels » et « existence d'une culture de la sécurité ». Selon **economiesuisse**, ces notions ont été formulées de manière à laisser une grande marge d'interprétation aux cantons. S'agissant des al. 1 et 2, les modifications devraient être supprimées et l'ancienne version conservée. En effet, le Conseil fédéral souhaite que les cantons interviennent directement dans le processus de concentration du paysage hospitalier, raison pour laquelle il a renoncé à une formulation facultative. L'al. 7 permettrait également aux cantons de définir des conditions pour chaque groupe de prestations. Ces exigences découlent des 1^{er} et 2^e volets de maîtrise des coûts et du rapport du groupe d'experts. Ces dispositions d'ordonnance revêtent un caractère législatif sur la base de projets de loi du Conseil fédéral qui n'ont

pas encore été adoptés par le Parlement ou, pour certains, n'ont pas encore été mis en consultation. L'économie suisse rejette de telles réglementations, qu'elle juge contraires à la loi au vu de la situation juridique actuelle. Du point de vue de la planification, l'évaluation du caractère économique sur la seule base d'une comparaison des coûts ajustés selon le degré de gravité (hôpitaux et maisons de naissance) semblerait par ailleurs inadaptée. Une telle exigence aurait pour conséquence de réduire la détermination du caractère économique pertinente pour la planification à une observation monocausale et la lierait inutilement avec des critères de tarification du droit des assurances sociales. Ainsi, du point de vue des cantons, par exemple, il semblerait évident que les prestations de service public devraient elles aussi être fournies de manière aussi économique que possible : la disposition proposée exclurait pourtant complètement ces éléments. Il en va de même pour l'al. 2 (caractère économique des établissements médico-sociaux). D'une manière générale, il conviendrait donc de faire une distinction cohérente entre les exigences en matière de planification imposées aux cantons et les éléments issus du droit des assurances sociales pour les assureurs.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

SGB-FSS accueille favorablement l'introduction d'exigences minimales pour l'évaluation de la qualité dans le domaine des soins.

SPO salue quant à elle l'al. 6, notamment en ce qui concerne les répercussions de la concentration sur la qualité. Il convient toutefois de noter que dans les domaines tels que les soins de base, la médecine palliative, la gériatrie et la réadaptation, l'offre de soins à proximité du domicile des patients pourrait aussi contribuer à améliorer la qualité. Les facteurs difficilement quantifiables, tels que le milieu social et les possibilités concrètes de le visiter, peuvent jouer un rôle essentiel dans ces régions. Ces circonstances devraient être prises en compte, en particulier dans les zones rurales.

SPO salue l'énumération des exigences minimales individuelles dans le domaine de la qualité (al. 3 et 4). Elle salue le fait que le rapport explicatif mentionne l'application de l'évaluation de la planification anticipée des soins (Advance Care Planning), qui est selon elle une étape importante pour améliorer la qualité pour les patients. SPO mentionne encore le fait que la planification ne devrait pas revenir aux seuls hôpitaux, mais devrait englober d'autres organisations disposant d'expérience en la matière, comme la SPO ou Pro Senectute. SPO considère enfin que l'accès au système de déclaration des erreurs (let. c) et à celui du système de management de la qualité (let. d) doit être garanti pour les patients également.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

La **FMH** demande de supprimer les al. 1 à 4. Elle propose de les remplacer par un nouvel alinéa prévoyant que les conventions nationales de qualité au sens de l'art. 58a LAMal sont valables pour l'évaluation de la qualité et du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance. La FMH déplore le fait que les dispositions relatives à la qualité et au caractère économique soient formulées sans référence à l'art. 58 LAMal révisé (« Qualité et caractère économique »), en vigueur depuis le 1^{er} avril 2021). Dans les conventions de qualité prévues à l'art. 58a LAMal, la question du financement des différentes mesures conformément à l'art. 58a, al. 2, let. a-g, LAMal, devrait être réglée. Si les actuels al. 1 à 4 devaient être conservés, la FMH demanderait l'introduction d'un nouvel al. 4 (l'actuel al. 4 devenant ainsi l'al. 5, etc.). Celui-ci serait formulé comme suit : « Afin de pouvoir procéder à l'évaluation prévue à l'al. 3 et de satisfaire aux exigences minimales définies aux let. a-f, la dotation en personnel médical doit être prévue de sorte que les prescriptions de la loi sur le travail concernant

la durée maximale de la semaine de travail et la durée du repos soient toujours respectées. En outre, la qualité de la formation médicale doit être garantie conformément à la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP). » L'al. 3 définit quant à lui des critères pour l'évaluation de la qualité d'un hôpital. La FMH est d'avis que la dotation en personnel ainsi que les exigences de qualité pour la formation continue des médecins assistants devraient également être abordées afin de garantir le respect de ces critères.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent la procédure d'évaluation du caractère économique proposée à l'al. 1. Une comparaison des coûts par cas ajustés au degré de gravité pour le contrôle du caractère économique serait trop aléatoire et, compte tenu des limites en matière de représentation de SwissDRG persistantes et propres au système, serait sérieusement faussée. Les hôpitaux qui concentrent leur éventail de prestations sur des prestations attractives seraient considérés à tort comme particulièrement efficaces, tandis que d'autres hôpitaux proposant un large éventail de prestations et jouant un rôle essentiel dans le domaine des soins apparaîtraient à tort comme peu économiques. Une telle comparaison inappropriée enverrait de mauvais signaux pour la planification hospitalière et irait notamment à l'encontre de processus de concentration pertinents. Dans le domaine de la tarification (art. 59c^{bis}), le Conseil fédéral reconnaît, sur le principe, la nécessité d'une différenciation tarifaire. H+ est d'avis que le caractère économique d'un seul et même hôpital devrait être évalué de la même manière dans le cadre de la planification hospitalière que dans le cadre de la tarification. Ce qui vaut pour SwissDRG s'appliquerait d'autant plus à la structure tarifaire TARPSY, laquelle n'en est qu'à ses débuts et représente les différents degrés de gravité de manière encore insuffisante. De plus, la façon dont les différences régionales en matière de salaires et de coûts des infrastructures pourraient être prises en compte dans le cadre d'une telle comparaison reste floue. En outre, une comparaison du caractère économique basée sur les règles d'évaluation actuelles de la LAMal concernant les coûts d'utilisation des installations serait encore davantage faussée. En effet, les dispositions transitoires prévoient une évaluation basée uniquement sur le passé et liée à un objet (évaluation en matière de comptabilité financière). Ces règles auraient pour conséquence que les politiques en matière d'investissements et d'amortissement pratiquées jusqu'ici par les cantons seraient « importées » dans la formation des prix de l'AOS. De telles dispositions ne seraient pas compatibles avec la LAMal, car elles rendraient impossible une comparaison nationale non faussée et pertinente des prestations fournies. Un système de prix comme prévu initialement par le législateur impliquerait des comparaisons de prix plutôt que de coûts.

Pour **H+**, les dispositions des al. 3 et 4 outrepassent la Constitution pour ce qui est du partage des compétences entre cantons et Confédération, en particulier en ce qui concerne la dotation en personnel. L'application d'un système de déclaration des erreurs et des sinistres est considérée comme appréciable, mais il est relevé qu'une telle exigence ne peut pas s'inscrire dans une disposition d'ordonnance telle que proposée. Il est estimé que les dispositions déterminantes seraient plutôt celles contenues dans la loi fédérale sur la protection des données, de la LAMal et du code pénal suisse et que celles-ci doivent impérativement être coordonnées entre elles. Pour ce qui est de l'exigence de l'exploitation d'un système de management de la qualité (let. d), elle est saluée. Il est précisé que les systèmes de gestion de la qualité appropriés et adaptés à la taille de l'hôpital constituent une base importante pour une culture d'apprentissage et de sécurité dans une entreprise. Par contre, en exigeant l'application de standards professionnels (let. e), il existe un risque que chaque organisation émette ses propres directives, comme par exemple celles relevant des standards de l'hygiène des mains, de l'utilisation de checklists pour une chirurgie sûre, etc. Il est relevé que dans le cadre du développement d'un nouveau concept national de qualité, H+, santésuisse et curafutura, entre autres, prévoient exactement un tel élément.

S'agissant de la prescription électronique des médicaments (let. f), H+ considère qu'il s'agit d'un élément important permettant une amélioration et une sécurité de la médication, mais que cette mesure présente de nouveaux risques pour les patients. Si une telle mesure n'est pas accompagnée d'autres mesures, elle est considérée comme étant insuffisante.

Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen et Verein integrative-kliniken.ch sont d'avis que l'évaluation du caractère économique devrait être effectuée en association avec la qualité des résultats et présentent par conséquent un complément correspondant. À leurs yeux, une telle évaluation ne peut pas se baser uniquement sur des données relatives aux coûts. Le résultat serait une condition préalable à l'évaluation du caractère économique. En effet, le caractère économique dépend de la qualité du résultat par rapport aux coûts. Les coûts seuls ne permettraient pas de tirer des conclusions satisfaisantes sur le caractère économique effectif.

Hirslanden rejette fondamentalement une comparaison des coûts par cas ajustés au degré de gravité en tant qu'instrument de contrôle du caractère économique des fournisseurs de prestations. Dans le système actuel déjà, qui n'inclut pas les maisons de naissance, il s'est avéré que les hôpitaux proposant un éventail de prestations de différentes ampleurs ne pouvaient pas être comparés.

RehaClinic AG se demande comment le caractère économique des cliniques de réadaptation devrait être comparé tant qu'il n'est pas possible de comparer les prestations. En effet, la réadaptation n'impliquerait pas d'« orientation en fonction du degré de gravité » ni de « coûts ajustés selon le degré de gravité », comme c'est le cas dans les cliniques de soins aigus.

Swiss Nurse Leaders ne juge pas réaliste l'évaluation du caractère économique sur la base des coûts ajustés selon le degré de gravité. Outre ces coûts, le type d'hôpital (centre hospitalier, proportion d'urgences, etc.) devrait également être pris en compte.

Universitätsspital Basel estime que l'éventail de prestations des hôpitaux devrait être pris en compte, et que le caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance ne devrait pas être évalué conjointement. Seuls les hôpitaux du même niveau de soins et fournissant le même éventail de prestations devraient être comparés. La question est de savoir comment est défini l'ajustement des coûts selon le degré de gravité. En effet, le système SwissDRG ne présente pas le même degré de maturité en matière de différenciation que d'autres systèmes (G-DRG), ce notamment, car les bases statistiques nécessaires au développement du système font défaut. Selon Universitätsspital Basel, la structure tarifaire actuelle du système DRG, avec ses coûts relatifs (cost-weight) calculés, ne pourrait pas refléter les coûts prévus pour l'ensemble des DRG. Les coûts seraient surestimés dans certains DRG, tandis qu'ils seraient sous-estimés dans d'autres, ce qui entraînerait des évaluations erronées dans les DRG, dues à l'origine à la structure tarifaire. Un hôpital pourrait ainsi améliorer sa position au sein du système s'il concentrait stratégiquement son offre sur des prestations lucratives. Il serait considéré comme efficace en cas de comparaison des performances avec les coûts standards par cas (ajustés selon le degré de gravité), bien que cela ne doive pas impérativement être le cas. La structure tarifaire actuelle du DRG ne pourrait pas refléter de manière optimale la diversité des prestations fournies par les hôpitaux. Les coûts relatifs tiennent en effet uniquement compte des coûts d'un hôpital moyen. Les caractéristiques des patients et des structures pourraient toutefois diverger considérablement de l'hôpital moyen en raison de différences dans les mandats de prestations ou les réglementations cantonales (par ex. subventions de l'infrastructure ou des PIG). Cela pourrait entraîner des coûts plus élevés ou plus faibles, de telle sorte qu'en cas de comparaison des performances avec les coûts standards par cas, un hôpital pourrait être désavantagé sur la seule base de ces critères déjà. Il s'agirait donc d'une

évaluation incorrecte due à des répartitions non homogènes des coûts par cas internes aux DRG, et non à la structure tarifaire.

Pour **senesuisse**, **CURAVIVA** et **Spitex Verband Schweiz**, l'al. 2 devrait être supprimé. Les trois organisations relèvent que cette disposition relative à l'évaluation du caractère économique des établissements médico-sociaux (art. 58d, al. 2) n'est pas applicable, et ce pour les trois raisons suivantes : premièrement, elle empiéterait de manière disproportionnée sur la compétence des cantons en matière de soins, sans qu'un intérêt prépondérant de la Confédération ou de l'AOS soit constaté, étant donné que les cantons devraient prendre en charge les coûts des soins non couverts par le biais d'un financement résiduel et que ceux-ci pourraient être associés à des mandats de prestations supplémentaires. Deuxièmement, les trois instruments actuels de clarification des besoins, existant tous trois en différentes versions, ne sont pas harmonisés. Par conséquent, les classifications des besoins en soins entre les établissements médico-sociaux qui utilisent différents instruments d'évaluation des besoins ne sont pas comparables et, partant, la détermination du caractère économique n'est pas utilisable. Troisièmement, la gradation actuelle des besoins en soins selon l'art. 7a, al. 3, OPAS, ne répond pas aux exigences permettant de refléter correctement le degré de gravité. Les établissements médico-sociaux plus coûteux pourraient très bien être économiques s'ils traitaient des patients qui requièrent des soins particuliers et nécessitaient en conséquence du personnel hautement qualifié (par ex. institutions spécialisées pour les enfants ou soins palliatifs). La comparaison du caractère économique serait également rendue compliquée, car le niveau de soins le plus élevé n'est pas limité vers le haut en termes de besoin en soins (220 minutes et plus). **senesuisse**, **CURAVIVA** et **Spitex Verband Schweiz** font par ailleurs observer qu'une comparaison des coûts présuppose également une méthode de relevé des coûts uniformisée. En effet, les prescriptions prévues par l'OCP laissent encore une marge de manœuvre considérable et ne répondent pas aux exigences du Tribunal administratif fédéral en matière de méthode uniformisée. Dans le domaine du classement des prestations et de la comptabilité des investissements notamment, il existe des différences importantes entre les entreprises, ce qui fausse considérablement toute comparaison du caractère économique. C'est notamment le cas, car les cantons, dans leur fonction de responsables du financement résiduel, définissent de manière différente non seulement le financement résiduel, mais aussi les conditions-cadres dans le domaine des coûts imputables.

Selon **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, **Asana Spital Leuggern AG**, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG** et **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, l'al. 2 devrait être supprimé. Les différents instruments de mesure des besoins en soins utilisés dans les établissements médico-sociaux (BESA, RAI-RUG et Plaisir) conduiraient à des classifications différentes pour un seul et même patient et, par conséquent, à des rémunérations différentes pour les prestations fournies à la charge de l'AOS. Un examen de l'efficacité sur la base des coûts ajustés ne serait par conséquent pas réalisable. Contrairement au secteur hospitalier, qui applique un modèle de rémunération de type DRG, le domaine des soins ne disposerait pas d'un instrument visant à évaluer le caractère économique des établissements médico-sociaux. En conséquence, le commentaire du projet manquerait également d'explications concernant la manière dont l'évaluation du caractère économique des établissements médico-sociaux doit être effectuée, et par qui elle doit l'être.

Pour **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** et **Verein integrative-kliniken.ch**, cette disposition devrait être supprimée. Dans les établissements médico-sociaux, il serait à l'heure actuelle déjà très difficile de mesurer le caractère économique des mesures de manière adéquate

et comparable. Il convient donc de laisser aux cantons le soin de décider si et comment ils souhaitent examiner ce paramètre.

Swiss Nurse Leaders estime que dans le cas des établissements médico-sociaux également, il convient de tenir compte du fait que les instruments de classification sont limités vers le haut. Les établissements comptant un nombre élevé de patients en gériatrie requérant des soins extrêmement complexes seraient ainsi désavantagés.

Pour **H+, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal** et **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, l'art. 6 devrait être supprimé. En effet, pour la médecine hautement spécialisée, une concentration des prestations serait justifiée d'un point de vue qualitatif et économique. À l'inverse, l'effet de promotion de la qualité et l'amélioration du caractère économique au moyen d'une concentration des prestations n'a pas été prouvé dans le cas de la médecine courante. Par ailleurs, dans le cadre de la conception des soins de base, d'autres objectifs, tels que l'accès des patients au traitement dans un délai utile, doivent également être pris en compte et sont déterminants (cf. art. 58b, al. 4, let. a, du projet de révision). Pour H+, des critères tels que l'importance régionale, le facteur économique que représente l'hôpital et les coûts par cas doivent également être pris en compte. La planification des hôpitaux et des prestations devrait également être conçue sur une base régionale et ne devrait donc pas être réalisée uniquement sur la base de critères liés aux établissements.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG sont d'avis que l'al. 6 porte atteinte de manière excessive à la liberté commerciale des hôpitaux. En introduisant cet article, le Conseil fédéral souhaiterait que les cantons interviennent directement dans le processus de concentration du paysage hospitalier via la mise en œuvre de l'ordonnance. À leurs yeux, cette tâche relèverait en premier lieu de la compétence des hôpitaux, et non des autorités.

Selon **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** et **Verein integrative-kliniken.ch**, les al. 6 et 7 devraient être supprimés, car ils touchent à la structure des soins hospitaliers, ce qui n'est pas le rôle d'une modification d'ordonnance. Il convient à leurs yeux également de rejeter l'al. 7, faute de base nécessaire correspondante dans la LAMal.

Hirslanden est d'avis que l'al. 6 limite de manière excessive la liberté commerciale des fournisseurs de prestations. Il générerait une charge administrative importante et serait prospectif, donc non applicable.

Selon **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren** et **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, l'al. 6 devrait être supprimé. En effet, l'exigence de la concentration pour tous les groupes de prestations ne serait à leurs yeux pas efficace. Pour la médecine hautement spécialisée, une concentration ainsi que la centralisation qui l'accompagne seraient pertinentes et défendables. En revanche, dans le cas de la médecine courante, il conviendrait de prendre en compte des objectifs tels que la proximité du domicile du patient, l'importance régionale, le facteur économique que représente l'hôpital, la durée du trajet jusqu'à l'établissement, etc. De nouveaux concepts devraient être élaborés afin que les flux de patients soient gérés de manière à ce que les soins de médecine « rare » soient administrés dans des centres hospitaliers, et les soins de médecine « courante » dans des hôpitaux régionaux, ce qui permettrait de réduire sensiblement les coûts par cas. Cette disposition porterait atteinte à la souveraineté des cantons en matière de planification, raison pour laquelle cet alinéa ne pourrait être inscrit que dans la LAMal, mais pas dans l'ordonnance.

RehaClinic AG est d'avis que l'al. 6 ne pourra pas être mis en œuvre, car les cantons disposent encore de modèles de groupes de prestations différents en matière de réadaptation.

Pour **Swiss Nurse Leaders**, l'utilisation de synergies dans les hôpitaux devrait être examinée. En effet, la question des critères choisis pour un tel examen se pose. La concentration de groupes de prestations ne devrait pas être assimilée à l'utilisation de synergies.

Aux yeux de **Universitätsspital Basel**, l'al. 6 doit être précisé. La concentration des groupes de prestations et la centralisation qui l'accompagne pourraient être pertinentes dans certains domaines.

Concernant l'al. 6, la **Société vaudoise de médecine (SVM)** estime qu'une concentration à l'extrême n'est pas forcément liée à un caractère économique ni à une qualité meilleure. Il faudrait qu'il y ait une concurrence saine entre les hôpitaux. Un hôpital qui fait moins, mais mieux, devrait pouvoir être listé. S'agissant de l'al. 7, les exigences devraient avoir uniquement un but économique ou qualitatif. Ce point ne pourrait donc pas être laissé à la libre appréciation de l'État.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent l'al. 7. Cet alinéa serait issu des 1^{er} et 2^e volets de mesures de maîtrise des coûts, qui revêtent un caractère législatif et n'ont pas encore été adoptés par le Parlement, ni même encore mis en consultation. En introduisant cet alinéa, le Conseil fédéral va donc à l'encontre de la loi et de la Constitution. Cet alinéa représenterait une passerelle vers l'art. 58f, qui porte sur les listes et les mandats de prestations. Ainsi, les GPPH, développés par la Direction de la santé de Zurich, deviendraient un instrument de planification hospitalière nationale.

Hirslanden estime que l'al. 7 donne aux cantons la possibilité de définir des charges par groupe de prestations. La modification encouragerait ainsi une hétérogénéité non seulement entre les différents groupes de prestations, mais aussi entre les cantons. Le niveau de granularité des exigences serait trop faible. En outre, cette disposition serait systématiquement mal classée.

RehaClinic AG est d'avis que la définition de charges cantonales individuelles par groupe de prestations effectuée jusqu'ici doit être remplacée par des charges uniformes par groupe de prestations au niveau national, sans quoi le danger de l'arbitraire cantonal et de la « sécurité intérieure » observée perdurerait.

Swiss Reha souligne que la détermination des charges par groupe de prestations dans le domaine de la réadaptation ne peut pas être effectuée correctement tant que la structure des prestations n'a pas été définie de manière uniforme dans toute la Suisse. En raison du manque de clarification du concept de « réadaptation » par la Confédération, il est peu probable qu'une telle structure puisse être créée de manière adaptée. Cela ouvrirait grand la voie à l'arbitraire cantonal et à la sécurité intérieure dans le domaine des soins stationnaires, où les flux de patients hospitalisés entre différents cantons sont les plus élevés et où le besoin de clarification est donc également le plus important.

Swiss Nurse Leaders se demande à qui il incombe de définir les exigences applicables aux groupes de prestations. L'organisation craint que des exigences bureaucratiques qui seraient pratiquement impossibles à mettre en œuvre soient imposées.

Pour **Universitäre Medizin Schweiz**, le **CHUV** et **Universitätsspital Basel**, la notion de « caractère économique » devrait être supprimée. En effet, les charges entraîneraient des coûts. De telles charges pourraient être nécessaires du point de vue de la qualité, mais pas concernant l'évaluation en matière de planification du caractère économique des prestations fournies. Lors de la définition de ces charges, il serait en outre impératif de s'assurer que celles-ci sont supportables en termes de coûts.

Pour **senesuisse**, **CURAVIVA** et **Spitex Verband Schweiz**, l'al. 8 devrait être supprimé. En effet, l'évaluation de la qualité pourrait être réalisée uniquement sur les prestations de soins au moyen d'indicateurs de qualité médicaux. L'évaluation du caractère économique devrait rester du ressort des cantons qui planifient et financent la majorité des projets, et ce notamment, car ce caractère économique présente un lien direct avec les conditions-cadres dans le traitement du financement résiduel, principalement fondées sur la politique financière et non sur la politique de santé.

Pour **Universitäre Psychiatrische Dienste Berne (UPD) AG**, le processus d'évaluation du critère de la pertinence n'est pas clair.

Organisations du système de santé – Assureurs

S'agissant des al. 1 et 3, **KPT** estime qu'il n'est pas approprié, du point de vue de la planification, d'évaluer le caractère économique sur la seule base d'une comparaison des coûts ajustés au degré de gravité (hôpitaux et maisons de naissance). Une telle exigence réduirait la détermination du caractère économique pertinente en termes de planification à une considération monocausale et l'associerait inutilement à des critères de tarification relevant du droit des assurances sociales. Ainsi, du point de vue des cantons, par exemple, il semblerait évident que les prestations d'intérêt général devraient également être fournies de manière aussi économique que possible. La disposition proposée exclurait complètement ces éléments. D'une manière générale, KPT souhaite donc qu'une distinction cohérente soit faite entre les exigences imposées aux cantons en matière de planification et les éléments relevant du droit des assurances sociales.

santésuisse propose un complément à l'al. 1, selon lequel il conviendrait de comparer les coûts des différentes prestations stationnaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Souvent, la planification hospitalière et les listes d'hôpitaux n'ont pas pour objectif d'octroyer à une institution dans son ensemble une place sur la liste des hôpitaux, ces cas sont en effet plutôt rares. Il s'agit plutôt d'attribuer des contrats de prestations individuels à des hôpitaux sélectionnés. Par conséquent, l'évaluation du caractère économique ne devrait pas être effectuée au niveau de l'hôpital, mais au niveau des prestations. Par exemple, le mandat de prestations pour l'obstétrique devrait être attribué à l'hôpital qui peut fournir cette prestation de manière économique. Du point de vue des assureurs, par ailleurs, il conviendrait de veiller à ce que le caractère économique dans le domaine de la planification hospitalière ne corresponde pas à celui du domaine de la tarification. En effet, pour les assureurs, la situation est délicate lorsque le caractère économique dans la planification hospitalière repose sur des bases similaires à celles utilisées pour la fixation des tarifs. Les cantons seraient ainsi autorisés à mettre en œuvre leurs recommandations en matière de planification hospitalière dans le cadre des procédures tarifaires. Les assureurs ne pourraient alors que comprendre indirectement ce que les cantons auraient en substance déjà décidé, sans toutefois pouvoir l'influencer. Le problème du rôle multiple des cantons en tant que propriétaires et régulateurs serait encore exacerbé par cette réglementation, ce qui est discutable selon les principes de l'État de droit.

S'agissant de l'al. 3, **santésuisse** propose une modification selon laquelle l'évaluation de la qualité des hôpitaux devrait notamment permettre de déterminer si les exigences minimales suivantes sont respectées pour l'hôpital dans son ensemble. Il s'agit de contrôler le respect des exigences minimales en matière de qualité ; en revanche, la question visant à déterminer qui est responsable du contrôle de la qualité dans un hôpital doit rester ouverte. La mise en œuvre de la convention de qualité conformément à l'art. 58a LAMal, par exemple, a fait l'objet d'un examen par les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs. Le canton devrait prendre en compte les résultats de cet examen et ne pas effectuer de nouvel examen

lui-même. L'al. 3 devrait en outre être complété par une let. g, qui prévoirait un contrôle de la mise en œuvre de la convention de qualité au sens de l'art. 58a LAMal en tant qu'exigence minimale. Les cantons devraient inclure le respect des exigences découlant des conventions de qualité comme critère de planification déjà et en tenir compte lors de la détermination des prestations à inscrire sur la liste. Ce processus se base sur l'art. 58a, al. 7, LAMal.

santésuisse propose également une modification de l'art. 4, selon laquelle l'évaluation de la qualité des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance devrait déterminer notamment si les exigences minimales suivantes sont respectées pour l'établissement médico-social ou la maison de naissance dans son ensemble. Il s'agit de contrôler le respect des exigences minimales en matière de qualité ; en revanche, la question visant à déterminer qui est responsable du contrôle de la qualité dans un établissement médico-social ou une maison de naissance doit rester ouverte. La mise en œuvre de la convention de qualité conformément à l'art. 58a LAMal, par exemple, a fait l'objet d'un examen par les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs. Le canton devrait prendre en compte les résultats de cet examen et ne pas effectuer de nouvel examen lui-même. L'al. 4 devrait en outre être complété par une let. g, qui prévoirait un contrôle de la mise en œuvre de la convention de qualité au sens de l'art. 58a LAMal en tant qu'exigence minimale. Les cantons devraient inclure le respect des exigences découlant des conventions de qualité comme critère de planification déjà et en tenir compte lors de la détermination des prestations à inscrire sur la liste. Ce processus se base sur l'art. 58a, al. 7, LAMal.

santésuisse propose de modifier l'al. 5 de sorte que les résultats des mesures nationales de qualité soient pris en compte en tant que critères de sélection lors de l'évaluation de la qualité des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance. Les mesures de qualité nationales existantes ou nouvelles seraient collectées par une institution (par ex. l'ANQ) de manière uniforme et selon les mêmes standards. En effet, selon **santésuisse**, les mesures existent déjà et ne doivent pas être repensées ou perfectionnées par la Confédération ou les cantons moyennant une charge de travail considérable et des coûts élevés. En outre, les données de tous les fournisseurs de prestations seraient évaluées selon les mêmes méthodes statistiques et économétriques et seraient donc comparables. De même, il n'est pas logique que les fournisseurs de prestations livrent les mêmes données à deux organisations/institutions différentes : ils devraient par conséquent être tenus de participer à ces mesures nationales de la qualité.

santésuisse approuve l'al. 6, estimant qu'une concentration des groupes de prestations à un nombre réduit de fournisseurs de prestations permettrait d'exploiter des potentiels d'optimisation. Sur le plan de la qualité, il conviendrait de mentionner les nombres minimums de cas à titre d'exemple. S'agissant du caractère économique, les concentrations permettraient une meilleure utilisation des synergies et des économies d'échelle.

santésuisse approuve l'al. 7. À ses yeux, le mandat de prestation attribué initialement doit être inclus dans l'évaluation.

santésuisse approuve l'al. 8. En effet, le caractère économique peut être lié à un objectif (en tant que référence absolue) ou déterminé à l'aide d'une comparaison entre les fournisseurs de prestations issus d'autres cantons (en tant que référence relative).

Autres organisations

Aux yeux de **Verein PflegeART**, l'al. 2 doit être supprimé. À l'heure actuelle, les instruments de saisie des prestations sont calibrés de manières variables ; en conséquence, les bénéficiaires de prestations sont évalués différemment malgré les réglementations fédérales, et donc

désavantages du point de vue de l'État de droit. En ce sens, il n'est pas possible d'évaluer le caractère économique au niveau national. Il conviendrait donc de laisser aux cantons le soin de choisir si et comment ils souhaitent examiner le caractère économique des établissements médico-sociaux et des maisons de retraite.

Selon **Schweizerische Seniorenrat**, la formulation de l'al. 2 concernant les établissements médico-sociaux est erronée. D'une part, l'expression « soins en cas de maladie » serait incorrecte, ces prestations devant être fournies en continu et pas uniquement en cas de maladie. D'autre part, l'al. 2 ne tiendrait pas non plus compte du fait qu'un établissement dont les coûts d'exploitation sont faibles emploie plus de personnel infirmier que prescrit en vue d'accroître la qualité, et qu'il est globalement plus rentable que les établissements médico-sociaux qui respectent uniquement le plan de dotation en personnel. Il serait donc nécessaire de différencier l'évaluation du caractère économique. Cette disposition relative à l'évaluation du caractère économique des établissements médico-sociaux ne serait à l'heure actuelle pas susceptible d'être mise en oeuvre, et ce pour les trois raisons suivantes : premièrement, elle empiéterait de manière disproportionnée sur la compétence des cantons en matière de soins, sans qu'un intérêt prépondérant de la Confédération ou de l'AOS soit constaté, étant donné que les cantons devraient prendre en charge les coûts des soins non couverts par le biais d'un financement résiduel et que ceux-ci pourraient être associés à des mandats de prestations supplémentaires. Deuxièmement, les trois instruments actuels de clarification des besoins, existant tous trois en différentes versions, ne sont pas harmonisés. Par conséquent, les classifications des besoins en soins entre les établissements médico-sociaux qui utilisent différents instruments d'évaluation des besoins ne sont pas comparables. Troisièmement, la gradation actuelle des besoins en soins selon l'art. 7a, al. 3, OPAS, ne répond pas aux exigences permettant de refléter correctement le degré de gravité. Les établissements médico-sociaux plus coûteux pourraient très bien être économiques s'ils traitaient des patients qui requièrent des soins particuliers et nécessitent en conséquence du personnel hautement qualifié (par ex. institutions spécialisées pour les enfants ou soins palliatifs). La comparaison du caractère économique serait également rendue compliquée, car le niveau de soins le plus élevé n'est pas limité vers le haut en termes de besoin en soins (220 minutes et plus). En outre, une comparaison des coûts présuppose également une méthodologie uniformisée des coûts. En effet, les prescriptions prévues par l'OCP laissent encore une marge de manœuvre considérable et ne répondent pas aux exigences du Tribunal administratif fédéral en matière de méthodologie uniformisée. Par ailleurs, les cantons, dans leur fonction de responsables du financement résiduel, définissent de manière différente non seulement le financement résiduel, mais aussi les conditions-cadres dans le domaine des coûts imputables. Selon Schweizerischen Seniorenrat, la garantie de la sécurité de la médication via la prescription électronique des médicaments devrait également constituer une exigence dans le domaine de la médecine de famille et améliorer ainsi la médication dans les maisons de retraite et les établissements médico-sociaux ; médication qu'on sait problématique à l'heure actuelle (art. 58d, al. 4, let. f). S'agissant de l'al. 4, let. a, l'introduction de certaines réglementations relatives à la dotation en personnel et à leur qualification serait la bienvenue. En effet, 24 cantons représentent aujourd'hui 24 évaluations différentes ; les standards ne peuvent pas être comparés, et une solution au niveau fédéral serait donc accueillie favorablement.

4.5 Prises de position relatives à l'art. 58e

Cantons

Selon la **CDS** et **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, ZG** et **ZH**, le rapport explicatif (allemand : p. 12, avant-dernier paragraphe / français :

p. 13, paragraphe 3 depuis le bas de la page) doit être corrigé de sorte qu'en vertu de la LAMal, seuls les traitements justifiés d'un point de vue médical doivent être pris en charge. Il s'agit ici de raisons médicales à l'origine d'un traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton de résidence (cf. art. 41, al. 3, LAMal). Par ailleurs, la **CDS** et **AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** estiment que la let. b de l'al. 1 doit être supprimée, car contrairement à ce que dit le rapport explicatif (allemand : p. 12, dernier paragraphe / français : p. 13, avant-dernier paragraphe), cette disposition ne figure pas dans l'art. 58d OAMal en vigueur, n'est pas réalisable en termes de mise en œuvre concrète et que les termes « potentiel relatif au caractère économique » et « potentiel relatif à la qualité » ne sont pas définis. La **CDS** et **AG, AI, AR, BE, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** demandent la correction de l'al. 1, let. c (« coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés »). S'agissant de l'al. 2, la **CDS** et **AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** relèvent qu'il n'est en principe pas nécessaire de définir au niveau fédéral quels cantons sont concernés par la planification d'un canton. Les recommandations de la CDS relatives à la planification hospitalière fourniraient déjà des indications à cet égard ; l'al. 2 devrait par conséquent être supprimé. Si la disposition devait être conservée, il conviendrait alors de préciser que les cantons voisins sont également concernés. Par ailleurs, pour la **CDS** ainsi que les cantons susmentionnés, y compris **AG** et à l'exception d'**UR**, la let. c doit être corrigée (« [...] les flux intercantonaux de patients attendus, en provenance du canton planificateur ou vers les établissements du canton planificateur sont importants »). D'après la **CDS** et **AI, AR, BE, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**, la disposition de la let. d devrait être supprimée. En effet, l'intention de la disposition et la manière dont elle devrait être mise en œuvre ne sont pas claires.

SO juge problématique le fait que dans le cadre de la coordination intercantonale de la planification hospitalière, le potentiel en matière de caractère économique et de qualité de la planification hospitalière intercantonale fasse à l'avenir l'objet d'une évaluation. Cette exigence, qui n'est pas détaillée dans le commentaire, irait bien au-delà de l'obligation imposée aux cantons par l'art. 39, al. 2, LAMal, de coordonner leur planification hospitalière.

GE propose de reformuler l'al. 2, let. a, comme suit : « les cantons dans lesquels un ou plusieurs établissements figurent, ou sont prévus de figurer, sur la liste du canton planificateur » ; pour la let. b : « les cantons sur la liste desquels figurent, ou sont prévus de figurer, des établissements situés dans le canton planificateur » ; et pour la let. c : « les cantons avec lesquels les flux intercantonaux de patients, observés ou planifiés, sont importants pour le canton planificateur ».

Pour **GR**, les let. b et d de l'al. 2 ne correspondent pas aux justifications fournies dans le commentaire. En effet, elles laissent la place à de nombreuses interprétations et donc également à des plaintes concernant d'éventuelles lacunes dans la planification hospitalière. Une planification hospitalière avec une exigence aussi largement définie et ouvertement formulée, très éloignée de la pratique, poserait des problèmes de planification qui ne pourraient pas être anticipés. L'objectif principal de la planification d'un canton est, selon **GR**, de garantir l'accès de sa population à des prestations médicales stationnaires.

VD doute de la nécessité de réviser l'art. 58e en reprenant une recommandation de la CDS extraite de son contexte et propose de conserver la formulation de l'art. 58d, al. 1 actuel, sous réserve de la let. b qui est nouvelle, et surtout de conserver la mention expresse des cantons. Si la disposition devait contre toute attente être maintenue, une formulation exemplative, laissant le champ ouvert à d'autres cas possibles de coordination (« notamment »), devrait être retenue à l'al. 2.

TI convient de la nécessité d'une coordination et n'émet aucune réserve quant à la modification proposée. Pour certains services spécialisés, le canton du Tessin devrait s'adresser à des institutions extérieures au canton, notamment aux hôpitaux universitaires. Étant « isolé » du reste de la Suisse et compte tenu du facteur linguistique, le canton du Tessin ne serait pas touché par des flux importants.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **pvl** approuve cette disposition, estimant qu'une amélioration de la coordination intercantonale de la planification est essentielle. La collaboration intercantonale doit à ses yeux être renforcée. Cette disposition devrait être complétée par un al. 3 prévoyant que la coordination intercantonale se base sur des régions de planification qui comptent au moins un million d'habitants, et que ce seuil pourrait être abaissé si nécessaire afin que 80 % des habitants d'une région de planification aient un temps de trajet inférieur à 90 minutes jusqu'aux urgences les plus proches.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

SPO salue cette disposition, car elle estime que la collaboration intercantonale doit être encouragée. Ici encore, les avantages d'une prise en charge proche du domicile dans certains domaines spécialisés devraient également être pris en compte dans la planification intercantonale.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

La **FMH** salue le fait que la coordination intercantonale des planifications hospitalières devrait être renforcée, la mobilité de la population exigeant une approche plus globale du paysage hospitalier. Les modifications ne doivent toutefois pas être effectuées de manière unilatérale au détriment des régions plus faibles sur le plan structurel.

Selon **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, cette disposition doit être supprimée. D'une manière générale, il convient de noter qu'il doit revenir aux cantons, en tant qu'agents payeurs principaux, de déterminer comment ils souhaitent effectuer leur planification. À leurs yeux, cette disposition empiète de manière disproportionnée sur l'autonomie des cantons et ne doit en aucun cas être réglementée par une ordonnance, mais au moins au niveau de la loi.

RehaClinic AG est d'avis que la qualité et la valeur informative des données relatives aux flux de patients en réadaptation sont insuffisantes. Les établissements de réadaptation ne pourraient pas non plus être comparés, l'éventail de prestations fournies n'étant pas non plus comparable. Les données ne pourraient par conséquent pas être utilisées pour une planification sérieuse ou dans le cadre de la coordination intercantonale. Il conviendrait en outre impérativement de prendre en compte les patients accidentés assurés au titre de la LAMal.

Swiss Reha estime que les mesures proposées dans le domaine de la réadaptation ne seront pas efficaces tant que le terme « réadaptation » selon la LAMal n'aura pas été plus clairement défini par la Confédération. Les cantons ne seraient par exemple pas en mesure de coordonner les flux intercantonaux de patients en réadaptation gériatrique si un canton proposait de

tels mandats de prestations, mais pas son voisin. Il conviendrait en outre de déterminer comment garantir que, malgré la croissance démographique, les cantons tiennent compte de la sécurité des soins pour les personnes assurées à titre subsidiaire contre les accidents en vertu de la LAMal. À l'heure actuelle, on cherche par exemple toujours, en vain, un mandat de prestations pour la réadaptation post-accident selon la LAMal.

Pour **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte**, la volonté de renforcer la coordination intercantonale de la planification hospitalière doit être saluée. La mobilité de la population exigerait une vision plus globale du paysage hospitalier, qui ne devrait cependant pas retomber de manière unilatérale à la charge des régions plus faibles sur le plan structurel.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent la disposition de l'al. 1, qu'ils jugent superflue. Celle-ci empiéterait de manière disproportionnée sur l'autonomie des cantons et devrait être adoptée au niveau de la loi. Il appartient fondamentalement aux cantons, en tant qu'agents payeurs principaux, de déterminer comment ils souhaitent effectuer leur planification. De plus, l'al. 2 doit être rejeté : en effet, il serait superflu et dépourvu de base juridique, la coordination intercantonale pouvant être laissée aux cantons. Les deux organisations sont par ailleurs d'avis que la planification cantonale est potentiellement discriminatoire vis-à-vis des fournisseurs de prestations non cantonaux tant que le problème de gouvernance sous-jacent concernant le rôle multiple des cantons n'est pas résolu. Un responsable pouvant trancher en cas de divergence d'opinions entre les cantons ne serait pas non plus clairement défini. De plus, le Conseil fédéral outrepasserait sa compétence en matière d'ordonnances, en particulier avec la let. d, qui vise à imposer aux cantons l'examen d'une planification supracantonale. Il n'existerait aucune base à cet égard dans la LAMal en vigueur, et une telle obligation ne pourrait non plus être introduite au niveau de l'OAMal.

Pour **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, les let. b et d de l'al. 2 doivent être supprimées.

Aux yeux de **H+, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, der Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal**, l'al. 2 laisse place à d'innombrables interprétations, et donc également à des recours concernant d'éventuelles lacunes dans la planification hospitalière. Une planification hospitalière avec une exigence aussi largement définie et ouvertement formulée, très éloignée de la pratique, poserait des problèmes de planification imprévisibles. L'objectif principal de la planification d'un canton serait de garantir l'accès de sa population à des prestations médicales stationnaires.

Organisations du système de santé – Assureurs

santésuisse salue l'al. 2. À ses yeux, celui-ci est important, notamment car les patients ne tiennent pas compte des éventuelles frontières cantonales lorsqu'ils choisissent un hôpital pour une opération nécessaire.

À l'instar de **curafutura** et **HSK**, elle propose d'ajouter à l'al. 2 une let. e, qui prévoirait que les cantons voisins disposant d'installations à proximité de la frontière du canton planificateur soient concernés par la planification dudit canton.

Autres organisations

S'agissant de l'al. 1, let. b, **GS ANQ** salue le fait que dans le cadre de la coordination intercantonale des planifications, le potentiel relatif au caractère économique et à la qualité des soins doive dorénavant être pris en compte.

4.6 Prises de position relatives à l'art. 58f

Cantons

La **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** proposent que les termes « éventail de prestations », « domaines de prestations » et « groupes de prestations » soient utilisés de manière aussi uniforme et rigoureuse que possible et que, dans la mesure du possible, l'expression « totalité de l'éventail de prestations » soit remplacée par l'expression « tous les groupes de prestations ».

De plus, la **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** considèrent que la deuxième phrase de l'al. 3 est formulée de manière équivoque. Il faut s'attendre à ce que l'idée formulée dans les recommandations de la CDS relatives à la planification hospitalière (recommandation 3c), selon laquelle chaque canton doit veiller à la sécurité des soins dans tous les domaines ou groupes de prestations, soit saluée. Il devrait être clair et expliqué sans ambiguïté que cette disposition ne donne pas aux hôpitaux le droit d'obtenir un mandat de prestations pour la totalité de l'éventail de prestations (proposition : « Le canton attribue pour tous les [**AG** : « chaque »] groupe(s) de prestations au moins un mandat de prestations à un hôpital cantonal ou extracantonal »). Selon **ZG**, si cet alinéa devait impliquer que les cantons doivent effectuer des prévisions pour chaque groupe de prestations, on pourrait clairement en déduire que cette exigence n'est pertinente que pour les grands cantons (voire pas du tout pertinente). Jusqu'à présent, le canton s'en serait bien sorti en n'effectuant aucune prévision pour certains groupes de prestations dont le nombre de cas était très faible et en accordant une garantie de la prise en charge des coûts dans chaque cas.

