



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents

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

Modifications du 1^{er} janvier 2009

Teneur des modifications et commentaire

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

I. Partie générale : rappel des faits

Les Chambres fédérales ont adopté, le 21 décembre 2007, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, RO 2008 2049) pour le domaine du financement hospitalier (projet 1). Cette révision a pour effet que les ordonnances touchées par les modifications adoptées doivent elles aussi être modifiées. Elles sont au nombre de trois : l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; 832.104) et l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31).

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

II. Révision de l'ordonnance

1. Données nécessaires à la surveillance et statistique

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

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

2. Critères de planification

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

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

Les critères de planification devraient réduire les différences entre les concepts de planification et encourager un usage efficient des ressources. De plus, le lien avec la prestation pour les institutions du domaine somatique aigu va être introduit aussi bien dans le système de planification que dans celui du financement, de manière que les deux systèmes soient compatibles. Les critères revêtent ainsi une fonction de pilotage dans le contexte de l'introduction d'une planification hospitalière liée aux prestations. Lorsqu'aucune précision n'est apportée, les mêmes critères que ceux du secteur hospitalier s'appliquent au secteur des EMS.

Les nouveaux instruments que sont le financement des prestations et le libre choix de l'hôpital visent à encourager le caractère économique de la fourniture des prestations et la concurrence en matière de qualité. Pour renforcer la concurrence, la révision prévoit l'extension du libre choix des hôpitaux et des maisons de naissance aussi lorsqu'ils ne sont pas sur la liste du canton de domicile. Les patients pourront choisir librement leur hôpital parmi ceux qui sont mentionnés sur la liste du canton où l'hôpital est situé sans que la participation cantonale soit supprimée pour une hospitalisation sans raisons médicales – comme c'est le cas actuellement. De plus, les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux et les maisons de naissance qui ne figurent pas sur une liste cantonale des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. La planification doit prendre ces nouvelles prescriptions en considération, toujours dans le but de garantir la couverture des besoins en soins de la population du canton. Les besoins en soins de la population cantonale doivent être déterminés pour être confrontés à l'offre en tenant compte du libre choix des assurés, des hospitalisations pour des raisons médicales et de tous les traitements qui sont pratiqués dans les hôpitaux et les maisons de naissance conventionnés. De cette manière il est possible de déterminer l'offre qui doit figurer sur la liste et être ainsi garantie. De plus, lors du choix des institutions qui doivent figurer sur la liste, il est nécessaire comme jusqu'à présent de tenir compte des critères d'économicité et de qualité des prestations, gage d'une couverture en soins avantageuse et de qualité élevée. « Economique » ne signifie pas que ce sont toujours les fournisseurs de prestations les meilleur marché qui sont choisis ; il faut également tenir compte des aspects d'efficacité et de qualité. La possibilité de choisir des institutions sises hors des frontières du canton exige également une plus étroite collaboration entre les cantons et une meilleure coordination de leurs planifications. Il faut notamment que les cantons réunissent les informations concernant les flux des patients et coordonnent les mesures de planification.

Avec la révision de loi, les surcapacités ne peuvent être limitées que de manière indirecte et de manière partielle par un pilotage de l'offre qui est inscrite sur la liste, puisque l'offre est étendue au-delà de l'offre prévue sur la liste cantonale, en raison du libre choix et des hôpitaux conventionnés. La proportion des patients recourant à une prestation hors de leur canton de domicile grâce au libre choix dépendra notamment de la situation géographique de leur canton de domicile et de l'offre dans les cantons voisins. Ensuite, la part de l'offre qui est utilisée dans les hôpitaux conventionnés dépendra de la politique des assureurs en matière de conventions et de la demande des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Plus cette part est importante par rapport à l'offre globale de prestations adaptée aux besoins, plus le financement cantonal de cette dernière sera faible. Il faut donc supposer, qu'avec la loi révisée également, la pratique de financement de chaque canton sera différente. Dans ce contexte, les cantons ne seront pas contraints à une gestion des quantités par le biais de la planification.

Dans l'al. 3 des dispositions transitoires concernant les modifications de la loi du 21 décembre 2007, il est précisé que les planifications hospitalières cantonales doivent correspondre aux nouvelles exigences, au plus tard trois ans après la date d'introduction des forfaits liés aux prestations.

