



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents

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

Modifications prévues pour le 1^{er} décembre 2011

Teneur des modifications et commentaire

Berne, le 2 novembre 2011

I. Partie générale : Contexte

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) dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049). Les éléments principaux en étaient le passage au financement des prestations et l'introduction de forfaits par cas liés aux prestations reposant sur des structures uniformes.

Le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'exécution le 22 octobre 2008 sous forme de modifications de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de 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 ; RS 832.104). Il a notamment procédé à des adaptations concernant la facturation (art. 59 OAMal) et édicté, sur la base de l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal, les dispositions finales des modifications de l'OAMal et de l'OCP. A l'al. 2 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal, il est précisé que les partenaires tarifaires doivent convenir de mesures d'accompagnement lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations. Etant donné qu'à ce jour, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'entendre sur ce point, il est nécessaire d'édicter des dispositions complémentaires, dans l'intérêt d'une introduction ordonnée des forfaits ainsi que de la sécurité du droit. L'OAMal est adaptée en conséquence. Les domaines touchés sont les mesures d'accompagnement de l'introduction des forfaits par cas (monitoring et mesures de correction) et les coûts d'utilisation des immobilisations.

II. Révision de l'ordonnance

1. Monitoring et mesures de correction

Aux termes de l'art. 59c, al. 1, let. c, OAMal, un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires, *ceteris paribus*, pour l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral, dans le cadre de la compétence que lui accorde l'al. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal, a fixé les modalités d'introduction et a notamment prescrit des mesures d'accompagnement dans la disposition finale de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008. Les partenaires tarifaires doivent convenir à ce titre, dans le cadre de l'autonomie tarifaire, des instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume des prestations (monitoring), ainsi que des mesures de correction. Pour réagir à l'incapacité durable des partenaires tarifaires à s'entendre au niveau national sur le monitoring et les mesures de correction, et comme les négociations tarifaires concernant les prix de base (*baserates*) vont commencer incessamment, le Conseil fédéral, dans le cadre de sa compétence d'édicter les modalités d'introduction, inscrit à titre subsidiaire, à l'al. 2^{ter} des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008, une mesure de correction applicable à court terme pendant deux ans. Il est précisé en outre, à l'al. 2^{bis} des mêmes dispositions finales, que le monitoring doit être conçu de manière à permettre aux partenaires tarifaires d'effectuer des mesures de correction supplémentaires au cas où des coûts supplémentaires injustifiés seraient constatés en dépit du mécanisme de correction défini par le Conseil fédéral. Outre les corrections d'ordre financier, les partenaires tarifaires doivent également prendre en considération, dans le cadre des mesures de correction, des adaptations au sens large, notamment concernant la structure tarifaire et les modalités d'application du tarif au sens de l'art. 59d, al. 1, OAMal. Il faut rappeler enfin que l'exigence légale d'un benchmarking au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal demeure indépendamment des mesures de correction et ne les remplace en aucun cas. L'application des mesures de correction ne peut limiter ni la compétence des cantons en matière de planification hospitalière, ni le libre choix de l'hôpital.

2. Coûts d'utilisation des immobilisations

Les dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 prescrivent l'inclusion des coûts d'investissement dans la tarification. De plus, l'art. 49, al. 1, LAMal, prévoit des forfaits liés aux prestations, en général des forfaits par cas. Une répartition liée au cas des coûts d'investissement ou des coûts d'utilisation des immobilisations présuppose que les coûts d'utilisation des immobilisations soient inclus dans la structure tarifaire, respectivement dans les *cost weights*. D'après les indications des partenaires tarifaires, l'inclusion de ces coûts dans les *cost weights* et donc leur rémunération via les prix de base devrait être possible au plus tard à partir de la structure tarifaire SwissDRG 4.0 valable dès 2015. C'est alors seulement que les coûts d'utilisation des immobilisations pourront être attribués spécifiquement aux cas DRG et donc que la solution prévue conformément à la LAMal pourra être mise en œuvre. Comme les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'entendre sur la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations et que les négociations sur les prix de base sont en cours, le Conseil fédéral a prévu pour l'année 2012 une solution pour la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations dans l'optique d'une introduction bien ordonnée de SwissDRG. C'est pourquoi la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations en 2012 dans le système de rémunération DRG est fixée dans les dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal. L'obligation générale de justification des coûts selon l'OCP n'est pas touchée par cette dérogation. A partir de 2013, les dispositions de l'OCP doivent être appliquées par les partenaires tarifaires comme base pour la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations également dans le système DRG.