En ce qui concerne l'al. 4 relatif à la médecine hautement spécialisée, il convient de noter que la planification hospitalière se base sur le droit de l'assurance-maladie, de telle sorte que les exigences en matière de planification doivent également être respectées par les organes de la CIMHS, et ce dans les domaines pertinents ; cela aurait toujours été confirmé par la jurisprudence. L'al. 4 n'indique pas clairement si cet état de fait doit continuer ou non à s'appliquer. À ce sujet, de l'avis de la **CDS, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**, le terme « organe scientifique » (allemand : p. 13, paragraphe 5 / français : p. 14, paragraphe 5) du rapport explicatif doit être remplacé par « organe de décision MHS ». L'al. 4 doit également être adapté comme suit : « L'organe de décision intercantonal MHS compétent détermine les domaines et domaines partiels de l'éventail de prestations, ainsi que les exigences et charges correspondantes dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. » La **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** remettent en question l'utilité de l'al. 5. En effet, le rapport explicatif (p. 13, paragraphe 6) ferait référence à la recommandation de la CDS portant sur l'application d'un système de classification uniforme des groupes de prestations GPPH, et cette classification contiendrait déjà les charges prévues à l'art. 58f, al. 5, let. a-g. Si cette disposition devait être maintenue, il conviendrait de préciser qu'elle ne s'applique qu'au domaine somatique aigu. Les critères ne seraient pas applicables aux domaines de la psychiatrie et de la réadaptation (suggestion [potentielle] : « Les mandats de prestations attribués

dans le cadre de la planification hospitalière cantonale dans le domaine somatique aigu déterminent, par groupe de prestations, quelles charges parmi les suivantes doivent être remplies ».

En outre, selon la **CDS, AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, VD, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH**, la condition d'une « disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie » visée à l'al. 5, let. a, ne s'appliquerait pas à toutes les cliniques spécialisées. Le rapport explicatif devrait mentionner explicitement le fait que toutes les cliniques ne doivent pas se voir imposer l'ensemble des conditions de l'art. 58f, al. 5, let. a-h. Selon les cantons susmentionnés, à l'exception d'**UR**, la **let. b** (proposition : « disponibilité et formation continue des spécialistes ») et la let. f, pour **FR** également, (proposition : « garantie de la qualité, par ex. discussion interdisciplinaire des cas ») devraient être corrigées.

AG accueille favorablement la possibilité prévue à l'al. 6 de définir des volumes de prestations maximaux. Selon la **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH**, la let. c correspondrait à une sanction, et non à une condition.

S'agissant de l'art. 7, les cantons susmentionnés, à l'exception de **FR**, relèvent que l'interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques ne peut avoir un effet que limité tant que le domaine des assurances complémentaires reste inchangé. Même avec une interdiction des bonus, l'hôpital en tant qu'entreprise serait toujours incité à augmenter son volume de prestations tant que l'assurance complémentaire offre des indemnisations lucratives pour les interventions. S'agissant du « contournement de l'obligation d'admission au sens de l'article 41a de la loi », la **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** s'interrogent quant à ses implications exactes et à la manière dont les cantons devraient le formuler concrètement au sens d'une « interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques ». Ils souhaitent donc que cette partie soit supprimée. **BS** est favorable à l'ancrage de l'interdiction des bonus et kickbacks basés sur le volume de prestations. Tout comme les limitations des volumes de prestations possibles, ceux-ci auraient pour effet de freiner l'augmentation du volume des prestations pour les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire également.

Selon **GR**, concernant l'al. 3, il manque une justification quant à la raison pour laquelle des mandats de prestations devraient être attribués pour la totalité de l'éventail de prestations des hôpitaux. En effet, les mandats de prestations devraient être attribués à un hôpital uniquement dans la mesure où il existe des besoins en soins. La deuxième phrase de cet alinéa devrait ainsi tout simplement être supprimée. De plus, pour **GR** et **TG**, la formulation de l'al. 5, selon laquelle les cantons doivent déterminer, par groupe de prestations, quelles charges doivent être remplies pour quels paramètres listés ou pour d'autres paramètres, est contraire aux explications selon lesquelles il appartient aux cantons planificateurs de décider des charges en matière de soins stationnaires en lien avec un objectif de qualité aussi élevée que possible. Cette appréciation devrait être mentionnée à l'al. 5, en lieu et place de la liste de conditions à remplir proposée. Par ailleurs, l'explication du commentaire selon laquelle les hôpitaux pourraient être soumis à des exigences plus élevées dans les cantons urbains que dans les cantons ruraux doit être corrigée. Les cantons urbains pourraient ne pas imposer à leurs hôpitaux des charges plus élevées, mais différentes de celles des cantons ruraux. Des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible pourraient également être obtenus par d'autres moyens que par des nombres minimums de cas, dont les effets en matière d'amélioration de la qualité n'ont pas été prouvés. **GR** et **TG** proposent que les mandats de prestations attribués dans le cadre de la planification hospitalière cantonale doivent déterminer quelles charges sont à remplir en vue d'obtenir des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible. Les deux cantons demandent par conséquent que les let. a-h soient tout simplement supprimées. **GR** et **TG** demandent par ailleurs la suppression de

la disposition relative aux nombres minimums de cas. À l'exception de quelques rares interventions dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, il n'y aurait à leurs yeux aucune preuve scientifique qu'un nombre de cas plus élevé entraînerait une augmentation significative de la qualité. De nombreuses études remettraient en doute l'efficacité des nombres minimums de cas en lien avec une garantie ou une amélioration de la qualité. Aux yeux du Conseil fédéral également, le rapport entre les nombres minimums de cas et la qualité des résultats n'est pas prouvé. Dans son rapport « Bases de la planification hospitalière et pistes de développement » du 18 décembre 2013, le Conseil fédéral relève qu'une approche prudente et pragmatique est indiquée tant que les bases scientifiques nécessaires à la détermination de nombres minimums de cas font encore défaut dans de nombreux domaines. Les articles scientifiques ou les mesures de qualité de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ne prouveraient pas non plus l'efficacité des nombres minimums de cas dans l'assurance de base. Par ailleurs, l'exigence de nombres minimums de cas se trouverait, selon le Conseil fédéral, en contradiction avec le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 relatif aux mesures de maîtrise des coûts. Les charges portant sur les nombres minimums de cas en particulier constitueraient une incitation importante à réaliser des opérations et des interventions qui ne sont pas nécessaires d'un point de vue médical. Si des nombres minimums de cas étaient également exigés par intervenant, les hôpitaux seraient alors en grande partie dépendants des médecins pouvant justifier ces nombres minimums de cas, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires. S'agissant de l'al. 6, **GR** relève que les volumes de prestations maximaux conduiraient à une limitation des volumes, ce qui serait contraire à la concurrence entre fournisseurs de prestations prévue par la LAMal. L'instauration de volumes de prestations maximaux restreindrait ou supprimerait la liberté de choix des assurés prévue par l'art. 41, al. 1, LAMal. Elle désavantagerait ainsi les hôpitaux d'un niveau de qualité élevé, ce qui constituerait une mesure contraire à l'objectif d'un domaine des soins de qualité élevée. Il conviendrait donc de créer une base juridique à cet effet.

Pour **VD**, il faudrait à l'al. 3 conserver la version actuelle de l'article 58e, al. 2. La deuxième phrase n'apporterait rien et serait de plus en contradiction avec le projet de 4^e alinéa. Pour la « discussion interdisciplinaire des cas » selon la let. f, il est fait allusion à la démarche de « peer-review » qui est cependant très consommatrice de ressources et difficile à mettre en place dans des hôpitaux de petite taille. Il faudrait faire référence à ce type de démarche qu'en tant qu'exemple possible, mais pas obligatoire.

TI indique que l'al. 5 concerne les exigences définies par le modèle de planification du canton de Zurich (telles que la disponibilité des médecins, des unités d'urgence et de soins intensifs, les nombres minimums de cas ou la garantie de la qualité) et que l'al. 6 introduit la possibilité de définir des exigences en matière de quantités. TI aurait entièrement basé sa planification hospitalière sur le modèle de Zurich. Par conséquent, en ce qui concerne la liste des exigences, y compris la possibilité de définir des volumes de prestations maximaux, TI approuve la proposition de modification, tout en reconnaissant qu'elle pourrait être trop restrictive dans certains cas. Les cantons devraient disposer d'une marge d'appréciation.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **pvl** approuve l'al. 5, let. g. À ses yeux, il conviendrait toutefois de compléter cette disposition de sorte à prévoir deux seuils différents : un nombre minimum de cas plus élevé pour la première prise en charge, et un nombre minimum de cas plus faible pour le renouvellement du mandat. Lorsqu'un hôpital se voit attribuer un nouveau groupe de prestations, mais qu'il atteint tout juste les nombres minimums de cas, il risque en permanence de retomber à nouveau sous ce seuil. Cela pourrait alors conduire cet hôpital à « inventer » des cas afin que le seuil

puisse être maintenu. Cette incitation erronée pourrait être contrecarrée par l'ajout susmentionné. De plus, l'al. 5 devrait être complété par une let. g^{bis} prévoyant que les nombres minimums de cas doivent garantir que seules les personnes disposant de suffisamment d'expérience seraient autorisées à opérer ou traiter les patients. Si la personne soignante ou l'équipe associée pratiquait dans plusieurs hôpitaux, il conviendrait d'en tenir compte lors de la détermination des nombres minimums de cas. À l'heure actuelle, les chiffres sont déterminés séparément pour chaque hôpital, et non pour chaque personne soignante. Il est pourtant tout à fait courant qu'aujourd'hui, une même personne opère dans plusieurs hôpitaux : cette situation devrait être prise en compte et ancrée dans le texte de l'ordonnance. Il conviendrait par ailleurs de compléter l'art. 58f par un al. 5^{bis}, qui prévoirait que les mandats de prestations soient attribués séparément pour les adultes et les enfants. Enfin, le pvl rejette l'al. 6, let. a et b. Les mandats de prestations qui sont liés à un nombre maximum d'interventions pourraient conduire à des incitations erronées, c'est-à-dire à l'épuisement du quota ou, en cas de dépassement du quota, à des conséquences financières pour les patients. Les volumes de prestations maximaux doivent par conséquent être supprimés de l'ordonnance. Il convient en revanche de mentionner explicitement la qualité des indications et de réglementer les conséquences du non-respect.

Associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national

economiesuisse est d'avis que les modifications proposées aux al. 5 à 7 permettraient aux cantons d'assortir les mandats de prestations de charges par voie d'ordonnance. La LAMal ne prévoit pas explicitement cette possibilité. Aux yeux d'economiesuisse, la réglementation actuelle a du sens, car les cantons doivent se concentrer sur la sécurité des patients et de l'approvisionnement en soins dans le cadre de leur activité de politique de santé, indépendamment de l'organe en charge de payer les prestations. Si les charges devaient être appliquées dans le cadre de la planification cantonale des soins, il conviendrait alors de s'assurer que le financement proportionnel des prestations de la LCA au sens de l'art. 49a ne puisse pas être supprimé de manière unilatérale par les cantons. Les charges imposées à l'assurance-maladie sociale seraient donc problématiques si le canton liait au cas par cas son obligation de prise en charge selon l'art. 49a au respect de l'exigence, car l'assureur ne pourrait en principe pas vérifier le respect des charges en raison de l'absence de voies de recours. Cela est la responsabilité du canton compétent uniquement. La « disparition » de la part cantonale « en raison des exigences » pourrait entraîner des frais de traitement non couverts à la charge de la personne assurée ou à la charge d'une éventuelle assurance complémentaire souscrite, ce qui est contraire au système, même si le canton devait en principe sa part de prestations en vertu de la LAMal. En d'autres termes, la possibilité d'imposer des charges pourrait permettre à un canton de se soustraire partiellement à son obligation de fournir des prestations au sens de la LAMal. Ce phénomène serait aujourd'hui déjà clairement visible à l'exemple des volumes de prestations maximaux (mandats de prestations limités). Si la modification de l'ordonnance rendait maintenant possibles des charges supplémentaires, le problème serait encore exacerbé. De l'avis d'economiesuisse, cette évolution ne représenterait absolument pas la volonté du législateur.

Pour le **CP**, il convient de supprimer les al. 5 et 6 dans la mesure où ceux-ci contredisent l'esprit de la réforme concernant le nouveau financement hospitalier de 2012, qui entendait notamment améliorer la qualité en favorisant la concurrence entre établissements. Le fait de fixer un volume maximal de prestations figerait les activités des hôpitaux. Ce procédé, par définition, empêcherait les meilleurs établissements d'augmenter le nombre de prises en charge à de meilleurs coûts et avantagerait par conséquent les établissements moins perfor-

mants. Ces dispositions ne prendraient en outre pas en considération les derniers développements de la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral concernant la planification hospitalière genevoise et tessinoise en la matière.

Pour **economiesuisse**, l'al. 7 doit être supprimé. La signification exacte du terme « inadaptés », tout comme la question du moment à partir duquel une « augmentation du volume des prestations » est constatée, ne sont pas claires. Ces notions juridiques vagues devraient être évitées. Du point de vue d'economiesuisse, il serait possible de rendre les incitations économiques plus judicieuses et flexibles dans les conventions tarifaires que dans les lois et les ordonnances. Elles ne devraient donc pas être simplement interdites.

S'agissant de l'al. 7, l'**USS** accueille favorablement la proposition de renforcer les exigences en matière de mandats de prestations cantonaux imposées aux hôpitaux répertoriés, et ce en interdisant les « systèmes inadaptés d'incitations économiques ». Les bonus liés aux objectifs seraient complètement inadaptés de manière générale, mais en particulier dans les soins publics de base. Ces incitations dépendantes du volume seraient non seulement chères et inadaptées, mais aussi contre-productives et doublement coûteuses. Les patients au bénéfice d'une assurance semi-privée ou privée, étant financièrement intéressants (pour les médecins traitants en raison notamment de bonus généreux) seraient systématiquement victimes de soins excédentaires. Ce problème n'est toutefois pas traité par la modification proposée de l'ordonnance. Les coûts inutiles liés à tout traitement superflu couvert par l'assurance complémentaire sont en grande partie supportés par l'assurance de base, le tarif médical de ces interventions étant également facturé via l'assurance de base. Il ne serait donc pas admissible que la distinction entre la LCA et la LAMal serve à justifier l'inaction réglementaire et juridique dans le domaine des assurances complémentaires, qui constitue avec certitude le domaine du système de santé dont les incitations erronées sont les plus fortes et les plus coûteuses. Le rapport du groupe d'experts sur les mesures visant à freiner la hausse des coûts demande explicitement d'empêcher les tarifs abusifs dans le domaine des assurances complémentaires (mesure 28). L'USS demande donc qu'aussi bien la décision définitive du Conseil fédéral concernant la modification d'ordonnance ici proposée que le projet de loi attendu depuis longtemps sur le 2^e volet de mesures de maîtrise des coûts tiennent dûment compte du problème des coûts supplémentaires engendrés par les incitations erronées des assurances complémentaires et proposent, voire édictent des mesures correspondantes. Dans le domaine de la transparence des rémunérations, d'autres mesures seraient par ailleurs nécessaires au-delà du niveau de l'ordonnance. Une mise en œuvre rapide et efficace de la motion Heim 18.3107, qui vise la transparence s'agissant des rémunérations et honoraires des médecins assurant des fonctions dirigeantes, soumise récemment au Parlement (et soutenue par le Conseil fédéral), serait par ailleurs requise.

Pour **economiesuisse**, l'art. 58f pourrait être complété par un nouvel al. 8, qui prévoirait qu'un canton ne serait pas libéré de son obligation de prise en charge de la part cantonale prévue à l'art. 49, al. 1, LAMal, si l'hôpital violait une ou plusieurs exigences. Aux yeux de l'organisation, le Conseil fédéral serait tenu de garantir l'obligation de prise en charge du canton dans le cadre de la LAMal lors de la spécification des critères de planification : c'est précisément le rôle du financement hospitalier. L'argumentation selon laquelle il ne relève pas de la compétence du Conseil fédéral de régler des questions telles que la délimitation de la prise en charge des coûts par un canton semble incorrecte.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson et ProRaris demandent que l'énumération de l'al. 5 inclue également la disponibilité et le degré d'exigence des soins coordonnés pour les patients souffrant de maladies comorbides. Il est à leurs yeux indispensable de mettre en place des modèles de traitement intégrés pour les personnes dont les maladies psychiques ou physiques requièrent un traitement aigu. Pour Verein Morbus Wilson, un organisme de contrôle indépendant devrait être mis sur pied, lequel aurait pour rôle de vérifier les certificats médicaux ainsi que les opérations et autres prestations fournies par l'ensemble des médecins.

Selon **SPO**, le fait que les exigences par groupe de prestations soient dorénavant inscrites dans l'OAMal doit être salué.

L'organisation est d'avis que l'al. 5, let. e, devrait tenir compte du fait que la coopération avec d'autres hôpitaux a ses limites. Il conviendrait également de prendre en compte les groupes de prestations au sein desquels la présence, dans l'établissement, d'un médecin capable de reconnaître une complication avant tout grâce à sa formation et à son expérience joue également un rôle.

De plus, la let. g devrait être complétée par une phrase prévoyant que les nombres minimums de cas devraient être associés à un contrôle de la qualité des indications. Les nombres minimums de cas par hôpital (équipe) et par intervenant seraient en effet essentiels pour créer les conditions nécessaires à une augmentation de la qualité. Cependant, quiconque impose des nombres minimums de cas ne devrait pas être autorisé à le faire sans effectuer parallèlement un contrôle de la qualité des indications. Les conférences d'indication (cf. let. f) constitueraient un élément important dans ce contexte, même s'il est également essentiel que la qualité des indications fasse rétrospectivement l'objet d'un contrôle aléatoire, également pour les interventions mineures. Selon SPO, il s'agirait du seul moyen de prévenir le risque de surtraitement.

À l'instar de l'al. 5, let. g, l'al. 6, let. a, devrait être complété de manière à ce que les nombres minimums de cas soient assortis de contrôles ponctuels de la qualité.

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson et ProRaris saluent l'al. 7, qui interdit dans les contrats de prestations les incitations à des interventions non nécessaires.

SPO salue l'interdiction des systèmes d'incitations, en particulier s'agissant du contournement de l'obligation d'admission.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Swiss Reha considère que les mesures proposées dans le domaine de la réadaptation ne seront pas efficaces tant que le terme « réadaptation » selon la LAMal n'aura pas été clarifié par la Confédération.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent la disposition de l'al. 3, estimant qu'elle laisse place à une marge d'interprétation trop importante, dont certaines seraient contraires à la LAMal. Si cette disposition devait être comprise comme une interdiction, pour les hôpitaux, d'offrir des prestations allant au-delà des mandats de prestations cantonaux, elle serait alors contraire à la LAMal et devrait par conséquent être rejetée. Dans un tel cas, cette disposition irait à l'encontre de l'autonomie contractuelle, qui donne aux partenaires tarifaires la possibilité de conclure des contrats pour des prestations au-delà de la liste d'hôpitaux cantonale.

Selon **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, l'al. 3 devrait être supprimé.

Selon **H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Hirslanden, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, une interdiction imposée aux hôpitaux répertoriés constituerait une atteinte à la liberté commerciale et une discrimination flagrante à l'égard des hôpitaux conventionnés. En effet, cette exigence prêterait les hôpitaux répertoriés en matière de développement d'innovations et de nouvelles offres de soins. Elle aurait en outre pour effet de freiner l'innovation si un hôpital se retrouvait dans l'incapacité de réaliser des travaux préparatoires pour un nouveau mandat de prestations. Cette exigence ne serait donc pas conforme à la LAMal et à la LCA et créerait une insécurité juridique.

Hirslanden, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler sont également d'avis qu'il relève de l'autonomie contractuelle des partenaires tarifaires (assureur et hôpital) de conclure des contrats pour des prestations au-delà de la liste d'hôpitaux cantonale.

De plus, **H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** relèvent que si l'al. 3 doit être compris dans le sens que pour la totalité de l'éventail de prestations fournies en phase stationnaire dans le domaine de l'AOS, au moins un hôpital qui fournit ces prestations doit figurer sur la liste, cette disposition peut alors être approuvée. Les deux organisations sont en outre d'avis qu'en vertu de cette disposition, les contrats de prestations ne peuvent être attribués que pour la totalité de l'éventail de prestations. Cela serait toutefois contraire à l'art. 39 LAMal, selon lequel certains services seulement d'un hôpital peuvent également être admis. Eu égard à ce qui précède, cette exigence serait également contraire à la LAMal.

Selon **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, la deuxième phrase de l'al. 3 devrait être supprimée. Cette phrase n'apporterait aucune justification quant à la nécessité d'attribuer des mandats de prestations pour la totalité de l'éventail de prestations fournies par les hôpitaux. Les mandats de prestations devraient être attribués à un hôpital uniquement dans la mesure où il existe des besoins en soins.

Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen et Verein integrative-kliniken.ch proposent de compléter l'al. 3 de sorte que les cantons soient tenus d'attribuer au moins un mandat de prestations à un hôpital cantonal ou extracantonal pour les prestations spécifiques de médecine complémentaire.

Selon **Universitäre Medizin Schweiz, le CHUV et Universitätsspital Basel**, il conviendrait de compléter l'al. 3 par une exigence prévoyant que des mandats de prestations doivent être attribués pour tous les échelons de soins. À leurs yeux, l'exhaustivité des mandats de prestations signifierait en effet aussi que les soins en bout de chaîne dispensés par les hôpitaux universitaires sont également pris en compte. Il conviendrait donc non seulement de couvrir l'éventail de prestations au sens des groupes de prestations selon les GPPH, mais aussi de

représenter tous les échelons de soins ; cela doit être précisé dans le commentaire. À cet égard, Universitäre Medizin Schweiz, le CHUV et Universitätsspital Basel relèvent que les planifications cantonales actuelles ne tiennent pas suffisamment compte des fonctions de la médecine universitaire en tant que « fournisseur au bout de la chaîne de soins ». La charge des soins universitaires, que ce soit dans le domaine stationnaire ou ambulatoire, incombe en premier lieu aux cantons dans lesquels sont implantées les universités, alors que la majorité des cantons non universitaires n'y prennent que partiellement part. Cela ne rendrait pas justice au rôle des hôpitaux universitaires en tant que fournisseurs au bout de la chaîne de soins pour l'ensemble du pays. Dans le cadre de la planification intercantonale, il serait donc important de garantir que les planifications cantonales couvrent tous les échelons de soins, y compris les soins dispensés par un hôpital faisant office de prestataire final. Pour cette raison, l'éventail de prestations devant figurer sur les listes et les mandats de prestations devrait inclure non seulement tous les groupes de prestations selon les GPPH, mais aussi tous les échelons de soins, des soins de base aux soins en bout de chaîne.

Pour la **Société vaudoise de médecine (SVM)**, il convient d'ajouter « en collaboration avec les sociétés de discipline médicales » à l'al. 4. L'État devrait agir en concertation et avec une expertise médicale suffisante. Concernant l'al. 5, il conviendrait de supprimer « discussion interdisciplinaire des cas » dans la mesure où cela ferait déjà partie de la qualité et entrerait trop dans l'opérationnel des hôpitaux. Il serait de la responsabilité des médecins de l'hôpital de garantir la qualité. La let. g devrait par ailleurs être supprimée, l'imposition d'un nombre minimum de cas n'ayant pas d'utilité. En outre, l'ajout de la let. h serait dangereux, dans la mesure où il laisserait la porte grande ouverte à une planification de type copinage et non utile en termes de qualité et de caractère économique. Le droit cantonal devrait être conforme aux objectifs fédéraux. Enfin, l'al. 6, let. a, devrait être supprimée, puisqu'il serait peu compréhensible de limiter le volume dans le domaine hospitalier somatique aigu.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent la disposition prévue à l'al. 5. Selon la teneur de cette disposition, les exigences des let. a-h devraient être comprises comme un catalogue de sélection. D'après le rapport explicatif, cette liste n'est pas exhaustive : il y est en effet précisé qu'il appartient aux différents cantons planificateurs de décider des exigences visant à obtenir des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible. Les paramètres énumérés aux let. a-h constitueraient tous sans exception des critères structurels. Quant aux exemples cités à la let. f (garantie de la qualité), discussions interdisciplinaires de cas, réunion de concertation postopératoire (*tumorboard*), conférences d'indication, ils constitueraient eux aussi des critères purement structurels. Les exigences en matière de qualité des résultats et des indications feraient en revanche défaut. Cela rendrait légitime toute exigence structurelle imaginable pour chaque groupe de prestations sous prétexte de soins de haute qualité, ce qui ouvrirait la porte à la mise en œuvre d'intérêts particuliers. Il en résulterait une augmentation imprévisible des coûts, et il faudrait en outre s'attendre à une prolifération incontrôlable à l'échelle nationale. Cela serait diamétralement opposé à l'objectif explicite de l'ordonnance, qui est de réduire les différences entre les concepts de planification des différents cantons et d'encourager une utilisation efficiente des ressources. Le Conseil fédéral ne remplirait ainsi pas son mandat légal consistant à établir des critères de planification uniformes sur la base de la qualité et du caractère économique (art. 39, al. 2^{ter}, LAMal). Les deux organisations soulignent que le rapport explicatif fait référence au concept des Groupes de prestations pour la planification hospitalière (concept GPPH), élaboré par le canton de Zurich et jusqu'à ce jour actualisé. Elles considèrent néanmoins que les GPPH ont été développés de manière unilatérale et ne sont pas appliqués dans tous les cantons. Ils seraient en outre controversés dans certains hôpitaux. H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG soutiennent de plus qu'aussi bien le type d'exigences minimales que le niveau/l'importance par groupe de prestations ou par procédure ou code CHOP, où s'appliquent ces exigences,

sont problématiques. Certaines directives contenues dans les GPPH auraient été déclarées contraignantes par certaines sociétés de discipline sans avoir été soumises à une procédure de reconnaissance nationale. Cela est problématique dans la mesure où ces directives imposent des exigences minimales, par exemple en termes de structure, de dotation en personnel ou de formation minimale requise. Les organes de direction des hôpitaux, qui seraient responsables des investissements concernés, n'ont jusqu'à présent pas été entendus. Un autre problème réside dans le fait que certaines des exigences consignées dans les GPPH auraient été définies de manière unilatérale par les cantons, sans consulter des experts ou des sociétés de disciplines médicales, et ici aussi sans inclure les organes de direction stratégiques des hôpitaux. Sachant que de telles exigences influencent la détermination des valeurs relatives (*cost weights*) dans la structure tarifaire SwissDRG et que cette influence augmenterait de manière drastique avec le présent projet de révision de l'OAMal, il serait nécessaire de revoir les exigences minimales imposées jusqu'à présent avec la participation des organes de direction stratégiques et opérationnels des hôpitaux. Il conviendrait par ailleurs d'impliquer ces organes également dans l'élaboration des futures exigences minimales. La valeur contraignante de telles exigences pour les groupes de prestations devrait par ailleurs être réglementée de manière coordonnée et uniforme dans toute la Suisse. Si, au contraire, les exigences étaient réglementées au niveau cantonal, un système national de formation des prix se retrouverait, dans le pire des scénarios, face à 26 planifications des investissements différentes, ce qui engendrerait une véritable confusion. Malheureusement, c'est exactement ce que prévoit la présente modification d'ordonnance. De plus, étant donné que les cantons peuvent fixer de manière indépendante et sans coordination intercantonale des exigences aux différents groupes de prestations, cela s'appliquerait également aux exigences en matière de garantie de la qualité dans les GPPH. Les cantons pourraient ainsi créer des doublons ou, ce qui aurait des conséquences plus graves, des mesures en contradiction avec les contrats de qualité nationaux conclus entre les partenaires tarifaires. Il existerait donc un besoin urgent de clarification et de coordination dans ce domaine, notamment en ce qui concerne l'utilisation judicieuse des ressources de tous les acteurs concernés.

Selon **H+, KSA, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, il convient impérativement de corriger l'explication figurant à la page 13, selon laquelle dans les cantons urbains, des exigences plus élevées pourraient être imposées aux hôpitaux que dans les cantons ruraux. Les cantons urbains pourraient imposer à leurs hôpitaux des exigences non pas plus élevées, mais des exigences différentes de celles des cantons ruraux. Il serait également possible d'obtenir des soins stationnaires de haute qualité par d'autres moyens que par les nombres minimums de cas, dont l'effet de promotion de la qualité n'a jusqu'ici pas été prouvé. Selon H+, l'explication devrait être formulée comme suit : « dans les cantons urbains, les hôpitaux peuvent être soumis à des exigences différentes que dans les cantons ruraux ».

Selon **KSA, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, les let. a-h de l'al. 5 doivent être remplacées par une formulation stipulant que les mandats de prestations attribués dans le cadre de la planification hospitalière cantonale doivent préciser quelles exigences sont à remplir en matière de soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible.

Selon **KSA, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal**, la formulation de l'exigence est contraire aux déclarations de la page 14 du commentaire, selon lesquelles il appartient aux différents cantons planificateurs de statuer sur les exigences concernant des soins

stationnaires de qualité aussi élevée que possible. Cette responsabilité doit être mentionnée à l'al. 5, en lieu et place de la liste de conditions à remplir proposée.

Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler est d'avis que la réglementation trop détaillée des exigences par groupe de prestations constitue une approche trop rigide et dénuée de sens. Une plus grande flexibilité et un échange entre professionnels seraient ici nécessaires. Il conviendrait éventuellement d'inclure une remarque mentionnant que les exigences des GPPH s'appliquent.

Berit Klinik AG relève que la révision de l'ordonnance prévoit que chaque canton définisse pour son territoire et de manière autonome les exigences pour chaque groupe de prestations ainsi que le groupe de prestations lui-même, ce qui serait contraire à l'objectif d'une harmonisation et d'une standardisation de la médecine au moyen de normes de qualité au niveau national. Les cantons continueraient de disposer d'un trop large pouvoir d'appréciation dans le cadre de la conception qualitative de leur offre hospitalière.

RehaClinic AG souligne l'absence de groupes de prestations uniformes en matière de réadaptation au niveau national : il ne serait par conséquent pas possible de définir des exigences uniformes par groupe de prestations. La définition d'exigences différentes rendrait impossible toute comparaison de la qualité. Selon RehaClinic AG, toute institution qui, en raison de réglementations cantonales, devrait remplir davantage d'exigences (par ex. ratios en personnel plus élevés, nombre plus important de spécialistes, etc.) serait économiquement désavantagée par rapport aux institutions sises dans des cantons dont les exigences sont moins strictes, ce qui engendrerait une distorsion de la concurrence.

Pour **Swiss Nurse Leaders**, cette exigence empiète fortement sur la souveraineté cantonale. Les nombres minimums de cas ne seraient pas toujours garants d'une bonne qualité, et certains patients ne seraient alors opérés que dans le but d'atteindre le nombre minimum de cas.

Selon **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** et **Verein integrative-kliniken.ch**, il convient d'ajouter à l'al. 5, let. a, un complément prévoyant que l'exigence de la disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie comprenne également une sélection d'offres en médecine complémentaire pour lesquelles il existe un certificat de compétence reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM).

Selon **Hirslanden**, la notion d'« offre de base » n'est pas claire. Dans ce domaine en particulier, il conviendrait d'être plus précis en ce qui concerne l'égalité en matière de besoins.

Pour **swiss orthopaedics**, cette exigence devrait être complétée par la précision suivante : « disponibilité d'une offre de base dans les domaines spécialisés opérationnels et non opérationnels ».

Selon **Universitäre Medizin Schweiz**, le **CHUV** et **Universitätsspital Basel**, il convient d'adapter la let. a de telle sorte que l'exigence de la disponibilité d'une offre de base s'applique aux domaines de la médecine interne et de la chirurgie. Aux yeux de ces organisations, l'offre de base ne doit pas impérativement comprendre la médecine interne et la chirurgie ; elle devrait également pouvoir inclure des hôpitaux de soins de base qui ne fournissent pas d'offre chirurgicale.

swiss orthopaedics se demande si l'al. 5, let. b, signifie que la formation postgraduée doit être garantie pour les médecins en formation postgraduée ou si l'on entend par là la formation continue.

Selon **Hirslanden**, une définition claire quant à la signification exacte du mot « service des urgences » fait défaut à la let. c. Il conviendrait de définir si seuls les services d'urgence reconnus sont concernés ou si la disposition s'applique également aux services des urgences non reconnus.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent la disposition de l'al. 5, let. f. En effet, la réglementation de la garantie de la qualité au niveau des groupes de prestations doit être rejetée, celle-ci ne concernant ni le bon critère, ni le bon niveau. Ces instruments essentiels du point de vue de la garantie de la qualité devraient être ancrés et gérés de manière uniformisée au niveau national. Les deux organisations relèvent enfin le manque de coordination avec la révision de la LAMal du 21 juin 2019 concernant le renforcement de la qualité et du caractère économique ainsi qu'avec la modification de l'ordonnance correspondante, également soumise à consultation.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG rejettent les nombres minimums de cas au sens de l'al. 5, let. g, en tant qu'exigence isolée par groupe de prestations. Une corrélation entre les nombres minimums de cas et la qualité des résultats pourrait être démontrée pour certains groupes de prestations, mais pas pour tous. Cette corrélation ne serait toutefois pas synonyme de causalité. Une simple augmentation des nombres de cas n'engendrerait pas nécessairement une augmentation de la qualité.

Hirslanden est d'avis que les cantons disposent d'une trop grande marge de manœuvre pour définir les nombres minimums de cas, ce qui va à l'encontre d'une uniformisation souhaitée au niveau national.

Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal relèvent qu'il n'existe aucune preuve scientifique d'une augmentation significative de la qualité des résultats lorsque les nombres de cas sont plus élevés. À cet égard, **H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** font observer que ni les mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ni les publications scientifiques ne prouvent l'efficacité des nombres minimums de cas pour la garantie de la qualité ou l'amélioration de la qualité dans l'assurance de base.

H+ estime que les nombres minimums de cas ont du sens uniquement lorsqu'il s'agit d'éviter des nombres de cas très bas et donc des opérations dites « occasionelles », ceci généralement dans le cas d'interventions et de traitements complexes relevant de la médecine hautement spécialisée (MHS). **H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sont en outre d'avis qu'une évaluation trop rigide des nombres de cas ne tient pas compte du fait que ces nombres peuvent varier considérablement d'une année à l'autre en fonction de l'incidence des maladies et des accidents analysés et ne devrait donc pas constituer un critère justifiable.

Selon **H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal, Hirslanden et Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)**, les exigences en matière de nombres minimums de cas constitueraient une incitation erronée visant l'augmentation des volumes de prestations. Cela signifie également que des opérations et des interventions non nécessaires d'un point de vue médical seraient effectuées dans le simple but d'atteindre les nombres minimums de cas requis.

D'après **H+, der Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Hirslanden et Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)**, le Conseil fédéral crée une contradiction,

d'une part, en interdisant les systèmes inadaptés d'incitations économiques visant l'augmentation du volume des prestations (cf. art. 58f, al. 7) et, d'autre part, en prévoyant une incitation contraire par le biais des nombres minimums de cas.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG et Hirslanden soulignent également que les nombres minimums de cas pourraient, s'ils n'étaient pas atteints, réduire de manière disproportionnée l'éventail de prestations (politique du « stop-and-go »). Dans les deux cas, les nombres minimums de cas ne contribueraient pas à améliorer la qualité des soins, mais plutôt à la détériorer.

Selon **H+, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal**, les hôpitaux deviendraient par ailleurs dans une large mesure dépendants des médecins pouvant justifier de nombres minimums de cas, dans le cas où ces nombres seraient également exigés par intervenant. Ces incitations entraîneraient inévitablement des coûts supplémentaires.

H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG sont en outre d'avis que les nombres minimums de cas sont malheureusement souvent utilisés comme un critère de planification plutôt que comme un critère de garantie de la qualité dans la LAMal. Sur cette base, ils pourraient servir, sous prétexte d'amélioration de la qualité, à contrôler les soins stationnaires dans un régime d'économie planifiée. Imposer aux cantons une exigence minimale avec un effet de levier si important au moyen de nombres minimums de cas pourrait être dangereux et doit donc être évité. S'ils devaient être mal appliqués, ces nombres pourraient réduire en miettes la promotion de la culture de la sécurité et de la qualité des indications. Les seuls perdants seraient les patients.

Selon **H+**, il est urgent d'établir des règles du jeu claires qui définissent l'approche en matière de nombres minimums de cas afin que ceux-ci soient utilisés de manière judicieuse et en faveur du patient. Cela viserait à renforcer la sécurité des patients et à favoriser la qualité des prestations ainsi qu'un traitement qui répond aux critères EAE, et permettrait de garantir que la variable « nombre minimum de cas » ne serve pas uniquement de simple (et faux) instrument de contrôle de la politique régionale des soins. Les principes suivants sont recommandés : tout d'abord, il convient de définir des exigences minimales en termes de nombres minimums de cas en se concentrant uniquement sur la sécurité et la satisfaction des patients, et en tenant compte de la qualité des indications devant être évaluée du point de vue des patients. Ensuite, les nombres minimums de cas doivent être définis là où il existe des preuves médicales correspondantes, et pour autant que le principe formulé au point 1 ne soit pas menacé. Enfin, la définition d'exigences minimales en matière de nombres minimums de cas dans le but explicite de contrôler la planification des soins et des hôpitaux ne devrait être mise en œuvre que dans les agglomérations ou dans les régions dans lesquelles une surabondance de l'offre a été démontrée et qu'aucune autre mesure ne s'est révélée efficace. Dans ce cadre, le point 1 doit également toujours être respecté.

Selon **Allianz Kinderspitäler der Schweiz**, les éventuels nombres minimums de cas dans le domaine de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique devraient être définis indépendamment du domaine des adultes, aussi bien du point de vue de l'hôpital que de l'intervenant. L'organisation espère toutefois un abandon général des nombres minimums de cas dans le domaine pédiatrique. Elle fait observer qu'en Suisse, les nombres de cas relevant de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique sont nettement inférieurs à ceux de la médecine de l'adulte en raison des taux de morbidité chez les enfants et les adolescents dans de nombreux domaines spécialisés.

Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen et Verein integrative-kliniken.ch rejettent les

nombre minimum de cas, estimant que les nombres de cas de personnes traitées par la médecine complémentaire sont en partie faibles. Parallèlement, il n'a été prouvé que dans une mesure limitée que les nombres minimums de cas conduisaient à des résultats de meilleure qualité. Au contraire, ceux-ci pourraient constituer des incitations erronées à augmenter les volumes.

D'après **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren**, cette disposition doit être adaptée. Il y a lieu de renoncer aux nombres minimums de cas par personne. Dans la majorité des cas, la qualité ne dépendrait en effet pas uniquement de l'intervenant, mais de l'équipe dans son ensemble. L'exigence par personne entraînerait en outre une hausse des coûts, car cela donnerait lieu à une concurrence pour obtenir les services de ces médecins.

swiss orthopaedics, largement favorable à une gestion des admissions axée sur la qualité, estime que cette disposition doit être supprimée ou complétée par la remarque « en collaboration avec les sociétés de discipline ».

Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) fait remarquer que les nombres minimums de cas constituent incontestablement un facteur de qualité. Il s'agirait toutefois d'un facteur parmi d'autres, et pas du facteur principal. Cette exigence ne serait pas défendable d'un point de vue scientifique, raison pour laquelle cela laisse soupçonner qu'elle serait motivée par des raisons politiques. Il conviendrait d'éviter que les interventions standards soient réalisées par des médecins moins expérimentés.

Selon **swiss orthopaedics** et **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)**, la définition de nombres minimums de cas constitue une grave atteinte à la liberté économique. Même si d'un point de vue légal, cette atteinte est justifiée par les mandats de prestations, les répercussions pratiques, à savoir une limitation de l'exercice de la profession, seraient évidentes pour ces fournisseurs de prestations. Dans le cas d'une telle limitation, le principe de proportionnalité devrait toujours être respecté. En l'occurrence, cela pourrait être remis en cause. Il faudrait par exemple que les complications, les réadmissions et autres déficits de qualité dus à un manque de routine aient atteint des niveaux insoutenables. Une telle mesure devrait non seulement avoir un objectif, mais il conviendrait également de contrôler si cet objectif peut être atteint.

Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) fait observer que les nombres minimums de cas sont également problématiques en termes de formation continue et d'innovation. Ils auraient pour conséquence de ralentir le progrès médical. Dans la médecine hautement spécialisée, ces nombres minimums auraient une tout autre importance. Les nombres minimums de cas habituels à l'échelle internationale seraient toutefois considérablement plus élevés qu'en Suisse, raison pour laquelle la question se pose ici également. Il convient par ailleurs d'ajouter que dans le cas d'interventions aussi complexes, la qualité du processus revêt aussi un intérêt très particulier et que toute l'équipe chirurgicale devrait donc être concernée. Les nombres minimums de cas devraient être définis au niveau de l'hôpital ou de l'équipe chirurgicale, mais pas au niveau des médecins. Enfin, les nombres minimums de cas ne donneraient aucune information sur la qualité des indications. Schweizerische Belegärzte-Vereinigung estime que cette indication serait nettement plus importante, mais qu'elle serait compromise par une telle mesure. Pour ces raisons, les nombres minimums de cas n'ont pratiquement jamais constitué un moyen approprié d'améliorer la qualité. Le problème des absences dues à une grossesse, au service militaire ou à d'autres activités hors canton n'aurait par ailleurs pas été résolu, ce qui rendrait pratiquement impossible l'ouverture d'un cabinet. La question des conséquences

possibles en cas de nombres minimums de cas insuffisant en raison d'une interdiction partielle d'exercice de la profession, comme ce fut le cas lors de la pandémie de COVID-19, où seules les interventions urgentes ont pu être réalisées, se pose également. La qualité devrait plutôt être assurée par les labels de qualité des associations professionnelles. Ce n'est que lorsque ces mesures ne portent pas leurs fruits et que la situation actuelle devient insupportable que de telles mesures devraient être envisagées.

Selon **Universitäre Medizin Schweiz**, le **CHUV** et **Universitätsspital Basel**, cette disposition devrait être reformulée de sorte que les nombres minimums de cas s'appliquent uniquement à des traitements spécifiques ou à un groupe d'options de traitement. L'application de nombres minimums de cas pour des groupes de prestations entiers est en effet nouvelle et ne repose sur aucun fondement scientifique. Les nombres minimums de cas ne devraient par conséquent pas être utilisés comme paramètre de planification pour des groupes de prestations entiers, mais comme instrument de garantie de la qualité pour certains traitements ou groupes d'options de traitement.

À cet égard, **Universitäre Medizin Schweiz**, le **CHUV** et **Universitätsspital Basel** soulignent que les nombres minimums de cas par groupe de prestations ne sont pas fondés sur des preuves scientifiques. Selon eux, les nombres minimums de cas sont importants dans le cadre de la garantie de la qualité et sont liés à des interventions et à des traitements spécifiques, ou encore à l'utilisation de différentes options de traitement en cas de maladie spécifique. De nombreuses études montreraient dans ce contexte que les nombres minimums de cas par hôpital contribueraient à la garantie de la qualité des prestations fournies. Ils constitueraient donc un instrument important, mais devraient s'appliquer uniquement à des prestations spécifiques. Les nombres minimums de cas doivent être refusés en tant que paramètres de planification appliqués à un groupe de prestations dans son ensemble.

H+ rejette la disposition de l'al. 5, let. h. Un système de tarification national (SwissDRG) se retrouverait face à 26 planifications des investissements différentes si les exigences minimales étaient déterminées au niveau cantonal, ce qui donnerait ainsi lieu à une incohérence totale.

Selon **Hirslanden**, cette formulation élargit considérablement la marge d'appréciation des cantons, ce qui pourrait engendrer des décisions arbitraires. Seuls les critères conformes à la LAMal et définis au niveau de la Confédération devraient être appliqués.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, KSA, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe A, Gesundheitszentrum Fricktal, Hirslanden, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren rejettent la disposition de l'al. 6. Des volumes de prestations maximaux conduiraient concrètement à une limitation des volumes de prestations et ne seraient pas compatibles avec l'approche de la LAMal en matière de concurrence ainsi qu'avec la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier du 21 décembre 2007 (« nouveau financement»). La limitation à des volumes de prestations maximaux effectifs restreindrait le libre choix des patients prévu à l'art. 41, al. 1, LAMal. Cela prêterait les hôpitaux présentant un niveau de qualité élevé, ce qui ne serait pas dans l'intérêt de soins de santé de qualité aussi élevée que possible et de la concurrence en matière de qualité voulue par le législateur.

À cet égard, **Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf**

AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren soulignent que la limitation à des volumes de prestations maximaux effectifs représente une mesure très différente de la définition de volumes de prestations prévus. La restriction de la liberté de traitement et des prestations fournies serait en effet beaucoup plus importante que dans le cas d'une exigence en matière de planification. Une base juridique dans la LAMal serait en conséquence nécessaire, base qui n'existe pas à l'heure actuelle. Les exigences en matière de volumes de prestations maximaux sont donc contraires à la LAMal.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Hirslanden, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren sont d'avis que les patients devraient être redirigés vers un autre hôpital dans le cas où l'hôpital choisi de leur choix aurait dépassé le plafond de la prestation sollicitée. Dans le pire des cas, un hôpital pourrait se voir obligé de refuser un patient ou de retarder sa prise en charge, ce qui constituerait une forme de rationnement. En conséquence, une médecine « à deux vitesses » ferait son apparition ; ceci ne saurait aller dans le sens de soins de qualité.