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

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

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

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

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

5. Forfaits liés aux prestations

Dans le cadre de la révision de la LAMal, les Chambres fédérales se sont entendues sur la nécessité de rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital ou dans une maison de naissance, par le biais de forfaits. Ces forfaits sont, en règle générale, des forfaits par cas, mais ils doivent toujours être liés aux prestations et basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. L'introduction des forfaits visés à l'art. 49, al. 1, LAMal, ainsi que l'application des règles de financement selon l'art. 49a LAMal, y compris la prise en compte des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011. Le Conseil fédéral est compétent pour fixer d'une part, les modalités d'introduction des forfaits liés aux prestations et d'autre part, la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la modification de la LAMal sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Alors que la question des investissements est réglée dans le cadre de l'OCP, celle des modalités d'introduction fait l'objet de la présente modification de l'OAMal. La compétence du Conseil fédéral de fixer des modalités d'introduction permet de créer des conditions-cadres contraignantes pour la mise en œuvre des forfaits liés aux prestations. Ces conditions-cadres concernent notamment les exigences que les partenaires tarifaires doivent respecter lors de la procédure d'approbation. Elles sont formulées de manière à englober également les domaines qui, du moins jusqu'ici, ne peuvent pas être correctement représentés dans un système de type DRG, comme, en particulier, la psychiatrie et la réadaptation. Les partenaires tarifaires sont tenus de prendre les mesures d'accompagnement qui s'imposent, afin de prévenir une augmentation non justifiée des coûts lors de l'introduction des forfaits. Pour garantir l'application uniforme au niveau suisse du système de rémunération lié aux prestations, non seulement au moment de l'introduction des forfaits visés à l'art. 49, al. 1, LAMal, mais aussi ultérieurement, il est nécessaire d'exiger des partenaires tarifaires qu'ils soumettent au Conseil fédéral pour approbation, outre les structures tarifaires, également les modalités d'application du tarif.

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

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

ont été facturés au titre de prestations ambulatoires. Les tarifs relatifs aux traitements semi-hospitaliers constituent une exception.

III. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Données nécessaires à la surveillance

Art. 28

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

Art. 28a

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

Art. 28b

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

Art. 30

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

Art. 31

L'article 31 règle la publication des données recueillies par l'OFS concernant les fournisseurs de prestations ainsi que celles relatives au personnel médical universitaire figurant dans le registre établi par l'OFSP sur la base de l'art. 51 de la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd ; RS 811.11).

Une des nouveautés réside dans la publication des indicateurs de qualité médicaux ainsi que des données sur les diplômes et les titres postgrades des fournisseurs de prestations. Sur la base de la disposition "effectif du personnel et le nombre de places de formation ainsi que leur structure", qui a été déplacée de l'ordonnance à la loi, certaines données relatives à la qualité de la structure des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ont, déjà à ce jour, été saisies statistiquement. Comme la volonté du législateur était également de justifier des données concernant les fournisseurs de prestation du domaine ambulatoire, il convient de créer le lien avec la LPMéd et les données saisies, selon cette base, sur la structure du corps médical.

Art. 37

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

Reconnaissance des maisons de naissance en tant que fournisseurs de prestations

Art. 55a

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

Critères de planification

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

Les critères de planification concernent aussi bien une planification cantonale qu'une planification établie conjointement par plusieurs cantons. L'usage de la forme « les cantons » tient compte de la possibilité d'une planification conjointe mentionnée à l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal, et de l'obligation figurant à l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal, d'une planification pour l'ensemble de la Suisse pour le domaine de la médecine hautement spécialisée. Une planification conjointe signifie que la demande pour un domaine de prestations donné doit être déterminée par rapport à l'ensemble de la population résidente et que lors de l'évaluation et du choix de l'offre, les établissements sis dans la zone commune sont pris en compte. Il s'agit donc d'une planification qui dépasse les frontières cantonales.