III. Partie spéciale : Commentaire des dispositions

Monitoring et mesures de correction

Al. 2^{bis} des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

Le monitoring doit permettre de surveiller au moins l'évolution du nombre de cas, celle des coûts facturés et, dans le cas d'un modèle de rémunération du type DRG, celle du CMI (*Case Mix Index*) par fournisseur de prestations. Il doit aussi permettre aux partenaires tarifaires d'effectuer des mesures de correction supplémentaires, en plus du mécanisme de correction prévu à l'al. 2^{ter}. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à mettre sur pied, dans l'esprit de l'autonomie tarifaire, un monitoring uniforme au niveau suisse conformément à l'al. 2 des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008, les fournisseurs de prestations seront alors tenus de transmettre aux assureurs les informations nécessaires à cet effet, trimestriellement, à partir de la date d'introduction fixée à l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007, jusqu'à l'achèvement des mesures de correction. Les assureurs sont tenus d'effectuer le monitoring en commun et de publier semestriellement une évaluation servant de base aux mesures de correction des partenaires tarifaires. Dans le cas où des mesures de correction devaient être appliquées, les assureurs en informent en particulier les cantons.

Al. 2^{ter} des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre sur des mesures de correction uniformes au niveau suisse, conformément à l'al. 2 des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008, les fournisseurs de prestations qui facturent leurs prestations dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon le système SwissDRG seront tenus, en cas d'augmentation du CMI (*Case Mix Index*) durant l'année de facturation par rapport au CMI convenu dans la convention tarifaire, de rembourser au cours de l'année suivante, selon la répartition prévue à l'art. 49a de la loi, l'excédent de recettes injustifié. Une variation du CMI effectif par rapport au CMI convenu de plus de 2 pour cent vers le haut, ce pourcentage devant être considéré comme une marge de tolérance, conduit à un remboursement. Si le fournisseur de prestations peut prouver en se fondant sur des données

que son CMI effectif a augmenté en raison de modifications significatives et non planifiées de son éventail de prestations, cette partie peut être considérée au moment du remboursement comme une augmentation justifiée. Les mesures de correction effectuées au moyen du CMI ne permettent pas nécessairement d'exclure le risque de coûts supplémentaires dus à une augmentation injustifiée du volume de prestations. Les fournisseurs de prestations sont donc tenus de rembourser au cours de l'année suivante, selon la répartition prévue à l'art. 49a de la loi, les recettes supplémentaires dues à une augmentation injustifiée du nombre de cas durant l'année de facturation par rapport au nombre de cas pris en compte pour fixer le CMI dans la convention tarifaire. Dans ce cas, la marge de tolérance précitée s'applique également. Si le fournisseur de prestations peut prouver une augmentation du nombre de cas durant l'année de facturation, due en particulier par exemple au libre choix de l'hôpital et/ou à des modifications du mandat de prestations, cette partie peut être considérée lors du remboursement comme une augmentation justifiée. D'autres facteurs, à considérer comme exogènes pour les fournisseurs de prestations, comme notamment une modification démographique et/ou de nouvelles prestations obligatoires peuvent également être pris en considération au moment de la justification d'une augmentation.¹ Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de régler les modalités de mise en œuvre, comme en particulier la procédure de remboursement.

Coûts d'utilisation des immobilisations

Al. 4 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008

La prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations dans la rémunération au moyen de forfaits liés aux prestations a été prescrite aux partenaires tarifaires par l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 et ne pourra disparaître de manière générale du fait que ces coûts n'ont pas encore été intégrés dans la structure tarifaire. L'al. 4 des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008 prévoit ainsi qu'en dérogation aux dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OCP, la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations s'effectue en 2012 dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG au moyen d'un supplément sur les prix de base négociés (coûts d'utilisation des immobilisations non compris) dans les conventions tarifaires. Ce supplément s'élève à 10 pour cent.

¹ Cf. notamment la décision du Conseil fédéral du 19 décembre 2001 en matière de tarifs hospitaliers dans le canton de Zürich, publiée dans RAMA 4/2002 309.