Pour **H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, justifier la disposition en matière de volumes de prestations maximaux par le fait que l'art. 51 LAMal prévoit une possibilité pour les cantons de fixer un budget global ne représente pas un argument valable. Une possibilité prévue par la loi pour certains cantons ne peut en effet pas entraîner une obligation au niveau suisse ; avec cette démarche, le Conseil fédéral outrepasserait largement ses compétences. De plus, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal constitue un instrument de gestion des finances : même si un budget global pouvait avoir un effet sur le volume des prestations fournies, il ne s'agit toutefois pas d'un instrument ayant pour objectif de limiter les volumes de prestations.

Selon l'avis de **KSA, Bündner Spital- und Heimverband (BSH), Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe A et Gesundheitszentrum Fricktal**, une base légale est nécessaire pour la mise en relation des mandats de prestations avec des volumes de prestations maximaux au vu des effets sur le paysage hospitalier. La LAMal n'en fournit à l'heure actuelle aucune.

Pour **KSA et Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Gesundheitszentrum Fricktal**, les volumes de prestations et les nombres de lits maximaux n'ont aucun sens dans le domaine de la réadaptation, car les flux de patients sont gérés par les assureurs-maladie (garantie de prise en charge des coûts) : il n'est donc pas du ressort des cliniques de réadaptation de gérer les volumes. De plus, un nombre élevé de cas indique un caractère économique et une qualité élevés, car un nombre important de patients affectés à une clinique signifie que les assureurs-maladie sont convaincus par la prestation. Par ailleurs, il conviendrait d'expliquer comment un contrôle des volumes devrait fonctionner lorsque beaucoup de cliniques de réadaptation soignent des patients provenant de 15 à 20 cantons différents. Pour garantir la qualité, il conviendrait de définir des volumes minimaux et non maximaux.

Klinik Merit AG est d'avis que les volumes de prestations maximaux sont contraires au principe de la concurrence, qui assure le caractère économique des prestations ainsi qu'une concurrence pour la qualité. Des hôpitaux rentables pourraient ainsi être limités dans le but d'augmenter les parts de marché des hôpitaux publics.

Selon **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** et **Verein integrative-kliniken.ch**, cet alinéa doit être supprimé. La LAMal ne prévoit pas de contrôle des volumes et ceux-ci pourraient limiter massivement la liberté de choix des patients.

Universitätsklinik Balgrist se déclare également en faveur de la suppression de cette disposition. La détermination de volumes de prestations maximaux dans le domaine hospitalier de soins somatiques aigus représenterait un premier pas vers un rationnement et constituerait ainsi un instrument en faveur d'une économie planifiée. Selon la clinique, une telle disposition serait en outre contraire aux objectifs de la LAMal : elle entraverait en effet la liberté entrepreneuriale des hôpitaux et pénaliserait les établissements qui, en raison de la qualité et de la réputation de leur offre de soins, reçoivent davantage de patients.

Du point de vue de la **FMH**, les dispositions de l'al. 6, let. a et b, doivent être supprimées. Les charges potentielles en termes de volumes de prestations et de nombres de lits maximaux seraient problématiques, car elles représentent un pas en direction d'un budget global, mesure que la FMH rejette catégoriquement.

Selon **Universitäre Medizin Schweiz**, le **CHUV** et **Universitätsspital Basel**, les let. a et b doivent être supprimées. Jusqu'à présent, la LAMal ne prévoyait pas de volumes de prestations maximaux. Un changement si radical nécessiterait une analyse approfondie pour évaluer en détail les répercussions possibles sur les processus de planification et de contrôle des cantons ainsi que les effets en découlant sur le domaine des soins. Selon eux, la réglementation concernant les volumes de prestations maximaux n'est pas encore aboutie.

Allianz Kinderspitäler der Schweiz est d'avis qu'une augmentation dangereuse et injustifiée des nombres de cas devrait être évitée au moyen de contrôles de qualité. La détermination de volumes de prestations maximaux aurait pour conséquence de pénaliser les hôpitaux faisant état d'une efficacité et d'une qualité élevées. La liberté de choix des patients se verrait de ce fait restreinte. Les volumes de prestations maximaux doivent donc être évités, d'autant plus dans le domaine de la médecine pédiatrique.

Swiss Nurse Leaders est d'avis que cette disposition introduirait indirectement un budget global. L'organisation s'oppose à ce principe de budget global, qui mettrait en péril la prise en charge équitable et appropriée des patients (médecine à deux vitesses).

RehaClinic AG relève, en lien avec l'al. 6, let. b, que les volumes de prestations des cliniques de réadaptations sont gérés par les assureurs-maladie compte tenu du fait qu'ils doivent accorder ou refuser une garantie de prise en charge des coûts. Les flux de patients seraient donc en grande partie influencés par les assureurs-maladie, et les cliniques de réadaptation ne seraient pas en mesure d'opter pour une gestion par les fournisseurs de prestations ou d'influencer les volumes. De plus, un nombre élevé de cas indique en règle générale un caractère économique et une qualité élevés ainsi qu'une grande confiance dans l'expertise de la clinique de réadaptation (et ceci également de la part des assureurs-maladie, qui doivent fournir la garantie de prise en charge des coûts). Par ailleurs, il conviendrait de préciser comment le contrôle des volumes par les cantons pour les cliniques de réadaptation accueillant des patients de toute la Suisse (attribution de patients provenant de 15 cantons et plus) devrait se dérouler en pratique.

Selon **Swiss Reha**, les volumes de prestations maximaux sont contraires aux exigences de qualité de la LAMal. S'il était décidé de définir des volumes de prestations, il conviendrait plutôt de fixer des volumes minimaux pour être admis. Les volumes maximaux pénalisent les institutions particulièrement demandées, en règle générale en raison de la qualité de leurs services. Cela est d'autant plus vrai pour la réadaptation, chaque attribution devant au préalable

être examinée par le médecin-conseil de l'assurance-maladie concernée dans le cadre d'une procédure de garantie de prise en charge des coûts, ce qui n'est pas le cas pour les séjours en soins somatiques ou en psychiatrie. Pour cette raison, il ne serait pas approprié de traiter la réhabilitation de la même manière que la psychiatrie. Une potentielle exigence de nombres de lits maximaux serait contraire à l'objectif orienté sur les prestations tel qu'il est prévu dans le domaine de la réadaptation, bien que sa mise en œuvre soit considérablement retardée en raison de l'attente de clarification du concept de « réadaptation » par la Confédération.

Selon **H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG et Hirslanden**, au niveau de l'al. 7, il est cohérent de viser à éviter des abus au moyen de bonus ou kickbacks liés au volume pour l'attribution de patients. Cette disposition pourrait toutefois remettre en question la rémunération des médecins indépendants, qui ne reçoivent pas de salaire, mais sont rémunérés pour les prestations fournies. Si l'on ne souhaite pas mettre en péril le système établi et répandu des médecins indépendants, il conviendrait, dans l'intérêt de la sécurité juridique, de clarifier qu'il ne s'agit pas d'un « système inadapté d'incitations économiques ». H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG relèvent également qu'il est envisageable qu'une rémunération des médecins selon la prestation médicale dans le domaine ambulatoire, selon des honoraires dans le domaine des assurances complémentaires ou selon des parts DRG dans le domaine stationnaire puisse impliquer qu'un hôpital ne figure pas sur la liste des hôpitaux. En fin de compte se pose la question de savoir si le système de tarifs à la prestation TARMED ne constitue pas déjà en soi un « système inadapté d'incitations économiques ». Il ne serait possible d'apporter une réponse à une question d'une telle portée que par le biais politique, et en aucun cas au moyen d'une ordonnance.

Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren sont d'accord avec le principe de la disposition de l'al. 7 ; celle-ci devrait cependant être retravaillée.

H+, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Verband Zürcher Krankenhäuser, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren relèvent que la LAMal prévoit des indemnisations liées aux prestations : celles-ci constituent un système adapté d'incitations économiques. La nouvelle prescription ne devrait pas rendre impossible le système de médecins indépendants ni limiter la liberté de choix des patients prescrite par la LAMal. Dans la mesure où, dans le cadre de la relation contractuelle des médecins indépendants, les rémunérations sont versées au cas par cas, la procédure n'est pas inadaptée. Il est judicieux que le texte de l'ordonnance limite la disposition aux soins de santé obligatoires. Des dispositions en lien avec les rémunérations dans le domaine de l'assurance complémentaire ne seraient pas recevables et contreviendraient à la liberté du commerce et de l'industrie. Il est également judicieux de chercher à prévenir les abus au moyen de bonus liés aux volumes ou de kickbacks. Toutefois, le bénéfice concret de cette disposition reste discutable.

Selon **Verband Zürcher Krankenhäuser, die Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil, Schulthess Klinik, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), See-Spital, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS et Zürcher RehaZentren**, il semble contestable d'insinuer que les systèmes d'indemnisation engendrent une augmentation du volume. Du point de vue de **H+ et Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, il existe aujourd'hui déjà différentes procédures reconnues pour exclure de l'AOS les prestations qui ne

correspondent pas (ou plus) aux critères EAE. **H+** fait ici notamment référence à la stratégie ETS de la Confédération ainsi qu'aux activités ETS de Swiss Medical Board et Smarter Medicine – Choosing Wisely.

Selon **Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Chefärzte et leitende Spitalärzte Schweiz** ainsi que **Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)** et **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)**, cette disposition doit être supprimée. Aussi bien le terme « inadaptés » que l'expression « systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'assurance obligatoire des soins » représentent des concepts juridiques vagues, qui selon les interprétations pourraient aller encore au-delà des exigences du rapport du groupe d'experts *Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins* du 24 août 2017. Le flou juridique engendré ne serait pas tolérable, car il ne serait alors pas possible pour les hôpitaux de prédire de manière fiable quand ils contreviendraient à cette exigence. **Ärztegesellschaft des Kantons Bern, die Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz und der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)** demandent donc la précision suivante : « Les mandats de prestations des hôpitaux prévoient comme exigence l'interdiction d'exigences de volume ou de bonus ainsi que de remboursement à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou visant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a de la loi. L'interdiction est violée dès lors que la réalisation des exigences de volume ou une rémunération dépendante du volume mènent à une augmentation de l'indemnisation des fournisseurs de prestations qui représente plus de 10 % du revenu total engendré dans l'hôpital. »

Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) est d'avis que selon l'interprétation de cette disposition, celle-ci correspond à une interdiction pour les hôpitaux répertoriés de conclure des contrats avec des médecins indépendants. Le projet ne permet plus d'indemnisations liées au volume des soins fournis. Cela signifie que la loi prévoirait qu'un médecin indépendant qui prend en charge trois naissances à la suite ne puisse pas être indemnisé davantage qu'un autre qui n'effectue qu'une opération. Si les médecins indépendants étaient indemnisés par rapport à leur *input* (temps de présence) et non leur *output* (nombre d'opérations), ils ne seraient alors plus des spécialistes indépendants, mais des employés d'un hôpital à temps partiel. Une telle disposition compromettrait excessivement la liberté économique des médecins indépendants. Une telle atteinte aurait de graves conséquences, car l'activité des médecins indépendants en tant qu'entrepreneurs du secteur privé deviendrait dans les faits en grande partie impossible. Par ailleurs, la Confédération et les cantons n'ont à ce jour pas démontré que les soins fournis par les médecins indépendants seraient responsables, dans une mesure non négligeable, des augmentations injustifiées du volume dans le domaine stationnaire. Cette atteinte sévère aux droits fondamentaux serait donc difficilement justifiable par un intérêt public prépondérant.

Berit Klinik AG relève que l'indemnisation des médecins faisant partie du système des médecins indépendants à l'hôpital se base sur le nombre d'opérations (ces médecins n'étant pas des employés) et que le système des médecins indépendants ne constitue pas un système d'incitations. De fait, les opérations nécessitent une ordonnance du médecin. Il est vérifié au cas par cas que toutes les options de traitement conservateur ont au préalable été exploitées.

Du point de vue de la **FMH**, la formulation « systèmes inadaptés d'incitations économiques » de l'art. 58f, al. 7, est très générale et laisse craindre des répercussions, à l'avenir, sur les honoraires dans le domaine des assurances complémentaires de la LCA, ce à quoi la FMH s'oppose. En effet, une exclusion des honoraires nécessiterait une adaptation de la LCA. En conséquence, cette disposition devrait être reformulée comme suit : « Les mandats de prestations des hôpitaux prévoient comme exigence l'interdiction d'accords de bonus associés à des objectifs quantitatifs, ainsi que l'interdiction de paiements pour le transfert de patients qui

sont traités à la charge de l'AOS ou visant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'article 41a de la loi. »

Selon **Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (SGPath)**, cette disposition devrait être complétée par un nouvel al. 8 qui prévoirait que les hôpitaux créent un système de saisie des prestations permettant d'éviter tout abus pour les systèmes d'incitations économiques. La saisie des prestations dans les hôpitaux s'effectue dans la majorité des cas au moyen des codes TARMED. Ceux-ci sont quant à eux liés à la rémunération ; indirectement pour les patients stationnaires et directement pour les patients ambulatoires. TARMED est un système de tarif à la prestation et au temps. L'interdiction d'un système inadapté d'incitations économiques devrait reposer sur un autre système de saisie des prestations dans les hôpitaux. L'ordonnance devrait contenir ce point sous la forme d'un mandat.

RehaClinic AG est d'avis que pour les cliniques de réadaptation, cet alinéa doit être supprimé sans remplacement. En raison de la procédure de garantie de prise en charge des coûts imposée, une incitation économique ne pourrait être utilisée par l'assureur-maladie que de manière déloyale. De plus, le domaine des assurances complémentaires serait en pratique éliminé.

Selon **Swiss Reha** également, la disposition établissant l'interdiction de systèmes inadaptés d'incitations économiques pour la réadaptation doit être supprimée sans remplacement. La procédure de garantie de prise en charge des coûts via le médecin-conseil de l'assureur-maladie, imposée par la Confédération au domaine de la réadaptation uniquement, ne pourrait pas constituer une telle incitation. Si une mesure devait être prise pour le domaine de la réadaptation, il conviendrait d'examiner la possibilité d'une disposition visant à empêcher des systèmes inadaptés d'incitations économiques ayant pour objectif de rejeter (délibérément) des prestations justifiées par les médecins-conseils.

Selon **swiss orthopaedics**, cette disposition devrait être supprimée.

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte propose un complément au sens de l'assurance qualité en lien avec les conditions de formation continue ainsi que la création d'incitations positives. En conséquence, les mandats de prestations des hôpitaux devraient créer, dans le cadre de systèmes de bonus et malus, des incitations financières afin de garantir la qualité des formations continues des médecins conformément aux dispositions de la Réglementation pour la formation post-graduée (RFP).

Pour **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, le bénéfice de cette prescription doit être remis en question. Il n'existe pas d'indications d'une augmentation systématique du volume des cas stationnaires en raison du d'incitations financières erronées qui pourrait être réduite par le biais d'une limitation du modèle salarial.

La **FMH** et **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte** proposent un nouvel al. 8 qui prévoit que les mandats de prestations des hôpitaux garantissent le respect des dispositions de la loi sur le travail en termes de durée maximale de travail et de durée du repos, et la qualité des formations continues des médecins conformément à la Réglementation pour la formation post-graduée (RFP).

Organisations du système de santé – Assureurs

santésuisse est d'accord avec l'al. 1. La question des mesures que la Confédération prendrait dans le cas où les cantons ne respectent pas, ou pas suffisamment, les dispositions se pose. La let. a est essentielle, car les patients ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales et ont également recours à des prestations à l'extérieur de leur canton. La let. b est d'autant plus

importante pour atteindre des économies d'échelle (effet de masse/volume), des synergies potentielles ou des nombres minimums de cas. S'agissant de la let. c, une analyse des flux de patients permettrait de mettre en lumière dans quel canton et quels hôpitaux les patients se font traiter à l'extérieur de leur canton.

L'al. 2 est salué : il est important notamment parce que les patients ne prennent pas en compte les frontières cantonales dans le cadre du choix d'un hôpital pour une opération nécessaire. Comme **curafutura** et **HSK**, **santésuisse** propose de compléter cette disposition avec une nouvelle let. e statuant que les cantons voisins avec des établissements proches de la frontière du canton concerné soient impliqués dans la planification de ce dernier.

Pour **curafutura** et **HSK**, la formulation de l'al. 3 est vague. Les deux phrases qu'il contient pourraient être mal interprétées ; il devrait être formulé de manière plus compréhensible.

De manière générale, **santésuisse** est d'accord avec l'al. 4. Malheureusement, il est déjà arrivé dans le passé que des considérations de politique régionale aient davantage de poids que la sécurité des patients. Dans le cadre de l'attribution des mandats de prestations aux hôpitaux, les cantons devraient prendre davantage de responsabilités en matière de politique de santé.

santésuisse est d'accord avec l'al. 5. La disposition concernant les charges apporte une certaine systématique et évite que chaque canton édicte ses propres règles en matière de planification hospitalière. Pour les hôpitaux, cela signifie en contrepartie que les mandats de prestations de différents cantons doivent être conçus de manière uniforme. S'agissant de la let. g, les nombres de cas dans le paysage hospitalier suisse sont bas en comparaison avec d'autres pays, et les risques d'« interventions opportunistes » sont en conséquence élevés. Afin de garantir la qualité des prestations, une certaine routine est nécessaire. Les nombres minimums de cas pour des opérations sont donc absolument nécessaires.

Selon **curafutura** et **HSK**, la let. h doit être supprimée. L'objectif principal de l'ordonnance est l'uniformisation des critères de planification. Les cantons pourraient se limiter aux critères a. à g. et ne pas recourir à des critères supplémentaires.

santésuisse voit l'al. 6 d'un œil critique du point de vue du budget global. Un tel plafonnement des coûts aurait inévitablement comme conséquence des mesures d'économies pour toutes les institutions avec mandats de prestations, quelles que soient les mesures d'économies ayant déjà été mises en œuvre auparavant. Les institutions efficaces et orientées sur la qualité se verraient pénalisées. Une diminution de la qualité ou un rationnement des prestations doivent être évités. Ceux-ci ne sont pas bien perçus par la population et de potentielles réactions négatives nuiraient largement à la confiance dans le système. Un objectif de croissance pourrait avoir pour effet que des domaines qui se développent de manière « inférieure à la moyenne » déposent une demande (par ex. augmentations des tarifs). Les domaines faisant état d'une forte croissance pourraient toujours indiquer des circonstances particulières (par ex. transfert des coûts vers leur domaine).

curafutura et **HSK** saluent l'al. 7. Ils rejettent toutefois l'obligation des assureurs de participer à l'examen des charges des mandats de prestations.

Du point de vue de **SVV**, l'al. 7 envoie un signal fort pour enrayer les risques de surtraitement en raison d'incitations économiques. Outre les cantons, les assureurs seraient également chargés de contrôler cette interdiction ; l'examen des mandats de prestations est cependant à la charge des cantons.

curafutura, **HSK**, **santésuisse** et **KPT** proposent un nouvel al. 8 prévoyant que le canton n'est pas libéré de son obligation de prise en charge proportionnelle des coûts conformément

à l'art. 49a, al. 1, LAMal lorsqu'un hôpital viole une ou plusieurs exigences du mandat de prestations.

Pour curafutura, HSK et santésuisse, cet alinéa devrait également prévoir que les cantons puissent réglementer la prise de sanctions vis-à-vis des hôpitaux touchés en cas de violation des exigences dans les mandats de prestations correspondants.

curafutura et HSK relèvent que les dispositions de planification proposées sont liées à l'étendue des prestations et à l'obligation de prestations des cantons au sens de la LAMal. Les assureurs ne peuvent pas vérifier si le budget global ou les plafonds ont été atteints ; les coûts sont donc déplacés vers le domaine de l'assurance complémentaire, ce qui est contraire aux principes de la LAMal. Pour cette raison, il conviendrait de définir des sanctions en cas de violation des dispositions entre les cantons et les hôpitaux.

Selon santésuisse, les cantons pourraient définir un contingentement au sens des charges prévues par l'art. 58f, al. 6. Une modification conséquente de la répartition des coûts est contraire aux principes de la LAMal, notamment au principe de l'égalité de traitement des assurés ainsi qu'à l'art. 51, al. 1, 2^e phrase. En cas de dépassement des contingents par les hôpitaux, des sanctions spécifiques devraient être prévues.

Autres organisations

Selon **Verein PflegeART**, l'al. 3 devrait être modifié pour que les listes pour les établissements de soins aigus et soins de longue durée contiennent l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations. Les mandats de prestations de médecine conventionnelle et complémentaire devraient être attribués à des établissements de soins aigus et soins de longue durée. Les cantons devraient garantir que la médecine complémentaire soit appliquée conformément aux prescriptions de la Constitution (art. 118a Cst.) dans les établissements de soins aigus et soins de longue durée.

Selon **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, les limitations des volumes formulées à l'al. 6 contreviennent aux principes fondamentaux du financement hospitalier et ainsi à la LAMal. De telles limitations des volumes constituent une atteinte en matière de planification contraire au système. Il est nécessaire d'effectuer l'examen des prestations fournies en appliquant correctement les critères EAE ; pour cette raison, il faudrait éviter des contrôles de volumes liés à la planification. Au contraire, il faudrait se baser sur la qualité des indications et du résultat comme critères de décision dans le cadre de l'évaluation des prestations.

4.7 Prises de position relatives aux dispositions transitoires relatives à la modification du 23 juin 2021

Cantons

La **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, LU, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH** relèvent que la majorité des cantons procèdent à l'heure actuelle à l'établissement d'une nouvelle planification hospitalière. Il conviendrait donc de ne pas les empêcher de mener leur planification à terme, comme prévu. Si les cantons devaient recommencer à zéro et attendre que les hôpitaux soient prêts à répondre aux exigences avant de pouvoir débiter la procédure de sélection, cela entraînerait un retard important. Les dispositions transitoires sont ici en cause. Selon les cantons mentionnés et **AG**, la révision devrait également être adaptée au niveau du contenu et du temps aux modifications de l'ordonnance relative à la révision de la LAMal en matière de qualité et de caractère économique. **UR** demande la détermination d'un délai transitoire de 6 ans pour les hôpitaux de soins somatiques aigus ainsi que pour les

hôpitaux de psychiatrie et de réadaptation. Pour **JU**, les dispositions transitoires doivent prendre en compte le fait que plusieurs cantons sont dans un processus de renouvellement de leur planification hospitalière ou prévoient de le débiter.

Pour l'al. 3, la **CDS** et **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH**, renvoient à la remarque concernant l'art. 58d, al. 2. Le nombre d'établissements médico-sociaux qui devrait être comparé est nettement plus élevé que le nombre d'hôpitaux à comparer. Le délai transitoire devrait donc être fixé à cinq ans pour les établissements médico-sociaux. Les cantons mentionnés indiquent également que l'art. 8b de la modification de l'OPAS du 2 juillet 2019 prévoit un nouvel instrument de calcul des besoins basé sur des études temporelles scientifiques reconnues, qui devrait être dans un premier temps introduit, avant qu'une évaluation conséquente ne puisse être effectuée.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Le projet d'ordonnance étant selon **H+** largement contraire à la loi ou anticipant des projets de loi, les dispositions transitoires sont également rejetées.

Selon **CURAVIVA** et **senesuisse**, le délai transitoire prévu de trois ans est nettement trop court. Les cantons seraient dans l'obligation d'adapter leur législation en conséquence ou d'en élaborer une nouvelle. Une période transitoire de trois ans est nettement trop courte, raison pour laquelle, en cas de mise en œuvre du projet, un délai similaire à celui des hôpitaux (6 ans) doit être fixé pour les établissements médico-sociaux.

5. Prises de position relatives aux principes de calcul des tarifs

5.1 Prises de position concernant le projet en général

Cantons

Tous les **cantons** ainsi que la **CDS** rejettent le projet relatif à la tarification. Pour la **CDS** et **AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS ZG** et **ZH**, il remettrait en cause le principe de la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires. Ces mêmes cantons à l'exception de **BS, GE, JU, SO, VS** estiment qu'il est dépourvu de base constitutionnelle.

La **CDS** et **AR, BS, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, TG SO, SZ, VD, VS ZG** et **ZH** estiment que le projet limite la compétence légale des cantons consistant à examiner les tarifs négociés sous l'aspect de leur caractère économique, à les approuver et, le cas échéant, à les fixer.

Selon **AG**, la modification de l'ordonnance contient quelques très bonnes réglementations. Le canton salue l'uniformisation prévue, les éléments visant à maîtriser les coûts et l'exigence de transparence totale des coûts. Avec les modifications proposées, le Conseil fédéral empiète toutefois trop largement sur les compétences des cantons. **AG** soutient donc la direction prise par le Conseil fédéral, mais rejette le degré élevé de détail du projet. De manière générale, **ZG** salue également le projet d'intégrer l'uniformisation des tarifs au niveau suisse et l'évaluation du caractère économique des fournisseurs de prestations dans l'ordonnance. Certains éléments importants de la jurisprudence (dispositions relatives à la détermination des tarifs, garantie de transparence, base de données) ont été ajoutés au texte de l'ordonnance. Ces éléments facilitent la gestion de la procédure pour les cantons et pourraient faciliter la prise de décisions uniformes au niveau suisse. Selon **ZG**, il y aurait davantage de procédures de fixation qu'auparavant, ce pour quoi les cantons sont très sollicités. Les partenaires tarifaires ont

toujours plus de difficultés à s'accorder sur les tarifs. Une réglementation uniforme pour tous serait donc bienvenue ; elle faciliterait également les négociations entre les partenaires tarifaires et pourrait donc conduire à un nombre moins élevé de procédures de fixation.

GR et **TG** estiment qu'une réglementation n'est pas nécessaire dans le cadre du projet de consultation. Par ailleurs, ils considèrent qu'il n'est pas garanti que la Confédération dispose de cette compétence de réglementation.

NE juge inadmissible le projet, en ce sens qu'il violerait l'autonomie cantonale non seulement dans le domaine sanitaire, mais également dans les domaines social et environnemental interdisant de facto la prise en considération des législations cantonales spécifiques et en conduisant du même coup à un nivellement par le bas dans ces domaines (ex. domaines des allocations familiales, du financement de l'apprentissage et de la formation, des crèches et structures parascolaires ou encore en matière énergétique et environnementale). Ces exigences sont en général inscrites dans les législations cantonales et peuvent être source de coûts pour les institutions ; elles devraient donc être dûment prises en considération et reconnues autrement que comme facteurs d'inefficacité pour les établissements auxquels elles s'imposent.

La **CDS** et **AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** estiment qu'il n'est pas nécessaire que la Confédération participe à la formation des prix en déterminant des principes de tarification. Selon eux, la Confédération entendrait restreindre la marge de manœuvre des partenaires tarifaires et limiter les compétences des cantons sans aucune nécessité et le ferait sans analyser les répercussions sur l'autonomie tarifaire et les soins médicaux.

Selon **TI**, le projet constituerait une atteinte disproportionnée de la Confédération aux compétences cantonales, serait trop rigide et remettrait en cause la primauté des partenaires tarifaires en limitant leur marge de manœuvre.

Pour la **CDS** et **AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**, le fait de fixer la valeur de référence au 25^e percentile limiterait considérablement la marge de manœuvre lors des négociations tarifaires. En effet, ils pensent qu'il serait fort probable qu'à l'avenir, aucun assureur n'approuvera un tarif se situant au-delà de la valeur de référence. De plus, le canton du **JU** souligne que la restriction de la marge de manœuvre de négociation des partenaires tarifaires aura des répercussions certaines sur l'autonomie tarifaire et l'approvisionnement en soins médicaux.

Le choix d'une valeur au 25^e percentile n'est pas compréhensible aux yeux de **BE**, cela d'autant plus que le Tribunal administratif fédéral a protégé jusqu'à maintenant dans ses jugements des valeurs de référence jusqu'au 50^e percentile. Il considère la détermination d'un critère d'efficacité fixe comme contraire au système. Dans le cas où une valeur au 25^e percentile devait tout de même être prévue comme limite supérieure, il attendrait impérativement une justification. Il en va de même pour la pondération, une valeur de référence en lien avec le nombre de fournisseurs de prestations n'étant pas approprié. De plus, il est absolument nécessaire de créer un groupe de comparaison indépendant pour les fournisseurs avec mandats de prestations au bout de la chaîne de soins ou pour les hôpitaux universitaires afin d'éviter comme conséquence un déficit important et constant.

Pour **JU**, le seul objectif visé serait la réduction des tarifs sans pour autant garantir de pouvoir satisfaire la provision de soins de qualité de manière à répondre aux besoins de la population, ni même la maîtrise des coûts à charge de la LAMal. En effet, le seul critère du tarif ne suffirait pas à maîtriser l'évolution des coûts. Selon lui, il serait essentiel que les cantons continuent à disposer d'un rôle important dans la détermination de l'ensemble du tarif (prix relatif, quantité).

De plus, **JU** considère que la création d'un cadre juridique pour la mise en œuvre du projet OAMal « Qualité et économicité » est prioritaire par rapport à l'adaptation des critères de tarification et que ces adaptations devraient être fondées sur le projet OAMal « Qualité et économicité » et non pas être une entrave à son opérationnalisation.

Selon **AI**, les propositions du Conseil fédéral portent atteinte de manière disproportionnée aux compétences des cantons sans générer de valeur ajoutée notable.

Pour la **CDS** et **AR, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**, cette modification impliquerait à long terme que le pilotage des soins hospitaliers se fonderait uniquement sur le critère des coûts. Cette évolution n'est pas acceptée par la **CDS** et **AR, BL, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, VD, VS, ZG** et **ZH**, qui soulignent qu'il leur incombe d'assurer que les soins répondent aux besoins et à une qualité de haut niveau.

OW est d'avis que les mesures proposées n'améliorent pas notamment la qualité des soins, contrairement à ce que déclare le Conseil fédéral. La détermination des tarifs uniforme proposée par le biais d'une valeur de référence maximale basse (au 25^e percentile) aurait en effet l'effet contraire.

Selon **SO**, la détermination de la valeur de référence au 25^e percentile aurait pour résultat que les soins hospitaliers seraient à l'avenir presque uniquement pilotés par le critère des coûts. Cela rendrait tôt ou tard impossible, même pour les hôpitaux efficaces, de fournir des prestations couvrant les coûts et de réaliser les investissements opérationnels nécessaires. Le canton craint également une diminution de la qualité des soins au détriment de la population.

La **CDS** et **AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** considèrent que l'harmonisation de la procédure de calcul des coûts par cas et coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité est l'un des rares éléments du projet méritant d'être soutenu. Selon eux, si les partenaires tarifaires, les cantons et la Surveillance des prix calculent à l'avenir les coûts d'exploitation déterminants pour la référence en se fondant sur les mêmes bases de données, cette manière de procéder gagnera en efficacité par rapport à la pratique actuelle et aboutira très probablement à des résultats intermédiaires plus fiables et incontestés lors de la tarification. En revanche, la **CDS** et ces cantons, à l'exception du **VS**, estiment que la Confédération se montre inutilement réticente en recourant à une disposition facultative, laissant ainsi les acteurs libres d'utiliser ou non les comparaisons entre hôpitaux selon l'art. 49, al. 8, LAMal.

Du point de vue de la **CDS** et **AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**, dans le contexte actuel de lutte contre le SARS-CoV-2, les hôpitaux seraient confrontés à une situation difficile. Ils s'accordent à dire que le renforcement des capacités nécessaires au traitement des patients atteints de COVID-19 a généré d'importants coûts dans certains établissements et que les hôpitaux ont enregistré des pertes de revenu considérables suite à l'interdiction des interventions électives prononcée par le Conseil fédéral pour la période du 13 mars au 26 avril 2020. Ils soulignent qu'à ce jour, il ne serait pas encore possible d'estimer de quelle manière cette crise se répercutera sur la situation financière des hôpitaux. Soucieux de préserver la stabilité des structures de prise en charge, il serait selon eux irresponsable, dans le présent contexte et avec le niveau de connaissances actuel, de prendre une décision sur un thème d'une portée telle que l'indemnisation des hôpitaux selon de nouveaux tarifs. Selon **TI** également, la phase historique de pandémie devrait être considérée, car elle aurait une influence sur l'offre hospitalière.

BE attend du Conseil fédéral qu'avant de poursuivre la révision, une évaluation complète et motivée des conséquences de la réglementation soit menée. Le canton demande également

que les répercussions sur les acteurs et les systèmes (Confédération, cantons, assureurs-maladie, fournisseurs de prestations, assurances sociales, etc.) soient exposées.

AI considère également, au vu de la gestion complexe de la crise du coronavirus, que le moment est mal choisi pour réviser entièrement les critères de planification et les dispositions sur la détermination des tarifs. Au vu de la situation financière déjà tendue des hôpitaux en raison de la crise du coronavirus et du confinement, il ne serait pas responsable de prendre des décisions importantes en matière d'indemnisation des hôpitaux sur la base de nouvelles règles de tarification. Par ailleurs, il faudrait tirer un bilan de la gestion de la crise, afin d'apprendre des expériences en lien avec la planification hospitalière.

La **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** font également une remarque concernant le rapport explicatif relatif à la détermination des tarifs. Concernant la réalisation de l'objectif de concurrence, le Tribunal administratif fédéral a constaté que des mesures s'imposaient dans le domaine des hôpitaux de soins somatiques aigus et des maisons de naissance. En revanche, aucun arrêt n'a encore été rendu sur TARPSY. Ainsi, ils estiment que le champ d'application de la modification proposée de l'OAMal est à cet égard trop large. Pour la **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH**, dans son stade actuel de développement, la structure tarifaire TARPSY accuserait de plus, dans une mesure encore plus grande que SwissDRG, des limites considérables quant à la représentation de la durée de séjour, ce qui restreindrait la comparabilité des cliniques psychiatriques. La qualité des données sur les coûts et les prestations devrait selon eux également être améliorée. C'est pourquoi la **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** considèrent qu'un benchmarking pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la psychiatrie, avec la même phase de transition et le même critère d'efficacité que dans les soins aigus, n'est pas approprié. Une concrétisation du critère d'efficacité ne devrait intervenir, si tant est qu'elle le doive, que pour la structure tarifaire SwissDRG et non pour le « modèle de rémunération de type DRG ». Si des prescriptions nationales uniformes pour le benchmarking devaient néanmoins être émises dans le domaine TARPSY, il conviendrait de noter qu'un benchmarking uniquement sur la base des coûts journaliers ne serait pas approprié pour calculer les coûts journaliers moyens d'une fourniture des prestations économique et efficace puisque la durée de séjour moyenne en psychiatrie est très variable en raison de la diversité des concepts de traitement et que ces différences ne se refléteraient pas dans les coûts journaliers. La **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** et **ZH** soulignent également dans ce contexte que la réadaptation disposera bientôt aussi d'une structure tarifaire nationale uniforme, ST Reha, qui répond aux critères de définition spécifiés (type DRG).

JU est en outre de l'avis que le benchmarking dans le secteur de la psychiatrie et de la réadaptation doit être reporté jusqu'à ce que des prescriptions nationales, intégrant des critères de comparaison adaptés à ces deux secteurs, permettent de l'appliquer à l'ensemble de la Suisse.

Selon **BE**, il conviendrait de proposer à l'art. 59c, al. 3, OAMal, en lien avec la détermination des tarifs, un complément pour le domaine ambulatoire, soit l'application de forfaits de tarifs à la prestation. Il salue de manière générale les forfaits ambulatoires dans les contextes où ils sont pertinents. Ceux-ci font toutefois également partie du 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui est actuellement débattu au Parlement. Le canton estime donc qu'une disposition de l'ordonnance à ce sujet est prématurée. Par ailleurs, le Conseil fédéral a confirmé dans ses explications que les fournisseurs de prestations peuvent, dans le cadre de leur activité, réaliser et retenir des gains d'efficacité à la charge de l'AOS. Selon **BE**, cette possibilité représente une condition nécessaire pour une gestion économique des entreprises. En

conséquence, il est difficile de comprendre pourquoi à l'art. 59c, al. 1, let. a OAMal, la disposition précisant qu'un tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente ne serait pas modifiée dans le cadre de la révision. Il serait approprié d'introduire par ex. une restriction en matière de dividendes. **ZG** fait également remarquer que le domaine ambulatoire a été entièrement exclu, bien que dans ce domaine, des règles uniformes soient également nécessaires. **VD** propose de simplifier les choses et de procéder comme pour les soins de longue durée en EMS, à savoir que le Conseil fédéral édicte les tarifs et les cantons assurent le financement résiduel.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **PDC** soutient de manière générale les modifications et salue notamment la prise en considération de la jurisprudence actuelle en matière de détermination des tarifs. Il relève que le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse a constitué un élément central lors de l'adoption du nouveau financement hospitalier. Lors d'un traitement hors de son canton de résidence, chaque patient recevrait de la part de son canton de résidence et de l'assureur-maladie un montant équivalant au prix d'un traitement hospitalier dans son canton de résidence. Selon le PDC, ce principe devrait continuer à s'appliquer clairement et être précisé, car il ne serait actuellement pas respecté par tous les cantons.

Le **pvl** soutient le projet sur le principe, car il promeut le libre choix pour les patients et la concurrence pour les hôpitaux. L'uniformisation des bases de données rendrait des comparaisons entre institutions enfin possibles au niveau suisse (art. 49, al. 8, LAMal). Cependant, les modifications de l'ordonnance devraient se limiter aux tâches clés de la Confédération, soit à l'établissement de conditions-cadres et de principes pour une concurrence libre et équitable. Il n'est pas du ressort de la Confédération de limiter l'autonomie en matière de tarifs et de fixer les prix. Le pvl propose un complément à l'art. 59c, al. 1, prévoyant que les tarifs doivent contenir des indemnités d'amortissement des coûts d'investissement.

Le **PS** rejette les projets de modifications d'ordonnance dans le volet concernant les dispositions relatives à la tarification. Selon lui, ces modifications semblent principalement viser la maîtrise des coûts par une centralisation indirecte des structures de soins. Le PS estime que l'application de ces nouvelles dispositions pourrait aboutir à une restructuration profonde du paysage hospitalier suisse, avec un risque accru, pour les régions périphériques, de perdre des établissements de soins. Les dispositions prévues pour fixer les tarifs des prestations hospitalières stationnaires, combinées aux mesures de benchmarking des structures hospitalières, menaceraient en effet de réduire considérablement les conditions financières des petites structures hospitalières périphériques. La méthode proposée par les nouvelles dispositions, consistant à mettre en concurrence les hôpitaux publics avec les hôpitaux privés, en opérant une sélection par les coûts bruts, sans prendre en compte les spécificités inhérentes aux différentes structures, n'est pas la voie que le PS veut suivre pour maîtriser les coûts. Le PS est de plus d'avis que la recherche de l'efficacité dans les infrastructures de soins, telle qu'édictee dans les nouvelles dispositions, mettrait une pression accrue sur les structures et impacterait directement le personnel soignant. Le PS ajoute que des suppressions d'emploi dans les infrastructures sanitaires péjoreraient la prise en charge des patients, et donc la qualité des soins.

Concernant les dispositions sur la détermination des tarifs dans le modèle de rémunération DRG, l'**UDC** approuve la promotion de forfaits ambulatoires. Les forfaits ambulatoires devraient être encouragés dans le cadre de la lutte contre l'augmentation du volume. Leur introduction ne devrait pas seulement être « examinée », mais devrait également être appliquée lorsque cela est possible.

Associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Le **CP** se demande s'il existe une base juridique suffisante pour le projet de révision : il considère que les réformes sont dangereuses, au vu de la pandémie de COVID-19, tant que l'on n'est pas en mesure d'évaluer les conséquences de la crise et les dommages causés au niveau des hôpitaux.

economiesuisse considère que les modifications de l'ordonnance n'atteignent pas l'objectif visé, les rejette et demande la suppression de l'art. 59c^{bis}, celui-ci représentant une atteinte supplémentaire au partenariat tarifaire. La détermination des prix détaillée prévue mettrait fin au principe de primauté des négociations entre les partenaires tarifaires. De plus, il n'existerait aucune base légale pour les objectifs de détermination des tarifs. En conséquence, l'exécution, mentionnée dans le rapport explicatif, des résultats de l'autonomie tarifaire au niveau de l'ordonnance ne semble pas indiquée d'un point de vue logique, car cette autonomie tarifaire se caractérise justement par le fait qu'elle ne doit pas être (à nouveau) régulée par le biais d'une ordonnance. De plus, les objectifs en matière de détermination des tarifs ne pourraient pas être assimilés aux comparaisons entre institutions prévues à l'art. 49, al. 8, LAMal, une obligation qui n'est toujours pas respectée par le Conseil fédéral. Enfin, la détermination d'un percentile par le biais d'une ordonnance présuppose qu'il existerait un seuil de caractère économique clairement identifiable. D'un point de vue factuel, une telle hypothèse n'est pas défendable. La détermination des tarifs serait le cas échéant certes plus simple, mais uniquement à condition de considérer le caractère économique au cas par cas. Il s'agit d'une tâche qui incomberait véritablement aux assureurs. Par ailleurs, on pourrait craindre que la clarification des nombreux suppléments et déductions qui s'avèreraient désormais nécessaires n'entraîne une nouvelle vague de procédures de détermination, sans engendrer de bénéfice notable.

L'**USS** n'accepte pas les dispositions proposées. La détermination d'une valeur de référence par le biais de la Confédération contrevient *per se* au principe de primauté des négociations entre les partenaires tarifaires et la définition de la valeur au 25^e percentile est irréaliste dans son ampleur. On pourrait partir du principe qu'ainsi, la marge de manœuvre des négociations tarifaires serait fortement réduite, car les assureurs ne décideraient plus à l'avenir d'un tarif qui serait supérieur à cette valeur. La modification d'ordonnance proposée limite de plus la compétence des cantons, qui ont aujourd'hui l'obligation légale de vérifier les tarifs négociés en termes de caractère économique et, sans réglementation de référence rigide, de les approuver. La réduction des coûts pour l'AOS du changement de système proposé, estimée jusqu'à 250 millions de francs, se traduirait en fin de compte par des coupes réalisées « à la tronçonneuse », et qui auraient surtout des répercussions sur le personnel soignant. En lieu et place d'une gestion des soins adaptée, il s'agirait alors dans le domaine stationnaire d'un simple pilotage des coûts.

L'**USAM** estime que la réduction non contrôlée du nombre d'hôpitaux et de cliniques qui serait provoquée par le changement dans le domaine de la tarification est très risquée. Tant que la crise du coronavirus n'a pas été surmontée et qu'il n'est pas possible d'en tirer les apprentissages nécessaires, un allègement de la structure devrait être évité. De plus, afin d'éviter une distorsion de la concurrence, il conviendrait de s'assurer, avant un assainissement du paysage hospitalier, que les cantons n'aient plus à assumer des rôles multiples. Ce n'est qu'ainsi qu'il pourrait être garanti que les meilleurs hôpitaux et les plus performants restent sur le marché, et non ceux qui sont portés et soutenus par le secteur public.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

Selon **agile.ch**, **ProRaris** et **Verein Morbus Wilson**, le système SwissDRG entraîne une importante pression financière et laisse peu de marge de manœuvre pour la prise en compte de situations et de conditions individuelles. Les charges administratives des hôpitaux auraient continué d'augmenter, au cours des années écoulées depuis l'introduction du système. Pour ces différentes raisons, ces organisations demandent que la structure tarifaire soit soumise à une évaluation complète, et qu'elle soit développée et améliorée, en particulier en lien avec la rémunération des traitements de maladies sans diagnostic clair, de maladies rares et en matière de médecine pédiatrique. Tant que les déficits ne seront pas éliminés du modèle de rémunération SwissDRG, un critère d'efficacité, qui se baserait sur un système insatisfaisant, n'aurait pas de sens. Un tel critère d'efficacité aurait pour conséquence de pénaliser financièrement les hôpitaux qui se distinguent par leur qualité et des soins particulièrement orientés pour s'adapter aux personnes avec des besoins spéciaux. Pour ces différentes raisons, Agile.ch, ProRaris et Verein Morbus Wilson rejettent le critère d'efficacité proposé.