L'inclusion des établissements dans la planification et leur inscription sur la liste supposent que les conditions concernant les prestations de services et l'infrastructure sont satisfaites (art. 39, al. 1, LAMal). Selon la pratique actuelle du Conseil fédéral, l'examen des conditions précitées incombent, au premier chef, aux autorités du canton où se trouve l'établissement; celles-ci connaissent le mieux les conditions locales. Le Conseil fédéral n'a pas jugé opportun que d'autres cantons soient tenus de répéter cet examen lors de l'admission d'un établissement extracantonale. Il est néanmoins de l'avis que ces cantons ont le droit de procéder de manière autonome à un tel contrôle. La jurisprudence exposée se réfère en principe à une situation où on fait recours à l'hôpital pour le même éventail de prestations, soit dans le canton où il se trouve, soit dans d'autres cantons. De plus, la réglementation fédérale est aussi compatible avec la situation dans laquelle des cantons incluent sur leur liste d'autres hôpitaux qui ne se trouvent pas sur la liste du canton où ils se trouvent (globalement ou par rapport à un certain éventail de prestations). Dans ces cas, il existe une obligation de contrôle du canton qui les admet. La pratique étant claire, il a été renoncé à une réglementation dans l'ordonnance.

Art. 58a

L'alinéa 1 fait référence aux dispositions légales sur la planification (art. 39 LAMal) et décrit leur but. La planification a pour objet les prestations destinées aux assurés dans le régime de l'assurance obligatoire des soins, sans tenir compte d'une éventuelle couverture d'assurance complémentaire. Les étapes et les éléments de la planification sont décrits en détail dans l'ordonnance.

La planification est un processus qui doit être réactualisé périodiquement et adapté aux nouvelles conditions pour permettre d'atteindre le but prévu dans la loi, c'est-à-dire la couverture en soins adaptée au besoins. Ce principe est inscrit à l'alinéa 2.

Art. 58b

Alinéa 1 : La première étape de la planification consiste à déterminer les besoins. Une planification hospitalière liée aux prestations considère avant tout les données relatives à ces prestations, comme par exemple les données par cas respectivement les données par cas en fonction du diagnostic. Une planification des capacités s'intéresse d'abord aux données de gestion telles que la durée du séjour ou le taux d'occupation des lits. Les comparaisons effectuées dans ce cadre doivent permettre de viser la meilleure solution (au sens d'un *benchmarking*), par opposition à une extrapolation sur la base des tendances observées. Etant donné les différentes situations selon les cantons, il est préférable de ne pas imposer une méthode obligatoire pour la planification hospitalière liée aux prestations et de ne pas édicter d'autres dispositions, afin qu'il reste possible de tenir compte de ces différences tant au regard des données disponibles que des méthodes appliquées.

Alinéas 2 et 3 : Définition des étapes suivantes de la planification. Les cantons doivent déterminer les besoins en soins de la population résidente pour les hôpitaux, les maisons de naissance ou les EMS et garantir sur la liste l'offre nécessaire dans le canton et à l'extérieur de celui-ci, afin que la couverture des besoins soit assurée. Les cantons doivent considérer qu'une partie de la population du canton va recourir à une offre dans des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés au sens de l'art. 49a, al. 4, LAMal ainsi que dans des hôpitaux, maisons de naissance et EMS qui se trouvent exclusivement sur les listes d'autres cantons ceci en raison du libre choix et des hospitalisations médicalement indiquées. L'offre restante par rapport aux besoins en soins doit être garantie sur la liste du canton de domicile (cf. art. 58e). Toute personne assurée qui ne souhaite pas, ou ne peut pas, assumer de coûts supplémentaires pour un traitement doit avoir la possibilité, pour l'éventail complet de prestations, de bénéficier d'un traitement soit dans un hôpital figurant sur la liste du canton de domicile, soit dans un autre établissement ; dans ce dernier cas pour des raisons médicales selon l'art. 41, al. 3 et 3^{bis}, LAMal – avec garantie de la prise en charge des coûts par le canton de domicile – ou parce que le tarif n'est pas plus élevé que celui pour le traitement concerné dans un hôpital de la liste du canton de domicile. L'art. 41, al. 3 et 3^{bis}, LAMal, garantit dans ce sens une prise en charge intégrale pour les personnes assurées. Puisqu'une contribution aux coûts du séjour à l'hôpital par le patient lui-même ou par son assurance complémentaire n'est possible qu'avec son accord, le cofinancement des prestations par le canton ne pourra pas être inférieur à un seuil déterminé.