Pro Mente Sana craint que les hôpitaux soient soumis à une énorme pression sur les coûts, s'ils devaient se conformer à une valeur de référence au 25^e percentile au maximum, mesurée sur la base du nombre de fournisseurs de prestations, et se voient en conséquence forcés d'abandonner les traitements allant au-delà des charges de soins et de traitements absolument nécessaires. Les cliniques psychiatriques avec une vaste offre sociale psychiatrique et des projets en cours axés sur une psychiatrie moderne et orientée vers l'avenir pourraient se voir forcées soit de financer ces offres par le biais de tiers, soit de les abandonner. Cela aurait pour conséquence que dans le domaine de la psychiatrie, les thérapies médicamenteuses, qui sont perçues comme occasionnant moins de charges, soient de plus en plus utilisées. La présente révision de l'ordonnance ne réduirait pas les coûts des soins psychiatriques, mais les augmenterait ou les déplacerait.

SGB-FSS salue l'introduction de critères cohérents pour la détermination des tarifs. L'organisation relève toutefois que la prise en considération des besoins des personnes handicapées, comme les personnes malentendantes et sourdaveugles, fait encore défaut. Par ailleurs, les critères pour la détermination des tarifs devraient tenir compte des obligations découlant de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU et de la loi sur l'égalité pour les handicapés. SGB-FSS demande que l'accessibilité des prestations soit prise en considération pour la détermination des tarifs et que l'accessibilité soit introduite comme critère minimal pour l'évaluation de la qualité des soins. L'organisation estime que la détermination d'une valeur de référence sous la forme d'une valeur d'efficacité n'est pas pertinente, car le système SwissDRG actuel complique l'indemnisation de prestations qui sont adaptées à la situation individuelle des patients. Elle rejette la détermination d'une valeur de référence liée à l'efficacité tant que le modèle de rémunération SwissDRG n'aura pas été modifié.

SPO est largement d'accord avec l'objectif qui consiste à réaliser des économies. L'organisation met toutefois en garde contre l'hypothèse selon laquelle l'ajustement au degré de gravité serait une valeur absolue et toujours fiable. Elle se demande s'il ne faudrait pas faire preuve de davantage de sens de la mesure pour les comparaisons, car ces coûts prétendument comparables ne peuvent pas répondre aux attentes suscitées. Elle demande également que la structure tarifaire selon SwissDRG soit examinée pour détecter les distorsions systématiques.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

H+ et **UPD** rejettent les dispositions relatives aux principes de détermination des tarifs. Les objectifs représentent une atteinte importante aux partenariats tarifaires fixés par la loi et restreignent massivement la marge de manœuvre aussi bien des fournisseurs de prestations que des agents payeurs. De plus, ces objectifs contiennent des dispositions qui proviennent du 1^{er}

volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui est actuellement en discussion au Parlement. Il ne s'agit donc pas de dispositions d'exécution relatives à des lois existantes, mais de dispositions d'ordonnance ayant un caractère législatif. Les dispositions concernant la valeur de référence (art. 59c, let. c) empêchent les hôpitaux de saisir la possibilité de réaliser des gains pour ensuite financer des rénovations, des innovations et de nouvelles constructions. Cela va à l'encontre de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier qui, comme l'ATAF l'a confirmé, permet des gains d'efficacité. Compte tenu des règles du jeu détaillées maintenant disponibles de la « Détermination et évaluation uniformes de l'efficacité de différents hôpitaux », on peut également supposer que la formation de groupes de comparaison homogènes, reconnue par la jurisprudence comme une correction pour les limites en matière de représentation des structures tarifaires comme SwissDRG ou TARPSY, devrait être supprimée, ce qui, avec le modèle de benchmarking utilisé actuellement, serait une erreur. À l'avenir, l'objet des négociations ne devrait pas tant être le seuil de la limite d'efficacité (car déjà fixé dans l'ordonnance), mais plutôt le contenu et le montant des suppléments et des réductions liés aux hôpitaux sur la base du benchmarking. Pour **H+** et **UPD**, la phase d'introduction du système tarifaire SwissDRG n'est pas encore terminée. À l'heure actuelle, les éléments de distorsion principaux n'ont pas encore pu être corrigés : financement de cas de déficits élevés, représentation de prestations de mise à disposition très variées et d'autres prestations supplémentaires selon la position dans la pyramide des soins, définition et évaluation uniformes au niveau national des prestations d'intérêt général (PIG), réglementation du financement des PIG, etc. L'étude d'ECOPLAN mandatée par l'OFSP qui a été récemment publiée n'apporte pas de précisions à ces questions. La fixation de la référence au 25^e percentile signifie uniquement que 75 % des hôpitaux suisses sont évalués comme « inefficients » : ceci est inexact et il n'en existe pas l'ombre d'une preuve. À l'heure actuelle, le raisonnement de l'OFSP, qui attend prétendument des économies dans l'AOS à hauteur de 250 millions de francs, n'est pas clair. Il est en revanche certain qu'il s'agit d'une projection trop simplifiée et trop basse. Cette mesure permet uniquement de contenir l'augmentation des primes AOS. Dans ce cadre, le point de vue du citoyen, qui paie aussi bien les primes que des impôts, est entièrement ignoré : il n'économise pourtant en fin de compte même pas un centime. Comment, sous le régime d'une référence fixée au 25^e percentile, des hôpitaux efficaces et de qualité pourraient-ils survivre ? Cette question reste largement sans réponse. Les hôpitaux publics pourraient obtenir un soutien financier, de manière détournée, par le biais des PIG ; certaines infrastructures hospitalières pourraient également être sauvées pour des raisons de politique régionale. Ce type de financement est cependant contraire à la loi en vigueur, qui prévoit, du moins pour les hôpitaux efficaces, une couverture totale des coûts par le biais des tarifs de l'AOS et proscrit de l'AOS les subventions et autres financements transversaux. Tout au plus, les cliniques spécialisées travaillant en deçà de la limite de l'efficacité ou les hôpitaux disposant d'un spectre de prestations limité, mais qui sont bien, voire très bien représentés dans le système SwissDRG, pourraient survivre. Les hôpitaux avec un spectre global ou représentant des fournisseurs au bout de la chaîne de soins n'auraient en revanche aucune chance d'être « efficaces ». Le problème ne serait pas dû à une gestion inefficace des ressources, mais serait simplement et uniquement causé par les limites en matière de représentation propres au système de la structure tarifaire. Notre modèle actuel de formation des prix SwissDRG (structure tarifaire SwissDRG et benchmarking AOS) contiendrait des variables causant une distorsion, que les fournisseurs de prestations ne peuvent pas influencer et qui ne sont pas liées à une augmentation de l'efficacité. Finalement, les cantons étant également propriétaires d'hôpitaux pourraient, avec la présente ordonnance, adapter librement la planification hospitalière (planification des besoins en soins, établissement de listes d'hôpitaux et attributions de mandats de prestation via GPPH) et les exigences minimales par groupe de prestations à leur situation.

Selon **Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren** et **VZK**, les mesures proposées pour la détermination des tarifs restreignent excessivement l'autonomie des cantons et sont contraires au principe de « celui qui paie décide ». Les prescriptions prévues pour le benchmarking seraient très influencées par un objectif de réduction des primes de l'AOS. Le déficit prescrit aurait des conséquences considérables sur le domaine des soins pour la population suisse, la population et la situation du financement des hôpitaux et des psychiatres. Le fait que seuls les assureurs calculent la référence s'opposerait à la primauté des contrats entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie et serait par conséquent illicite. La valeur de référence prévue au 25^e percentile avantagerait excessivement les organisations spécialisées. Pour les autres institutions, cela impliquerait une réduction de la qualité et une pression toujours plus grande sur le personnel (y compris une réduction des effectifs). La garantie de soins de qualité pour la population suisse serait alors mise en péril. De plus, le système de santé se verrait affaibli en tant que premier facteur économique. La pandémie de coronavirus a montré que le paysage hospitalier décentralisé et de proximité était décisif pour la gestion de la crise. Les flux de patients se sont ainsi en particulier répartis entre différents sites. L'ensemble du système a ainsi pu être déchargé. Il faudrait donc mener une réflexion critique sur la perspective de concentrer davantage les prestations médicales. **Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren** et **VZK** rejettent la révision proposée sur la base des raisons énoncées. Si le Conseil fédéral souhaitait véritablement freiner de manière efficace l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé, il devrait enfin se concentrer sur le projet de financement uniforme des soins stationnaires et ambulatoires. La tarification ambulatoire pour le domaine hospitalier devrait être augmentée jusqu'à ce que les prestations ambulatoires puissent être fournies tout en couvrant les coûts (exception **VDPS**). Par ailleurs, **Spital Männedorf AG** se déclare consterné par le manque d'imagination de l'OFSP, comme le montre la révision, compte tenu des possibilités bien meilleures de gérer le développement des coûts par le biais de bonnes incitations et ainsi de mettre au point des modèles basés sur les résultats (*value-based medicine*) ou le déplacement vers le domaine ambulatoire.

Pour **Kantonsspital Aarau**, le présent projet se base sur une réduction des coûts qui ne s'appuie pas sur des bases scientifiques et met en péril les soins d'excellente qualité en Suisse. Le système de santé, qui déjà dans des conditions normales, subit une énorme pression sur les coûts, ne disposerait de manière générale pas de réserves en personnel et en infrastructures suffisantes dans sa structure décentralisée. Le Conseil fédéral ne se fonderait pas, pour ce qu'il est possible d'identifier, sur des analyses solides basées sur des données pour la définition des nouvelles exigences et il n'aurait visiblement entrepris aucune évaluation des conséquences ; les documents explicatifs ne comporteraient en tout cas aucune référence en ce sens. Il semblerait que c'est uniquement la perspective d'économies au profit de l'AOS et au détriment des hôpitaux qui aurait primé. Le Conseil fédéral ne démontrerait aucunement qu'une telle économie de coûts serait indiquée ou justifiée par les tarifs appliqués aujourd'hui. L'intervention du Conseil fédéral prévue serait critiquable en raison du fait que le projet de financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie représenterait un grand projet de politique de santé qui se situerait au cœur de la répartition future de la charge financière entre les cantons et qui concernerait l'AOS. La clé de répartition des coûts serait d'ailleurs un point litigieux important encore non résolu entre les parties prenantes concernées. Dans ce contexte, il semblerait donc d'autant plus indiqué que les exécutifs renoncent à opérer des changements par voie d'ordonnance, qui auraient des conséquences sur la répartition des charges financières. En édictant les présentes exigences, le Conseil fédéral ferait l'inverse : il établirait un critère d'efficacité qui ferait peser la future charge financière sur les cantons et risquerait de porter atteinte aux décisions prévues par le

législateur dans le cadre du financement uniforme des soins stationnaires et ambulatoires. Dans ce cadre, une révision de l'OAMal ayant pour objectif la réduction des coûts par le biais d'un transfert unilatéral des compétences aux assureurs-maladie, sans leur fournir une réglementation et une responsabilité en matière de soins claires, n'aurait pas de sens. Le souhait de réduire les effectifs dans le domaine hospitalier via la révision de l'OAMal serait également inadéquat. Il faudrait surtout accélérer les efforts pour rationaliser le paysage hospitalier suisse décentralisé. Cette volonté devrait toutefois être clairement annoncée et non visée de manière détournée via la fixation de percentiles et le transfert de compétences aux assureurs-maladie. Elle devrait également avoir lieu sous l'égide de la Confédération et des cantons, comme le prévoierait la Constitution. Dans ce contexte, l'ensemble du projet devrait être renvoyé pour une révision en profondeur.

Pour **Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG et Gesundheitszentrum Fricktal AG**, le présent projet se concentre unilatéralement sur la réduction des coûts et met en péril la qualité élevée des soins en Suisse. Les expériences tirées de la crise du COVID-19 ont montré qu'à tous les niveaux, la Suisse n'était pas suffisamment préparée pour faire face à une telle pandémie et ont mis en lumière la vulnérabilité du système de santé suisse. Le système de santé, qui déjà dans des conditions normales, subit une énorme pression sur les coûts, ne disposerait de manière générale pas de réserves en personnel et en infrastructures suffisantes dans sa structure décentralisée. Le matériel de protection, ainsi que les produits thérapeutiques et médicaux ont partiellement manqué, ceci bien qu'en Suisse, la crise du COVID-19 n'ait (heureusement) pas pris autant d'ampleur que redouté. Dans ce contexte, une révision de l'OAMal visant à réduire les capacités du système hospitalier semble aujourd'hui totalement déplacée. Tant qu'il ne sera pas possible de tirer les conclusions de la pandémie de COVID-19, il faudrait demander de suspendre toute révision de la LAMal et de l'OAMal (moratoire). Dans ce contexte, l'ensemble du projet doit être renvoyé au DFI pour une révision en profondeur.

Pour le **CHUV, Insel Gruppe AG, Universitätsspital Basel et unimedsuisse**, l'introduction d'un benchmarking des coûts pour l'ensemble des fournisseurs de prestations (de la maison de naissance à l'hôpital universitaire) lié à un critère de référence fixé au 25^e percentile représente une menace existentielle pour la médecine universitaire en Suisse et donc, intrinsèquement, pour l'innovation médicale. Les hôpitaux universitaires en tant que fournisseurs de prestations à la fin de la chaîne de soins et en tant que piliers des soins hospitaliers, seraient les plus touchés par les conséquences négatives. La pandémie de coronavirus aurait mis en lumière l'importance des hôpitaux universitaires pour le système de santé suisse. Il aurait été démontré, aussi bien dans le cadre de l'expérience internationale des systèmes DRG que dans la jurisprudence suisse concernant SwissDRG, qu'une structure tarifaire basée sur des forfaits par cas présenterait des limites en matière de représentation propres au système et ne pourrait pas représenter de manière satisfaisante les prestations supplémentaires des hôpitaux universitaires en tant que fournisseurs au bout de la chaîne de soins notamment. Le Tribunal administratif fédéral aurait constaté (ATAF 2014/36, consid. 22.7, traduction du texte original allemand) : « Dans le cadre d'une approche DRG interne, les hôpitaux faisant office de fournisseurs au bout de la chaîne de soins, qui traitent un nombre disproportionné de cas plus complexes, sont, en cas de prix de base uniformes, désavantagés par rapport aux hôpitaux qui orientent leurs traitements vers les cas profitables (prestations sélectives). En augmentant la différenciation de la structure tarifaire et en uniformisant le DRG, la problématique peut être freinée, mais pas résolue. Elle découle directement du système de forfait et du fait que les hôpitaux, dans la chaîne de soins médicaux, remplissent différentes fonctions. La détermination de prix de base différenciés comme correction de cet effet ne représente donc pas une atteinte à la structure tarifaire qui serait contraire au système. » Depuis l'introduction du

modèle SwissDRG en 2012, des améliorations du système auraient continuellement été apportées afin d'obtenir une meilleure différenciation des prestations. Le développement se heurterait cependant de plus en plus aux limites en matière de représentation propres au système. Ainsi, les hôpitaux universitaires seraient, avec tout juste 92,8 % de couverture des coûts, clairement sous-financés (près de 220 millions de francs), selon les calculs de SwissDRG AG appliquant un prix de base unifié au niveau suisse de 10 745 CHF, sur la base de la version 10.0 de SwissDRG applicable pour l'année tarifaire 2021 (données basées sur la séance d'information de SwissDRG AG du 30 avril 2020). Si le prix de base réel des hôpitaux universitaires, qui aujourd'hui se trouverait proche du prix de base correct du système, devait être équivalent ou inférieur à la moyenne du prix de base de tous les hôpitaux, des pertes structurelles de plus d'un demi-milliard de francs par an seraient attendues. Une détermination des tarifs qui se base sur un benchmarking national de tous les hôpitaux et prévoit l'application de coûts supplémentaires et de réductions, forcerait les hôpitaux faisant office de fournisseurs au bout de la chaîne de soins à prendre seuls la responsabilité de prouver par le biais de données les lacunes de représentation de la structure tarifaire SwissDRG, une tâche que même SwissDRG AG aurait jusqu'à présent considérée comme irréalisable. Les hôpitaux universitaires auraient créé un modèle basé sur des données qui permettrait d'expliquer et de quantifier les différences de coûts entre les hôpitaux justifiées par les prestations (voir l'étude de Widmer, Spika et Telser sur <https://www.usz.ch/fuer-mehr-chancengleichheit-in-der-spitalfinanzierung/>). A ce jour, ce modèle n'aurait reçu aucun soutien de la part des assureurs-maladie. Même si entre-temps, les assureurs-maladie de tarifsuisse et de la communauté d'achat HSK auraient également entamé des réflexions concernant l'élaboration de potentiels modèles pour une différenciation du prix de base, il serait à prévoir qu'aucun modèle reconnu par toutes les parties ne serait disponible dans un délai proche. Pour la Commission fédérale des tarifs médicaux (CTM), le principe d'un prix de base plus élevé pour les cinq gros hôpitaux en leur qualité de fournisseurs au bout de la chaîne de soins en Suisse serait incontestable, comme les expériences des dernières années l'illustreraient très clairement. Même dans les pays dont le nombre de cas correspondants est multiplié par rapport à celui de la Suisse (par ex. l'Allemagne), le système forfaitaire DRG ne serait pas en mesure de refléter correctement les particularités des grands hôpitaux en tant que fournisseurs au bout de la chaîne de soins et de calculer des pondérations de coûts statistiquement fiables et équitables. Pour cette raison, les pays ayant davantage d'expérience avec le système DRG auraient introduit des solutions de remplacement. Des solutions complémentaires au système DRG, telles que des rémunérations indépendantes ou des paiements supplémentaires pour certains groupes de patients ou hôpitaux, auraient également déjà été mises en œuvre depuis longtemps (cf. Stephani V. et al. (2020), *Vergütung von spezialisierten, seltenen und kostenvariablen Fällen außerhalb des DRG-Systems: Erfahrungen aus Deutschland, Dänemark, England, Estland, Frankreich und den USA*. In: Klauber J. et al. (eds), *Krankenhaus-Report 2020*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_4). Afin d'éviter un sous-financement chronique des hôpitaux universitaires par la LAMal, il ne faudrait pas appliquer un benchmarking, tel qu'il est prescrit par le Tribunal administratif fédéral, pour tout hôpital suisse. Par ailleurs, les hôpitaux universitaires seraient pleinement engagés dans un benchmarking entre eux. La pression sur le développement des coûts et les incitations à adopter des comportements efficaces seraient donc considérées comme déjà suffisantes et conformes à la législation.

diespitaeler.be et **VNS** rejettent le projet pour les raisons suivantes : le projet a pour but premier une réduction de la densité des hôpitaux au niveau suisse et ainsi une maîtrise des coûts espérée à hauteur de 250 millions de francs dans le domaine de l'AOS. Le processus de concentration et de rationalisation aurait connu une forte accélération, lors de l'introduction du nouveau financement des hôpitaux en 2012 au plus tard, et ne nécessiterait pas de nouvelles interventions de la Confédération, encore moins au niveau de l'ordonnance. Le projet débattu ici aurait des répercussions substantielles sur la situation financière des hôpitaux de soins

aigus, des cliniques psychiatriques et des cliniques de réadaptation. Selon les estimations de H+, plus de 100 hôpitaux actifs dans les soins de bases seraient menés à la faillite (cf. nouvelle étude de Polynomics à ce sujet). Les pertes financières, évaluées pour les hôpitaux à 1,2 milliard de francs, seraient largement dépassées. Ceci engendrerait des répercussions sur la qualité et la sécurité des patients, et mettrait donc les soins en péril, notamment dans les régions périphériques. Le critère d'efficience doit être fixé de telle sorte qu'il puisse conduire à l'élimination des fournisseurs de prestations inefficaces, mais qu'il ne nuise pas à la viabilité financière des hôpitaux qui supportent la charge principale de la sécurité d'approvisionnement. Le choix du 25^e percentile contrevient à ce principe dans toute la Suisse. En cas de sous-financement des hôpitaux, les cantons, voire les communes, devraient prendre des mesures pour garantir la sécurité de l'approvisionnement, par le biais de subventions contraires au système, mais qui seraient devenues inévitables pour des raisons politiques. L'étude actuelle de Polynomics concernant le choix du percentile examine les répercussions sur les hôpitaux d'une valeur fixée au 25^e percentile. Les hôpitaux sont confrontés de manière croissante à un déficit massif en raison de la tendance à la baisse des tarifs. Une simulation avec une valeur fixée au 25^e percentile montre qu'après 7 ans déjà, tous les hôpitaux universitaires et de nombreux hôpitaux de soins de base régionaux auraient utilisé l'entièreté de leur capital propre pour éponger les déficits qui découleraient de la mesure et auraient, d'un point de vue économique, disparu du marché. Le sous-financement en raison d'un prix de base qui ne cesse de baisser continuerait pour tous les hôpitaux à prendre de l'ampleur au cours des ans, laisserait des trous de plusieurs milliards de francs et, d'un point de vue économique, éliminerait de nombreux hôpitaux du marché. La procédure de benchmarking appliquée présente de graves manquements. Il s'avère que des institutions telles que les maisons de naissance, les hôpitaux sans service des urgences et/ou unité de soins intensifs ainsi que les cliniques spécialisées fournissant une offre de prestations sélective, avec leurs structures de coûts simples, ne pourraient pas être comparés avec les institutions entièrement équipées dans le domaine des soins somatiques aigus, de la psychiatrie ou de la réadaptation, sans parler des hôpitaux universitaires. Ce sont pourtant justement ces premières institutions, dont les coûts structurels sont faibles, qui sont surreprésentées jusqu'au 25^e percentile et faussent l'aperçu général. Cette surreprésentation des institutions peu coûteuses devrait impérativement être prise en considération dans le cadre d'un choix adapté du percentile. Une procédure de benchmarking au niveau national sur un marché régulé devrait prendre en considération notamment les coûts salariaux et d'implantation, qui varient selon les cantons. Ces coûts étant très divers, la procédure de benchmarking actuelle consisterait à comparer des pommes et des poires. Malgré les répercussions de toute évidence substantielle de la mise en œuvre de la présente révision de l'OAMal pour le paysage hospitalier et le paysage des soins en Suisse, le fait que le Conseil fédéral ne se base à première vue sur aucune donnée et ait renoncé à une évaluation complète des conséquences de la réglementation pour ce projet éveille de la défiance. La révision proposée de l'OAMal I anticipe des dispositions notamment de l'initiative sur les soins infirmiers, mais également du 1^{er} et 2^e volet de mesures, qui sont encore en suspens dans le cadre du processus législatif. Il ne serait pas acceptable que le processus de législation soit sapé par une ordonnance avant d'être conclu par la voie ordinaire. Les organisations critiquent notamment le fait que le Conseil fédéral intervienne dans le domaine des clés de répartitions entre les cantons et l'AOS à un moment où, avec le financement uniforme des soins stationnaires et ambulatoires (EFAS), un grand projet qui se situe justement au cœur de la répartition future de la charge financière est déjà débattu. Le projet donne aux assureurs-maladie le droit exclusif de fixer la valeur de référence des coûts comme base pour la détermination des tarifs, bien que les assureurs ne soient pas responsables fournir les soins. Le calcul d'une valeur de référence nationale incombe à la Confédération et aux cantons, mais devrait dans l'idéal être effectué par un organe externe et neutre. Le projet reste trop vague à ce propos. Cette révision aurait pourtant été l'occasion d'édicter des prescriptions basées sur des données scientifiques pour établir une valeur de référence uniforme au niveau national. Pour le benchmarking, la

valeur de référence devrait être fixée au niveau de l'ordonnance au 25^e percentile dès l'année tarifaire 2023. Ce faisant, la Confédération reprendrait l'ancienne valeur de référence des assureurs AOS, qui n'était pourtant pas adaptée. Ce critère d'efficacité serait inacceptable, irait à l'encontre du principe de primauté des négociations défini entre les hôpitaux et les assureurs et nuirait à leur légitimité. En outre, un benchmarking basé sur le nombre d'hôpitaux engendre des distorsions et des inégalités. Afin d'obtenir des résultats corrects, il faudrait procéder à une pondération des cas. Le critère d'efficacité devrait être maintenu au 40^e percentile, voire être fixé plus haut. À l'heure actuelle, le financement durable des institutions de soins et essentielles au système n'est déjà pas garanti avec une valeur au 40^e percentile. L'expérience liée au COVID-19 a montré que la Suisse, à différents niveaux, était trop peu préparée à faire face à une pandémie de la sorte, et à quelle vitesse notre système de santé, qui fonctionne très bien, atteignait ses propres limites. Heureusement, lors de la première vague, nous avons été confrontés à un scénario relativement clément : la situation aurait pu être bien pire. À l'heure actuelle, la situation liée au COVID-19 et une potentielle 2^e vague reste très floue. Compte tenu des expériences faites avec le COVID-19, ce projet d'ordonnance ne va pas dans le sens des dernières connaissances en matière de politique sanitaire (nécessité de prestations de mise à disposition et de réserves de capacités). Pour les raisons susmentionnées, le projet n'est pas adapté au paysage hospitalier et est trop peu réfléchi. **diespitaeler.be** demande en conséquence que le Conseil fédéral retire ce projet d'ordonnance et ne poursuive pas la révision de l'ordonnance sous cette forme. Les demandes justifiées et propositions d'optimisation devraient être retravaillées dans le cadre d'une procédure législative ordinaire et intégrées à une révision de la LAMal, au mieux dans le cadre des 1^{er} et 2^e volets de mesures (avec délai référendaire).

Sur le principe, **Hirslanden AG** est favorable à une révision de l'OAMal en lien avec la mise en œuvre de l'art. 39, al. 2, LAMal. Une précision de l'OAMal réglementant les critères de calcul de la valeur de référence développés par la jurisprudence simplifierait les processus et encouragerait la sécurité juridique. Toutefois, Hirslanden rejette le présent projet de révision de l'OAMal pour les raisons suivantes : le motif de la présente révision serait en grande partie d'obtenir une réduction supplémentaire des coûts à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, sans pour autant avoir réalisé une évaluation fondée des répercussions. Le projet d'ordonnance violerait également sur plusieurs aspects les dispositions légales actuelles. Avec l'exigence d'une référence au maximum au 25^e percentile, le Conseil fédéral ne porte pas seulement atteinte à l'autonomie tarifaire des parties, mais limite également de manière disproportionnée leur marge de manœuvre en matière de négociations. Avec cette limitation, les hôpitaux perdraient chaque année 1,2 milliard de francs, et comme l'expertise de Polynomics du 4 juin 2020 le démontre, en raison des nouvelles dispositions, les fournisseurs de prestations ne seraient plus en mesure de survivre. Ces pertes financières des hôpitaux se répercuteraient sur la qualité et la sécurité des prestations fournies, car en l'absence de gains d'efficacité, même les hôpitaux efficaces devraient, à long terme, se battre pour leur survie. Car quel hôpital pourrait-il encore se permettre de réaliser des investissements ? Cela aurait pour conséquence non seulement le vieillissement des infrastructures, mais également l'abandon de traitements non rentables ; la sécurité des soins ne serait donc plus garantie en Suisse.

Universitätsspital Basel cite l'étude de Polynomics concernant les répercussions du choix du percentile dans le cadre du benchmarking hospitalier (*Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking*, Dr Barbara Fischer, Marc Bill, Dr Beatrice Mäder, Dr Harry Telser), datée du 4 juin 2020 : « Le choix du percentile est l'élément décisif pour le financement du système. Si la valeur de référence est fixée au 25^e percentile, un déficit de 600 millions à 1 milliard de francs, selon la pondération appliquée, sera engendré au cours de l'année tarifaire correspondante. En d'autres termes, les recettes des forfaits par cas ne suffisent largement

pas à couvrir les coûts des hôpitaux soumis au système DRG. Si aucune pondération en fonction de la taille de l'hôpital n'est effectuée, le déficit sera alors maximal. Dans ce cas-là, 75 % des hôpitaux au 25^e percentile seront touchés par un déficit, alors que ces établissements soignent à eux seuls 87 % de l'ensemble des patients. Les quelques hôpitaux faisant état d'un excédent de couverture sont en grande majorité des cliniques spécialisées. Nos analyses montrent également qu'en présence d'un percentile peu élevé, les hôpitaux disposant de caractéristiques spécifiques inférieures à la valeur de référence sont systématiquement sous- ou surreprésentés. [...] Nous montrons, dans le cadre d'une simulation simple, que le choix d'une valeur au 25^e percentile conduira, en l'espace de quelques années, la majorité des hôpitaux à épuiser leur capital propre en raison des pertes accumulées et à se retirer du marché dans le cas où ils n'obtiendraient pas de moyens supplémentaires (subventions, dons) ou de nouveau capitaux de la part des propriétaires. » (traduction du texte original en allemand). Décrire l'ensemble des hôpitaux qui traitent 87 % des patients comme « non rentables » (car pas dans le 25^e percentile) serait perçu comme un affront. Le ratio contenu dans une telle révision est donc considéré comme contre-productif. La question suivante se pose : comment un tel benchmarking et en particulier le choix d'un percentile peu élevé se répercuterait-il à long terme sur les finances des différents hôpitaux et le domaine des soins ? Depuis l'introduction de SwissDRG, les hôpitaux souffrent du manque de précision du système en matière de représentation. Dans un contexte présentant un nombre de cas statistiquement pertinents peu important, cela est compréhensible ; il s'agit toutefois d'un problème réel pour lequel des solutions durables font encore défaut. La lutte pour la survie des hôpitaux fournissant une prise en charge maximale de soins dans le système conduira à une vague de nouvelles procédures judiciaires (au niveau fédéral) pour justifier les lacunes de représentation évidentes en matière de prix de base plus élevés. Cette modification de l'ordonnance irréfléchie ne résoudrait pas le problème dans le système DRG, mais au contraire l'accentuerait ; au lieu de trouver des solutions durables, les hôpitaux fournissant une prise en charge maximale et les tribunaux seraient occupés par de longues procédures juridiques complexes. On constate une prise en considération unilatérale des demandes des assureurs-maladie. Aucune solution pour contribuer à améliorer l'exactitude de la représentation et de la rémunération n'est proposée. Les coûts des hôpitaux fournissant une prise en charge maximale sont plus élevés que le 25^e percentile des hôpitaux pour de bonnes raisons. Il incomberait au prestataire de services tarifaires (SwissDRG AG) d'identifier ces raisons et de proposer des rémunérations en conséquence. Suffisamment d'études comme celle de Polynomics ont aujourd'hui mis en évidence les problèmes systématiques. Au lieu de prendre en considération ces problèmes et d'y trouver une solution dans le système tarifaire, on les transfère aux tribunaux, car il n'est pas certain que les assureurs-maladie acceptent et paient sans discussion des prix supérieurs au 25^e percentile. Le fait qu'il a été déclaré que 75 % des hôpitaux, dont les hôpitaux universitaires et tous les hôpitaux fournissant une prise en charge maximale, ne sont « pas rentables » parce qu'ils opèrent en dessous du 25^e percentile, donne à réfléchir. Cette déclaration témoigne d'une compréhension inquiétante de notre système de santé, qui a pourtant justement prouvé son bon fonctionnement lors de la pandémie, notamment dans les hôpitaux universitaires.

Selon **PKS**, la consolidation du paysage hospitalier, apparemment souhaitée par le Conseil fédéral d'un point de vue politique uniquement, serait en marche. Jusqu'à présent, le législateur (avec la révision du financement hospitalier dès 2012) avait certes explicitement créé une base légale pour la concurrence des fournisseurs de prestations en matière de qualité, mais n'avait jamais édicté d'exigences selon lesquelles seul un certain nombre de fournisseurs de prestations dans toute la Suisse ou dans une région donnée pouvaient être actifs ou, le cas échéant, une réduction de leur nombre devait être visée. Il semble présomptueux et pourrait être contraire à la loi que le Conseil fédéral prenne aujourd'hui une telle décision stratégique

fondamentale sans consulter le Parlement. Par ailleurs, au vu du déplacement forcé de prestations auparavant stationnaires vers le domaine ambulatoire et des conditions tarifaires qui, déjà aujourd'hui, ne couvrent plus les coûts en raison des coupes linéaires de la Confédération, une réduction et une consolidation du paysage hospitalier sont déjà enclenchées. Il conviendrait uniquement de s'assurer que les mesures de maintien des structures financées par de l'argent public (au-delà des règles actuelles de la LAMal) soient interdites afin de garantir une concurrence équitable. L'élargissement de l'application de la valeur de référence à tous les fournisseurs de prestations signifierait que cette valeur serait notablement réduite. Avec une limitation des écarts à la marge très restreinte du 25^e percentile (qui a déjà été qualifiée par le Tribunal fédéral de « critère d'efficacité largement faussé »), des hôpitaux ayant des coûts fixes relativement élevés (par ex. établissements spécialisés ou de petite taille) seraient évincés du marché. Le projet mettrait en péril jusqu'à 120 hôpitaux et cliniques. Les négociations tarifaires entre hôpitaux et assureurs ainsi que la validation tarifaire par les cantons seraient ainsi massivement dévaluées et perdraient toute légitimité. Ici aussi, la règle veut qu'une modification aussi substantielle des conditions-cadres économiques pour les hôpitaux ne puisse en aucun cas être légiférée sans l'accord du Parlement. Au total, il manquerait chaque année près de 1,2 milliard de francs pour le financement hospitalier. Ce manque s'ajouterait aux pertes substantielles déjà causées par l'interdiction de traitement des hôpitaux et les coûts supplémentaires pour les mesures de protection pour les patients et le personnel pendant la crise du coronavirus. Il est évident que le secteur public protégerait les hôpitaux publics de la faillite par le biais de subventions directes, d'une couverture du déficit ainsi que d'un élargissement massif des services publics. De la sorte, la concurrence prescrite par le législateur en tenant compte des fournisseurs de prestations privés serait une fois de plus torpillée et les règles du jeu deviendraient encore plus inégales. La présente révision n'aborderait pas la thématique des véritables facteurs de coûts du système de santé : le traitement de faveur des hôpitaux cantonaux (surcapacités), y compris les prestations d'intérêt général pesant des milliards (inefficacité), qui profiteraient presque exclusivement aux hôpitaux en mains publiques, n'a pas été abordé. **PKS** demande donc le retrait du projet de révision.

Selon **VNS**, le présent projet de révision a pour but d'uniformiser la détermination des tarifs pour les hôpitaux, les cliniques et les établissements de soins et de l'adapter à la jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral. **VNS** se déclare favorable au principe d'une harmonisation des critères. Toutefois, l'organisation se montre critique en particulier quant au fait que le projet prenne en compte de manière unilatérale les intérêts des assureurs maladie. Avec son critère très strict de l'efficacité, le projet vise clairement à réduire les coûts de l'AOS et à rationaliser le paysage hospitalier. Une centaine d'hôpitaux vont ainsi être poussés à la faillite, ce qui compromettrait largement les soins, mais aussi la sécurité des patients et la qualité. Plutôt que de créer de nouvelles obligations et réglementations détaillées, il serait préférable d'examiner de manière approfondie le rôle que joue chaque acteur dans le système de santé. En outre, en adoptant une approche basée sur les ressources, on pourrait davantage examiner ce qui fonctionne bien dans le système de santé afin de déterminer les domaines dans lesquels des synergies entre les différents acteurs pourraient être développées (par ex. en supprimant l'exigence inutile d'une attestation OCP). Toutefois, il ne faudrait pas que les fournisseurs de prestations, en leur qualité d'entreprises dont la vocation politique est d'être exposées à la concurrence, se voient imposer de nouvelles réglementations opérationnelles nationales détaillées. Cela dénote une grande méfiance à l'égard des hôpitaux, qui disposent pourtant d'une expertise en la matière. **VNS** rejette le projet pour les raisons suivantes. Une étude récente de Polynomics portant sur la détermination du percentile a examiné l'impact du 25^e percentile sur les hôpitaux. Ceux-ci devraient faire face de plus en plus souvent à d'énormes déficits dus au nivellement des tarifs vers le bas. Une simulation de l'introduction du 25^e percentile montre qu'après seulement 7 ans, tous les hôpitaux universitaires auront épuisé leurs fonds propres pour combler les déficits consécutifs et auront donc disparu. Le sous-financement dû à la baisse du prix de base augmenterait régulièrement au fil des ans

pour tous les hôpitaux, laissant un trou d'un milliard de francs et forçant de nombreux hôpitaux à fermer (leurs portes).

BEKAG, SBV et VLSS demandent que les dispositions de l'art. 59c^{bis} de l'OAMal soient supprimées sans être remplacées. Ils considèrent qu'une valeur de référence fixée au 25^e percentile est absolument intenable. Ils estiment en outre que les économies réalisées sur la valeur de référence dépassent largement les 500 millions de francs suisses, au lieu des 200 à 250 millions estimés. En conséquence, de nombreux hôpitaux devraient fermer, à moins que le canton ne les maintienne artificiellement en vie, ce qui s'opposerait diamétralement au système de financement des prestations inscrit dans la LAMal. Selon la loi, une certaine autonomie contractuelle règne entre les partenaires tarifaires. En parallèle, des gains en efficacité devraient et doivent rester possibles. La réglementation proposée, cependant, ne le permettrait que pour les hôpitaux qui se situent en dessous du 25^e percentile. Les hôpitaux au-dessus du 25^e percentile peuvent quant à eux, dans le meilleur des cas, couvrir leurs propres coûts, mais seulement si l'hôpital en question peut prouver que les suppléments appliqués à la valeur de référence sont justifiés. Du point de vue des assureurs maladie, il n'y aurait donc plus de raison de conclure des conventions tarifaires. En outre, le degré de détail de cette disposition est extrêmement élevé pour un tarif laissé à la discrétion des partenaires tarifaires, ce qui ne correspond pas à l'intention du législateur. Selon ces organisations, cette réglementation rigide prive également les cantons de leur pouvoir discrétionnaire en matière d'approbation des tarifs. La réglementation proposée contrevient à l'autonomie tarifaire définie par les art. 46, al. 1 et 49, al. 1 de la LAMal, au droit à un tarif approprié conformément à l'art. 43, al. 6 de la LAMal et à l'autonomie des cantons pour l'approbation des tarifs selon l'art. 46, al. 4 de la LAMal. Par analogie avec l'art. 59c^{bis} de l'OAMal passé ici en revue, l'art. 59c de l'OAMal, qui n'est déjà pas conforme à la loi, devrait également être révisé de toute urgence. Cette révision devrait aller exactement dans la direction opposée à celle envisagée par le DFI et l'OFSP. SBV souligne également que de nombreux hôpitaux ont déjà aujourd'hui de la peine à rester rentables. La nature problématique du régime actuel a été démontrée récemment, puisque pratiquement aucun hôpital ne disposait de stocks suffisants de matériel de protection, lequel n'est pas nécessaire en temps normal.

Selon **Dakomed, UNION et Verein integrative-kliniken.ch**, le critère de l'efficience basé sur le 25^e percentile est contraire à l'art. 49, al. 1 de la LAMal, qui prescrit des prix équitables pour des hôpitaux raisonnablement efficaces. Le critère d'efficacité devrait être basé sur un hôpital dans la moyenne offrant des services dans la moyenne. Si le critère du 25^e percentile était appliqué, cela aurait de graves conséquences. Selon Dakomed, UNION et l'association integrative-kliniken.ch, il deviendra encore plus difficile d'offrir des prestations durables telles que celles proposées par les médecines complémentaires ; la qualité risquerait de diminuer si l'accent était mis uniquement sur la rentabilité ; les principes de l'autonomie tarifaire et du partenariat tarifaire seraient bafoués, tout comme le principe du financement dual-fixe. La proposition irait à l'encontre de la LAMal à plusieurs égards et aurait même un caractère législatif. Les enseignements relatifs aux soins hospitaliers et aux prestations de réserve n'auraient pas été inclus, car la proposition aurait été rédigée avant la crise du coronavirus. Dakomed, UNION et l'association integrative-kliniken.ch considèrent également comme problématique le fait que les répercussions de l'ordonnance n'aient pas été examinées au préalable alors qu'elles bouleverseraient la structure hospitalière de telle façon que ces changements ne devraient pas découler d'une modification de l'ordonnance, mais d'une discussion parlementaire. Ils s'opposent à l'art. 59c tel qu'il est proposé et demandent sa suppression sans remplacement. La proposition interférerait avec le partenariat tarifaire ancré dans la loi et restreindrait massivement le champ d'action des fournisseurs de prestations et des agents payeurs dans la fixation des tarifs. En outre, les dispositions seraient actuellement discutées au Parlement dans le cadre du 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Les exigences de cet article représenteraient une ingérence envers le partenariat tarifaire défini

par la loi et limiteraient massivement le champ d'action des fournisseurs de prestations et des agents payeurs. En outre, il contiendrait des dispositions qui proviendraient apparemment du 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts qui est actuellement discuté au Parlement. Le processus législatif et l'élaboration de bases juridiques au niveau de la loi primeraient sur une réglementation.

Selon la **FMH**, le niveau de détail du benchmarking prévu par l'art. 59c^{bis} pour la fixation des tarifs restreint trop l'autonomie tarifaire et la marge d'appréciation des cantons. La détermination très stricte de la valeur de référence au 25^e percentile serait critiquable d'un point de vue méthodologique. La méthode choisie serait discutable à plusieurs égards. D'une part, la valeur de référence serait uniquement déterminée sur la base du nombre d'hôpitaux et, d'autre part, aucune pondération ne serait effectuée en fonction du volume ou du degré de gravité des prestations. Cette situation donnerait, par exemple, un rôle disproportionné aux maisons de naissance dans la détermination de la valeur de référence. Celles-ci, en particulier, devraient être exclues du collectif de comparaison des hôpitaux de référence. La FMH estime qu'une pondération sans distorsion doit être appliquée, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être basée sur le nombre de fournisseurs de prestations et que le benchmarking doit être élaboré conjointement par les partenaires tarifaires. En outre, la réglementation proposée n'inciterait plus les fournisseurs de prestations à investir dans des mesures visant à améliorer leur efficacité, mais plutôt dans la documentation des coûts plus élevés. La FMH demande que la disposition de l'art. 59c^{bis} soit supprimée sans être remplacée (à l'exception de l'al. 5, let. b) et propose également un complément à l'art. 59c, al. 1, let. c, qui préciserait qu'un changement de modèle tarifaire ne doit entraîner ni surcoût ni réduction des coûts. La neutralité des coûts, telle qu'elle est stipulée par le Conseil fédéral dans le texte d'ordonnance actuel pour le changement de modèle tarifaire, ne s'appliquerait qu'unilatéralement, du moins selon la formulation actuelle, c'est-à-dire qu'aucun coût supplémentaire ne peut être généré. Toutefois, une véritable neutralité des coûts ne permettrait pas non plus de réduire les coûts.

RehaClinic AG déclare que l'art. 59c OAMal interdit aux établissements de santé de faire des bénéfices. Or, sans bénéfice, aucun établissement ne pourrait se développer et financer les investissements nécessaires aux rénovations et remplacements. Les innovations seraient également freinées. En ce qui concerne l'art. 59c^{bis}, RehaClinic AG est généralement d'avis qu'une comparaison à l'échelle nationale dans le domaine de la réadaptation est totalement irréaliste, car il n'existerait pas de conception uniforme de la « réadaptation ». Des groupes de prestations très différents seraient définis et ceux-ci, bien qu'ayant la même désignation, ne seraient pas comparables. Par exemple, les patients âgés en réadaptation seraient enregistrés comme des cas gériatriques dans certains cantons, tandis que ce groupe de prestations ne serait pas connu dans d'autres cantons. En réadaptation neurologique, on utiliserait des taux mixtes et des taux différenciés selon la gravité des cas.

SGAIM est d'avis que certains aspects de la structure tarifaire prévue sont problématiques et ne suivent plus l'esprit de la LAMal. Elle rejette l'art. 59c sous la forme proposée. Elle est consciente de la nécessité d'exploiter le potentiel d'économies, mais rejette les systèmes d'incitation inappropriés. Les modifications actuelles de l'ordonnance reposeraient en grande partie sur le principe de la réduction des coûts, ce qui aurait un impact négatif considérable sur le financement des hôpitaux et compromettrait donc leur santé financière. Les directives du Conseil fédéral auraient un impact sérieux et inéluctable sur la situation financière des hôpitaux, et donc sur les soins en Suisse. Les cas complexes et polymorbides, en particulier, seraient déjà désavantagés sur le plan économique dans le système tarifaire actuel SwissDRG. En temps de crise, les systèmes de santé dont la priorité absolue est la baisse des coûts atteindraient beaucoup plus rapidement la limite de leurs capacités et ne seraient pas toujours en mesure de remplir pleinement leur mandat de prise en charge. En outre, de l'avis de SGAIM,

l'établissement d'un benchmark séparé pour les fournisseurs de soins spéciaux a fait ses preuves par le passé ; en effet la structure tarifaire ne permettrait toujours pas de garantir une représentation appropriée de ces hôpitaux si l'on se cantonne à un taux de base uniforme. Ce dernier point serait confirmé par le système SwissDRG lui-même. Le système ne serait pas encore suffisamment différencié pour permettre l'introduction d'un taux de base uniforme.

Selon **SGPath**, la combinaison des dispositions des points a, b et c de l'art. 59c, al.1, empêche la perception de rentrées financières destinées à l'investissement et au développement médical. À l'art. 59c, al. 1, let. a, il conviendrait de préciser que le tarif tient compte de toutes les prestations devant être fournies en vertu des exigences légales. Bien que le tarif doive présenter les coûts de manière la plus transparente possible, il devrait toutefois inclure les prestations qui doivent être fournies pour se conformer aux exigences légales (par ex. les transmissions de données aux registres des tumeurs, etc.) et ne pourrait les rejeter. SGPath propose également de compléter l'art. 59c, al. 1, let. b en ajoutant que le tarif doit garantir le développement des soins médicaux en Suisse. Pour justifier cela, elle indique que des innovations doivent être possibles, sinon une modification correspondante de la réglementation serait nécessaire. Étant donné qu'une modification du modèle tarifaire entraînerait par principe et nécessairement des coûts supplémentaires élevés pour former le personnel, acquérir et adapter les systèmes de facturation et de saisie des prestations, adapter les interfaces informatiques (etc.) et que par conséquent, l'objectif d'éviter les coûts supplémentaires ne pourrait pas être atteint, elle propose de supprimer sans remplacement l'art. 59c, al.1, let. c. Elle propose également l'ajout d'une lettre d, stipulant que le tarif doit être calculé de manière à garantir le développement médical au profit de la population résidant en Suisse.

Swiss orthopaedics constate qu'en établissant des principes de tarification, la Confédération cherche à contrôler la fixation des prix. Elle considère qu'il s'agit là d'une rupture importante par rapport à la forme de négociation précédente, fondée sur des partenariats tarifaires soumis à l'approbation du Conseil fédéral quant à la structure à mettre en place. Vouloir légaliser cette transformation dans le cadre d'une consultation et dans l'urgence lui semble plutôt discutable d'un point de vue constitutionnel. Une comparaison avec d'autres pays montrerait qu'une politique de planification hospitalière et d'admission purement axée sur les coûts conduirait toujours à une détérioration de l'accessibilité aux prestations médicales et, dans certains cas, à un renforcement de la médecine à deux vitesses. Les conséquences en seraient supportées non seulement par les institutions, dont certaines se trouveraient déjà dans une situation économique tendue, mais aussi par les patients et les contribuables, qui devraient financer les déficits (supplémentaires) du secteur public. Il conviendrait de garder à l'esprit que toutes les formes d'application de normes et de mécanismes de contrôle génèreraient un surcroît de travail administratif et entraîneraient également des coûts supplémentaires.

Organisations du système de santé – Assureurs

curafutura rejette catégoriquement les déductions et les suppléments sur la valeur de référence prévus par la modification de l'ordonnance, car ils porteraient atteinte à l'autonomie tarifaire ancrée dans l'AOS. Les exigences « mécaniques » excessivement détaillées limiteraient massivement les possibilités de différenciation du prix et de négociations spécifiques aux hôpitaux. L'inclusion définitive du 25^e percentile comme valeur de référence dans l'OAMal est une condition *sine qua non* à l'acceptation par curafutura de la réglementation prévue dans le domaine de la détermination de la valeur de référence. Le choix d'un percentile bas comme critère d'efficience pour le calcul de la valeur de référence serait nécessaire pour créer une incitation à évaluer les prestations de manière efficace et pour éviter une croissance indésirable des capacités dans le secteur hospitalier. Face à la concurrence naturellement faible sur

le marché de la santé, cette solution créerait l'incitation nécessaire à une fourniture de services efficace, à l'optimisation des processus et au renforcement des coopérations, tout en réduisant les surcapacités dans le domaine stationnaire, ce qui serait nécessaire et urgent.

HSK accueille très favorablement les changements proposés dans le domaine de la détermination des tarifs. Ceux-ci correspondraient largement à sa pratique actuelle. Depuis l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG en 2012, elle a procédé à un benchmarking et a depuis progressivement réduit son propre critère d'efficacité au-dessous du 40^e percentile. À partir de l'année tarifaire 2019, le seuil d'efficacité aurait été abaissé au 25^e percentile. En ce qui concerne TARPSY, actuellement en phase d'introduction, HSK a fixé le percentile actuel à 40 %, comme l'année précédente, par analogie avec la phase d'introduction de SwissDRG. Elle réduira également successivement le percentile dans ce domaine. La transparence serait d'une grande importance pour garantir l'efficacité du benchmarking et du calcul des tarifs. D'une part, pour le calcul des tarifs et le benchmarking, car les communautés d'achat ou les assureurs sont tenus de prendre en compte les coûts par cas ou les coûts journaliers de tous les fournisseurs de prestations en Suisse, qui peuvent être utilisés à cette fin conformément à l'art. 59c^{bis}, al. 1, let. a. Selon l'OCP, tous les hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux sont tenus de fournir les données correspondantes. Cela s'appliquerait également aux autres fournisseurs de prestations pour autant qu'ils soient liés par une convention et qu'aucune négociation contractuelle ne soit en cours. Le refus de fournisseurs de prestations de fournir les données nécessaires au calcul du tarif devrait être suivi de conséquences. Afin de promouvoir la qualité et le développement continu des soins en Suisse, HSK soutient également l'introduction des suppléments et des déductions en fonction du résultat (*outcome-based pricing*). Pour cela, il faudrait toutefois garantir une transparence totale des données pertinentes.

Pour **KPT**, le projet actuel prévoit un calcul détaillé du prix et supprime le principe de la primauté des négociations entre partenaires tarifaires. Les exigences relatives au calcul des tarifs ne reposeraient sur aucune base juridique et il ne serait pas non plus indiqué, d'un point de vue logique, de reprendre les résultats au niveau de l'ordonnance. Les objectifs en matière de détermination des tarifs ne pourraient pas être assimilés aux comparaisons entre institutions prévues à l'art. 49, al. 8, LAMal ; une obligation qui ne serait toujours pas respectée par le Conseil fédéral. Finalement, pour KPT, l'hypothèse selon laquelle il existe un seuil de viabilité économique clairement déterminable n'est pas défendable. La détermination des tarifs serait le cas échéant certes plus simple, mais uniquement à condition de considérer le caractère économique au cas par cas. Par ailleurs, KPT craint que la clarification des nombreux suppléments et déductions qui s'avéreraient désormais nécessaires n'entraîne une nouvelle vague de procédures de détermination, sans engendrer de bénéfice notable. Les dispositions relatives au calcul des tarifs ne seraient pas opportunes et devraient donc être supprimées. En lieu et place, la norme de formation des tarifs, telle que décrite à l'art. 59c de l'OAMal, doit être adaptée de manière simple et ciblée aux exigences actuelles.

Santésuisse salue l'harmonisation de la détermination des tarifs. Grâce à la modification prévue de l'ordonnance, la détermination des tarifs hospitaliers devrait se baser sur des critères uniformes dans toute la Suisse. Cela devrait se traduire par une fourniture de prestations plus efficace et plus rentable à long terme, tout en maintenant le même niveau de qualité, ainsi que par des économies considérables qui profiteront aux assurés. En ce qui concerne la réglementation du benchmarking, santésuisse salue l'utilisation maximale du 25^e percentile. Une valeur percentile plus élevée entraînerait des charges financières supplémentaires pour les assurés.

Autres organisations

SSR trouve inquiétant que le principe de l'assurance qualité ne soit toujours pas intégré à la formation des tarifs dans cette modification de l'ordonnance et que les caisses maladie doivent calculer le benchmark sur la base de leurs propres chiffres. Ce dernier point contreviendrait au principe d'équivalence entre les partenaires tarifaires et compliquerait le pouvoir d'appréciation des autorités d'approbation telles que les cantons et, subsidiairement, la Confédération. SSR rappelle qu'en principe, l'AOS ne peut avoir pour but de faire des bénéfices. Les autorités d'approbation devraient examiner si la convention tarifaire répond également aux exigences d'une stratégie éprouvée en matière de qualité et de sécurité. SSR demande diverses modifications de la formulation de l'art. 59c, al. 1, let. a à c de l'OAMal à cet égard.

SVBK rejette fermement les propositions de modification de l'ordonnance, car la plupart des réglementations proposées ne reposeraient sur aucune base légale, n'apporteraient aucun avantage supplémentaire, favoriseraient les incitations erronées et restreindraient les compétences cantonales ou mélangeraient les compétences respectives. Elles feraient également fi du principe constitutionnel de subsidiarité. SVBK propose de suspendre la révision.

5.2 Prises de position relatives à l'art. 59c

Cantons

BE note que dans le domaine du financement des hôpitaux, le benchmarking joue sans aucun doute un rôle central, par exemple pour la détermination des tarifs. En revanche, dans le domaine des soins stationnaires de longue durée, ce procédé n'est pas admissible dans le cadre de la détermination des coûts résiduels des soins selon le Tribunal fédéral. Comme l'indique l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 juillet 2018 (9C_446/2017), ce point ne serait pas compatible avec l'obligation de financement résiduel par les cantons prévue à l'art. 25a de la LAMal, lorsque les taxes maximales cantonales ne couvrent pas les coûts dans les cas individuels. Comme le caractère économique de la fourniture de prestations jouerait un rôle central et que les cantons devraient en tenir compte dans la planification des besoins en soins (art. 58b OAMal), le benchmarking devrait également être appliqué dans le cadre du financement des soins et de la détermination des coûts résiduels des soins. L'ordonnance devrait être adaptée en conséquence.

5.3 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 1

Cantons

Lettre a :

GR et **TG** demandent la suppression de la let. a, car cette formulation a été source de confusion par le passé (notamment lors de l'introduction de Swiss DRG). Le TAF aurait estimé dans son arrêt C-1698/2013 que les gains d'efficacité sont autorisés. Cela signifierait que le tarif pourrait également être plus élevé que les coûts indiqués de manière transparente par le fournisseur de prestations (c'est-à-dire l'hôpital).

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Selon **Swiss Nurse Leaders**, l'ensemble de l'art. 59c interfère avec la formation des tarifs par les différents partenaires. Il existerait à cet effet des partenariats tarifaires ancrés dans la loi.

Selon **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, l'ensemble de l'article interfère avec le partenariat tarifaire ancré dans la loi et restreint énormément la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations et des agents payeurs. Ce point contiendrait également des dispositions qui proviennent clairement du 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, mais qui seraient encore en traitement actuellement au sein de la CSSS-N. Une fois encore, il ne s'agirait pas de dispositions d'exécution relatives à des lois existantes, mais de dispositions d'ordonnance ayant un caractère législatif. En outre, l'art. 59c empêcherait les hôpitaux de saisir la possibilité de réaliser des gains pour ensuite financer des rénovations, des innovations et de nouvelles constructions.

Pour **Hirslanden AG**, l'ensemble de l'art. 59c empiète massivement sur le partenariat tarifaire prévu par la loi et réduit considérablement la marge de manœuvre des partenaires tarifaires. Les futures négociations tarifaires tourneraient davantage autour du contenu et du montant des suppléments et des déductions pour les hôpitaux après le benchmarking plutôt que de se concentrer sur le seuil d'efficacité. En outre, on ne peut pas partir du principe que la phase d'introduction du système tarifaire SwissDRG est déjà terminée. Les biais n'ont pas encore pu être corrigés (voir l'étude Polynomics de 2015 mandatée par l'USZ). Fixer la valeur de référence au 25^e percentile signifie que 75 % des fournisseurs de prestations sont jugés inefficaces. Il n'est pas possible de comprendre comment des hôpitaux efficaces proposant des traitements qualitativement élevés pourraient survivre avec un tel critère d'efficacité. Une telle disposition ouvrirait également la voie à une inégalité de traitement encore plus sérieuse entre les hôpitaux privés et publics : les hôpitaux publics pourraient recevoir un soutien financier par le biais des PIG. En outre, les infrastructures hospitalières pourraient être maintenues pour des raisons de politique régionale, tandis que les hôpitaux privés dépendent d'un critère d'efficacité qui permet également des gains d'efficacité. Par ailleurs, les dispositions actuelles permettraient aux cantons qui sont également propriétaires d'hôpitaux d'adapter à leur gré les exigences minimales par groupe de prestations à leur situation. L'al. 1 doit être complété par la jurisprudence actuelle sur les gains d'efficacité, de sorte que ces derniers restent également autorisés, comme l'a déjà confirmé à plusieurs reprises le Tribunal administratif fédéral.

L'**Universitätsspital Basel** demande la suppression de l'ensemble de l'art. 59c. Interférence dans le partenariat tarifaire et restriction considérable de la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations et des agents payeurs. Aucune possibilité de générer des bénéfices pour les rénovations ou les nouveaux bâtiments ainsi que pour les innovations.

Lettre a :

Selon **H+, diespitaeler.be** et **UPD**, cette disposition devrait être adaptée à la jurisprudence du TAF au lieu d'être reprise telle quelle de l'actuelle OAMal. En effet, cette formulation a entraîné une grande confusion par le passé, notamment lors de l'introduction de SwissDRG. Par la suite, le TAF a clarifié la situation dans son arrêt de principe C-1698/2013 LUKS. Ce ne sont pas les coûts individuels qui doivent être indemnisés, mais la valeur de référence. Ainsi, les gains d'efficacité sont autorisés, c'est-à-dire que le tarif peut également être supérieur aux coûts déclarés de manière transparente par le fournisseur de prestations (c'est-à-dire l'hôpital). Plutôt que de laisser cette disposition inchangée, il convient d'adopter sans réserve et de manière explicite le résultat de la décision du Tribunal fédéral. La restriction énoncée à l'al. 2 à l'égard des modèles de rémunération de type DRG n'a pas été formulée de manière suffisamment précise et ne suffit donc pas à enfin clarifier le contexte, même si le rapport explicatif fait correctement référence à C-1698/2013.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau demandent à ce que cette lettre soit supprimée. En effet, cette formulation a entraîné une

grande confusion par le passé (notamment lors de l'introduction de SwissDRG). Le TAF a ensuite précisé dans un jugement que les gains d'efficacité étaient autorisés. Ainsi, le tarif peut également être supérieur aux coûts déclarés de manière transparente par le fournisseur de prestations (c'est-à-dire l'hôpital).

5.4 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 2

Cantons

BE estime qu'il est logique que dans un modèle de rémunération de type DRG, c'est-à-dire le modèle appliqué dans le système SwissDRG, les principes énoncés à l'art. 59c, al. 1 se réfèrent au fournisseur de prestation qui constitue la référence en vertu de l'art. 59c^{bis}, al. 1. Le canton propose donc de remplacer la locution « de type DRG » par « de type SwissDRG ».

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

H+, diespitaeler.be et **UPD** préconisent un seuil d'efficacité pondéré. Cette pondération s'effectue au moyen de deux facteurs : 1) la gravité des cas et 2) le nombre de cas ou l'indice case mix. Cette exigence n'est que partiellement prise en compte dans cet alinéa si le benchmarking est effectué uniquement sur la base de valeurs de base liées au fournisseur de prestations avec un Cost Weight (CW) de 1. Cette solution permet de prendre en compte le degré de gravité, mais pas le volume des cas.

La **FMH** demande que l'art. 59c, al. 1, let. a soit supprimé et que les alinéas 1 et 2 de l'art. 59c soient fusionnés et complètement reformulés pour clarifier l'autorisation des gains d'efficacité.

L'**Universitätsklinik Balgrist** demande la suppression de cette disposition, pour les raisons suivantes : une telle disposition limiterait d'une part fortement le principe d'autonomie tarifaire, dans la mesure où le Conseil fédéral prescrirait un schéma de calcul et le niveau du percentile. D'autre part, le rôle des hôpitaux dans les négociations tarifaires serait grandement affaibli par le fait que les assureurs maladie procéderaient unilatéralement aux calculs de la valeur de référence. Fixer le critère d'efficacité au 25^e percentile n'est pas approprié, surtout si tous les hôpitaux (des petites cliniques spécialisées aux grands hôpitaux universitaires) sont inclus dans le benchmark. Un critère d'efficacité au 25^e percentile (en particulier s'il est pondéré en fonction du nombre d'hôpitaux) pour le benchmarking ne garantit pas le financement durable des hôpitaux, empêche les gains d'efficacité, entraîne à moyen terme la fermeture de nombreux hôpitaux et compromet par conséquent la sécurité des soins. En outre, cela renforcerait les limites et les distorsions inhérentes au système tarifaire DRG, dans lequel les coûts des hôpitaux universitaires en particulier, qui prennent la forme de prestations de réserves élevées et de cas à coût élevé en raison de la garantie de fourniture de soins tertiaires, ne sont pas suffisamment représentés. Cela affaiblirait la médecine universitaire. En contrepartie, les hôpitaux dont les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité sont faibles en raison de facteurs spécifiques à l'hôpital (par ex. un éventail restreint de services) sont avantagés. Une brève expertise mandatée par l'Association H+ montre que, dans la disposition proposée, le Conseil fédéral outrepasserait à plusieurs égards sa compétence de légiférer par voie d'ordonnance et que la réglementation envisagée va à l'encontre des objectifs de la loi ou les compromet. La Confédération interviendrait dans la compétence des cantons en matière de planification hospitalière. L'exigence du 25^e percentile aurait vraisemblablement de graves conséquences sur la situation financière des principaux fournisseurs de soins hospitaliers. Si l'on se base sur les benchmarkings existants, il en résulterait un déficit de financement permanent de bien plus d'un demi-milliard de francs suisses par an par rapport à la situation actuelle. Ce déficit de

financement est susceptible d'affecter les hôpitaux essentiels à la fourniture de soins, et d'entraîner une dégradation de la qualité ou un transfert de la charge financière vers les cantons (et, par conséquent, d'éventuelles augmentations d'impôts). Dans la doctrine juridique, on se demande même si une telle réglementation ne devrait pas pratiquement être qualifiée d'arbitraire (Moser/Locher, Tarife und Tarifverträge – keine Reformen ohne Grundsatzdiskussion, in : Jusletter 8 juin 2020, ch. 79). De l'avis de l'**Universitätsklinik Balgrist**, le Conseil fédéral outrepassa sa compétence de légiférer par voie d'ordonnance avec la disposition proposée. Selon l'art. 39, al. 2^{ter} LAMal, le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Ceci est réglementé systématiquement dans l'OAMal sous le titre Critères de planification. L'art. 59c^{bis} du projet de l'OAMal mis en consultation concerne le domaine de réglementation des tarifs et des prix. Les dispositions y relatives de la LAMal n'autorisent à aucun moment le Conseil fédéral à édicter des ordonnances représentant la loi. Selon l'art. 49, al. 1, dernière phrase de la LAMal, 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. Les conventions tarifaires doivent ensuite être approuvées par le gouvernement cantonal compétent ou, si leur validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. Ce faisant, l'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46, al. 4 LAMal). Le législateur n'autorise donc pas le Conseil fédéral, en sa capacité à édicter des ordonnances, à imposer des exigences contraignantes aux gouvernements cantonaux chargés par la loi du calcul ou de l'approbation des tarifs. Il appartient donc aux autorités chargées d'appliquer le droit d'évaluer le caractère économique du tarif hospitalier spécifique lors de l'approbation du tarif ou, en l'absence de convention tarifaire, lors de la fixation du tarif. Le critère d'évaluation étant ici « la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse ». Le Conseil fédéral, qui est en l'occurrence habilité à édicter uniquement des dispositions d'exécution ou d'application sur la base de l'art. 96 LAMal ou de l'art. 182 Cst, ne peut pas régler définitivement par voie d'ordonnance la concrétisation de ces concepts juridiques sujets à interprétation. Ces ordonnances servent à concrétiser les dispositions légales et, le cas échéant, à combler les lacunes en découlant dans la mesure où cela s'avère nécessaire à l'exécution de la loi. Celles-ci doivent se conformer au cadre juridique et, en particulier, ne sont pas autorisées à établir de nouvelles prescriptions restreignant les droits ou imposant de nouvelles obligations, même si ces règles sont compatibles avec l'objet de la loi (Giovanni Biaggini, Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Zurich 2007, art. 182 n° 4; Pierre Tschannen, Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 3. A., Berne 2011, § 46 ch. 20). En utilisant des termes juridiques sujets à interprétation, le législateur de la LAMal a voulu créer une réglementation ouverte qui permettrait de prendre en compte les circonstances particulières de chaque cas. Le Conseil fédéral ne peut pas imposer de directives à cet égard dans le cadre d'une ordonnance d'exécution (cf. pour un cas d'application par ex. VGr/ZH, 3 décembre 2014, VB.2014.00536). Sur la base des objections formulées à l'encontre de l'art. 59c, al. 2, et de l'art. 59c^{bis} du projet de consultation de l'OAMal, l'**Universitätsklinik Balgrist** considère qu'il est politiquement irresponsable d'introduire par voie d'ordonnance des dispositions dont la constitutionnalité et la conformité juridique sont questionnables et qui, de surcroît, revêtent une importance éminente pour les soins en Suisse sous forme de traitements hospitaliers stationnaires. En tout état de cause, si l'OFSP devait, contre toute attente, soumettre de telles dispositions au Conseil fédéral pour adoption, il devrait obtenir de l'Office fédéral de la justice un avis de droit complet évaluant la compatibilité de ces dispositions avec le droit législatif et constitutionnel auquel elles se rapportent (en particulier quant au principe de légalité).

Organisations du système de santé – Assureurs

Selon **santésuisse**, il est difficile de prouver qu'un fournisseur de prestations fournit effectivement des prestations réduites et qu'il supporte donc des coûts moins élevés, car les données à ce sujet ne sont pas disponibles ou parce que divers effets pourraient se superposer (efficacité et fourniture de prestations dans le segment lucratif). Actuellement, divers fournisseurs de prestations sont prêts à négocier des taux de base inférieurs à la valeur de référence, ce qui démontre qu'il n'y a pas de nécessité impérieuse à exploiter pleinement cette valeur de référence dans tous les cas. L'octroi de gains d'efficacité très élevés pourrait être converti en stratégie de croissance par les hôpitaux, ce qui tirerait les coûts vers le haut. Dans ce contexte, **santésuisse** propose un compromis. Une partie du gain d'efficacité resterait à l'hôpital, tandis qu'une partie de la différence entre les coûts du cas et la valeur de référence ne serait pas tarifée. Cela s'appliquerait tant que la valeur de référence est inférieure ou égale au 25^e percentile. Si le percentile devait être assoupli au cours du processus de consultation, cela signifierait que la part restant au fournisseur de prestations devrait être réduite en conséquence. Le cas échéant, si le percentile devait être durci, la part augmenterait.

5.5 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 3

Cantons

La **CDS** et **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, UR, TG, VD, VS** et **ZH** sont fondamentalement favorables à la promotion des forfaits ambulatoires lorsqu'ils sont pertinents, mais soulignent qu'ils font partie du 1^{er} volet de mesures de maîtrise des coûts actuellement débattues au Parlement et qu'il serait donc pour eux prématuré d'introduire une disposition dans l'ordonnance. Ils souhaitent donc supprimer cet alinéa.

Selon **BE**, avec cette réglementation, le législateur prévoit qu'à l'avenir, un système aussi forfaitaire que possible sera appliqué dans le domaine ambulatoire afin de contenir le volume des prestations.

Selon **ZG**, il faut se féliciter que l'obligation de vérification ait été étendue à l'ensemble de l'alinéa 1 et qu'elle comprenne également la lettre c de l'alinéa 1. En particulier après l'introduction de TARPSY, il était nécessaire que les parties à une convention vérifient également si le modèle a été introduit de manière neutre en termes de coûts. Cela ne pourrait se produire qu'après quelques années. L'ajout « les autorités compétentes doivent être informées des résultats de cette vérification » est trompeur. Lorsque les partenaires tarifaires révisent et ajustent les tarifs, ceux-ci devraient être approuvés. Une simple « information » n'est pas suffisante. Même si un forfait a été convenu plutôt qu'un tarif à la prestation, le tarif doit être approuvé par l'autorité compétente (la question se pose ici de savoir si c'est le Conseil fédéral ou le gouvernement cantonal qui est responsable de l'approbation). Une simple « information » n'est pas suffisante dans ce cas non plus. C'est ce qui ressort du commentaire relatif à l'ordonnance, mais pas du texte lui-même. Contrairement aux tarifs à la prestation, les forfaits dans le domaine ambulatoire sont souvent calculés de la même manière pour tous les fournisseurs de prestation dans tous les cantons et soumis à tous les gouvernements cantonaux en même temps. Cela a entraîné des problèmes de détermination des compétences ces dernières années, car la responsabilité des approbations n'était jamais clairement attribuée au Conseil fédéral ou aux gouvernements cantonaux.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le pvl est d'accord avec la proposition de réglementation, mais estime qu'il ne suffit pas de vérifier régulièrement si les différentes prestations ambulatoires peuvent être regroupées en un seul forfait. Elle demande donc également une application concrète dans la structure tarifaire dans un délai raisonnable, si l'examen est positif et qu'un taux forfaitaire est possible.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

Sur le principe, **SPO** salue la diminution des incitations à la multiplication des prestations. La combinaison de prestations individuelles en forfaits est opportune tant qu'elle ne crée pas de nouvelles différences. En particulier, il est possible que les cas plus complexes ne puissent plus être suffisamment pris en compte dans les paiements reçus et que les hôpitaux adoptent une stratégie qui consisterait à sélectionner des cas plus légers et/ou stationnaires impliquant des patients disposant d'une assurance complémentaire. Dans l'ensemble, on peut craindre qu'un système forfaitaire mal conçu ne conduise à un nouvel « élargissement du fossé » entre les hôpitaux non rentables, généraux et principalement publics, et les hôpitaux spécialisés, lucratifs et principalement privés.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

H+, **diespitaeler.be** et **UPD** rejettent cette disposition. Ils font valoir qu'elle empiète indûment sur la législation actuelle. Il manque, selon eux, un élément clé, à savoir la base d'évaluation de la vérification. Qu'il s'agisse des tarifs à la prestation ou des forfaits, la base d'évaluation doit en tout état de cause être fondée sur les coûts réels et non sur les coûts standard. Dans un système forfaitaire qui a pour objectif de couvrir le domaine ambulatoire et l'accent mis sur les coûts réels doivent occuper le premier plan. Les coûts standard et tout modèle tarifaire basé sur des taux standard seraient finalement abandonnés. Selon le rapport explicatif, la disposition selon laquelle les parties à une convention doivent examiner si des positions peuvent être combinées dans le cas de structures tarifaires à la prestation est un complément au 1^{er} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui vise, au niveau de la loi, à favoriser la conclusion de forfaits ambulatoires. Le rapport explicatif poursuit : « Mais il est bien sûr possible d'envisager que des éléments auxquels est appliqué un forfait soient développés et convenus comme forfaits dans des conventions tarifaires séparées. Ces forfaits peuvent être convenus séparément de la structure tarifaire à la prestation et nécessitent une approbation par l'autorité correspondante ». À cet égard, il convient de noter ce qui suit : 1) le Conseil fédéral n'a manifestement pas tenu compte du fait que le 1^{er} volet était en cours de discussion au Parlement. Il doit respecter ce processus législatif et ne peut en aucun cas le préjuger. L'ordonnance doit suivre la loi et non l'inverse. En l'absence d'une base légale correspondante, cette disposition constituerait donc un empiètement inadmissible sur l'autonomie tarifaire dans le cadre de l'actuelle LAMal. Cela montre une fois de plus que les amendements de l'OAMal sont prématurés. Ils ne feront sens qu'une fois la législation pertinente adoptée. Il est à la fois étonnant et déconcertant de voir qu'au niveau de l'ordonnance, la combinaison de positions du tarif à la prestation est présentée comme un encouragement des forfaits ambulatoires. Un système tarifaire constitué d'un mélange de prestations individuelles et de forfaits entraînerait des problèmes difficilement solubles lors de l'application des tarifs et ne présenterait jamais les avantages qu'apporterait un « vrai » tarif forfaitaire ambulatoire. Il n'est pas seulement « envisageable » de conclure des forfaits ambulatoires dans des conventions tarifaires séparées, comme le formule le rapport explicatif avec frilosité, mais il s'agit au contraire d'une alternative au tarif à la prestation qui est légalement prévue depuis le début de la LAMal à l'art. 43, al. 2, let. c. En

outre, dans son arrêt C-5123/2018 du 4 juillet 2019, le TAF a estimé que les forfaits pour les soins ambulatoires avec une application à l'échelle nationale devaient être approuvés par le Conseil fédéral. Si le Conseil fédéral veut vraiment promouvoir les forfaits ambulatoires, il devrait fonder sa décision sur les bases légales actuellement en vigueur. Il serait encore plus judicieux qu'il attende le résultat des délibérations parlementaires sur le 1^{er} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts. Ce dernier contient des dispositions sur les forfaits ambulatoires, qui devront être prises en considération lors de la mise en œuvre, l'OAMal devant tenir compte de cet aspect. À cet égard, la proposition de modification de l'OAMal est prématurée et devrait être retirée, car elle est de toute façon contraire à la loi sur de nombreux points.

Selon **BEKAG**, la proposition de réglementation exclurait les gains d'efficacité également dans le domaine ambulatoire pour une partie importante de ses membres en exercice. Ce serait notamment le cas si les percentiles correspondants devaient également s'appliquer à la valeur du point tarifaire dans le domaine ambulatoire, ce que BEKAG craint et rejette clairement. Tout benchmark basé sur une valeur percentile trop faible entraînerait une spirale permanente de baisse des prix. Les membres de BEKAG en exercice auraient de plus en plus de mal à accepter que, puisqu'ils exercent une profession libérale, ils sont tout simplement tenus de supporter tous les risques d'un entrepreneur sans avoir aucune perspective de revenu adéquat.

De l'avis de la **FMH**, l'obligation de vérifier si les prestations remboursées dans le cadre de structures tarifaires à la prestation peuvent être combinées, préjuge du 1^{er} volet de mesures (mesure « Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire ») qui est encore en discussion au Parlement. Toutefois, elle convient que les partenaires tarifaires doivent vérifier si les positions tarifaires peuvent être combinées dans une structure tarifaire à la prestation, pour autant qu'il s'agisse d'un tarif appliqué dans le cadre d'un partenariat tarifaire. Dans le contexte de la controverse actuelle sur la politique de santé, et sous la pression croissante de réduction des coûts dans le système de santé, le tarif forfaitaire est toutefois présenté à tort comme la solution à tous les problèmes. Un tarif forfaitaire dans le domaine ambulatoire ne pourra jamais remplacer complètement le tarif à la prestation, car il y aura toujours des pathologies, des analyses et des traitements combinés qui ne pourront pas être facturés de manière appropriée au moyen de forfaits, notamment dans les domaines des soins de base et de la psychiatrie, qui sont déterminants en termes de volume de points tarifaires. En outre, un tarif forfaitaire peu différencié pourrait inciter les fournisseurs de prestations à sélectionner les risques. Les forfaits, qui peuvent être structurés de manière très différente, constituent une forme complexe de rémunération. S'ils ne sont pas adéquats, c'est-à-dire s'ils ne tiennent pas compte de la situation spécifique des fournisseurs de prestations ambulatoires ou s'ils sont fixés à un niveau trop bas, ils provoqueraient des incitations erronées fatales et pourraient conduire à une prise en charge insuffisante des patients. Au niveau international, les forfaits ne se sont pas imposés comme la seule forme de rémunération dans le domaine ambulatoire. Dans la grande majorité des pays de l'OCDE, les tarifs à la prestation restent déterminants pour les actes médicaux ambulatoires, et sont parfois liés à des formes de rémunération supplémentaires, telles que des forfaits pour certains types de traitement. Par principe, il n'est pas seulement nécessaire d'appliquer le bon montant forfaitaire, mais aussi appliquer un montant forfaitaire uniquement là où c'est possible. Les forfaits peuvent être utilisés lorsque de grandes quantités de prestations AOS sont disponibles, qu'un paquet de services peut être standardisé ou rester constant dans toute la Suisse, qu'il peut être délimité de manière opportune et claire et que le temps nécessaire à la fourniture des prestations soit relativement constant (c'est par ex. le cas en chirurgie ou dans le domaine de l'imagerie médicale). Les prestations combinées en forfait devraient donc durer plus ou moins le même temps pour l'ensemble des patients. La facturation supplémentaire de prestations individuelles doit être exclue ou clairement définie afin d'éviter une multiplication des prestations en plus du forfait. Le fait d'intégrer les implants et

les consommables aux forfaits incite à utiliser efficacement ce matériel. Du point de vue des deux partenaires tarifaires FMH et curafutura, l'existence d'un tarif à la prestation actualisé et approprié, répondant aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, est une condition préalable à la poursuite d'un développement par étapes vers la mise en œuvre de forfaits. La structure tarifaire actuelle TARDOC pourrait servir de base à la création de forfaits dans certains domaines de spécialisation et pour des traitements clairement définis. Sur la base de TARDOC, il serait possible, dans le cadre des révisions tarifaires annuelles, de combiner progressivement les différentes positions tarifaires des prestations individuelles pour former des prestations d'acte ou des forfaits appropriés, qui seraient ensuite intégrés dans la structure tarifaire (procédure *snap-in*). Selon la FMH, si un tarif forfaitaire est en vigueur en même temps qu'un tarif à la prestation, il est essentiel que la prestation puisse être indemnisée soit uniquement par le tarif forfaitaire, soit uniquement par le tarif à la prestation (pour une prestation, une intervention ou un traitement déterminé) de sorte qu'on ne puisse pas décider quel tarif doit être appliqué selon la situation respective de chaque cas.

SGAIM souligne que si l'art. 59c, al. 3 se réfère aux listes d'exams et de traitements devant être effectués en ambulatoire selon l'étude de faisabilité « forfaits ambulatoires » de Swiss-DRG SA, il faut veiller à ce que ces prestations soient rémunérées de manière adéquate et que des coupes financières ne soient pas effectuées au détriment des soins médicaux sur la base d'un prétendu potentiel d'économies.

SGPath affirme que les tarifs à la prestation créeraient en soi un système d'incitation quantitative et seraient donc contraires à l'art. 58, al. 7. Selon elle, la 2^e phrase devrait préciser que des tarifs forfaitaires sont applicables. En outre, les coûts de mise en place des programmes de dépistage et les coûts de transmission des données (par ex. aux registres des tumeurs) devraient être pris en compte, ce qui devrait également être précisé à l'al. 3. L'objectif est d'éviter que ces coûts continuent à faire l'objet de subventions croisées.

5.6 Prises de position relatives à l'art. 59c, al. 4

Cantons

BE considère que l'ajout est cohérent et l'accueille favorablement.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

H+, **diespitaeler.be** et **UPD** renvoient à leurs commentaires sur l'art. 59c, al. 3.

BEKAG, **SBV** et **VLSS** rejettent l'applicabilité générale des al. 1 et 2 dans les questions tarifaires de la LAMal, y compris dans le cas de la fixation des tarifs et des adaptations de la structure tarifaire (comme le prévoit l'art. 59c, al. 4, LAMal).

Autres organisations

SSR demande que, conformément à l'al. 4, l'autorité compétente applique également les dispositions de la loi fédérale sur le « renforcement de la qualité et de l'économicité ».

5.7 Prises de position relatives à l'art. 59c^{bis}

Cantons

ZG fait valoir qu'on ne sait pas à qui s'adresse l'ensemble de cette disposition. Cette disposition s'applique-t-elle uniquement aux procédures d'approbation et de détermination et

s'adresse-t-elle donc aux cantons ? Ou traite-t-elle également des négociations tarifaires et s'adresse donc également aux partenaires tarifaires ? Si la disposition est également applicable aux négociations tarifaires, la question se pose de savoir si les gouvernements cantonaux doivent examiner toutes ces exigences lors de l'approbation d'un tarif et, en cas de déviation de la procédure prévue par l'ordonnance, ont la possibilité de ne pas approuver le tarif. Cela devrait être clarifié en conséquence.

5.8 Prises de position relatives à l'art. 59c^{bis}, al. 1

Cantons

Général :

La **CDS** et **AG, AI, AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, TG, VD, VS** et **ZH** souhaitent simplifier cet alinéa et y formuler le rôle prépondérant des partenaires tarifaires et des cantons.

GR note qu'il ne ressort pas clairement du présent alinéa qui détermine ou doit déterminer la valeur de référence. Si la valeur de référence doit être calculée en incluant tous les fournisseurs de prestations concernés dans toute la Suisse avec des coûts par cas ou des coûts journaliers dérivés de manière transparente et ajustés selon le degré de gravité, une seule valeur de référence en résultera pour des raisons purement arithmétiques. Par conséquent, la valeur de référence applicable à toutes les parties devrait être déterminée par un organisme indépendant reconnu ou mandaté par ces dernières.

Pour la **CDS** et **AI, AR, BL, BS, AR, FR, GL, JU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, VS** et **ZH**, l'intensité des traitements ne serait pas suffisamment représentée par la structure tarifaire TARPSY. Ainsi, la comparaison des coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité défavoriserait les cliniques qui prodiguent à leurs patientes et patients des traitements de courte durée, mais intensifs et à des coûts journaliers logiquement plus élevés. Cela aurait pour conséquence que les traitements seraient moins intensifs et la durée de séjour prolongée. Selon eux, il serait donc indiqué de comparer en psychiatrie aussi les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité.

TI partage en général l'approche méthodologique indiquée (très similaire à celle déjà recommandée par la CDS) et l'objectif poursuivi. Toutefois, certaines parties de l'article seraient trop détaillées et trop incisives selon lui. Il serait correct de viser l'uniformité dans la détermination du tarif, mais les dispositions qui y sont contenues iraient beaucoup plus loin, ramenant en fait la tarification à un mécanisme quasi systématique, éliminant la marge d'appréciation nécessaire de la part de l'autorité cantonale, qui est chargée d'approuver et, accessoirement, de fixer les tarifs.

BE constate que lorsque le Conseil fédéral mentionne le type DRG, il désigne non seulement le système SwissDRG pour les soins somatiques aigus, introduit en 2012, mais également le système TARPSY en vigueur depuis 2018 seulement pour les soins psychiatriques – et même depuis 2019 dans l'ensemble du secteur psychiatrique, c'est-à-dire en incluant la psychiatrie pour enfants et adolescents. Sur cette dernière, il n'y a pas encore de jurisprudence. TARPSY n'a pas encore une représentativité des données et une qualité de la structure tarifaire suffisantes pour effectuer un benchmarking similaire à l'échelle nationale. Le Conseil fédéral lui-même précise que la condition préalable à un tel benchmarking est que les données des hôpitaux soient suffisamment qualitatives et disponibles en temps utile. **BE** considère donc que les réglementations relatives au benchmarking à l'échelle nationale dans le domaine TARPSY, en particulier avec le même délai transitoire jusqu'à l'année tarifaire 2023 et le même critère d'efficacité, sont inappropriées et les rejette. Le champ d'application de l'amendement proposé de l'OAMAL est donc trop vaste. Le critère d'efficacité ne doit être

spécifié, le cas échéant, que par rapport à la structure tarifaire SwissDRG et non par rapport au « modèle de rémunération de type DRG ». Dans ce contexte, **BE** rappelle également qu'avec ST Reha, une structure tarifaire uniforme pour la rééducation est en cours d'élaboration au niveau national. De plus, il est absolument nécessaire de créer un groupe de comparaison indépendant pour les hôpitaux prestataires au bout de la chaîne de soins ou pour les hôpitaux universitaires afin d'éviter comme conséquence un déficit important et constant. **BE** rejette le benchmarking entre hôpitaux dans le domaine somatique aigu à tous les échelons de soins et exige que les cantons restent compétents pour réaliser ou concevoir le benchmarking. Le canton propose donc de remplacer la locution « de type DRG » par « de type SwissDRG » et de compléter cette phrase par « ... une valeur de référence est calculée pour chaque groupe de comparaison... ».

Selon **ZG**, la restriction de cette disposition à un modèle de rémunération de type DRG est problématique. D'une part, les règles ci-après s'appliquent à un domaine trop vaste et ne tiennent pas compte des particularités de la psychiatrie et de la rééducation (seuls les soins somatiques aigus sont représentés) ; d'autre part, le domaine ambulatoire est complètement exclu. Comme précédemment, il n'existe pas de règles uniformes pour la détermination des tarifs ambulatoires. Comparer à l'échelle nationale « tous les fournisseurs de prestation » est une exigence stricte et présuppose que la structure tarifaire SwissDRG soit une « structure tarifaire idéale », où tous les fournisseurs de prestation seraient comparables. Cependant, certains facteurs montrent que ce n'est pas le cas : par ex. la distribution des cas n'est pas homogène (les grands hôpitaux ont tendance à traiter des cas plus graves et ont des coûts par cas ajustés à la gravité plus élevés), leurs coûts d'exploitation sont différents et certains hôpitaux ne peuvent pas être comparés en raison de leur structure (hôpitaux universitaires, maisons de naissance). Il ne serait pas possible de modifier cette situation dans un proche avenir et donc de comparer tous les fournisseurs de prestation.

Lettre a :

La **CDS** et **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** estiment qu'il est essentiel de continuer à accorder une marge de manœuvre aux partenaires tarifaires et aux cantons dans le choix des données utilisées.

La **CDS** et **AG, AI, AR, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** soulignent que le fait que les partenaires tarifaires et les cantons utilisent un ensemble de données ne répondant pas à leurs exigences qualitatives minimales respectives (après corrections éventuelles), ou qu'ils excluent du benchmarking certaines données dépend de la mise à leur disposition d'un nombre suffisamment élevé d'hôpitaux représentatifs pour la comparaison du caractère économique.

Pour la **CDS** et **AG, AI, AR, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH**, l'attestation OCP ne remplacerait pas un contrôle de plausibilité ni ne constituerait pas une garantie de la qualité des données.

UR souhaiterait supprimer la dernière partie (à partir de « ou ne peuvent pas être utilisées... »).

Pour **VD**, le degré de gravité ne serait pas un critère ; ce serait le degré de lourdeur relative du cas qui serait déterminant (à savoir la lourdeur économique) puisque la gravité du cas n'est mesurée nulle part.

BE demande de ne pas inclure le domaine TARPSY. Dans le cas contraire, le terme « coûts journaliers » devrait être supprimé. La durée moyenne de séjour en psychiatrie varie considérablement, ce que les coûts journaliers ne reflètent pas, d'après le canton. Il est possible que

les hôpitaux psychiatriques dont les coûts journaliers sont élevés soient plus économiques que d'autres dont les coûts journaliers sont faibles, puisque la durée du séjour a un effet significatif sur les coûts par cas effectifs. À l'inverse, on pourrait choisir comme référence une clinique dont les coûts journaliers sont faibles alors que ses coûts par cas sont plus élevés que ceux des cliniques qui ont déclaré des coûts journaliers plus élevés lors de la comparaison entre institutions. Par conséquent, le contrôle du caractère économique en psychiatrie, également avec la structure tarifaire TARPSY, devrait être effectué au niveau des coûts par cas et non des coûts journaliers.

Lettre b :

La **CDS** et **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, TI, UR, VD, VS** et **ZH** rejettent clairement la fixation d'un percentile maximal. Selon eux, cela ne relèverait plus de la compétence du Conseil fédéral d'établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique.

TI estime qu'il faut laisser aux cantons une marge d'appréciation sur le percentile qu'il faut adopter, en raison des spécificités régionales.

Pour la **CDS** et **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH**, la fixation du 25^e percentile dans l'ordonnance ne respecterait en outre pas la marge de manœuvre des cantons et l'autonomie tarifaire des parties contractantes.