Alinéa 4 : Dans une étape ultérieure, les cantons doivent évaluer l'offre en fonction des critères énumérés et opérer un choix dans le but d'adapter cette offre aux besoins et à une fourniture efficiente de prestations de haute qualité répondant à ces besoins. Il est donc nécessaire de se référer au caractère économique et à la qualité des prestations. A cette étape de planification se rattache aussi l'examen de la disponibilité et de la capacité pour satisfaire le mandat de prestations.

Alinéa 5 : Cet alinéa précise les notions de caractère économique et de qualité. Des critères uniformes sont indispensables, car la sélection des établissements admis à figurer sur la liste détermine de manière importante à quel prix et dans quelle qualité les prestations pourront à l'avenir être fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une base uniforme est nécessaire, d'abord parce que les tarifs hospitaliers devront s'orienter, selon l'art. 49, al. 1, LAMal, sur la rémunération des hôpitaux qui fournissent les prestations dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, mais aussi parce que les hôpitaux devront fournir leurs prestations aux prix fixés et dans la qualité nécessaire. Cette règle s'applique aussi, par analogie, aux établissements médico-sociaux et aux maisons de naissance.

Art. 58c

Cet article traite des différents types de planifications. L'art. 49, al 1, LAMal introduit le principe des forfaits liés aux prestations pour les hôpitaux et les maisons de naissance. Cependant, pour les tarifs comme pour la planification, des bases claires permettant de renoncer au recours à la journée d'hospitalisation n'existent aujourd'hui que dans le domaine des soins somatiques aigus ; cet abandon devrait aussi être possible pour les maisons de naissance, puisque de telles prestations sont proposées et tarifées aussi à l'hôpital. Dans ce sens, une planification liée aux prestations est ordonnée pour le domaine des soins somatiques aigus et pour les maisons de naissance. La possibilité d'une planification basée sur les capacités est explicitement maintenue pour les cliniques psychiatriques et

les cliniques de réadaptation. Les capacités restent une valeur représentative pour mesurer les prestations jusqu'à ce qu'il soit possible d'adopter une définition plus précise de la prestation tant pour la tarification que pour la planification. Dans le cas des établissements médico-sociaux, les valeurs utilisées pour la planification se réfèrent aux capacités.

Art. 58d

Les critères fixés à l'art. 58d définissent les exigences liées à la coordination des planifications introduite par la révision (art. 39, al. 2, LAMal) et s'appliquent à tous les établissements. Les informations sur les flux de patients constituent notamment la base permettant l'évaluation de l'offre utilisée avec le libre choix de l'établissement ainsi que dans des hôpitaux et les maisons de naissance conventionnés extracantonaux (cf. art. 58b, al. 2). L'acquisition de ces informations rend nécessaire la coopération entre les cantons concernés. Sur la base de ces informations, les cantons peuvent déterminer quelle offre doit être garantie sur leur liste pour assurer le traitement adapté aux besoins de la population. En raison de la possibilité de recourir à l'offre extracantonale, les cantons doivent intensifier la coordination dans le cadre de la planification. Une couverture des soins répondant aux besoins doit être assurée même et surtout avec le libre choix de l'hôpital. Par exemple, il faut éviter que les patients venus d'un autre canton fassent appel aux prestations prévues pour la population du canton où se trouve l'hôpital ou d'une région donnée, forçant ainsi les patients pour qui les prestations ont été planifiées à se faire soigner ailleurs. Il s'agit de garantir que les patients puissent recevoir le traitement nécessaire tout en évitant que la planification d'autres cantons soit compromise. En particulier, l'obligation pour un hôpital d'admettre des patients extracantonaux inscrite à l'art. 41a de la loi n'est valable que si elle figure dans le contrat de prestations (exception : les cas d'urgence) permet le pilotage des flux de patients par le biais de la planification.

Art. 58e

L'attribution et la garantie de l'offre nécessaire à la couverture des besoins en soins se fait au moyen de listes et de mandats de prestations prévus à l'art. 39 de la loi.

L'al. 1 établit la relation entre la planification des besoins en soins et la liste. Comme déjà mentionné dans le commentaire de l'art. 58b, les cantons sont tenus d'assurer l'offre nécessaire pour couvrir les besoins en soins de la population du canton. Pour ce faire, ils considèrent que les assurés recourent à une partie de l'offre dans les hôpitaux et les maisons de naissance conventionnés et dans des institutions qui figurent exclusivement sur la liste d'autres cantons.