La **CDS** et **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH** estiment de plus que le choix du 25^e percentile est inintelligible, d'autant plus que le Tribunal administratif fédéral a soutenu dans ses arrêts des valeurs de référence jusqu'au 50^e percentile. Selon eux, si le 25^e percentile était fixé comme limite supérieure, cela devrait également être justifié. Pour la **CDS** et **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH**, cela vaudrait de même pour la prescription selon laquelle la valeur de référence doit être définie par rapport au nombre de fournisseurs de prestations. Avant de poursuivre le projet de révision, ils estiment que la Confédération doit au moins mener une analyse d'impact de la réglementation.

GE et **NE** souhaitent totalement supprimer la lettre b de la disposition. Pour **NE**, elle violerait l'autonomie des cantons et conduirait inmanquablement à un nivellement par le bas des conditions sociales et environnementales d'exploitation des institutions de soins.

NE qualifie le projet d'inadmissible tant il négligerait l'autonomie des cantons dans de nombreux domaines relevant pourtant de leurs compétences. Réduire à une inefficacité économique la prise en considération des législations cantonales spécifiques précisant par exemple le niveau des allocations familiales, imposant aux employeurs de participer aux coûts de la formation professionnelle ou à ceux des crèches et structures d'accueil de l'enfance, respectivement des exigences en matière environnementale ou proposant le versement d'un salaire minimum serait insoutenable et contribuerait à une violation grave des principes du fédéralisme.

De l'avis de **GR**, les explications des changements envisagés montrent clairement que la détermination du percentile servirait exclusivement à réduire les coûts pour l'AOS et à décharger la Confédération des contributions pour la réduction des primes individuelles. Les informations, notamment sur l'impact de cette valeur de référence sur les hôpitaux, manquent. La référence au 25^e percentile prévue serait arbitraire, suivrait unilatéralement le point de vue des assureurs et qualifierait de non économiques la majorité des hôpitaux qui proposent une offre de soins complète. La fixation de la valeur de référence au 25^e percentile entraînerait une pression accrue sur les performances du personnel des hôpitaux situés au-dessus de ce niveau et aurait probablement pour conséquences des réductions d'effectifs dans de nombreux hôpitaux.

D'une manière générale, les soins qualitatifs en Suisse seraient mis en péril, voire altérés. Une valeur de référence au 50^e percentile, ce qui est spécifiquement proposé, suffirait à réduire les coûts. La fixation d'une référence inférieure au 50^e percentile devrait impérativement se faire au niveau de la loi, sauf abandon de ce projet, eu égard à ses conséquences sur la qualité des prestations des hôpitaux et/ou le paysage hospitalier ainsi qu'à l'atteinte considérable à l'autonomie des partenaires tarifaires en matière de négociation. La référence devrait par conséquent impérativement être calculée sur la base des cas ajustés selon le degré de gravité de tous les fournisseurs de prestations.

JU souligne à nouveau que le projet remettrait en cause la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires limitant ainsi la compétence légale des cantons qui se verraient dépourvus de l'examen, de l'approbation et de la fixation des tarifs tout en restreignant la marge de manœuvre de négociation par les partenaires tarifaires avec des répercussions certaines sur l'autonomie tarifaire et les soins médicaux.

BS considère que le choix du percentile est arbitraire et ne peut le comprendre.

Pour la **CDS** et **AI, AR, BL, BS, BE, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH**, le fait de pondérer le 25^e percentile en fonction du nombre de fournisseurs de prestations impliquerait que les maisons de naissance et les cliniques ayant une offre de prestations très restreinte ou une durée d'exploitation limitée reçoivent un poids excessif. La **CDS**, ces cantons et celui du **TI** rejettent donc une pondération en fonction du nombre de fournisseurs de prestations (au lieu du nombre de cas).

Pour la **CDS** et **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH**, si un critère d'efficacité était tout de même inscrit pour TARPSY, il serait impératif que les coûts par cas des hôpitaux soient pris en compte dans sa détermination.

TG considère que le calcul de la réduction des coûts pour l'AOS n'est pas expliqué de manière compréhensible dans le rapport explicatif : si le critère d'efficacité est fixé au 25^e percentile, il faut partir du principe que les cantons devront intervenir par le biais de contributions au service public ou de contributions au déficit pour assurer la fourniture des soins. Ainsi, on transférerait les coûts de financement sur les impôts plutôt que sur l'AOS.

Selon **BE**, si, malgré la proposition de suppression, un critère d'efficacité est fixé, son niveau et la compétence du Conseil fédéral pour le fixer devraient être justifiés. **BE** propose également, comme alternative, de se référer au nombre de cas ou au CMI pour calculer la valeur de référence. La méthode proposée par le Conseil fédéral, selon laquelle seul le nombre des fournisseurs de prestations inclus dans la comparaison serait pris en compte, mais pas leur taille, comporterait un risque trop important.

De l'avis de **BS** également, les explications du Conseil fédéral sur cette disposition ne sont pas suffisamment étayées. « Si la valeur de référence est fixée au 25^e percentile au lieu du 40^e percentile, une réduction supplémentaire des coûts pour l'AOS d'une hauteur d'environ 200 à 250 millions de francs [...] peut en principe être estimée. » La raison pour laquelle cette valeur en particulier est considérée comme décisive n'est pas expliquée en détail et ne peut donc pas être comprise. Par ailleurs, il convient d'examiner ce que signifierait concrètement une fixation au 25^e percentile. Cela signifierait que 75 % des fournisseurs de prestations inclus dans le benchmark travaillent de manière inefficace, ce qui constituerait une hypothèse extrêmement audacieuse et ne correspondrait pas à la réalité par rapport à d'autres secteurs.

Selon **ZG**, la pondération en fonction du nombre d'hôpitaux présente les faiblesses suivantes : le volume de prestations de chaque fournisseur n'est pas pris en compte, ce qui explique que les fournisseurs de prestations ayant un très petit volume de prestations puissent

recevoir la même pondération que les fournisseurs de prestations ayant un très grand volume de prestations. La pondération correcte reste une inconnue. Cette question doit rester en suspens pour pouvoir être déterminée par les autorités d'approbation ou de fixation.

Selon la jurisprudence, une valeur de référence allant jusqu'au 50^e percentile est admissible. Il faut continuer à laisser le soin aux autorités d'approbation ou de fixation de fixer le critère d'efficience.

Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale

Le **pvl** approuve la proposition de réglementation de la let. a, mais soumet une motion complémentaire selon laquelle les traitements très rares ne doivent pas être facturés selon le DRG. Pour ce faire, des dispositions spéciales sont nécessaires. Le pvl propose également la suppression de la let. b. Une valeur percentile prédéfinie, telle que proposée par le Conseil fédéral, est trop restrictive. Au lieu de cela, les partenaires tarifaires devraient convenir de la valeur du percentile. Dans une phase initiale, la valeur du 25^e percentile semble possible, car il y a un besoin de rattrapage. À plus long terme cependant, cette valeur ne peut être maintenue, c'est-à-dire qu'il n'est pas souhaitable de créer une course au meilleur marché en raison d'effets dynamiques. L'objectif est clairement fixé : fournir des prestations aussi efficaces que possible et d'une qualité requise.

Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Le **CP** considère que le 25^e percentile est trop restrictif. Il affaiblirait également, voire supprimerait, l'autonomie tarifaire des fournisseurs de prestations et des assureurs maladie. Le CP se réfère à la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral et ne juge pas utile d'inclure dans l'ordonnance une référence à un percentile défini.

L'**USAM** rejette la proposition de fixer la valeur de référence au 25^e percentile. Cette valeur conduirait dans de nombreux cas à la fixation de tarifs qui ne couvrent pas les coûts. Les hôpitaux, dont les coûts fixes sont comparativement élevés, en particulier, seraient probablement évincés du marché. La pression pour compenser les coûts non couverts du domaine AOS par des subventions croisées des assurances complémentaires augmenterait. Dans le cas des hôpitaux publics, l'USAM craint qu'encore plus d'argent des contribuables ne soit injecté dans le système ce qui fausserait la concurrence au détriment des hôpitaux privés et ne peut être accepté en aucun cas.

Organisations du système de santé – Patients/usagers

Pro Mente Sana rejette l'art. 59c^{bis} dans son principe. Il est en contradiction flagrante d'une part avec l'art. 49, al. 1 LAMal, qui, selon la volonté du législateur historique, prescrit des prix équitables pour les hôpitaux « raisonnablement efficaces », et d'autre part avec la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, qui a déclaré que le critère d'efficience devait être appliqué « assez strictement », mais de manière à ne pas compromettre la sécurité des soins. En outre, le Tribunal administratif fédéral a récemment constaté qu'une valeur de référence fixée au 25^e percentile pondérée en fonction du nombre d'hôpitaux, telle que la prévoit la présente révision, souffre d'une « distorsion grave », qui pourrait représenter une menace pour la sécurité des soins et ne serait donc pas compatible avec les objectifs de la LAMal.

Pour **SPO**, fixer une valeur de référence au 25^e percentile serait une procédure bienvenue pour des raisons de coûts. Cependant, étant donné que l'ajustement selon le degré de gravité selon le système DRG est en principe peu fiable, le calcul d'une référence trop basse risquerait

de provoquer la sélection des patients les plus sains possibles au détriment des patients gravement malades.

Selon **VNS**, il faut préciser ce qu'est le type DRG. TARPSY et ST Reha en font également partie.

Organisations du système de santé – Fournisseurs de prestations

Selon **AllKidS**, les dispositions de l'ensemble de l'art. 59c^{bis} se fondent sur le fait que tous les hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux alignent leurs coûts par cas ou leurs coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité afin de déterminer, par rapport au nombre d'hôpitaux, le 25^e percentile comme valeur de référence. Cette méthode conduirait les petits hôpitaux et/ou les hôpitaux spécialisés, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux à servir de référence pour les grands hôpitaux, qui sont inégalement différenciés en termes de contrats de prestation. Les petites maisons de naissance, par exemple, serviraient de référence pour les grands hôpitaux cantonaux, les hôpitaux universitaires et les hôpitaux pédiatriques. Le choix du 25^e percentile, pondéré en fonction du nombre d'hôpitaux, serait un critère d'efficacité que 75 % des hôpitaux ne pourraient pas atteindre, les faisant passer dans le rouge. Même si d'importantes économies sont réalisées dans certains hôpitaux, ce processus répétitif d'évaluation comparative aura pour conséquence que 75 % des hôpitaux fonctionneront en déficit. En particulier dans les hôpitaux de soins en bout de chaîne, dont font partie les hôpitaux AllKidS, ce mécanisme ne serait possible qu'en réduisant drastiquement la qualité. La pression sur la médecine pédiatrique augmenterait considérablement. Les innovations, les rénovations et les nouveaux bâtiments dont le besoin est urgent seraient remis en question. La survie économique des hôpitaux pédiatriques indépendants, et donc de soins de qualité dans le secteur de la pédiatrie, serait gravement menacée ou ne serait possible que grâce au subventionnement des cantons. La fermeture des trois hôpitaux pédiatriques indépendants de Suisse, qui supportent la charge principale de la sécurité des soins dans le secteur de la pédiatrie et de la chirurgie pédiatrique, serait fatale. Pour ces raisons, il faut au moins pondérer le benchmarking par le nombre de cas. La valeur de référence doit être choisie de manière à ne pas compromettre la base financière et le développement futur d'une grande partie des hôpitaux. En outre, il faut envisager la possibilité d'accorder des suppléments dans une large mesure pour les hôpitaux de soins en bout de chaîne. Cependant, on peut craindre que les autorités et les assurances-maladie exigent des preuves pour les services supplémentaires et les coûts additionnels, qui ne pourraient être produites. Des conflits fastidieux sont inévitables. Compte tenu de cette situation, les hôpitaux pédiatriques demandent qu'un benchmarking séparé soit prévu dans l'OAMal pour les hôpitaux universitaires et les hôpitaux pédiatriques indépendants. Cette mesure vise à compenser le manque de représentativité encore existant dans SwissDRG pour les traitements complexes rares et pour les prestations dans le secteur pédiatrique. La révision de l'OAMal a été conçue de manière totalement unilatérale pour réduire les coûts dans le domaine AOS. Elle aurait de graves conséquences sur les soins en Suisse. AllKidS rejette clairement la proposition de révision de l'OAMal concernant la planification hospitalière et les principes de tarification pour ces domaines de spécialités essentiels et considère que si elle était mise en œuvre, cette ordonnance menacerait l'existence de ses hôpitaux.

Selon **Gesundheitszentrum Fricktal AG**, l'ensemble de l'art. 59c^{bis} vise un taux de base uniforme et la définition fixe d'« au maximum au 25^e percentile » sape presque complètement la marge de négociation existante. Si cette proposition est mise en œuvre, elle entraînerait un nivellement de tous les taux de base vers le bas. En tenant compte des maisons de naissance et des institutions spécialisées, la valeur de référence maximale au 25^e percentile imposerait des tarifs ne couvrant pas les coûts pour au moins 90 % de l'ensemble des prestations fournies dans le domaine somatique aigu en Suisse. Les modifications des structures deviendraient de

ce fait impossibles pour des raisons de coûts. Les incitations en vue d'accroître l'efficacité ne sont efficaces que lorsqu'elles sont justes et réalisables. La valeur de référence au 25^e percentile prévue entraînerait une dégradation de la qualité et une pression accrue sur le personnel, y compris des coupes dans les effectifs. Elle mettrait en danger l'approvisionnement en soins de qualité de la population suisse. De plus, le système de santé se verrait affaibli en tant que premier facteur économique.

Hirslanden AG rejette l'art. 59c^{bis} dans son principe. En résumé, la fixation de la valeur de référence au 25^e percentile aurait pour effet de négliger la qualité et de réduire le personnel. Cela nuirait considérablement aux soins à la population. Le fait que les assureurs soient seuls responsables de la fixation de la valeur de référence contredit fondamentalement le partenariat tarifaire entre fournisseurs de prestations et assureurs, tel qu'il est inscrit dans la loi.

Universitätsklinik Balgrist demande la suppression de l'intégralité de l'art. 59c^{bis} (cf. commentaires sous l'art. 59c, al. 2).

En général :

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau réclament une adaptation de la disposition, estimant que l'alinéa proposé ne permet pas d'identifier qui calcule ou doit calculer la valeur de référence. Si le calcul de la valeur de référence devait être effectué en impliquant tous les fournisseurs de prestations concernés à l'échelle de la Suisse sur la base de coûts par cas ou journaliers déterminés en toute transparence et ajustés selon le degré de gravité, il en résulterait nécessairement, pour des raisons purement mathématiques, une seule valeur de référence. Ils estiment que le calcul de la valeur de référence applicable à toutes les parties devrait dès lors être réalisé par un organe indépendant reconnu par l'ensemble des parties ou mandaté par elles.

BEKAG et **VLSS** demandent à titre d'alternative que le percentile retenu en lieu et place du 25^e soit le 50^e, qui correspond à la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral. Les deux participants refuseraient aussi clairement une valeur au 30^e ou au 40^e percentile.

Le **CHUV, Insel Gruppe AG, Universitätsspital Basel** et **Unimed suisse** réclament l'ajout d'une let. c dont la teneur serait la suivante : « c. Les hôpitaux du groupe K111 selon la classification de l'OFS* forment pour la détermination de la valeur de référence selon let. a et b un groupe de benchmarking propre. ». Les comparaisons entre hôpitaux destinées à calculer les tarifs hospitaliers visés à l'art. 49, al. 1, LAMal doivent être effectuées, selon eux, entre des hôpitaux qui fournissent des prestations suffisamment comparables. En tout état de cause, il faudrait à minima procéder à des comparaisons séparées pour les hôpitaux universitaires. Une nouvelle let. c devrait être ajoutée à l'art. 59c^{bis}, al. 1, à cette fin.

Pour **Universitätsspital Basel**, l'art. 1 doit être rejeté, car il constituerait une intervention de la Confédération dans le calcul des tarifs, qui relève de la compétence des partenaires tarifaires. La fixation du percentile maximal dans l'ordonnance admettrait de manière implicite que 75 % des hôpitaux sont inefficaces. La structure des prestations n'est pas prise en compte et il n'apparaît pas clairement si les fournisseurs de prestations de référence remplissent pleinement les conditions en matière de structures et de procédures. Les tarifs ne couvrant pas les coûts entraveraient les modifications des structures. En parallèle, l'ordonnance devrait prévoir des charges pour chaque groupe de prestations aux fins de l'évaluation du caractère économique.

De l'avis de **Berit Klinik**, l'intégration des maisons de naissance dans le benchmarking pour le domaine SwissDRG signifie pour les autres hôpitaux inclus dans le benchmark une intervention trop importante dans la tarification. Les maisons de naissance devraient donc être exclues du benchmarking des hôpitaux de soins aigus, car elles disposent de prestations de réserve plus basses et fausseraient la comparaison. Berit Klinik relève par ailleurs que le Tribunal administratif fédéral a admis jusqu'à maintenant dans ses jugements des valeurs de référence jusqu'au 50^e percentile et que le Conseil fédéral a choisi avec le 25^e percentile un critère d'efficience correspondant aux exigences les plus strictes des assureurs-maladie. Les limites persistantes de SwissDRG en matière de représentation et les distorsions du benchmarking qui en résulteraient avec des percentiles bas soulèvent des doutes sérieux quant à la légalité de ce critère d'efficience. Les dispositions prévues seraient unilatéralement axées sur l'objectif de réduction des coûts en faveur de l'AOS et auraient de lourdes conséquences pour la situation des hôpitaux en matière de financement.

Dakomed, UNION et Verein integrative-kliniken.ch rejettent la valeur de référence proposée, arguant que la priorité est accordée à la baisse des coûts et non à la qualité des résultats. Cette approche aurait pour conséquence une dégradation de la qualité et une pression encore accrue sur le personnel. Elle constituerait une atteinte à l'autonomie tarifaire. À défaut de base légale, la proposition devrait être supprimée purement et simplement et le modèle de benchmarking repensé. De manière générale, toute proposition susceptible d'entraîner d'importantes charges bureaucratiques sans contribuer à la qualité devrait être rejetée.

La **FMH** s'oppose à la définition au niveau de l'ordonnance d'un percentile spécifique jugé bas pour déterminer la référence, car il existerait à l'heure actuelle des différences de coûts qui ne s'expliquent pas encore trop élevées dans les structures tarifaires existantes de type DRG (à savoir SwissDRG et TARPSY). De plus, une valeur de référence aussi stricte renforcerait les tendances vers un nouveau financement des établissements, ce qui irait à l'encontre de l'idée initiale du nouveau financement hospitalier. La fédération demande que la disposition soit purement et simplement supprimée. Elle propose à titre subsidiaire pour la let. b de sélectionner comme valeur de référence les coûts du fournisseur de prestations (hors maisons de naissance) qui correspond au maximum au 50^e (au lieu du 25^e) percentile calculé sur la base du case mix ou du nombre de cas.

IGGH-CH rejette catégoriquement la réduction du percentile retenu pour le benchmarking à 25 et propose de le maintenir à 40. La communauté d'intérêts indique qu'une baisse remettrait en question l'existence des maisons de naissance suisses, au niveau tant des effectifs nécessaires que de la garantie du respect de toutes les exigences en matière de gestion de la qualité et de la sécurité. La coupe nette prévue du fait de cette réduction évincerait du marché de manière déguisée l'aide à l'accouchement alternative.

RehaClinic relève que le calcul de la valeur de référence ne tient pas compte du volume des prestations ni du mandat d'approvisionnement en soins, mais se fonde simplement sur le nombre d'hôpitaux, d'où le risque que le nombre important d'hôpitaux qui n'ont pas d'importance systémique fausse le résultat.

SBK estime que le choix du 25^e percentile est incompréhensible et le juge erroné, car trop bas.

SGAIM considère que le 25^e percentile est inapproprié et le rejette. Une telle réduction de la référence impliquerait que 75 % des hôpitaux suisses produisent trop cher. La réglementation actuelle a déjà occasionné une baisse des prix de base des cas et des déficits considérables concernant la rémunération des prestations médicales pour les patients polymorbides.

Pour **swiss orthopaedics**, la fixation du 25^e percentile comme valeur maximale est contraire à l'autonomie des partenaires tarifaires et à la marge d'appréciation des cantons ; elle ne correspondrait pas à un niveau de détail pertinent. Une pondération qui ne tiendrait pas compte de l'importante disparité des volumes de prestations lui semble de manière générale problématique.

SwissReha considère le benchmarking en deux temps proposé pour calculer la valeur de référence correspondante pour la réadaptation comme impossible à réaliser correctement tant que les notions de la réadaptation, faute d'une définition au niveau fédéral, proliféreraient au niveau cantonal. Se poserait également la question des tarifs de référence en l'absence de mandat de prestations pour la réadaptation gériatrique, par exemple, dans certains cantons, lorsque des patients des cantons concernés se rendraient dans des institutions hors canton pour bénéficier de ces prestations. Cependant, ces tarifs de référence n'auraient rien à voir avec les principes énoncés à l'art. 59c, al. 1, OAMal et ne pourraient pas non plus être donnés comme en lien avec les groupes de prestations pour la réadaptation gériatrique.

Let. a :

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** rejettent cette disposition. Cette dernière prévoit que les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité de tous les fournisseurs de prestations décomptant leurs prestations selon une structure tarifaire DRG donnée sont intégrés dans un seul benchmarking pour l'ensemble de la Suisse. Dans le domaine SwissDRG, cela signifierait que les maisons de naissance devraient aussi être intégrées dans le benchmarking pour calculer les tarifs hospitaliers. Or ce mode de calcul aboutirait à des résultats illégaux et doit donc être rejeté : bien que les maisons de naissance utilisent elles aussi la structure SwissDRG, elles appartiennent de par la loi à une catégorie de fournisseurs de prestations distincte des hôpitaux, à laquelle s'appliquent des conditions-cadres réglementaires – essentiellement – différentes. Ainsi, en particulier, les maisons de naissance ne sont pas tenues d'assurer des soins médicaux et peuvent fournir leurs prestations avec une infrastructure bien plus simple du point de vue technique. Du fait de ces disparités au niveau des prestations, il n'est pas non plus juste de comparer les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux et ceux des maisons de naissances. À cela viendrait s'ajouter le fait que ces derniers seraient fortement faussés par des contingences évoluant d'une année à l'autre en raison de faibles nombres de cas. Leur intégration dans le benchmarking aurait un effet de distorsion d'autant plus important si une pondération de la valeur de référence en fonction du nombre d'institutions devait être effectivement prescrite. Il faudrait par conséquent prévoir des benchmarkings séparés pour les hôpitaux et les maisons de naissance.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et VZK sont d'avis que les maisons de naissance et les hôpitaux doivent être séparés lors du benchmarking, un principe qui découle de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral. Il ne serait pas admissible de se rapporter au nombre de fournisseurs de prestations, car cette approche accorderait unilatéralement la priorité au point de vue « entreprise » du fournisseur de prestations, sans tenir compte de l'importance pour l'approvisionnement en soins. Les petits fournisseurs de prestations spécialisés dominent ainsi le quart inférieur de la valeur de référence. Étant donné que les coûts sont aussi pondérés avec le *costweight* par DRG, le rapport au CMI ou au nombre de cas serait bien plus adapté. La phase de transition n'apporterait rien, car les fournisseurs de prestations ne se préparent pas aux prix ruineux avec le 25^e percentile et vont même encore investir.

Selon **Hirslanden AG**, les maisons de naissance relèvent de par la loi d'une catégorie de fournisseurs de prestations distincte, à séparer des hôpitaux, pour laquelle d'autres exigences

réglementaires ont déjà été définies. Ainsi, par exemple, les maisons de naissance ne sont pas tenues de garantir des soins médicaux. Eu égard à ces différences majeures, il ne serait pas indiqué de les intégrer elles aussi dans le benchmarking pour calculer les tarifs hospitaliers. Il serait donc souhaitable de prévoir un benchmarking séparé pour les maisons de naissance.

Let. a, ch. 1 :

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** demandent que le terme « insuffisante », soit défini, si tant est que cela soit possible, faute de quoi il doit être biffé. Ils estiment également qu'il conviendrait d'indiquer à qui il appartient de juger de ce qui est suffisant et de ce qui ne l'est pas.

Let. b :

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** rejettent résolument cette disposition, dont ils soulignent l'illégalité et les effets néfastes sur la qualité et la sécurité de l'approvisionnement en soins dans le domaine stationnaire en Suisse. La fixation d'une valeur de référence maximale par l'ordonnance saperait l'autonomie tarifaire s'agissant aussi bien du choix de la méthode de formation des prix que du montant de la valeur de référence. Ce système relèguerait les partenaires tarifaires au rang de simples exécutants pour les questions tarifaires. Aucune négociation n'aurait alors plus lieu d'être. Il est prévu que la valeur de référence du 25^e percentile soit calculée sur la base des coûts standards par cas de tous les fournisseurs de prestations en Suisse décomptant leurs prestations selon le même modèle de rémunération. Or une telle démarche ne tiendrait pas compte des différences entre les fournisseurs de prestations tels que les cliniques spécialisées, les hôpitaux de prise en charge centralisée ou les maisons de naissance. Elle avantagerait les organisations extrêmement spécialisées proposant un petit éventail de prestations. Le résultat serait aussi indûment faussé par l'intégration d'organisations sans service des urgences et les disparités régionales en matière de coûts structurels (coûts salariaux et d'implantation). Sachant que les structures tarifaires SwissDRG et TARPSY (et la future structure ST Reha) ne sont pas abouties et que les structures de ce type présentent, et présenteront toujours, des limites systémiques, toutes les prestations et tous les fournisseurs de prestations seraient amalgamés. Par cette approche, le Conseil fédéral consoliderait les lacunes existantes au lieu de les combler ou de les faire combler. Il faudrait soit améliorer la structure tarifaire SwissDRG soit faire évoluer le modèle de benchmarking, par exemple vers un modèle reposant sur les « coûts standards par cas corrigés » (cf. étude Polynomics 22). Il est relevé que les commentaires ne fournissent pas de justifications pour la fixation du 25^e percentile comme valeur de référence au-delà de l'allègement de la charge financière de l'AOS et de la Confédération. En particulier, ils ne contiendraient pas d'explications quant aux conséquences de la valeur de référence pour les hôpitaux. Or une analyse d'impact de la réglementation (AIR) doit être effectuée à tous les niveaux pour chaque projet législatif de la Confédération. Ce principe vaut notamment pour les projets ayant de lourdes implications pour certains secteurs, et tel est indubitablement le cas du présent projet d'ordonnance pour le secteur hospitalier. La valeur de référence au 25^e percentile prévue serait arbitraire, suivrait unilatéralement le point de vue des assureurs et qualifierait de non économiques la majorité des hôpitaux qui proposent une offre de soins complète. Cette approche aurait pour conséquence une dégradation de la qualité. Dans l'ensemble, elle mettrait en danger, voire compromettrait l'offre sanitaire de qualité en Suisse, ce qui ne peut être l'effet escompté d'une valeur de référence. Le Tribunal administratif fédéral a protégé dans ses jugements des valeurs de référence jusqu'au 50^e percentile. Il n'existerait de ce fait aucune raison de fixer dans l'ordonnance une valeur aussi basse. Seule une valeur de référence au 50^e percentile garantirait que les hôpitaux de soins aigus dans la moyenne qui proposent une offre de soins complète soient au moins représentés d'une manière suffisante et appropriée dans la référence et

qu'ils puissent générer les moyens financiers nécessaires pour fonctionner efficacement en offrant un niveau de qualité élevé. Les expériences faites en Suisse et à l'étranger ont montré que des percentiles inférieurs à 50 % mettent le système en danger. En revanche, une perspective fiable à moyen et long terme d'une rémunération du 50^e percentile produirait un effet suffisant en termes de maîtrise des coûts. Cependant, les valeurs hors norme positives et négatives ne devraient pas faire partie intégrante de la référence. La fixation d'une référence inférieure au 50^e percentile devrait impérativement se faire au niveau de la loi eu égard à ses conséquences sur la qualité des prestations des hôpitaux et/ou le paysage hospitalier ainsi qu'à l'atteinte considérable associée à l'autonomie des partenaires tarifaires en matière de négociation. Si, comme le prévoit le projet de révision, le percentile déterminant était calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations, les petits hôpitaux ayant un nombre de cas inférieur à la moyenne auraient un poids excessif dans le calcul de la valeur de référence. Cette surpondération serait d'autant moins justifiée que ces hôpitaux sont souvent amenés à prendre en charge des cas spéciaux, dont les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité sont fortement influencés par des fluctuations aléatoires du nombre de cas notamment. La prise en compte à parts égales dans la référence de tous les hôpitaux, indépendamment du nombre et du degré de gravité des cas, entraînerait par conséquent une distorsion du critère d'efficacité et affaiblirait la pertinence de la référence. Cette dernière devrait reposer sur des données représentatives et intégrer une pondération des institutions en fonction du case mix (quantité et degré de gravité des cas traités). Selon le commentaire relatif à l'art. 59c^{bis}, al. 4, les rémunérations devraient se baser sur les hôpitaux qui fournissent la prestation assurée dans la qualité nécessaire. Or les étapes du calcul de la valeur de référence décrites à l'al. 1 ne font pas mention de ce critère. D'après les commentaires, les hôpitaux qui ne fournissent pas la prestation assurée dans la qualité nécessaire ne devraient pas être pris en compte dans le calcul de la valeur de référence. Pour les institutions qui se situent au-dessus du 25^e percentile, cette disposition entraînerait une dégradation de la qualité, une pression à la performance accrue sur le personnel mais aussi, dans de nombreux hôpitaux, des coupes dans les effectifs. De plus, le système de santé se verrait affaibli en tant que premier facteur économique. Déclarer systématiquement et durablement non économiques 75 % des prestataires de soins stationnaires déclencherait une ruineuse spirale descendante, au terme de laquelle les cantons devraient intervenir dans le financement hospitalier – en dehors de la législation de la LAMal – pour maintenir l'approvisionnement en soins, ce qui relève effectivement de leur mission constitutionnelle. L'étude de Polynomics du 4 juin 2020 « Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking » (Effet du choix du percentile dans l'analyse comparative des hôpitaux) démontre les lacunes des approches actuelles en matière de benchmarking et montre dans une simulation l'évolution du paysage hospitalier avec le 25^e percentile, en l'absence de moyens supplémentaires (subventions, dons) ou d'injection de nouveaux capitaux dans les hôpitaux de la part des propriétaires : au bout de sept ans, tous les hôpitaux universitaires auraient épuisé leurs fonds propres du fait des déficits occasionnés et disparaîtraient du marché. Au bout de 14 ans, seuls subsisteraient la moitié des hôpitaux. Au bout de 25 ans, seuls subsisteraient un cinquième des hôpitaux. Après 46 ans, il ne resterait plus qu'un seul hôpital. Pendant toutes ces années, le système serait déficitaire : rien que sur les neuf premières années, le déficit cumulé se monterait à 3,7 milliards de francs. Le montant calculé par l'OFSP de la réduction des coûts pour l'AOS si la frontière d'efficacité était fixée au 25^e percentile au lieu du 40^e percentile, de 200 à 250 millions de francs, serait considérablement sous-estimé puisqu'il se rapporte uniquement à la part de financement de l'AOS (45 %). En réalité, la perte de recettes du point de vue des fournisseurs de prestations serait cinq à six fois plus élevée, atteignant 1,2 milliards de francs. La réduction des coûts et les déficits hospitaliers nationaux prévus par **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** s'appuient sur les chiffres de l'exercice 2018 et ont été calculés par l'association SpitalBenchmark.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et VZK exigent que la disposition soit purement et simplement supprimée. La fixation d'une valeur de référence maximale par l'ordonnance saperait l'autonomie tarifaire s'agissant aussi bien du choix de la méthode de formation des prix que de son montant. Elle serait donc illégale et devrait être biffée. La référence prévue au 25^e percentile avantagerait outre mesure les organisations spécialisées. Ainsi, l'intégration d'organisations sans service des urgences fausserait indûment le résultat. Les disparités régionales en matière de coûts structurels (coûts salariaux et d'implantation) entraîneraient une distorsion supplémentaire. Deux tiers, ou 66 %, des cliniques spécialisées obtiendraient un tarif couvrant les coûts, alors que ces établissements spécialisés ne représentent qu'un tiers de tous les hôpitaux. Retenir le 25^e percentile aboutirait à une référence qui représenterait le paysage hospitalier d'une manière complètement faussée. Les hôpitaux de soins généraux, en particulier ceux dotés de services des urgences ou de soins intensifs, seraient défavorisés. Même si le prix de référence pour les forfaits par cas était fixé au 50^e percentile, la comparaison devrait être effectuée compte tenu du *costweight*. Cette façon de procéder serait la seule solution qui permette un traitement équitable des hôpitaux de soins généraux eu égard au nombre important de prestations réalisées pour l'ensemble de la population. La pandémie de coronavirus a mis en évidence que le paysage hospitalier décentralisé, à proximité du lieu de vie des patients, est déterminant pour faire face à la crise. En particulier, il a permis de répartir les flux de patients sur différents sites, et ainsi d'alléger la charge du système dans son ensemble. L'objectif visant à concentrer de plus en plus les prestations médicales devrait de ce fait être reconsidéré. Selon les conclusions de l'étude de Polynomics « Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking », le 25^e percentile impliquerait qu'à long terme, les hôpitaux seraient contraints de cesser leur activité. Pour les institutions situées au-dessus du 25^e percentile, cette disposition entraînerait une dégradation de la qualité et une pression accrue sur le personnel, y compris des coupes dans les effectifs. De plus, le système de santé se verrait affaibli en tant que premier facteur économique. Déclarer systématiquement et durablement non économiques 75 % des prestataires de soins stationnaires serait du pessimisme calculé et ruineux. Les expériences faites en Suisse et à l'étranger ont plutôt montré que des percentiles inférieurs à 50 % mettent le système en danger tandis qu'au contraire, une perspective fiable à moyen et long terme d'une rémunération du 50^e percentile serait très efficace en termes de maîtrise des coûts. Les résultats des hôpitaux suisses ont déjà fortement convergé et environ 80 % des hôpitaux et des cliniques se situent dans une fourchette de +/- 8 % par rapport au 50^e percentile. Cependant, les valeurs hors norme positives et négatives ne devraient pas faire partie intégrante de la référence.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau réclament que la disposition soit adaptée comme suit : « ...qui correspond au maximum au 40^e percentile calculé sur la base des cas ajustés selon le degré de gravité (case mix) de tous les fournisseurs de prestations. » ou purement et simplement supprimée (**Gesundheitszentrum Fricktal AG**). Les explications qui figurent à la page 18 des commentaires concernant les modifications envisagées montreraient sans équivoque que la fixation du percentile est uniquement employée en vue de réduire les coûts pour l'AOS et d'alléger la charge financière de la Confédération au niveau des montants pour la réduction individuelle de primes. Les commentaires ne fournissent pas de justifications pour la fixation du 25^e percentile comme valeur de référence au-delà de l'allègement de la charge financière de l'AOS et de la Confédération. En particulier, ils ne contiendraient pas d'explications sur les conséquences de cette valeur de référence pour les hôpitaux et les cantons. La référence au 25^e percentile prévue serait arbitraire, suivrait unilatéralement le point de vue des assureurs et qualifierait de

non économiques la majorité des hôpitaux qui proposent une offre de soins complète. En dessous de la valeur de référence au 25^e percentile, on trouverait essentiellement des fournisseurs de prestations dont l'offre est spécialisée (« cherry picking »), des hôpitaux sans services des urgences ou de soins intensifs et des maisons de naissance. Ces fournisseurs de prestations fausseraient ainsi indûment l'évaluation du caractère économique des hôpitaux, d'une manière injustifiée qui ne serait pas non plus souhaitée par le législateur. Une distorsion supplémentaire serait occasionnée par les disparités régionales en matière de coûts structurels (coûts salariaux et d'implantation). La fixation de la référence au 25^e percentile entraînerait pour les hôpitaux qui se situent au-dessus une pression à la performance accrue sur le personnel mais aussi, dans de nombreux établissements, des coupes dans les effectifs. Cette approche aurait pour conséquence une dégradation de la qualité. Dans l'ensemble, elle mettrait en danger, voire compromettrait l'approvisionnement en soins de qualité en Suisse, ce qui ne peut être l'effet escompté d'une valeur de référence. Le Tribunal administratif fédéral a protégé dans ses jugements des valeurs de référence jusqu'au 50^e percentile. Il n'existerait aucune raison de fixer dans l'ordonnance une valeur inférieure. Une valeur de référence au 40^e percentile garantirait que les hôpitaux qui proposent une offre de soins complète soient aussi représentés d'une manière suffisante et appropriée dans la référence et qu'ils puissent générer les moyens financiers nécessaires pour fonctionner en offrant un niveau de qualité élevé. Une telle valeur produirait un effet suffisant en termes de maîtrise des coûts. Dans la mesure où ce projet ne serait pas écarté, la fixation d'une référence inférieure au 40^e percentile devrait impérativement se faire au niveau de la loi eu égard aux conséquences sur la qualité des prestations des hôpitaux et/ou le paysage hospitalier ainsi qu'à l'atteinte considérable associée à l'autonomie des partenaires tarifaires en matière de négociation. Si, comme le prévoit le projet de révision, le percentile déterminant était calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations, les hôpitaux ayant un nombre de cas inférieur à la moyenne auraient un poids excessif dans le calcul de la valeur de référence. La prise en compte à parts égales dans la référence de tous les hôpitaux, indépendamment du nombre et du degré de gravité des cas, entraînerait par conséquent une distorsion du critère d'efficience. La référence devrait par conséquent – si elle devait viser une comparaison pertinente des hôpitaux, ce que l'on peut supposer – impérativement être calculée sur la base des cas ajustés selon le degré de gravité de tous les fournisseurs de prestations. Selon le commentaire relatif à l'art. 59c^{bis}, al. 4, les rémunérations devraient se baser sur les hôpitaux qui fournissent la prestation assurée dans la qualité nécessaire. Or les étapes du calcul de la valeur de référence décrites à l'al. 1 ne font pas mention de ce critère. D'après les commentaires, les hôpitaux qui ne fournissent pas la prestation assurée dans la qualité nécessaire ne devraient pas être pris en compte dans le calcul de la valeur de référence, sans apporter de réponse à la question de savoir à quoi correspond la qualité nécessaire.

Pour **Hirslanden AG**, la pratique actuelle, laquelle a aussi été invariablement appuyée par le Tribunal administratif fédéral, a établi un critère de benchmarking au 40-50^e percentile pondéré en fonction des cas. Le Tribunal administratif fédéral a récemment indiqué dans son arrêt C-4374/2017, C-4461/2017 consid. 8.6. qu'une référence au 25^e percentile pondérée en fonction du nombre d'hôpitaux impliquait une distorsion majeure, susceptible de mettre en danger la sécurité de l'approvisionnement en soins. De même, l'étude de Polynomics (dès 2015) a mis en évidence que la procédure de benchmarking actuelle présente des lacunes, notamment du fait de l'intégration des coûts d'utilisation des immobilisations. En particulier, l'étude démontrait que les hôpitaux sans service des urgences, mais aussi les petites cliniques spécialisées (avec un mandat de prestations très limité) étaient surreprésentés avec le 25^e percentile.

Universitätsspital Basel estime que la procédure de benchmarking ne tient pas compte des différences entre les cliniques spécialisées et les hôpitaux de prise en charge centralisée.

Chaque cycle de benchmarking aboutirait à un calcul du tarif plus bas, sans garantir que l'hôpital de référence (nouveau chaque année) respecte les conditions en matière de structures et de procédures prévues par les autres modifications de l'OAMal proposées. De ce fait, il ne serait pas garanti que le fournisseur de prestations de référence à l'aune duquel il faille se mesurer soit réellement efficace.

VNS juge qu'un percentile maximal de 25 est un critère d'efficacité très strict, qui est situé nettement en dessous de la pratique actuelle, entraînerait les tarifs dans une spirale descendante et se révélerait ruineux pour un grand nombre d'hôpitaux et de cliniques. C'est ce qu'a montré une nouvelle étude de Polynomics sur le choix du percentile. Cette dernière a mis en évidence que la procédure de benchmarking actuelle présente des lacunes, notamment du fait des différences dans l'évaluation des coûts d'utilisation des immobilisations. En particulier, l'étude démontrait que les hôpitaux sans services des urgences ou de soins intensifs, mais aussi les petites cliniques spécialisées et les maisons de naissance (avec un mandat de prestations très limité) étaient surreprésentés avec un percentile bas. Le fait que la Confédération n'ait pas effectué d'analyse d'impact de la réglementation à ce sujet serait critiquable.

Organisations du système de santé – assureurs

Selon **santésuisse**, les termes « calcul du tarif » et « calcul des tarifs » dans le titre et l'al. 1 prêtent à confusion en lien avec le calcul de la valeur de référence et devraient être remplacés par le terme « tarification ». **santésuisse** souscrit à la fixation d'un percentile strict. La mise en œuvre actuelle du nouveau régime de financement aurait été associée à des approches plus ou moins strictes selon les cantons, en contradiction avec la concurrence souhaitée et avec le principe d'équité. Cependant, il conviendrait de tenir compte d'éventuelles modifications de la valeur de référence en raison d'évolutions inefficaces des volumes et des coûts. **santésuisse** est en outre d'avis que les effets induits par des évolutions inefficaces des volumes et des coûts ne devraient pas entraîner une hausse disproportionnée du percentile. Il conviendrait de ce fait d'ajouter un alinéa supplémentaire à l'al. 1, let. b (« au maximum ») et de prévoir une possibilité de mise en œuvre.

Autres organisations

Selon **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**, le 25^e percentile (pondéré en fonction du nombre d'hôpitaux) constitue d'après tous les benchmarkings à l'échelle de la Suisse présentés jusqu'ici par les partenaires tarifaires un critère d'efficacité sévèrement faussé, dont l'application entraînerait des déficits de financement de nature à mettre en péril l'existence des établissements. Les tarifs ne couvrant pas les coûts qui en résulteraient intensifieraient les besoins en financements croisés entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire, ce qui constituerait une grave dérive du système. L'introduction du DRG en Suisse aurait établi un critère de benchmarking compris entre le 40^e et le 50^e percentile, ce qui a invariablement été protégé par la jurisprudence. La disposition proposée enfreindrait l'art. 49, al. 1 LAMal, le Conseil fédéral outrepassant sa compétence législative. **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** demande de relever le 25^e percentile au 40^e–50^e percentile (pondéré en fonction des cas ou du case mix).

5.9 Prises de position relatives à l'art. 59cbis, al. 2

Cantons

Du point de vue de la **CDS** et des cantons **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS** et **ZH**, les données utilisées pour le benchmark constitueraient le seul élément dans la fixation des tarifs pour lequel une uniformisation par voie d'ordonnance a potentiellement un sens. Pour ceux-ci ainsi que pour **AG**, les acteurs disposent en 2020 pour la première fois d'une vue d'ensemble à l'échelle nationale des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité (bientôt aussi des coûts journaliers) pour la fixation des tarifs (art. 49, al. 8, LAMal), reposant sur des données plausibilisées selon des critères uniformes. Si la comparaison n'est présentée que comme une source possible pour déterminer le critère de l'efficacité, l'hétérogénéité des données utilisées par les acteurs demeurerait.

La **CDS** et **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** proposent donc que soit déclarée contraignante l'utilisation de la comparaison entre hôpitaux de l'art. 49, al. 8, LAMal, pour autant que celle-ci contienne les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité appropriés.

Pour la **CDS** et **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH**, il faudrait garantir au niveau du droit fédéral que la surveillance des prix repose également sur ces données.

La **CDS** et les cantons **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** souhaitent pour l'heure n'envisager que la comparaison sur la base des coûts par cas.

Du point de vue de la **CDS** et des cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH**, la comparaison devrait être publiée au plus tard 4 mois après le terme de l'année civile déterminante pour le relevé des données afin qu'elle puisse servir aux négociations tarifaires ; une phrase devrait donc être ajoutée à cet alinéa.

Du point de vue d'**AG**, la fixation uniforme des données servant de base à la référence pour toutes les parties impliquées dans la détermination du tarif constitue un élément central de cette dernière.