L'al. 2 précise que les cantons attribuent aux hôpitaux un éventail de prestations correspondant au mandat de prestations et qui doit figurer sur la liste. Pour les maisons de naissance, cependant, il faut supposer qu'aucun soin médical d'une certaine durée ne doit être garanti, mais des mesures pour les cas d'urgence médicale, car ces établissements sont prévus pour des accouchements sans complications. Dans le cas de naissances à risque, l'infrastructure médicale et l'encadrement médical, donc une infrastructure hospitalière, sont indispensables. L'éventail des prestations d'une maison de naissance est donc déjà défini. Dans le domaine des EMS, le éventail des prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins est caractérisé surtout par les prestations selon l'art. 7 OPAS. L'al. 3 prescrit aux cantons qu'un mandat de prestations, qui peut notamment contenir l'obligation de disposer d'un service d'urgence, doit être attribué à chaque institution figurant sur la liste.

Facturation

Art. 59

Les données liées au diagnostic sont des données personnelles particulièrement dignes de protection. Les assureurs doivent donc veiller à ce que cette exigence soit satisfaite. Les exigences techniques et organisationnelles y relatives sont inscrites aux art. 8 à 10 et 20 à 22 de l'ordonnance du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD ; RS 235.11). La conservation des données n'étant pas réglée, l'al. 1^{er} fixe que les données seront conservées sous forme pseudonymisée et que seul le médecin conseil de l'assureur peut abroger cette mesure.

Afin de garantir l'utilisation des données exclusivement pour le contrôle des factures et du caractère économique, l'al. 3 mentionne maintenant que la facture relative à l'assurance de base doit être clairement séparée de celle concernant l'assurance complémentaire. Autrement dit, il ne suffit pas que les prestations de l'assurance de base soient clairement distinguées des autres dans les factures, comme le prévoit déjà l'art. 59, al. 3, OAMal en vigueur, mais on devra établir deux factures distinctes. La séparation est justifiée du fait que selon l'art. 84a, al. 5, let. b, de la loi, les données sur la santé prélevées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ne peuvent être utilisées dans un cas particulier pour d'autres branches d'assurance qu'avec le consentement écrit de la personne concernée. Le fait que de nombreux assurés n'ont pas leur assurance de base et leur assurance complémentaire auprès du même groupe d'assureurs est également pris en compte.

De la même manière, il faut également veiller à ce que l'assureur sépare entièrement l'un de l'autre les processus administratifs des deux types d'assurance. Outre la protection des données, l'établissement de factures séparées pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins et celles de l'assurance complémentaire améliorent la transparence.

Forfaits liés aux prestations

Art. 59d

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

L'introduction de structures tarifaires uniformes au niveau suisse a pour objectif principal de rendre le système plus transparent au niveau des coûts et des prestations. Grâce à cette transparence, il sera en particulier possible de procéder, à l'échelon national, à des comparaisons entre hôpitaux. Il est donc nécessaire que des règles uniformes, sur la base desquelles les structures tarifaires sont élaborées, soient appliquées au plan suisse. Cette uniformité ne peut toutefois être garantie que dans le cadre de la procédure d'approbation par le Conseil fédéral d'un système complet de rémunération dont la structure tarifaire représente, à côté des modalités d'application du tarif, un élément central. Les partenaires tarifaires sont en revanche libres de convenir de fixer la valeur du point, respectivement, dans un système de type DRG (*Diagnosis Related Groups*), le montant du « base rate », dans la convention tarifaire nationale si cette valeur est applicable au niveau suisse, ou, si tel n'est pas le cas, dans des conventions tarifaires soumises à l'approbation des gouvernements cantonaux compétents (art. 46, al. 4, LAMal). La présente disposition a pour objectif de permettre au Conseil fédéral de procéder à l'examen de la convention tarifaire, sous l'angle des dispositions légales en vigueur, ainsi que de garantir au niveau suisse une application uniforme et conforme à la loi du nouveau système de rémunération.