BE précise que bien que le Conseil fédéral s'acquitte cette année pour la première fois de son obligation de publier une comparaison entre hôpitaux prévue à l'art. 49, al. 8, LAMal, celle-ci porte uniquement sur le domaine des soins somatiques aigus. On ignore quand une comparaison similaire (pertinente) suivra pour le domaine de la psychiatrie. Par conséquent, il serait impossible de comprendre pourquoi le système TARPSY devrait être inclus dans les structures de type DRG. Le calcul de la valeur de référence devrait impérativement être effectué sur la base de la comparaison entre hôpitaux visé à l'art. 49, al. 8, LAMal. Le Conseil fédéral part du principe que les données nécessaires aux partenaires tarifaires et aux autorités auront été préalablement publiées et vérifiées. **BE** juge qu'il est difficile de voir comment une mise à disposition en temps utile pourrait être assurée. En ce qui concerne la vérification, le Conseil fédéral fait référence à la nouvelle attestation OCP prévue, qui vise à garantir que le justificatif des données de coûts des hôpitaux a été établi conformément à l'OCP. Le Conseil-exécutif met en doute la valeur ajoutée apportée par l'attestation OCP. **BE** propose donc de remplacer l'expression « il est possible » par « il est impératif » dans la formulation « Pour le calcul de la valeur de référence d'un groupe de comparaison, [...] d'utiliser la comparaison entre hôpitaux... ».

SO souhaite que soit déclarée contraignante l'utilisation de la comparaison entre hôpitaux de l'art. 49, al. 8, LAMal, pour autant que celle-ci contienne les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité appropriés. La comparaison devrait être publiée au plus tard 4 mois après le terme de l'année civile déterminante pour le relevé des données.

Organisations du système de santé – patients/usagers

SPO considère qu'utiliser d'autres chiffres comparatifs pour le benchmarking constitue une amélioration. Elle observe cependant que les chiffres relevés par la Confédération concernant la qualité des résultats ne sont guère exploitables pour une comparaison. Étant donné que, pour la mortalité par exemple, les seuls facteurs de correction sont l'âge et le sexe, ces chiffres ne représenteraient pas vraiment la réalité et les différents degrés de gravité des patients malades (du même âge). Il existerait un risque de nouveaux rejets ainsi que d'une sélection des patients en bonne santé.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** rejettent résolument cette disposition. Celle-ci entraînerait un gaspillage de ressources et le développement d'un appareil administratif complètement inutile, conséquence d'un niveau de confiance au plus bas entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Le présent projet d'ordonnance prévoit que la responsabilité du benchmarking incombera à trois acteurs au moins : 1) les cantons (cf. Concept « Publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité dans le cadre de l'art. 49, al. 8, LAMal »24), 2) les assureurs, 3) les associations d'assureurs. Ce à quoi s'ajouterait le fait que chaque acteur, à savoir les cantons et les assureurs, plausibiliserait les données des hôpitaux selon ses propres évaluations, bien que ces données aient déjà été plausibilisées par des tiers (certification REKOLE, procédure de saisie en ligne ITAR_K©). Enfin, ni les cantons ni les assureurs ne seraient impartiaux : ni les uns ni les autres ne seraient aptes, du moins au sens des principes de l'ASSM, à assumer cette fonction. Au lieu de la disposition proposée, **H+** demande : 1) une procédure de calcul reconnue des coûts d'exploitation pertinents du point de vue de l'AOS ainsi qu'une procédure reconnue et vérifiable de plausibilisation ; 2) un modèle de benchmarking approprié et professionnel qui réponde à la complexité des soins hospitaliers et, finalement, au principe juridique « comparer ce qui est comparable » ; 3) une instance neutre et indépendante (haute école spécialisée/université) chargée de calculer et de publier chaque année les valeurs de référence.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et **VZK** apprécieraient vivement qu'une référence à l'échelle de la Suisse établie par un organe neutre puisse être utilisée comme base décisionnelle. Il pourrait s'agir de l'OFSP, de la CDS ou d'une organisation commune des partenaires tarifaires. Une autre solution serait que la Confédération conçoive des directives méthodologiques visant à éviter les écarts entre les résultats des benchmarkings effectués par plusieurs institutions et partenaires tarifaires.

Pour **Universitätsspital Basel**, chaque hôpital certifié REKOLE applique correctement l'OCP. L'attestation serait donc superflue et générerait des coûts inutiles. La disposition devrait être biffée.

VNS ne voit pas pourquoi les hôpitaux devraient être tenus de fournir en plus une attestation pour le justificatif des coûts prévue par l'OCP (cf. également la modification de l'OCP, art. 9, al. 5^{bis}).

Organisations du système de santé – assureurs

Du point de vue de **HSK**, les assureurs ont besoin de données détaillées et complètes sur les coûts et les prestations (version complète d'ITAR_K) pour déterminer les coûts imputables et calculer la valeur de référence. Il conviendrait, pour l'année tarifaire à négocier X, de se baser sur les données de coûts et de prestations de l'année X-2.

5.10 Prises de position relatives à l'art. 59c^{bis}, al. 3

Cantons

La **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** et **ZH** souhaitent biffer cet alinéa car veulent déclarer contraignante l'utilisation de la comparaison de l'art. 49, al. 8, LAMal. **AG** souligne pour cela l'idée d'unité et d'efficacité. La **CDS** et ces cantons, à l'exception d'**AG**, veulent éviter toute concurrence avec d'autres comparaisons d'établissements.

JU veut biffer cet alinéa car selon lui, il n'appartiendrait pas aux assureurs de calculer la valeur de référence individuellement ou par association d'assureurs et de présenter aux cantons les modalités de calcul. Il refuse catégoriquement cette position.

Selon **BS**, les négociations tarifaires sont en règle générale menées par certains assureurs ou par leurs communautés d'achat. Les assureurs/associations/communautés d'achat seraient compétents pour convenir de structures tarifaires avec les organisations de fournisseurs de prestations. Il est prévu que les assureurs soient nouvellement chargés du calcul de la valeur de référence et de la présentation aux cantons des modalités de calcul. Cependant, la plupart des assureurs ne disposent pas des documents complets (par ex., la version complète d'ITAR-K). Il serait de plus inacceptable qu'un assureur avec un bon profil de risque soit en mesure de négocier un tarif moins onéreux (puisque la référence serait plus basse) et de proposer de ce fait des primes plus avantageuses, qui attireraient à leur tour de bons risques. Le rôle des cantons en tant qu'autorité d'approbation et de fixation ne devrait en aucun cas être sapé.

GR exige la suppression de l'article. Les justifications concernant le présent al. 3 ne seraient pas convaincantes. Si un fournisseur de prestations ne mettait pas à disposition les données de coûts et de prestations en temps utile, toutes les associations d'assureurs s'en trouveraient impactées. Il n'est guère probable qu'un fournisseur de prestations mette à la disposition d'une seule association d'assureurs ses données de coûts et de prestations dans les temps. Une valeur de référence différente par association d'assureurs serait nécessaire, le cas échéant pendant une phase de transition, eu égard aux prescriptions énoncées à l'al. 1 concernant le mode de calcul. Il est par ailleurs renvoyé aux explications relatives à l'al. 1.

Pour **TI**, cet alinéa est incomplet et inapproprié. L'al. 3 prévoit que seuls les assureurs déterminent le tarif de référence. Les cantons ont une tâche d'approbation et de fixation des tarifs qui les mettent sur le même plan que les assureurs et devraient donc être cités dans l'article.

BE note que cette disposition prévoit que les assureurs sont chargés du calcul de la valeur de référence et de la présentation aux cantons des modalités de calcul. Il refuse que cette tâche incombe aux seuls assureurs ou à leurs communautés d'achat. En leur qualité d'autorité d'approbation et de fixation, les cantons sont eux aussi compétents en matière de calcul et de vérification. Il exige que la disposition « Les assureurs calculent la valeur de référence individuellement ou par association d'assureurs et présentent aux cantons les modalités de calcul avec les données correspondantes des fournisseurs de prestations en matière de

coûts et de prestations » soit remplacée par « Les partenaires tarifaires ou les cantons calculent la valeur de référence pour chaque groupe de comparaison ».

SO exige la suppression de cette disposition, car l'utilisation de la comparaison entre hôpitaux visée à l'art. 49, al. 8, LAMal devrait être déclarée contraignante.

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le **PDC** se montre critique quant à la proposition de confier aux (seuls) assureurs le calcul de la référence. Pour le parti, il n'est pas question que chaque assureur calcule sa propre valeur de référence et que les hôpitaux soient tenus de mettre à disposition des données préparées de manière non uniforme. Il devrait exister suffisamment de possibilités de délimitation parmi les assureurs avec les prestations et les modèles innovants tels que les forfaits complexes sur les soins aigus et la réadaptation. Des critères de qualité devraient en outre être intégrés dans le calcul de la valeur de référence. Un système de benchmark ne devrait pas se concentrer uniquement sur les coûts sans tenir compte de la qualité fournie.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** rejettent résolument cette disposition, jugeant qu'elle enfreint l'autonomie tarifaire. Le benchmarking devrait être calculé, fixé et publié soit dans le cadre d'un partenariat soit par une instance neutre. Le Conseil fédéral met lui-même l'accent sur l'autonomie des partenaires tarifaires. Il ne serait donc pas admissible de confier unilatéralement un instrument important pour la fixation du critère d'efficience à un seul partenaire de négociation, ce qui constituerait une violation des principes d'égalité de droit (art. 8 Cst.) et d'économie (art. 46, al. 4, LAMal). Les assureurs auraient prouvé, ces dernières années, qu'ils ne sont pas en mesure de calculer des valeurs de référence. Ils n'utilisent pas les données soumises selon **ITAR_K**, mais procèdent à des corrections plus ou moins arbitraires, qui n'ont été communiquées jusqu'ici que d'une manière très limitée, sans parler du manque de vérifiabilité de leur exactitude. Leurs calculs seraient unilatéraux, erronés, opaques et orientés politiquement. La confiance des fournisseurs de prestations à l'égard des assureurs-maladie serait au plus bas. Ainsi, les valeurs de référence établies actuellement par les associations d'assureurs seraient opaques et incluraient des déductions selon le bon vouloir de ces derniers. La preuve en serait, depuis des années, que les valeurs de référence indiquées sont totalement différentes malgré des données de base identiques. Sept valeurs de référence sont déjà calculées en Suisse à l'heure actuelle. À l'avenir, le nombre de ces références pourrait augmenter à l'envi, si l'on suit la position du Conseil fédéral. Ce dispositif nécessiterait la mise en place d'un lourd appareil administratif des deux côtés (fournisseurs de prestations et acteurs chargés de calculer la référence), et ce sans aucune valeur ajoutée. Or le Conseil fédéral devrait viser à ce qu'il n'y ait plus qu'une seule valeur de référence en Suisse. Avec la meilleure volonté du monde, il serait impossible de voir l'intérêt d'ordonner une comparaison entre hôpitaux à l'échelle de la Suisse dès lors qu'il y a plusieurs valeurs de référence. À l'instar de l'al. 2, l'al. 3 entraînerait un gaspillage de ressources et le développement d'un appareil administratif complètement inutile. Enfin, le projet n'indiquerait pas clairement quand il convient d'appliquer la valeur de référence nationale visée à l'al. 2 (conformément à l'art. 49, al. 8, LAMal) et la valeur de référence des assureurs visée à l'al. 3.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et VZK exigent que la disposition soit modifiée. Le Conseil fédéral met lui-même l'accent sur l'autonomie des partenaires tarifaires. Il ne serait donc pas admissible de confier unilatéralement un instrument important pour la fixation du critère d'efficience à un seul partenaire de négociation. Il serait de plus inefficace de

prescrire 3 benchmarkings similaires mais ne coïncidant pas alors qu'une comparaison entre hôpitaux à l'échelle de la Suisse est déjà obligatoire. Si des déductions et des suppléments individuels étaient possibles, une valeur de référence à l'échelle de la Suisse serait tout à fait suffisante.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau réclament que la disposition soit purement et simplement supprimée. Les justifications concernant le présent al. 3 ne seraient pas convaincantes. Si un fournisseur de prestations ne mettait pas à disposition les données de coûts et de prestations en temps utile, toutes les associations d'assureurs s'en trouveraient impactées. Il n'est guère probable qu'un fournisseur de prestations mette à la disposition d'une seule association d'assureurs ses données de coûts et de prestations dans les temps. Une valeur de référence différente par association d'assureurs serait indiquée, le cas échéant pendant une phase de transition, eu égard aux prescriptions énoncées à l'al. 1 concernant le mode de calcul. Il est par ailleurs renvoyé aux explications relatives à l'al. 1.

Hirslanden AG fait valoir que la négociation des tarifs s'effectue dans le cadre d'un partenariat entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. Or cette disposition place les assureurs dans une position supérieure, car ils seraient seuls responsables du calcul de la valeur de référence. Les calculs de l'association SpitalBenchmark ne seraient plus pris en compte. De plus, HSK et tarifsuisse ag ont chacun un autre système de calcul des coûts, et le Tribunal administratif fédéral a rejeté leurs calculs dans son jugement sur les hôpitaux de Schwyz (arrêt du Tribunal administratif fédéral du 15 mai 2019 concernant le baserate SwissDRG 2016 des hôpitaux de Schwyz, C-4373/2017, C-4461/2017, consid. 7.3.1.4. ss). C'est pourquoi le calcul de la valeur de référence devrait être effectué par un organe indépendant.

Pour **Universitätsspital Basel**, une valeur de référence devrait être déterminée dans le cadre d'un partenariat. Un calcul unilatéral par les assureurs devrait être rejeté. Dans le pire des cas, chaque assureur déterminerait sa propre valeur de référence et calculerait par lui-même les suppléments et les déductions pour chaque fournisseur de prestations. En quoi un tel système serait-il efficace ? La suppression de la disposition est demandée.

Unimedsuisse réclame que la disposition soit purement et simplement supprimée, invoquant le fait que la valeur de référence devrait être déterminée dans le cadre d'un partenariat. Un calcul unilatéral par les assureurs devrait être rejeté. Dans le pire des cas, chaque assureur déterminerait sa propre valeur de référence et calculerait par lui-même les suppléments et les déductions pour chaque fournisseur de prestations.

Le **CHUV** considère qu'il n'est pas admissible que les assureurs déterminent seuls la valeur de référence. Cela serait contraire au principe de la négociation des tarifs entre assureurs et fournisseurs de prestations, ancré dans les art. 46 et 49 LAMal. C'est pourquoi il faudrait que la valeur de référence soit fixée de concert par les assureurs et les hôpitaux.

Du point de vue de **BEKAG**, de la **FMH**, de **SBV** et de **VLSS**, le calcul individuel par les assureurs de la valeur de référence mettrait fin à la collaboration avec les partenaires tarifaires, qui est pourtant nécessaire. De plus, les assureurs devraient calculer cette valeur en appliquant une méthode dont les résultats seraient arbitraires. Étant donné que la pondération ne serait pas effectuée en tenant compte de l'importante disparité des volumes de prestations des prestataires, et uniquement en fonction du nombre d'hôpitaux, beaucoup de petits hôpitaux, qui dans certains cas n'ont pas d'importance systémique, seraient désavantagés.

La **FMH** propose à titre subsidiaire que les fournisseurs de prestations et les assureurs (et non les seuls assureurs) calculent la valeur de référence individuellement pour chaque association (et non pour chaque assureur).

Selon **SwissReha**, l'art. 49, al. 8, LAMal impose de recourir aux données. Resterait cependant à clarifier quelles données devraient être présentées, et à quel moment, selon cette disposition, les exigences imposées pour leur application (par ex., pertinence statistique) et ce qui est entendu par « association d'assureurs ».

Organisations du système de santé – assureurs

Du point de vue de **curafutura** et **HSK**, les assureurs/communautés d'achat de prestations devraient avoir la possibilité de mentionner nommément les fournisseurs de prestations auprès des autorités d'approbation et de fixation. Il est donc proposé de compléter la disposition de sorte que le nom des fournisseurs de prestations soit également communiqué en clair aux cantons.

5.11 Prises de position relatives à l'art. 59cbis, al. 4

Cantons

La **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** souhaitent que l'application de suppléments/déductions par les assureurs ou leurs communautés d'achat et les autorités cantonales d'approbation et de fixation au sens d'une différenciation tarifaire en fonction des spécificités des différents hôpitaux demeure une option. Ils souhaitent ainsi souligner le rôle des assureurs ou de leurs communautés d'achat et des cantons dans cet alinéa ainsi que le fait que cela reste une option.

BE indique que la jurisprudence admet un benchmarking séparé pour les hôpitaux universitaires, en particulier eu égard au catalogue de prestations et à la représentation encore insuffisante des prestations des prestataires au bout de la chaîne de soins (notamment aux coûts supplémentaires pour les cas hautement déficitaires et à la représentation insuffisante dans la structure tarifaire). Si l'intention était de procéder à un benchmarking portant sur les hôpitaux de soins somatiques aigus de tous les échelons de soins, il faudrait dans les faits pouvoir calculer et prendre en compte les spécificités évoquées, c'est-à-dire qu'une différenciation du prix devrait impérativement être possible. Comme l'a évoqué jusqu'ici le Conseil fédéral dans les approbations des différentes versions de SwissDRG, la structure tarifaire n'est pas en mesure de représenter pleinement les coûts des prestataires au bout de la chaîne de soins. Les suppléments nécessaires ne sont précisément pas calculables de manière différenciée : si tel était le cas, les coûts des prestataires au bout de la chaîne de soins seraient déjà mieux représentés dans la structure tarifaire SwissDRG. Il est demandé d'adapter la disposition comme suit : « Les partenaires tarifaires et les cantons peuvent appliquer des suppléments à la valeur de référence qu'ils ont calculée pour un groupe de comparaison... ».

ZG exige la suppression ou une adaptation de cette disposition, car il devrait continuer d'appartenir aux partenaires tarifaires et aux autorités d'approbation/de fixation d'appliquer des suppléments ou des déductions. Si la disposition devait être maintenue, il conviendrait de reprendre dans l'ordonnance la dernière phrase des explications (p. 30) « Nul ne peut prétendre à ce que les suppléments couvrent intégralement les coûts des prestations supplémentaires. ».

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Le **PVL** n'est pas d'accord avec l'al. 4, qui devrait être supprimé et remplacé par une disposition prévoyant que des suppléments doivent pouvoir être appliqués à la valeur de référence s'ils sont démontrés d'une manière transparente et étayée par des données et s'ils ne sont pas couverts par la valeur de référence. Il juge qu'une définition rigide des prestations pouvant donner lieu à l'application de suppléments à la valeur de référence n'est ni judicieuse ni nécessaire. Cet aspect devrait faire l'objet de négociations entre les partenaires tarifaires. En revanche, pour faire valoir des suppléments pour des prestations, il serait indispensable de faire preuve de transparence au niveau des données de coûts et de prestations, ce qui devrait impérativement être indiqué ici.

Organisations du système de santé – patients/usagers

Malgré certains doutes quant à la procédure de benchmarking ainsi qu'aux lourdes conséquences possibles pour les patients, **SPO** est favorable sur le fond à la possibilité d'appliquer des suppléments à la valeur de référence. Elle se demande toutefois quelles sont les prestations qui ne seraient pas représentées de manière adéquate dans la structure tarifaire selon l'art. 49, al. 1, LAMal (SwissDRG). En particulier, les différences actuellement reconnues dans le canton de Zurich entre les prix de base en cas d'existence ou d'absence d'un service des urgences, par exemple, semblent à peine suffisantes pour représenter et compenser l'avantage que constitue le fait de ne procéder qu'à des interventions électives. La question se pose également de savoir s'il est toujours possible de représenter ces coûts de manière transparente (par ex., coûts du traitement d'urgence à ventiler).

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** saluent le fait que le Conseil fédéral reconnaisse, par cette disposition, qu'une valeur de référence à l'échelle de la Suisse entraînerait une inégalité de droit et que des corrections s'imposent. Il serait toutefois inéquitable de fixer dans un premier temps un percentile beaucoup trop bas puis de faire porter aux hôpitaux l'entier fardeau de la preuve pour d'éventuels suppléments. L'expérience a montré que les relations au niveau de la structure tarifaire sont extrêmement complexes, si bien que d'importantes ressources devraient être mobilisées pour présenter les preuves correspondantes. Il convient de noter à ce propos que l'accès aux données requises est largement interdit aux hôpitaux. Et même s'ils produisaient des moyens de preuve scientifiquement étayés, ceux-ci seraient reçus avec méfiance par les assureurs, qui finalement ne les reconnaîtraient pas. Il faudrait donc se demander sérieusement s'il est opportun que les suppléments et les déductions relèvent des négociations des partenaires tarifaires ou s'il n'est pas préférable de confier la fixation des règles du jeu à une institution neutre. Les avantages d'une institution neutre seraient les suivants : les fournisseurs de prestations ne pourraient pas être mis en concurrence, les suppléments reposeraient sur des données et la rémunération des prestations efficaces et de qualité couvrirait les coûts. Les suppléments seraient appliqués en temps utile, aucun report « au lendemain » ne serait possible. Les cantons et les assureurs seraient représentés au sein de l'institution neutre et n'auraient donc pas besoin de revérifier les conditions. L'exécution des règles du jeu serait réglée uniformément au niveau national, tandis que leur application pourrait être modulée de façon individuelle au niveau des hôpitaux (principe de l'équité). Une telle solution retirerait aux partenaires tarifaires un objet de négociations et à l'autorité d'approbation une compétence décisionnelle. Cependant, le fait est que SwissDRG SA n'a pas été en mesure jusqu'ici d'intégrer par exemple la rémunération des « cas hautement déficitaires/bénéficiaires » dans le système DRG. Il n'a pas non plus été possible à ce

jour de mener des discussions adéquates avec les parties prenantes côté assureurs, a fortiori d'élaborer des propositions de solutions. Si toutefois, contrairement aux attentes formulées, l'institution neutre (SA) ne parvenait pas à calculer les déductions et les suppléments, il serait absolument impossible pour les différents fournisseurs de prestations de prouver les lacunes et de prétendre à une rémunération auprès des assureurs. L'application de l'art. 59c^{bis}, al. 4, nécessiterait des efforts démesurés de la part des fournisseurs de prestations, qui devraient faire évoluer leurs systèmes de facturation.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et VZK exigent une modification de la let. d, en précisant que cet aspect devrait toutefois être pris en compte dans la valeur de référence. Tant que les hôpitaux et les cliniques de soins somatiques aigus sans service des urgences seront systématiquement mieux classés dans la procédure de benchmarking, cette distorsion devrait déjà être corrigée lors de l'analyse comparative. Les suppléments devraient couvrir les coûts lorsque les prestations fournies sont efficaces et de qualité.

Hirslanden AG souscrit au principe des suppléments. Cependant, le respect de l'ensemble des conditions énoncées aux let. a à d lui semble constituer un obstacle trop important, d'autant plus que les hôpitaux se sont largement vu refuser l'accès aux données nécessaires par le passé.

Selon **Universitätsspital Basel**, le calcul des suppléments/déductions serait sujet à controverse : les unités finales d'imputation et le surveillant des prix s'opposeraient aux suppléments et demanderaient des déductions. La suppression de la disposition est demandée.

Pour **BEKAG, la FMH, SBV, swiss orthopaedics et VLSS**, la possibilité d'appliquer des suppléments ne changerait rien au fait que 75 % ne pourraient plus réaliser de gains d'efficacité avec le modèle proposé. De plus, les hôpitaux devraient apporter la preuve, devant la justice, de la mesure de la sous-couverture des coûts pour obtenir au plus seulement la couverture de leurs coûts, ce qui serait inacceptable. Ce dernier point pourrait avoir pour conséquence, estiment BEKAG, swiss orthopaedics et VLSS, que les assureurs-maladie ne verraient plus l'utilité d'une convention tarifaire, puisque devant la justice, quoi qu'il arrive, ils ne seraient pas perdants – voire ils seraient peut-être même gagnants. Selon la FMH, il est de plus impossible de comprendre pourquoi les suppléments spécifiques au fournisseur de prestations ne pourraient pas aussi être comptabilisés dans le cas d'une clinique dont les coûts ajustés selon le degré de gravité seraient inférieurs à la valeur de référence (comme dans le cas d'une clinique dont les coûts sont supérieurs à la valeur de référence). Cette règle donnerait l'impression que l'objectif est de continuer à réduire les gains d'efficacité, du moins partiellement, bien que les tribunaux aient à plusieurs reprises établi que les gains d'efficacité ne sont pas contraires à la LAMal.

RehaClinic rappelle qu'il convient aussi d'accorder une attention particulière aux versements effectués au titre des prestations d'intérêt général, dont chacun sait qu'ils sont traités très différemment selon les cantons, et qui pourraient être désignés comme des subventions (dissimulées). Le modèle de financement devrait globalement être suffisamment abouti pour qu'il n'y ait pas besoin de travailler avec des suppléments et des déductions, des variables qui ouvriraient la porte à l'arbitraire et à différentes interprétations selon les cantons.

De l'avis de **SGAIM**, l'expérience a montré combien il est difficile de représenter correctement les prestataires de soins spéciaux (hôpitaux pédiatriques et universitaires). L'introduction d'un nouveau système de suppléments risquerait d'accroître la charge administrative sans apporter d'amélioration s'agissant de la rémunération.

SwissReha regrette qu'un grand nombre des termes employés ne soient pas formulés d'une manière suffisamment précise. Ce manque de précision, conjugué au fait que les termes de la réadaptation ne sont pas non plus formulés précisément par la Confédération, augmente le risque que les cantons appliquent des pratiques opaques, différentes et favorisant arbitrairement leurs institutions par rapport à la concurrence (notamment en combinaison avec la répartition des prestations d'intérêt public).

Let. a :

Pour **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD**, il faudrait préciser ici à qui il appartient de décider quelles sont les prestations qui ne sont pas représentées de manière adéquate. De plus, il conviendrait de tenir compte du fait que les hôpitaux, qui portent le fardeau de la preuve, seraient dans l'impossibilité d'apporter cette preuve faute d'accès aux données de base détaillées de la structure tarifaire.

Let. c :

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** estiment qu'il faudrait préciser ici à qui il appartient de décider des critères de transparence. Ces derniers devraient être établis au niveau national, car il ne pourrait y avoir de disparités cantonales/régionales en la matière. Si des déductions et des suppléments individuels étaient juridiquement possibles, le fardeau de la preuve continuerait à incomber aux hôpitaux. Or, on a vu dans le passé les ressources qui doivent être mobilisées pour présenter les preuves. Quand bien même, les moyens de preuve étayés scientifiquement seraient reçus avec méfiance. En fin de compte, ils ne seraient pas reconnus. De plus, se référer aux coûts effectifs spécifiques aux hôpitaux irait à l'encontre des principes du financement des prestations et reviendrait à réintroduire le financement des établissements. La tarification devrait être déterminée non en fonction des coûts (supplémentaires) effectifs spécifiques aux hôpitaux, mais des coûts supplémentaires auxquels il y aurait lieu de s'attendre en cas de fourniture efficiente des prestations. Autrement, des gains d'efficacité seraient exclus pour tous les hôpitaux dont les coûts sont supérieurs au 25^e percentile.

Let. d :

Pour **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD**, le modèle de benchmark doit être repensé. Les effets de distorsion devraient être pris en compte dans la valeur de référence. Par exemple, tant que les hôpitaux et les cliniques de soins somatiques aigus sans service des urgences seront systématiquement mieux classés dans la procédure de benchmarking, cette distorsion devrait déjà être corrigée lors de l'analyse comparative. En ce qui concerne le retour inadmissible au financement des établissements, il est renvoyé à l'argument invoqué concernant l'art. 59c^{bis}, al. 4, let. c.

Organisations du système de santé – assureurs

Curafutura et **HSK** rejettent les prescriptions détaillées à l'al. 4 concernant le calcul des suppléments et des déductions applicables à la valeur de référence. Outre les éléments indiqués sous « Remarques générales concernant les modifications de l'OAMal s'agissant de la détermination des tarifs », ils se montrent critiques quant à la définition rigide de ces déductions et suppléments. Les hôpitaux disposeraient d'une longueur d'avance inhérente sur les assureurs en matière d'information. Celle-ci rendrait difficile, voire parfois impossible, la transparence et la compréhensibilité des déductions et des suppléments. De plus, les hôpitaux n'auraient pas d'incitations à communiquer les faits propres à donner lieu à des déductions. La représentation de prestations diagnostiques ou thérapeutiques particulières qui ne figurent pas dans les forfaits pourrait faire l'objet de conventions entre partenaires tarifaires au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal. La possibilité de rémunérer de telles prestations par le biais d'un supplément appliqué à la valeur de référence ne serait pas appropriée. La transparence des

données de prestations et de coûts serait en outre une condition sine qua non pour la prise en compte des écarts par rapport à la valeur de référence (différenciation du prix par des réductions et des suppléments). Curafutura et HSK suggèrent à ce sujet une nouvelle formulation.

Santésuisse propose de préciser l'al. 4, let. a, en indiquant qui doit/peut décider, et sur la base de quels critères, si des représentations dans la structure tarifaire sont inadéquates. Ces précisions pourraient éviter que la structure tarifaire soit constamment remise en question par des sociétés de conseil, ce qui contraindrait les partenaires tarifaires et SwissDRG AG à prendre position à ce sujet.

5.12 Prises de position relatives à l'art. 59c^{bis}, al. 5 et 6

Cantons

La **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** souhaitent reformuler cette disposition de manière analogue à l'al. 4. De plus, la **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** souhaitent biffer ou préciser la let. a puisque la formulation n'est pour eux pas claire. La **CDS** et **AI, AR, BL, BS, FR, JU, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** demandent également de fixer le cas échéant le cadre quantitatif.

BE estime que s'agissant des déductions visées à l'al. 5, il est difficile de comprendre ce que l'on entend par « fournissent systématiquement moins de prestations que la structure tarifaire ne représente pas de manière adéquate » à la let. a. Des précisions seraient nécessaires ici. De plus, il n'y a pas non plus de détails sur la manière dont les déductions visées à l'al. 5, let. b, doivent être fixées. Le canton exige la précision suivante : « Les partenaires tarifaires et les cantons peuvent appliquer des déductions à la valeur de référence qu'ils ont calculée pour un groupe de comparaison... ».

TG exige que l'alinéa soit reformulé. **ZG** renvoie à ses explications concernant l'art. 59c^{bis}, al. 4. **VD** demande d'améliorer la traduction française.

Organisations du système de santé – patients/usagers

SPO se demande qui contrôle l'application des déductions à la valeur de référence et si les déductions découlant par exemple de l'absence d'un service des urgences compensent réellement une représentation inadéquate.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders et **UPD** rejettent résolument la disposition de la let. b, considérant que l'application d'une déduction à la valeur de référence constitue une lourde sanction pour une fourniture de données (prétendument) non conforme. La LAMal n'offre pas de base légale pour ce faire, aussi la disposition devrait-elle être abandonnée. Elle ouvrirait en outre la porte à l'arbitraire, car les critères selon lesquels les données seraient jugées de qualité suffisante pour être prises en compte dans le benchmarking ne sont pas précisément définis dans l'ordonnance, si bien qu'ils sont complètement flous pour les hôpitaux soumis à l'obligation. En particulier, il serait inacceptable que les assureurs fixent unilatéralement ces critères, comme c'est le cas actuellement. La sanction se révélerait d'autant plus disproportionnée qu'aucun avertissement préalable avec possibilité de s'améliorer n'est

prévu. L'al. 6 ne permet pas de savoir de quel pourcentage il s'agit ici et la précision devrait être apportée.

Selon **Hirslanden AG**, la règle fixée à l'al. 5 crée une incitation à avoir des coûts élevés. De plus, les cas de figure mentionnés à la let. a seraient déjà pris en compte dans la valeur de référence. La date de l'évaluation des déductions (1^{er} mai) serait par ailleurs pratiquement impossible à tenir pour les hôpitaux, qui ne clôturent leur exercice qu'au 31 mars. La règle énoncée à l'al. 6 ouvrirait la porte à des déductions arbitraires, car le montant maximal autorisé de la déduction n'est pas clairement défini.

Universitätsspital Basel demande la suppression de l'al. 5, faisant valoir que le calcul des suppléments/déductions serait sujet à controverse et que les agents financeurs et le surveillant des prix s'opposeraient aux suppléments et demanderaient des déductions.

Organisations du système de santé – assureurs

Curafutura et **HSK** rejettent les prescriptions détaillées concernant le calcul des suppléments et des déductions applicables à la valeur de référence qui figurent à l'al. 5, let. a et b, et demandent qu'elles soient supprimées ou que la formulation soit raccourcie. En ce qui concerne la let. b, il est de plus impossible pour **HSK** que les données (cf. 59c^{bis}, al. 3, OA-Mal) qui sont fournies après le milieu de l'année soient intégrées dans le benchmarking. Par conséquent, des données fournies à compter du 1^{er} juillet de l'année en cours devraient être réputées non mises à disposition.

Santésuisse propose de préciser l'al. 5, let. a, en indiquant qui doit/peut décider, et sur la base de quels critères, si des représentations dans la structure tarifaire sont inadéquates. Ces précisions pourraient éviter que la structure tarifaire soit constamment remise en question par des sociétés de conseil, ce qui contraindrait les partenaires tarifaires et **SwissDRG AG** à prendre position à ce sujet.

5.13 Prises de position relatives à l'art. 59c^{bis}, al. 7 et 8

Cantons

Pour la **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, BE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, TI, VD, VS** et **ZH**, ces alinéas devraient être supprimés car la formule de calcul résulterait du modèle de base DRG et n'aurait pas besoin d'être spécifiée dans une ordonnance. De plus, pour **JU**, l'alinéa 8 devrait être adapté selon la disposition 59c^{bis}, al. 9.

BS estime que des suppléments devraient être possibles à titre exceptionnel, eu égard aux spécificités des différents hôpitaux, même lorsque les coûts ajustés selon le degré de gravité sont inférieurs à la valeur de référence. Si seules des déductions étaient applicables à ces établissements, la prestation la plus économique possible ne serait plus pertinente. Une différenciation du prix devrait impérativement être possible dans un benchmarking à l'échelle de la Suisse. Cependant, les suppléments ne devraient pas être possibles uniquement lorsque des coûts supplémentaires sont prouvés, mais aussi en cas de représentation insuffisante dans la structure tarifaire (prestataires au bout de la chaîne de soins et hôpitaux universitaires).

Selon **VD**, le degré de gravité ne serait pas un critère ; le degré de lourdeur relative du cas serait déterminant (à savoir la lourdeur économique) puisque la gravité du cas ne serait mesurée nulle part.

Pour **ZG** se pose à l'al. 6 la question de savoir quels sont les « cas exceptionnels justifiés » et donc dans quels cas la déduction devrait être suspendue pendant deux années d'exploitation

au maximum. Le canton est d'avis que l'al. 8 est de nature à augmenter les coûts. Les hôpitaux zougois auraient souvent un tarif inférieur à la valeur de référence. Leur appliquer cette dernière entraînerait une hausse des coûts et pourrait ainsi contribuer à faire encore remonter la valeur de référence les années suivantes.

Organisations du système de santé – patients/usagers

Étant donné que la structure et les possibles erreurs systématiques de SwissDRG influencent aussi bien la fixation des prix de base que les cost-weights, **SPO** estime qu'il y a lieu de craindre une multiplication et non seulement une sommation, de ces erreurs systématiques du fait du calcul des forfaits. Cette multiplication pourrait alors avoir des conséquences dramatiques sur la prise en charge des patients si augmentait en parallèle la pression à se comporter de façon économique et, de ce fait, l'incitation à sélectionner des patients dont la santé est la meilleure possible, avec des interventions aussi planifiables que possible.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

Pour **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD**, cette disposition découle du système tarifaire SwissDRG et est de ce fait superflue.

Universitätsspital Basel demande la suppression de cette disposition : elle constituerait une intervention dans le calcul des tarifs, qui relève de la compétence des partenaires tarifaires, ainsi que dans le processus d'approbation des cantons. **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** contestent l'al. 8, let. a. Motif invoqué : un hôpital se situant par exemple au 24^e percentile et présentant des millions de coûts justifiés pour des prestations supplémentaires non représentées dans la structure tarifaire ne pourrait faire valoir des prétentions que jusqu'au 25^e percentile. **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** contestent également la let. b de cette disposition, qui exclurait la possibilité de réaliser des gains d'efficience pour 75 % des hôpitaux. Il s'agirait ainsi d'une violation des principes de base du financement des prestations et entraînerait un rapprochement avec le financement des établissements.

La **FMH** demande que les suppléments visés à l'al. 4 soient également pris en compte à l'al. 8, let. a (au lieu des seules déductions visées à l'al. 5).

Organisations du système de santé – assureurs

Curafutura et **HSK** rejettent les al. 7 et 8 et réclament leur suppression. Le calcul des tarifs serait en effet un élément de base du système SwissDRG, qui a été approuvé par le Conseil fédéral. De plus, les termes se rapporteraient seulement à la structure tarifaire pour les soins somatiques aigus et seraient inadaptés pour les systèmes par forfaits TARPSY et ST Reha. Les explications portant sur le prix de base seraient superflues.

Santésuisse estime que bien que la disposition ne soit pas tout à fait précise, la formulation pourrait être ouverte d'un point de vue quantitatif, car il peut/doit y avoir différents ordres de grandeur.

5.14 Prises de position relatives à l'art. 59c^{bis}, al. 9

Cantons

La **CDS** et **AG**, **AI**, **AR**, **BL**, **BS**, **GL**, **JU**, **LU**, **NE**, **NW**, **OW**, **SG**, **SH**, **SZ**, **SO**, **TG**, **VD**, **VS** et **ZH** font remarquer que les prix de base sont définis à l'al. 8 et qu'il convient donc de modifier

la référence. **AG** précise encore que la référence est à adapter au cas où l'al. 8 serait maintenu dans le projet.

BS relève que cette disposition pourrait être abandonnée, puisque les cantons publient en fin de compte les tarifs stationnaires et sont les mieux à même de connaître l'état d'avancement des procédures d'approbation et de fixation. La plus-value ne serait pas évidente.

L'obligation de publication par les partenaires tarifaires des prix de base et des procédures en cours est soutenue par **TI** ; la fréquence de publication trimestrielle serait toutefois trop élevée. En règle générale, les tarifs ont une validité d'au moins un an et une publication avec cette fréquence serait plus adéquate aussi du point de vue administratif.

Pour **BE**, des clarifications sont nécessaires à l'al. 9. La transparence est importante non seulement pour les assurés et les patients, mais aussi pour les responsables du financement, raison pour laquelle les cantons où se situent les établissements ont veillé à cette publication jusqu'ici. La question se poserait donc de savoir comment les assureurs et les fournisseurs de prestations publieraient conjointement ces informations d'une manière pertinente (matrice) et pour quelles raisons ils publieraient les procédures d'approbation et de fixation en cours, qui relèvent (majoritairement) de la compétence des cantons. **BE** trouve que l'on ne voit pas clairement si la publication des prix de base selon l'al. 7 fait référence aux tarifs négociés ou en vigueur. Les valeurs ne changent pas tous les trois mois, elles sont calculées une fois par an. L'al. 7 étant à biffer selon le Conseil-exécutif, il conviendrait de définir les informations à publier. Il propose la modification suivante :

« ~~Tous les trois mois, les assureurs et les fournisseurs de prestations~~ Les cantons publient ensemble... sur :

- a. ~~les prix de base selon l'al. 7~~ tarifs (à définir); »

Organisations du système de santé – patients/usagers

Pour des raisons de transparence, **SPO** approuve cet alinéa, principalement en ce qui concerne les procédures en cours (let. b).

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

S'agissant de la publication comme signe de transparence, **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** et **UPD** notent que cette disposition implique une solution qui est loin d'être bon marché pour les hôpitaux. La plate-forme info-hopitaux.ch pourrait certainement être utilisée. Il serait important que la publication suive un concept devant être reconnu par les parties prenantes avant de mobiliser des ressources pour le développement de la solution informatique. De plus, il conviendrait de veiller à ce qu'il n'y ait qu'un seul endroit officiel et reconnu par tous les partenaires de santé où ces informations seraient mises à disposition de manière professionnelle et actualisées rapidement. Les organisations émettent de plus des doutes quant à l'utilité d'une publication trimestrielle des prix de base, étant donné que ces derniers ne sont calculés qu'annuellement sur la base des comptabilités analytiques de l'année « X-2 ».

Pour **Universitätsspital Basel**, cette disposition génère des coûts inutiles et doit de ce fait être biffée.

Organisations du système de santé – assureurs

Curafutura et **HSK** saluent la pleine transparence, mais observent que tous les milieux intéressés ont déjà la possibilité d'obtenir les tarifs auprès des communautés d'achat de prestations. La mise en œuvre proposée ici engendrerait des efforts de coordination importants. Du point de vue des deux organisations, une coordination avec les fournisseurs de prestations n'est pas nécessaire.

De l'avis de **santésuisse**, les assureurs tiennent déjà de telles listes tarifaires et seraient disposés à les publier semestriellement. L'élaboration conjointe de ces listes avec les fournisseurs de prestations impliquerait cependant d'énormes efforts de coordination supplémentaires sans apporter de plus-value. Par conséquent, il conviendrait d'abandonner cette disposition.

5.15 Prises de position relatives aux dispositions transitoires de la modification du 23 juin 2021

Cantons

La **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH** souhaitent supprimer l'al. 4 (ainsi que l'art. 59c^{bis}, al. 1, let. b) car selon eux, des clarifications méthodologiques supplémentaires seraient nécessaires pour la définition du critère d'efficience sous TARPSY, et étant donné que l'introduction de ST Reha est prévue pour 2022, la phase de transition jusqu'en 2023 serait beaucoup trop courte pour les deux domaines.

Cependant, si la nouvelle réglementation devait concerner également la psychiatrie et la réadaptation, la **CDS** et **AI, AR, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS** et **ZH** demandent alors d'adapter ou de différencier en conséquence les dispositions transitoires.

BS indique se trouver actuellement en plein processus de nouvelle planification hospitalière. La nouvelle ordonnance ne devrait pas empêcher les cantons concernés de mener à bien leur planification comme prévu. Les dispositions transitoires devraient en tenir compte. Il conviendrait de plus de veiller à ce que le contenu et le calendrier de cette révision soient coordonnés avec la modification de l'ordonnance sur la révision de la LAMal visant le renforcement de la qualité et de l'économicité. Le nombre d'EMS qu'il faudrait comparer étant considérablement plus élevé que le nombre d'hôpitaux à comparer, le délai d'adaptation pour les EMS devrait être fixé à cinq ans. Cette prolongation tient aussi compte du fait que l'art. 8b de la modification de l'OPAS du 2 juillet 2019 prescrit un nouvel instrument d'évaluation des soins requis, basé sur des études de temps scientifiquement reconnues, et qu'il faudrait d'abord introduire avant de pouvoir effectuer une évaluation sur la base de cet instrument.

Selon **BE**, les dispositions transitoires sont caduques dans la mesure où le canton rejette le projet sous cette forme et en réclame le remaniement. De nouvelles dispositions transitoires, assorties de nouveaux délais, devraient être fixées dans le cadre d'une autre consultation.

Pour **SO**, les cantons ne devraient pas être empêchés de mener à bien leur planification en bonne et due forme. Les dispositions transitoires devraient en tenir compte de manière appropriée. Étant donné que le nombre d'EMS qu'il faudrait comparer est significativement plus élevé que le nombre d'hôpitaux à comparer, le délai d'adaptation pour les EMS devrait être fixé à cinq ans.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

Selon **H+**, **diespitaeler.be** et **UPD**, le projet d'ordonnance est en grande partie illégal ou préjuge de projets législatifs. Ils s'y opposent donc et rejettent à ce titre les dispositions transitoires.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren et VZK exigent la suppression de la disposition transitoire. En tenant compte des maisons de naissance et des institutions spécialisées, la valeur de référence maximale au 25^e percentile imposerait des tarifs ne couvrant pas les coûts pour au moins 90 % de l'ensemble des prestations fournies dans le domaine somatique aigu en Suisse. Les modifications des structures deviendraient de ce fait impossibles pour des raisons de coûts. Les incitations en vue d'accroître l'efficacité ne sont efficaces que lorsqu'elles sont justes et réalisables. Les chances pour un hôpital du Mittelland doté d'un service des urgences d'obtenir un tarif couvrant les coûts seraient quasiment nulles en comparaison avec des maisons de naissance et des cliniques spécialisées fonctionnant avec des semaines de cinq jours. Pour résumer, la valeur de référence au 25^e percentile prévue entraînerait une dégradation de la qualité et une pression accrue sur le personnel, y compris des coupes dans les effectifs. Elle mettrait en danger l'approvisionnement en soins de qualité de la population suisse. De plus, le système de santé se verrait affaibli en tant que premier facteur économique.

Gesundheitszentrum Fricktal AG est d'avis que les modifications prévues ne peuvent pas être mises en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021. Les planifications hospitalières déjà en cours seraient directement concernées en fonction de la réglementation des délais de transition. Compte tenu des décisions du Parlement à venir concernant les 1^{er} et 2^e volets des mesures visant à freiner la hausse des coûts et les délais référendaires, l'entrée en vigueur des modifications – le cas échéant – pourrait intervenir dans un délai de deux à cinq ans au plus tôt. Toutefois, l'ordonnance devrait alors être entièrement réécrite en tant qu'acte d'exécution.

Universitätsspital Basel demande la suppression de l'al. 4.

La **FMH** considère le délai de transition prévu (jusqu'à l'année tarifaire 2023) pour l'introduction du 25^e percentile comme tout à fait insuffisant, en particulier s'agissant des structures tarifaires TARPSY et ST Reha.

Du point de vue de **RehaClinic**, le délai de transition de six ans dans la réadaptation sera difficilement suffisant pour mettre en œuvre sérieusement les nouveaux critères de planification. À ce jour, on ne constaterait aucune activité de la part du Conseil fédéral ou du département compétent pour définir le terme « réadaptation » au niveau fédéral ou des groupes de prestations uniformes à l'échelle de la Suisse. L'introduction de ST Reha est prévue en 2022 au plus tôt. Les premières données pertinentes qui seraient importantes pour la planification hospitalière ne seraient disponibles que cinq ans environ après l'introduction. De plus, seuls les hôpitaux respectant les nouvelles prescriptions relatives à la valeur de référence pourraient figurer sur les listes d'hôpitaux à compter de 2024. Il faudrait s'attendre à ce que le 25^e percentile occasionne un assainissement des listes d'hôpitaux, les cantons seraient donc aussi contraints de publier de nouvelles listes au 1^{er} janvier 2024. Des délais de respectivement quatre et six ans pour la mise en œuvre seraient donc impossibles à tenir en partant du principe que la révision partielle de l'OAMal pourrait entrer en vigueur au plus tôt en 2021.

SwissREha trouve que les raisons pour lesquelles les délais indiqués aux ch. 1 et 2 sont différents ne sont pas claires. Cet écart pourrait créer des distorsions de la concurrence, par exemple si une réadaptation précoce avec surveillance était fournie une fois dans un hôpital

de soins somatiques aigus, une fois dans une clinique de réadaptation. Dans le même temps, l'organisation ne comprend pas pourquoi la réadaptation et la psychiatrie auraient des délais similaires alors que la psychiatrie présente selon le rapport explicatif une structure tarifaire de type DRG tandis que ce n'est pas le cas pour la réadaptation.

Pour le **CHUV**, s'agissant de l'al. 4 des dispositions transitoires, le percentile utilisé pour la valeur de référence devrait pouvoir être encore supérieur à la valeur visée à l'art. 59c^{bis}, al. 1, let. b, jusqu'à l'année tarifaire 2023, ou 6 ans après l'entrée en vigueur de la structure tarifaire de forfaits par cas. L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de l'art. 59c^{bis}, al. 1, serait trop rapide pour la réadaptation, dont la nouvelle structure tarifaire ne devrait être introduite qu'en 2022. L'expérience aurait montré que les nouvelles structures tarifaires ont besoin de plusieurs années d'utilisation pour que les améliorations nécessaires à une utilisation dans le cadre d'un benchmarking puissent être introduites. Si le benchmarking était effectué trop tôt, de graves iniquités entre fournisseurs de prestations seraient inévitables. C'est pourquoi un délai de 6 ans après l'introduction de la structure tarifaire nationale serait nécessaire, sachant qu'il s'écoulerait au moins 3 ans entre l'année des données et l'année de la validité de la version (une version valable l'année T étant calculée sur les données de l'année T-3).

Organisations du système de santé – assureurs

Santésuisse approuve les règles proposées. Une date d'échéance serait indispensable. Les dispositions relatives au nouveau régime de financement hospitalier existent déjà depuis 2012. À plusieurs reprises, les cantons auraient défendu le point de vue selon lequel il faudrait accorder aux hôpitaux du temps pour s'adapter. Ils se seraient déjà vu accorder ce temps ces dernières années. Onze années devraient être suffisantes. Il serait donc possible de mettre en œuvre la disposition de l'al. 4, à savoir l'application du percentile, à compter de l'année tarifaire 2023.

6. Prises de positions relatives au calcul des coûts

6.1 Prises de position concernant le projet en général

Cantons

De manière générale, **VD** considère que le projet de révision de l'OCP ancre au niveau d'une ordonnance du Conseil fédéral ce qui relève du bon sens et de pratiques largement inspirées des recommandations de la CDS en la matière (art. 10a^{bis} OCP par ex.). De plus, il estime que ce que propose le projet relève en principe de la compétence de SwissDRG SA. VD explique qu'il demande aux EMS uniquement une comptabilité financière (reporting des comptes) et renvoie les EMS aux obligations fixées par l'OCP mais n'intervient pas. Pour lui, depuis 2011, l'OCP serait sans objet pour les EMS (excepté pour remplir la statistique fédérale SOMED) puisqu'elle a pour but « de déterminer les prestations et les coûts des soins ainsi que les autres prestations fournies dans les établissements médico-sociaux et lors de traitement de longue durée à l'hôpital qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et leurs coûts » alors que le nouveau régime de financement des soins de longue durée fonde la participation de l'AOS de manière normative et non sur des éléments économiques et que les prestations correspondent aux « temps de soins requis » déterminés par les outils d'évaluation. Si le canton devait contrôler la comptabilité analytique des EMS (ce qui reviendrait pratiquement à mettre en place un second reporting), cela représenterait une charge supplémentaire considérable pour le canton pour aucune plus-value. Dès lors, **VD** demande soit de projeter de revoir le financement EMS sur la base des coûts, auquel cas l'OCP retrouverait un sens, soit

de confirmer le nouveau régime de financement des soins et dans ce cas, il faudrait exclure les EMS du périmètre.

Selon **NE**, les coûts par cas ne seraient pas ajustés selon le case mix index (le degré de gravité moyen d'un hôpital), mais selon les différents degrés de gravité eux-mêmes (case mix). Il en irait de même pour les coûts journaliers. En conséquence, **NE** demande que le terme « coûts par cas ajustés selon le case mix index (CMI) » soit remplacé par « coûts par cas ajustés selon le case mix » et que le terme « coûts journaliers corrigés selon le Day Mix Index (DMI) » soit remplacé par « coûts journaliers corrigés selon le Day Mix ».

Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

L'**UDC** approuve l'ajout à l'OCP de dispositions sur les modalités de calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité dans les modèles de rémunération de type DRG.

Organisations du système de santé – assureurs

Santésuisse souhaite que l'art. 9, al. 5, OCP soit précisé. Les fournisseurs de prestations et les assureurs auraient des conceptions différentes de la transparence concernant les données servant de base à la tarification. Actuellement, la difficulté serait que les hôpitaux ne mettent à disposition qu'une comptabilité analytique rudimentaire, qui rendrait impossible les plausibilisations concernant les délimitations opérées entre les coûts. Selon **santésuisse**, ce sont les assureurs et les fournisseurs de prestations, à titre subsidiaire le DFI, qui devraient à l'avenir convenir de la teneur et du format de la présentation des données. L'important serait que les données soient effectivement fournies aux assureurs le 30 avril. L'association des hôpitaux signale qu'un processus de contrôle interne supplémentaire est de plus en plus mis en place après le 30 avril, ce qui empêcherait que les données soient mises à la disposition des assureurs dès cette date.

6.2 Prises de position relatives à l'art. 9, al. 5^{bis}

Cantons

Pour la **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, BE, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** et **ZH**, l'introduction d'une attestation OCP serait d'une manière générale souhaitable. Selon eux, l'extension de la certification REKOLE au traitement de la présentation des unités finales d'imputation ITAR-K contribuerait encore davantage que l'attestation OCP à l'amélioration de la qualité des données puisque lorsqu'ils vérifient la plausibilité des données ITAR-K dans le cadre de l'examen de l'économicité, les cantons constatent régulièrement que REKOLE n'est pas mis en œuvre correctement par les hôpitaux malgré le certificat.

BS constate que ni le texte législatif ni les commentaires ne fournissent d'informations sur les détails. Il devrait par exemple être possible que les hôpitaux engagent leur organe de révision habituel dans ces démarches, par ex. au moyen d'opérations de contrôle définies. Cependant, les commentaires indiquent que l'attestation OCP devrait impérativement être fournie pour l'année 2019 de la comptabilité analytique. Cela ne serait pas réalisable, car les révisions des hôpitaux pour l'année passée seraient déjà en partie bouclées. Un délai de transition devrait également être défini.

Pour **TI**, il est nécessaire d'ajouter ce nouveau paragraphe, qui exige la certification par un organisme d'audit externe que la comptabilité analytique est pleinement conforme à la loi.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

Selon **H+**, **diespitaeler.be** et **UPD**, 82 % des charges d'exploitation des hôpitaux suisses avaient été certifiées REKOLE® à la fin 2019. L'attestation serait un label de qualité qui confirmerait que la comptabilité analytique des hôpitaux certifiés est conforme à l'OCP et à REKOLE®. En cela, le Conseil fédéral enfoncerait une porte ouverte. Malheureusement, l'attestation ne remplacerait pas la consultation des pièces visée à l'art. 15 OCP, mais constituerait simplement une exigence supplémentaire. Cette procédure serait extrêmement insatisfaisante, d'autant plus que de telles attestations sont généralement très onéreuses. Les fournisseurs de prestations devraient continuer à présenter leurs coûts jusqu'à ce que les assureurs-maladie soient convaincus des bases (d'un tarif à négociier). L'attestation ne jouerait manifestement aucun rôle. En d'autres termes : bien qu'une attestation externe soit exigée, même si la certification REKOLE® garantit déjà la mise en application intégrale de l'OCP, cette attestation ne changerait rien au fait que les assureurs-maladie et les cantons pourraient modifier les données selon leur bon vouloir. Imposer de telles charges, qui ne déboucheraient sur aucune amélioration et ne feraient que générer des coûts supplémentaires, serait tout simplement inacceptable. Il serait urgent de procéder à une analyse de l'impact financier de l'établissement des attestations. Le certificat REKOLE®, qui a été introduit avec succès, devrait être proposé en guise d'alternative. Un calcul uniforme des coûts par cas et des coûts journaliers ajustés selon degré de gravité serait globalement à saluer. Il serait également satisfaisant que l'attestation doive au moins être établie par un organe de révision externe (ce point serait aussi déjà concrétisé par la procédure de certification REKOLE®) et que l'impartialité soit ainsi assurée, contrairement par exemple à ce qui est le cas dans le cadre de la planification hospitalière, où le canton doit endosser le rôle d'auditeur, ou de la procédure de benchmarking, où les cantons, les assureurs et les associations d'assureurs sont chargés de l'analyse comparative.

Pour **Universitätsklinik Balgrist**, cette disposition devrait être purement et simplement supprimée. L'attestation délivrée par un organe de révision externe qu'elle prévoit serait superflue étant donné que les directives actuelles des cantons prévoient une certification, en l'occurrence selon REKOLE.

VNS relève qu'un hôpital certifié REKOLE serait aussi certifié pour la bonne mise en œuvre de l'OCP. Une attestation délivrée par un organe de révision externe représenterait en conséquence pour les hôpitaux une nouvelle charge administrative inutile, qui générerait de nouveau des coûts supplémentaires dans le système.

IGGH-CH prend acte de l'extension prévue des prescriptions actuelles en matière de révision et de la certification REKOLE préconisée par les cantons. L'organisation souligne à ce sujet que les difficultés liées à la révision ne devraient pas être trop importantes eu égard aux possibilités de certaines institutions. En particulier, il conviendrait de vérifier si l'objectif visé en matière d'information ne pourrait pas être aussi atteint avec des moyens plus simples.

Organisations du système de santé – assureurs

Curafutura approuve les compléments apportés à l'OCP. L'organisation rappelle que l'art. 43, al. 4, LAMal prévoit que les tarifs sont fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurés de manière appropriée. L'art. 59c, al. 1, OAMal dispose quant à lui que les tarifs couvrent au plus les coûts de la prestation fournie avec efficience justifiés de manière transparente. Aux fins des conventions et des fixations tarifaires, les assu-

reurs/communautés d'achat auraient le droit d'accéder aux données sur les coûts d'exploitation pertinentes et nécessaires pour déterminer cette fourniture efficiente des prestations. Les règles correspondantes pour le domaine stationnaire sont définies dans l'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 (OCP). Cependant, ce droit découlant de l'OCP n'existerait pas à l'heure actuelle pour le domaine ambulatoire, faute d'une base légale analogue concernant les tarifs ambulatoires. En l'espèce, le droit de consulter les données pourrait seulement découler indirectement du droit d'être entendu. En découle aussi le fait que les données servant de base (donc, le cas échéant, celles de chaque fournisseur de prestations) devraient être identifiables, seule solution pour que les données puissent être plausibilisées. Le droit d'être entendu peut toutefois être invoqué pour les fixations, mais pas pour les négociations. De fait, il n'existerait à l'heure actuelle aucune base légale pour exiger des fournisseurs de prestations ou de leurs associations qu'ils fournissent leurs données de coûts dans le cadre des négociations. L'OCP devrait par conséquent être étendue au domaine ambulatoire.

HSK considère les adaptations comme correctes, pour autant que les assureurs reçoivent des données de coûts et de prestations détaillées et complètes (version complète d'ITAR_K).

Santésuisse propose une précision, faute de quoi il n'apparaîtrait pas clairement quand une comptabilité analytique serait encore conforme à l'OCP ou non : il y aurait globalement de nombreuses possibilités concernant la précision et le principe de causalité (précision du classement des prestations) dans une comptabilité des coûts et des prestations. Les art. 5^{bis} et 5^{ter} supplémentaires proposés par **santésuisse** devraient apporter la clarté nécessaire.

6.3 Prises de position relatives à l'art. 10a^{bis}

Cantons

La **CDS** et les cantons **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** souscrivent à la définition dans l'OCP d'une procédure uniforme car se fonder sur la méthode recommandée par la CDS garantirait la cohérence avec l'utilisation des comparaisons d'établissements selon l'art. 49, al. 8, LAMal. Cette méthode devrait ainsi être rendue obligatoire.

La **CDS** et **AI, AR, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** demandent que soit biffé le terme de « coûts journaliers » conformément à la remarque relative à l'art. 59c^{bis}, al. 1.

La **CDS** et **AI, AR, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** font encore une remarque sur le rapport explicatif concernant le maintien de la sécurité. Selon le rapport, le maintien de la sécurité constitue en principe une tâche des communes ou des cantons, dont les coûts ne peuvent pas être décomptés à la charge de l'AOS, tout en citant comme exemple d'exception le traitement hospitalier dans un service fermé de psychiatrie en relation avec des patients disposés à la violence. La **CDS** et **AI, AR, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** et **ZH** soulignent le fait que font également partie des exceptions le service du feu et les services d'isolement dans les hôpitaux (cf. *Recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité* du 27 juin 2019, section 2.2.3, let. b).

VD demande que soit corrigé le terme « par unité finale d'imputation ».

GR et **TG** exigent que soit biffée la let. a. Le maintien de la sécurité dans un hôpital serait, contrairement aux explications figurant dans les commentaires, une tâche interne qui prend

de plus en plus d'importance. Le travail de relations publiques s'adresserait également aux assurés AOS et viserait à les informer sur l'offre des hôpitaux et les efforts engagés en matière de qualité, en vue de leur permettre d'exercer le libre choix entre les fournisseurs de prestations que leur accorde l'art. 41 LAMal.

GR signale clairement au sujet des let. b, c, e et f que ces déductions ne pourraient pas être effectuées sur la base des coûts, mais uniquement de manière normative. Si l'on souhaitait exclure les coûts effectifs, diverses questions de délimitation se poseraient lors de l'établissement de la comptabilité analytique et la charge de travail pour la saisie des prestations correspondantes augmenterait considérablement.

Pour **BS**, il serait question dans les modifications des let. b et c du type DRG (SwissDRG et TARPSY), alors que l'énumération se fonderait uniquement sur SwissDRG.

BS est d'avis qu'il manque aux let. d, e et f une définition de la manière dont les coûts sont calculés ou une indication de la méthode de calcul employée. Le calcul de ces coûts ferait depuis longtemps l'objet de controverses entre les cantons (Recommandations de la CDS), les hôpitaux (H+ et mise en œuvre dans ITAR_K©) et la surveillance des prix. Les acteurs utilisent différentes méthodes pour déterminer les coûts correspondant au standard pour les patients avec une assurance complémentaire, qui pourraient induire d'importants écarts dans les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking. Jusqu'ici, seule celle de la CDS a été approuvée par le Tribunal administratif fédéral, c'est pourquoi elle devrait être intégrée dans l'OCP. Une définition manquerait également ici pour l'organe de révision externe chargé d'établir une attestation relative à la comptabilité analytique.

S'agissant des let. g et h, **BS** estime que les pertes sur débiteurs ne devraient pas être définies en tant que déduction, étant donné qu'elles ne sont pas comptabilisées comme des dépenses mais des déductions des revenus (groupes de comptes 609 et 689). Ni les pertes sur débiteurs (ni le du croire) ne figureraient dans la comptabilité analytique, où elles ne sont pas non plus portées en diminution des revenus.

Pour **BS**, il manque à l'al. 2, en sus du supplément pour les intérêts calculatoires sur l'actif circulant, l'imputation des produits du groupe de comptes 66 (revenus financiers, dans la mesure où ils sont comptabilisés comme déduction des coûts dans le centre de charges).

Les clarifications concernant la détermination des coûts ajustés selon le degré de gravité dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG sont pleinement soutenues par **TI**. Celles-ci s'appuient sur ce que les cantons ont déjà élaboré par le biais de la CDS, qui émet depuis quelques années des recommandations pour le calcul des coûts par cas et, plus largement, pour l'évaluation de la rentabilité en milieu hospitalier. À cet égard, un groupe de travail spécial est actif depuis des années, impliquant une douzaine de cantons, dont le Tessin.

BE considère que la fixation d'une procédure uniforme pour le calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité est nécessaire pour assurer la comparabilité dans le cadre de la comparaison entre hôpitaux visée à l'art. 49, al. 8, LAMal qui est obligatoire. Pour ce faire, il serait logique de suivre la méthode de la CDS (Recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité), car elle a été reconnue par la jurisprudence ainsi que par le Conseil fédéral dans le cadre de la présente modification.

BE note qu'il n'existe à ce jour aucune définition juridiquement contraignante concernant les coûts pour les prestations d'intérêt général (PIG) mentionnés à la let. a. L'OFSP aurait au moins reconnu pour la première publication des données sur les coûts par cas le consensus énoncé par les cantons dans les recommandations de la CDS au sujet des coûts à charge de l'AOS. Selon ce dernier, par exemple, la « Garantie de la sécurité des patientes / patients, des

hôtes et du personnel (en particulier service du feu de l'établissement et dépenses supplémentaires pour service d'isolement) » fait partie des coûts relevant de l'AOS et non des PIG. **BE** doute que les règles proposées concernant les PIG (sous la forme d'une brève énumération non exhaustive) soient utiles dans la pratique et s'interroge sur la manière dont une attestation devrait être établie par un organe de révision externe concernant une bonne délimitation des coûts correspondants. En effet, il n'existerait pas de jurisprudence concrète concernant la saisie et la délimitation des coûts pour les PIG. La gestion et le financement de ces prestations varieraient fortement selon les cantons. Il serait donc urgent de clarifier et de définir comment les différentes pratiques des cantons devraient être prises en compte dans le cadre du benchmarking. De plus, il conviendrait de clarifier les compétences dont le Conseil fédéral disposerait pour réglementer l'étendue de ces prestations qui ne relèvent pas de l'AOS. Les déductions mentionnées aux let. b, c, d, e, g et h correspondraient à la pratique actuelle de **BE** et à la procédure recommandée par la CDS. Il manquerait cependant à la let. f une définition des coûts correspondant au standard pour les patients avec une assurance complémentaire. Les cantons, les partenaires tarifaires et la surveillance des prix utilisent différentes méthodes pour déterminer ces coûts, qui pourraient induire d'importants écarts dans les coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking. Seule la méthode de la CDS (Recommandations sur l'examen de l'économicité) aurait été reconnue dans la jurisprudence, aussi le Conseil-exécutif demande-t-il de l'intégrer dans l'OCP. Une définition manquerait également ici pour l'organe de révision externe chargé d'établir une attestation relative à la comptabilité analytique. Enfin, **BE** considère qu'il n'est pas sérieux de calculer les intérêts sur l'actif circulant sur la base du rendement annuel moyen des obligations de la Confédération, car celui-ci est négatif depuis des années. Il conviendrait de définir ici une valeur raisonnable. L'adaptation suivante est donc réclamée : « ..., basé ~~sur le rendement annuel moyen des obligations de la Confédération d'une durée de 10 ans et avec un délai de paiement de 40 jours~~ sur *(une définition judicieuse et au goût du jour)*... ». Le canton demande également que l'al. 3 soit modifié comme suit : « ... les coûts par cas ~~ou les coûts journaliers~~... ».

Organisations du système de santé – patients/usagers

SPO considère qu'il est erroné de déduire ici les coûts de personnel de sécurité (al. 1, let. a), car la prise en charge des dépendances, par exemple, entraîne un besoin accru en personnel de sécurité. À défaut, le personnel hospitalier et les autres patients sont tout simplement exposés à un risque de violence ou de vol. L'organisation demande qu'une partie au moins des coûts de personnel de sécurité – pour autant qu'ils puissent être attribués à certains traitements et groupes de patients (cas, DRG) – puisse être prise en charge par l'AOS. Elle s'interroge de plus sur ce que l'on entend exactement par « standard pour les patients avec une assurance complémentaire » (al. 1, let. f) et s'il est toujours possible de délimiter précisément ces coûts uniquement pour ces patients. Il ne serait pas normal qu'une clinique profite d'avoir les moyens financiers et/ou de remplir les prérequis actuels pour se montrer plus généreuse ici.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

Selon **H+**, la disposition de l'al. 1 doit être purement et simplement supprimée : la liste contiendrait des activités qui sont soit une évidence, soit incompréhensibles, soit floues. Se poserait de plus la question de la signification de certaines activités. **H+**, **diespitaeler.be**, **Limmatklinik AG**, **Paracelsus-Spital Richterswil AG**, **Schulthess Klinik Zürich**, **SVS**, **See-Spital Horgen**, **Spital Affoltern AG**, **Spital Limmattal**, **Spital Männedorf AG**, **Spital Uster**, **Spital Zollikerberg**, **UPD**, **VDPS**, **Zürcher RehaZentren** et **VKZ** rejettent également l'al. 1, let. a, qui serait contraire à l'esprit de la LAMal en matière de concurrence. Les coûts de personnel de

sécurité, de relations publiques et de marketing seraient aujourd'hui des coûts imputables au sens de l'art. 49, al. 3, LAMal. Ils feraient partie des coûts de revient usuels d'une entreprise. Bien que le maintien de la sécurité publique soit une tâche étatique, ce principe ne s'appliquerait pas à la sécurité en interne. Les mesures de sécurité seraient essentielles au bon fonctionnement d'un hôpital et devraient pouvoir être financées par les tarifs. Les organisations relèvent l'absence de justifications pour une déduction des coûts de relations publiques et de marketing, faisant part de leur étonnement car ces coûts font partie de l'activité normale de tout opérateur économique. Autrement, comment les citoyens seraient-ils informés des offres disponibles dans les différents hôpitaux ? Que dirait-on d'un hôpital qui ne disposerait pas d'un site Internet ou ne répondrait pas aux questions des médias ? Il est indispensable qu'un hôpital informe convenablement le public, les patients et les fournisseurs de prestations. Ces activités devraient être comprises dans le tarif. Il conviendrait de préciser ici que les coûts de marketing des assureurs peuvent dépasser de loin ceux des fournisseurs de prestations. Pour **H+, diespitaeler.be** et **UPD**, les let. b, d et e (al. 1) sont incontestables, mais constituent des évidences. En ce qui concerne la let. c, ils doutent de la pertinence d'une détermination des coûts des cas DRG non évalués. Comment le financement de ces cas se déroulerait-il ? Cet aspect ne serait pas encore réglé à ce jour. **H+, diespitaeler.be** et **UPD** ne savent pas de quels standards il est question à l'al. 1, let. f, ni si de tels standards existent. Ils n'en auraient pas connaissance. **H+, diespitaeler.be** et **UPD** contestent le sens et le but de l'al. 1, let. g, et rejettent la disposition de l'al. 1, let. h. Il serait impossible, avec la meilleure volonté du monde, de saisir l'intention du Conseil fédéral s'agissant de cette dernière : en clair, elle signifierait qu'un hôpital qui ne percevrait pas de revenus pour une prestation fournie et souffrirait ainsi d'une perte sur débiteurs devrait subir une double peine en devant déduire à nouveau les revenus non perçus. Une disposition ainsi comprise serait pratiquement inconciliable avec les valeurs reconnues dans notre civilisation. **H+** juge l'al. 2 beaucoup trop compliqué. Il serait bien plus simple et opportun de rectifier l'application du taux d'intérêt WACC dans l'OCP et de corriger et actualiser le calcul. Cette disposition ancrerait une construction singulière dans le domaine de l'AOS : A) Il est prévu d'appliquer la méthode WACC pour les intérêts sur l'actif nécessaire à l'exploitation ; le taux d'intérêt est fixé à 3,7 % dans l'OCP depuis plus de 15 ans, sans jamais avoir été actualisé, et appliqué uniquement aux intérêts sur l'actif immobilisé. B) Les intérêts sur l'actif circulant ne suivent pas la méthode WACC mais sont régis par la méthodologie de la surveillance des prix. Celle-ci serait admissible si les hôpitaux avaient la possibilité de se financer auprès de la Confédération à ce taux. Comme ce ne serait pas le cas, des taux réalistes devraient être fixés. Un délai de 40 jours serait très éloigné de la réalité, car, d'une part, il faudrait compter le délai de facturation (qui inclurait la documentation médicale et le codage médical) et, d'autre part, le délai de paiement effectif moyen des assureurs serait beaucoup plus élevé.

Pour finir, **H+, diespitaeler.be**, **Limmatklinik AG**, **Paracelsus-Spital Richterswil AG**, **Schulthess Klinik Zürich**, **SVS**, **See-Spital Horgen**, **Spital Affoltern AG**, **Spital Limmattal**, **Spital Männedorf AG**, **Spital Uster**, **Spital Zollikerberg**, **UPD**, **VDPS**, **Zürcher RehaZentren** et **VKZ** jugent que l'al. 3 constitue une base acceptable pour la comparaison des coûts. Pour le calcul des tarifs, il impliquerait cependant que les changements occasionnés par une modification de la structure tarifaire (par ex. passage du décompte des jours d'hospitalisation au recensement des nuits) devraient ensuite être pris en compte dans la tarification.

Du point de vue de **SGPath**, les coûts des autopsies ne sont pas représentés dans le système de santé, c'est pourquoi elle propose d'ajouter aux modalités de calcul un passage consacré à la rémunération des autopsies. L'art. 10a^{bis} devrait ainsi préciser que les coûts pour le nombre d'autopsies réalisées doivent être pris en compte en fonction des quote-parts minimales prescrites dans le calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité conformément à la structure DRG.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau demandent de biffer la partie « ...ainsi que les coûts de personnel de sécurité, de relations publiques et de marketing » dans la let. a. Le maintien de la sécurité dans un hôpital serait, contrairement aux explications figurant dans les commentaires, une tâche interne qui prend de plus en plus d'importance. Le travail de relations publiques s'adresserait également aux assurés couverts par l'assurance de base et viserait à les informer sur l'offre des hôpitaux et les efforts engagés en matière de qualité, en vue de leur permettre d'exercer le libre choix entre les fournisseurs de prestations que leur accorde l'art. 41 LAMal. De plus, il faudrait préciser clairement aux let. b, c, e et f que ces déductions ne pourraient pas être effectuées sur la base des coûts, mais uniquement de manière normative. Si l'on souhaitait exclure les coûts effectifs, diverses questions de délimitation se poseraient lors de l'établissement de la comptabilité analytique et la charge de travail pour la saisie des prestations correspondantes augmenterait considérablement.

Selon **Universitätsklinik Balgrist**, les coûts de personnel de sécurité, de relations publiques et de marketing relèvent des opérations usuelles et servent à exécuter les mandats figurant dans la liste. Il ne s'agirait pas de prestations d'intérêt général au sens de l'art. 49, al. 3, LAMal. En conséquence, le passage correspondant devrait être biffé.

VNS exige une modification de la let. a, estimant que le personnel de sécurité, les relations publiques et le marketing font partie des tâches internes d'un hôpital. L'organisation souligne que le personnel de sécurité serait amené à prendre de plus en plus d'importance. En particulier, la politique voudrait que la concurrence joue entre les hôpitaux. Autant faire les choses jusqu'au bout et reconnaître les coûts de marketing et de relations publiques comme des postes de coûts normaux pour un hôpital/une clinique. Ce serait de plus une question de liberté du commerce et de l'industrie.

Le **CHUV** propose de biffer « ainsi que les coûts de personnel de sécurité, de relations publiques et de marketing » à l'al. 1, let. a. Les arguments avancés pour justifier ces déductions seraient fallacieux. La sécurité ne serait une tâche publique que sur le domaine public. Sur le domaine privé, dont font partie les locaux des hôpitaux, la police n'interviendrait qu'en cas de problème grave et ne se chargerait certainement pas des contrôles d'accès aux bâtiments ou du stationnement des véhicules. Les mesures de sécurité seraient indispensables au bon fonctionnement d'un hôpital et leur financement devrait se faire par les tarifs. Il en irait de même pour les relations publiques. Il serait indispensable pour les hôpitaux de pouvoir informer le public, les patients et les professionnels de la santé de manière adéquate et les coûts correspondants devraient pouvoir être financés. À l'al. 2, le supplément prévu pour les intérêts sur l'actif circulant nécessaire à l'exploitation, à appliquer aux coûts adaptés selon l'al. 1, devrait se baser sur le taux d'intérêt de l'art. 10a, al. 4, et avec un délai de 90 jours. Le calcul de la charge d'intérêt à l'aide du rendement des obligations de la Confédération serait admissible si les hôpitaux avaient la possibilité de se financer auprès de la Confédération à ce taux. Comme ce ne serait pas le cas, un taux réaliste devrait être fixé. Le délai de 40 jours serait très éloigné de la réalité, car, d'une part, il faudrait compter le délai de facturation (qui inclurait la documentation médicale et le codage médical) et, d'autre part, le délai de paiement effectif moyen des assureurs serait beaucoup plus élevé.

Pour la **Société vaudoise de médecine (SVM)**, cet article ajoute une complexité importante et n'est tout simplement pas utile. La let. a de l'al. 1 semblerait utile au niveau de la transparence mais non du point de vue de la problématique du remboursement. Il conviendrait donc de la supprimer. Concernant la let. e, le coût des honoraires des médecins n'aurait pas sa place dans la présente ordonnance, puisqu'il n'aurait pas d'influence à avoir sur la planification hospitalière.

Organisations du système de santé – assureurs

Du point de vue de **HSK**, il manque encore à ce jour une clarification concernant les prestations d'intérêt général (PIG). De ce fait, leur définition et leur organisation diffèreraient selon les cantons, rendant difficile un calcul uniforme à l'échelle de la Suisse des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmarking.

Pour **santésuisse**, la proposition ne résout pas la problématique des prestations fournies en externe. La structure tarifaire DRG prévoirait l'inclusion de ces prestations dans le codage. Le nouvel al. 1 proposé vise à régler la situation non clarifiée dans la loi et l'ordonnance.

6.4 Prises de position relatives à l'art. 15, al. 1

Cantons

Selon **GR**, les hôpitaux ne seraient pas en mesure, pour des raisons techniques (révision, etc.), de mettre les données requises pour le calcul de la valeur de référence à la disposition des assureurs avant le 1^{er} mai de l'année suivante. Le délai applicable devrait par conséquent être fixé au 1^{er} juin de l'année suivante pour éviter qu'une mise à disposition tardive n'entraîne des déductions non justifiées.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau observent que les hôpitaux ne seraient pas en mesure, pour des raisons techniques (révision, etc.), de mettre les données requises pour le calcul de la valeur de référence à la disposition des assureurs avant le 1^{er} mai de l'année suivante. Le délai applicable devrait par conséquent être fixé au 1^{er} juin de l'année suivante pour éviter qu'une mise à disposition tardive n'entraîne des déductions non justifiées.

6.5 Prises de position relatives aux dispositions transitoires de la modification du 23 juin 2021

Cantons

Selon **GR** et **TG**, une confirmation de conformité de la comptabilité analytique à l'OCP ne pourrait pas être obtenue de manière rétroactive pour l'année 2019 comme indiqué page 23 des commentaires. Les hôpitaux et les organes de révision externes ont besoin d'un délai suffisant pour ce faire. Eu égard à la sécurité de planification des hôpitaux, les dispositions transitoires devraient être complétées par un nouvel al. 5 prévoyant que l'obligation de présenter une attestation OCP s'applique pour la première fois pour l'année 2021 de la comptabilité analytique.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG et Kantonsspital Aarau demandent que l'attestation OCP soit imposée à partir de l'année 2021 de la comptabilité analytique. Une confirmation de conformité à l'OCP de la comptabilité analytique ne pourrait pas être obtenue de manière rétroactive pour l'année 2019 comme indiqué page 23 des commentaires. Les hôpitaux et les organes de révision externes ont besoin d'un délai suffisant pour ce faire. Eu égard à la sécurité de planification des hôpitaux, les dispositions transitoires

devraient être complétées par un nouvel al. 5 prévoyant que l'obligation de présenter une attestation OCP s'applique pour la première fois pour l'année 2021 de la comptabilité analytique.

7. Prises de position relatives au remboursement des coûts dans l'assurance-accidents

7.1 Prises de position concernant le projet en général

Cantons

ZH approuve la modification proposée.

VD n'est pas convaincu que cette révision soit nécessaire alors qu'il suffit de respecter l'art. 15, al. 2, actuel, mais ne s'y oppose pas formellement.

TI soutient l'adaptation rapide de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, dans la mesure où les principes déjà valables dans le cadre de la LAMal sont repris pour la rémunération des frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance-accidents.

Organisations du système de santé – fournisseurs de prestations

La **Société vaudoise de médecine (SVM)** estime que l'art. 15, al. 2^{bis}, doit être supprimé, dans la mesure où il va à l'encontre du libre choix thérapeutique.

7.2 Prises de position relatives à l'art. 15, al. 2, OLAA

Autres organisations

MTK est d'avis que la précision prévue renforce le principe des prestations en nature, la primauté des contrats et les contrats sélectifs et s'y déclare favorable.

8. Annexe : Liste des participants à la consultation

1. Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Neumühlequai 10 8090 Zürich staatskanzlei@sk.zh.ch
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 3000 Bern 8 info@sta.be.ch
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern staatskanzlei@lu.ch
Standeskanzlei des Kantons Uri	Rathausplatz 1 6460 Altdorf ds.la@ur.ch
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Regierungsgebäude Bahnhofstrasse 9 Postfach 1260 6431 Schwyz stk@sz.ch
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus 6061 Sarnen staatskanzlei@ow.ch
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Dorfplatz 2 Postfach 1246 6371 Stans staatskanzlei@nw.ch
Staatskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus staatskanzlei@gl.ch
Staatskanzlei des Kantons Zug	Seestrasse 2 Regierungsgebäude am Postplatz 6300 Zug info@zg.ch

Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg chancellerie@fr.ch
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn kanzlei@sk.so.ch
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 4001 Basel staatskanzlei@bs.ch
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Regierungsgebäude Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch

Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude Zürcherstrasse 188 8510 Frauenfeld infodienst.sk@tg.ch
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Piazza Governo 6 6501 Bellinzona can-sGDK@ti.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Place du Château 4 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Planta 3 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Le Château Rue de la Collégiale 12 2000 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 Case postale 3964 1211 Genève 3 chancellerie@etat.ge.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	2, rue de l'Hôpital 2800 Delémont chancellerie@jura.ch
Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 3001 Bern mail@kdk.ch

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés
à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblea federale

Bürgerlich-Demokratische Partei BDP Parti bourgeois-démocratique PBD Partito borghese democratico PBD	Postfach 119 3000 Bern 6 mail@bdp.info
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Generalsekretariat Hirschengraben 9 Postfach 3001 Bern info@cvp.ch
Eidgenössisch-Demokratische Union (EDU) Union Démocratique Fédérale (UDF) Unione Democratica Federale (UDF)	Postfach 3602 Thun info@edu-schweiz.ch
Ensemble à Gauche	Case postale 2070 1211 Genève 2 info@eag-ge.ch
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti évangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägeligasse 9 Postfach 3001 Bern vernehmlassungen@evppev.ch
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali	Generalsekretariat Neuengasse 20 Postfach 3001 Bern info@fdp.ch
GRÜNE Schweiz GPS Les VERTS suisses I VERDI svizzera	Waisenhausplatz 21 3011 Bern gruene@gruene.ch
Grünliberale Partei Schweiz GLP Parti vert'libéral Suisse PVL Partito verde liberale svizzero PVL	Monbijoustrasse 30 3011 Bern schweiz@grunliberale.ch
Lega dei Ticinesi (Lega)	Via Monte Boglia 3 6900 Lugano lorenzo.quadri@mattino.ch info@lega-dei-ticinesi.ch

Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Generalsekretariat Postfach 8252 3001 Bern gs@svp.ch
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SP Parti socialiste suisse PS Partito socialista svizzero PS	Zentralsekretariat Theaterplatz 4 Postfach 3001 Bern info@spschweiz.ch verena.loembe@spschweiz.ch franziska.tlach@spschweiz.ch
Partei der Arbeit PDA Parti suisse du travail PST Partito operaio e popolare	Postfach 8721 8036 Zürich pdaz@pda.ch

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 3001 Bern verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband SSV	Monbijoustrasse 8 Postfach 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Seilerstrasse 4 Postfach 3001 Bern info@sab.ch

4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Centre Patronal (CP)	Route du lac 2 1094 Paudex info@centrepatronal.ch
economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch bern@economiesuisse.ch sandra.spieser@economiesuisse.ch
Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio	Hans-Huber-Strasse 4 Postfach 1853 8027 Zürich politik@kfmv.ch
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch
Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweizer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Laurstrasse 10 5201 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Schwarztorstrasse 26 Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch

Travail.Suisse	Hopfenweg 21 Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch
----------------	--

5. Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati

5.1 Kantonale Vereinigungen und Konferenzen / Associations et conférences cantonales / Associazioni e conferenze cantonali

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (GDK) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (GDK)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7 office@gdk-GDK.ch
Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS) Associazione dei medici cantonali della Svizzera (AMCS)	Dr. med. Rudolf Hauri Präsident Gartenstrasse 3 6300 Zug rudolf.hauri@zg.ch
Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDCS) Associazione dei Medici Dentisti Cantonali della Svizzera (AMDCS)	Dr. med. Dent Peter Suter Kantonszahnarzt des Kantons Luzern Präsident VKZS Schuelgass 9 6215 Beromünster info@kantonszahnaerzte.ch
Kantonsapothekervereinigung (KAV / APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV / APC) Associazione dei farmacisti cantonali (KAV / APC)	c/o Dr. Samuel Steiner Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Kantonsapothekeramt Rathausgasse 1 Postfach 3000 Bern 8 samuel.steiner@be.ch

5.2 Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori

Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana ACSI	Strada di Pregassona 33 6963 Pregassona info@acsi.ch
Fédération romande des consommateurs FRC	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne info@frc.ch
Konsumentenforum kf Forum des consommateurs Forum dei consumatori	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern forum@konsum.ch
Stiftung für Konsumentenschutz SKS Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@konsumentenschutz.ch

5.3 Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica

5.3.1 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Uferweg 15 3000 Bern 13 info@spitexprivee.swiss
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14 info@curaviva.ch

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15 direction@fmh.ch
H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern geschaeftsstelle@hplus.ch
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinder- ärztInnen Schweiz Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di fa- miglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 2 3001 Bern gs@hausarzt Schweiz.ch
Konferenz kantonale Krankenhausverbände K3	c/o Verband Zürcher Krankenhäu- ser VZK Nordstrasse 15 8006 Zürich info@vzk.ch
Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Nordstrasse 15 8006 Zürich info@kka-ccm.ch
Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere	Zieglerstrasse 29 Postfach 530 3000 Bern 14 info@privatehospitals.ch
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Bern – Liebefeld info@pharmaSuisse.org
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI) Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche pri- vate e Ospedali	Moosstrasse 2 3073 Gümligen info@sbv-asmi.ch

Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)	Rolf Gilgen, CEO Spital Bülach AG Spitalstrasse 24 8180 Bülach info@spitaldirektoren.ch
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (asi)	Gesellschaftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern info@sbk-asi.ch
Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	Rosenweg 25 C 3000 Bern 23 info@hebamme.ch
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH)	c/o Geburtshaus Delphys Badenerstrasse 177 8003 Zürich info@geburtshaus.ch
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli hopitali (GSASA)	3000 Bern gsasa@gsasa.ch
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)	Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen info@swissnurseleaders.ch
Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse	Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern info@senesuisse.ch

Spitex Schweiz Aide et soins à domicile suisse Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera	Geschäftsstelle Effingerstrasse 33 3008 Bern info@spitex.ch
SWISS REHA Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera	Geschäftsstelle Laurenzvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau info@swiss-reha.com
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) Médecine Universitaire Suisse Medicina universitaria svizzera	Haus der Akademien Laupenstrasse 7 Postfach 3001 Bern info@unimedsuisse.ch
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe) de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)	Bahnhofplatz 10A Postfach 3001 Bern sekretariat@vsao.ch
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione dei Medici Dirigenti Ospedalieri Svizzeri (AMOS)	Sekretariat Postgasse 19, Postfach 3000 Bern 8 info@vlss.ch
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)	Erlenauweg 17 3110 Münsingen info@sfgg.ch

5.3.2 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

curafutura Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	Gutenbergstrasse 14 3011 Bern info@curafutura.ch
--	---

Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Instituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn info@kvg.org
Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux de l'assurance-accidents	Fluhmattstrasse 1 6002 Luzern info@mtk-ctm.ch
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern info@rvk.ch
santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn mail@santesuisse.ch
Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 Postfach 8022 Zürich info@svv.ch
SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn info@svk.org

5.3.3 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge assuas.ch@bluewin.ch
--	---

Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich dvsp@patientenstelle.ch
Schweizerischer Seniorenrat SSR/CSA Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	Worblentalstrasse 32 3063 Ittigen / Bern info@ssr-csa.ch
Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich spo@spo.ch

5.3.4 Andere / Autres / Altri

Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	Dufourstrasse 30 Postfach 311 3000 Bern 6 office.bern@promotionsante.ch
Patientensicherheit schweiz sécurité des patients suisse sicurezza dei pazienti svizzera	Stiftung für Patientensicherheit Asylstrasse 77 8032 Zürich info@patientensicherheit.ch
Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	Effingerstrasse 54 3001 Bern info@public-health.ch
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Académie suisse des sciences médicales (ASSM) Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM)	Generalsekretariat Petersplatz 13 4051 Basel mail@samw.ch
Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)	c/o MBC Markus Bonelli Consulting Industriestrasse 24 8404 Winterthur info@vertrauensaeerzte.ch

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) Société suisse pour la politique de la santé (SSPS) Società svizzera per la politica della salute (SSPS)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8 info@sggp.ch
Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	Josefstrasse 92 8005 Zürich info@geliko.ch
Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen	St. Jakobs-Strasse 25 Postfach 135 4010 Basel buendnis@bluewin.ch