Les modalités d'application du tarif représentent l'ensemble des règles abstraites nécessaires aussi bien pour le calcul du tarif que pour faire valoir, dans un cas particulier, le montant de la rémunération dû pour une prestation déterminée. Ces modalités portent en particulier sur la définition des cas et des règles de facturation, qui concernent notamment – dans un système de type DRG – les règles applicables aux cas extrêmes (*outliers*) ou aux éventuelles rémunérations supplémentaires. Cette question a donc une influence directe non seulement lors de l'élaboration de la structure tarifaire qui est établie sur la base des données sur les coûts et les prestations livrées par les hôpitaux (art. 49, al. 2, LAMal), mais également, à un stade ultérieur, lors de la facturation des prestations par les hôpitaux (transferts entre hôpitaux, réhospitalisation, ...). Les modalités d'application du tarif doivent donc également contenir des règles visant à prévenir les incitations négatives potentielles liées à l'application d'un système de rémunération basé sur des forfaits par cas, comme par exemple l'augmentation artificielle du nombre de cas, les réhospitalisations induites par des sorties prématurées, les transferts non justifiés de prestations. Le Conseil fédéral doit s'assurer, dans le cadre de son examen, de la conformité de ces règles avec les dispositions légales, en particulier avec l'OCP. Les modalités d'application du

tarif sont considérées comme faisant partie de la structure tarifaire et donc de la convention tarifaire nationale, et doivent par conséquent également être soumises à l'approbation du Conseil fédéral.

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

Dans le cadre de la procédure d'approbation, le Conseil fédéral doit examiner la convention tarifaire qui lui est soumise, notamment sous l'angle du respect du principe d'économie. A ce titre, il y a lieu d'exiger des partenaires tarifaires qu'ils établissent des estimations sur les conséquences de l'application du tarif sur le volume des prestations, ainsi que sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins. Cette exigence, qui s'applique aussi bien lors de la première demande d'approbation de la convention tarifaire, que dans le cas des adaptations du modèle tarifaire, doit être clairement distinguée de la question du respect de la neutralité des coûts qui se pose lors d'un changement de modèle tarifaire. Cette dernière question est traitée à l'al. 2 des dispositions finales de la présente modification d'ordonnance sous l'angle des mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations.

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

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

Selon l'art. 49, al. 2, LAMal, tous les hôpitaux sont tenus de livrer, à l'organisation compétente pour l'élaboration, le développement et l'adaptation des structures, les données nécessaires sur les coûts et les prestations. La détermination des exigences à remplir par les hôpitaux pour être retenus dans le cadre de l'élaboration de la structure tarifaire joue un rôle essentiel. Il est en effet nécessaire que des règles identiques et conformes aux dispositions légales soient appliquées au niveau national, en particulier afin de relever, sur la base de critères uniformes, des données de qualité sur les coûts et les prestations.

Alinéa 3 : Selon l'art. 59c, al. 2, OAMal, les partenaires tarifaires doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Si les partenaires tarifaires adaptent une convention tarifaire au sens de l'al. 1, ils ont l'obligation, selon l'al. 3 de la présente disposition, de soumettre au Conseil fédéral pour approbation les adaptations apportées, notamment à la structure tarifaire en tant que telle et aux modalités d'application.

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

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

Art. 59e

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

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

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

Dispositions finales

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

Afin de contrôler la mise en œuvre des exigences posées à l'art. 49, al. 2, LAMal, dans la perspective de l'échéance du 31 décembre 2011 et de pouvoir anticiper, en particulier en cas d'absence d'accord entre les partenaires tarifaires, les éventuelles mesures à prendre (fixation d'autorité de la structure

tarifaire, institution contraignante de l'organisation), il est nécessaire d'établir des dispositions au niveau réglementaire. Selon la présente disposition, les partenaires tarifaires et les cantons sont tenus d'informer par écrit le Conseil fédéral, jusqu'au 31 janvier 2009, de l'avancement des travaux en lien avec l'institution de l'organisation compétente au sens de l'art. 49, al. 2, LAMal, pour l'élaboration des structures tarifaires uniformes. Les statuts de l'organisation sont communiqués au Conseil fédéral, non pas à des fins de surveillance au sens de la loi, mais uniquement pour lui permettre de s'assurer, sur la base d'un document officiel, que l'organisation poursuit les buts qui lui ont été assignés par l'art. 49, al. 2, LAMal. L'échéance du 31 janvier 2009 doit être mise en relation avec la date fixée à l'al. 2 de la présente disposition, à savoir le 30 juin 2009. Une période de cinq mois au minimum entre la dernière échéance fixée pour le début des activités de l'organisation et celle fixée pour le dépôt de la demande d'approbation de la convention tarifaire est ainsi laissée aux partenaires tarifaires.

L'art. 49, al. 2, LAMal, prévoit la mise en place d'une organisation pour l'élaboration et la maintenance des structures tarifaires uniformes. L'institution d'une organisation séparée pour chaque domaine (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie, maison de naissance, ...) par les mêmes partenaires tarifaires et les cantons ne serait pas légale. Dans ces circonstances, la compétence d'élaborer et de maintenir les structures tarifaires uniformes ne peut être attribuée qu'à une organisation unique.

Alinéa 2 : Compte tenu de l'effet constitutif de l'approbation et afin d'éviter que les partenaires tarifaires ne soumettent trop tardivement leur demande d'approbation au Conseil fédéral, il convient de fixer au niveau de l'ordonnance un délai pour le dépôt de la première demande d'approbation de la convention tarifaire. Selon l'al. 1, de la présente disposition, cette demande devra être transmise au Conseil fédéral au plus tard 30 mois avant l'échéance fixée au 31 décembre 2011 pour l'introduction des forfaits liés aux prestations, pour les raisons suivantes.

L'al. 2 considère qu'il faut tenir compte du fait qu'il sera certainement important pour les partenaires tarifaires de pouvoir disposer d'une version de la structure tarifaire approuvée par le Conseil fédéral. Cela, d'une part, sous l'angle tarifaire, afin de pouvoir conclure valablement des conventions, par exemple au niveau cantonal, sur la base d'une convention tarifaire nationale et d'une structure tarifaire reconnues comme conformes à la loi. D'autre part, d'un point de vue technique, afin de laisser suffisamment de temps aux hôpitaux pour adapter leur système informatique. Pour permettre au Conseil fédéral de disposer du temps nécessaire pour mener à terme la procédure d'approbation, il y a lieu de prévoir un délai d'au moins 6 mois à partir du dépôt de la demande. Ce délai est un minimum, notamment si l'on part de l'idée que les partenaires tarifaires pourraient soumettre au Conseil fédéral une demande d'approbation séparée pour chaque domaine concerné. Ensuite, du point de vue des négociations tarifaires, et comme l'a confirmé la jurisprudence du Conseil fédéral, il faut tenir compte du fait que les partenaires tarifaires négocient en principe durant l'année T-1 les tarifs applicables l'année T, sur la base de données sur les coûts et les prestations de l'année T-2. Pour cette procédure, il convient donc de prendre en considération une période de 24 mois.

Lors d'un changement de modèle tarifaire, la LAMal part du principe de la neutralité des coûts (art. 59c, al. 1, let. c, OAMal). Toutefois, les changements induits par la révision du financement hospitalier sont multiples et vont au-delà de la simple introduction d'un nouveau modèle tarifaire. Dès lors, une neutralité des coûts au sens strict du terme, comme cela a été exigé dans le cas de TARMED, ne peut, de fait, être atteinte. C'est pourquoi, les partenaires tarifaires sont tenus d'élaborer et de mettre en place, au titre des mesures d'accompagnement, notamment les instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations, ainsi que de convenir des mesures de correction applicables en la matière. La mise en œuvre de ces instruments doit en particulier permettre de distinguer entre ce qui résulte de l'introduction du modèle tarifaire en tant que tel, et ce qui découle implicitement du changement du mode de financement, à savoir la nouvelle réglementation des parts de financement entre cantons et assureurs, la mise sur un pied d'égalité des hôpitaux publics et des hôpitaux privés, l'inclusion des investissements dans les forfaits et enfin l'introduction du libre choix de l'hôpital.

Alinéa 3 : Les partenaires tarifaires ont la possibilité de prélever, par cas facturé, la contribution prévue à l'art. 49, al. 2, LAMal, pour le financement des activités de l'organisation compétente pour l'élaboration, le développement et l'adaptation des structures tarifaires uniformes. L'art. 59e OAMal

règle les exigences relatives à cette contribution, notamment quant à son approbation par le Conseil fédéral, et à son financement. L'al. 3 se réfère à la première approbation de la contribution prévue.