



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'Intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), de l'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 (OCP) ainsi que de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA)

(critères de planification, principes de calcul des tarifs, calcul des coûts et remboursement des coûts par l'assurance-accidents)

Modifications prévues pour le

Teneur des modifications et commentaire

Berne, en janvier 2020

Table des matières

Adaptation des critères pour la planification des hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux.....	4
I. Partie générale	4
1. Contexte	4
2. Modification de l'ordonnance	4
II. Partie spéciale : commentaire des dispositions	7
Art. 58a Principe	7
Art. 58b Planification des besoins en soins	7
Art. 58c Type de planification	7
Art. 58d Evaluation du caractère économique et de la qualité	8
Art. 58f Listes et mandats de prestations.....	14
Dispositions transitoires relatives à la modification du ...	16
III. Entrée en vigueur.....	16
Dispositions sur la détermination des tarifs.....	17
I. Partie générale	17
1. Contexte	17
2. Modification de l'ordonnance	17
2.1. Tarification dans un modèle de rémunération de type DRG	17
2.2. Tarification à la prestation	18
II. Partie spéciale : commentaire des dispositions	18
Art. 59c, al. 2	18
Art. 59c, al. 3	19
Art. 59c, al. 4	19
Art. 59c ^{bis} , al. 1	19
Art. 59c ^{bis} , al. 2	20
Art. 59c ^{bis} , al. 3	20
Art. 59c ^{bis} , al. 4	20
Art. 59c ^{bis} , al. 5 et 6	21
Art. 59c ^{bis} , al. 8	21
Art. 59c ^{bis} , al. 9	22
Dispositions transitoires de la modification du ...	22
III. Entrée en vigueur.....	22
Calcul des coûts et attestation	23
I. Partie générale : contexte.....	23
II. Modification de l'ordonnance.....	23
1. Attestation OCP	23
1.1 Règlementation en vigueur	23
1.2 Modification prévue	23
2. Coûts par cas et coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité dans un modèle de rémunération de type DRG	24
III. Partie spéciale : commentaire des dispositions	24
Art. 9, al. 5 ^{bis} , deuxième phrase	24
Art. 10a ^{bis} Modalités de calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité dans un modèle de rémunération de type DRG	24
IV. Entrée en vigueur.....	25
Remboursement des coûts à l'hôpital par l'assurance-accidents.....	26
I. Contexte	26

II.	<i>Modification de l'art. 15, al. 2, OLAA.....</i>	26
III.	<i>Entrée en vigueur.....</i>	27

Adaptation des critères pour la planification des hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux

I. Partie générale

1. Contexte

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté 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). Le délai de transition pour l'adaptation des planifications cantonales des hôpitaux et des maisons de naissance et de la planification conjointe de la médecine hautement spécialisée (MHS) a duré jusqu'à la fin de l'année 2014 (al. 3 des dispositions transitoires).

La compétence en matière de planification incombe en principe aux cantons (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). À l'occasion de la révision du financement hospitalier, le Conseil fédéral a été chargé d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (art. 39, al. 2^{ter}, LAMal). Le 22 octobre 2008, le Conseil fédéral a édicté les dispositions d'exécution de la révision du financement hospitalier. Elles figurent aux art. 58a à 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009. Eu égard aux instruments développés dans le domaine de la planification et à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral, le Conseil fédéral a maintenant contrôlé les critères de planification et élaboré une modification de l'OAMal. Les exigences minimales actualisées sont ainsi consignées en toute transparence dans l'OAMal. Elles doivent permettre aux cantons d'élaborer une planification conforme à la loi.

Les critères de planification se rapportent aussi bien à une planification cantonale qu'à une planification conjointe de différents cantons. L'utilisation de la forme « les cantons » tient compte de la possibilité d'une planification conjointe évoquée à l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal et de l'obligation d'une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la MHS inscrite à l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal. Planifier conjointement signifie déterminer la demande dans le domaine de prestation concerné en fonction de la population résidente commune et tenir compte des établissements sur le territoire commun lors de la détermination de l'offre.

2. Modification de l'ordonnance

Les instruments du financement des prestations et du libre choix de l'hôpital, introduits avec la révision du financement hospitalier, visent à promouvoir le caractère économique de la fourniture de prestations et la concurrence accrue pour la qualité. Afin d'élargir le libre choix, la participation des cantons au financement n'est plus supprimée dans le cas des traitements sans indication médicale comme dans l'ancien droit, si les hôpitaux ou maisons de naissance figurent sur la liste du canton où ils se situent mais non sur la liste du canton de résidence du patient. Les assureurs peuvent en outre conclure des contrats portant sur la rémunération des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) avec des hôpitaux et maisons de naissance qui ne figurent pas sur une liste cantonale. Lors de la rémunération de tels hôpitaux dits conventionnés, la part des cantons est supprimée et doit donc être prise en charge par la personne assurée ou par une assurance complémentaire éventuelle. La planification doit tenir compte des nouvelles prescriptions. Afin de déterminer l'offre devant figurer sur la liste, le besoin en soins de la population du canton doit être déterminé et comparé à l'offre disponible, en tenant compte des possibilités de choix des assurés, des hospitalisations médicalement indiquées et des traitements administrés dans des hôpitaux conventionnés et des maisons de naissance conventionnées. Lors du choix des établissements devant être admis sur la liste, les cantons doivent tenir compte des critères du caractère économique et de la qualité de la fourniture de prestations, en tant que condition d'une fourniture de prestations avantageuse et de grande qualité. Les cantons doivent

collaborer plus étroitement et coordonner leurs planifications en raison de la possibilité de choisir des établissements en dehors du canton.

Les planifications hospitalières et les listes des hôpitaux élaborées par les cantons conformément aux règles édictées par la révision du financement hospitalier donnent des informations sur les instruments et méthodes de planification élaborés. Les décisions relatives aux dispositions cantonales d'exécution ainsi qu'aux listes cantonales des hôpitaux et aux décisions de la MHS ont été jugées à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral et le Tribunal administratif fédéral, dans le cadre de procédures de recours. La jurisprudence élaborée par les tribunaux concerne par exemple les questions du contrôle des volumes de prestations et de la coordination des planifications cantonales¹. Le Conseil fédéral a présenté les résultats de son étude sur la mise en place de la planification des hôpitaux et des maisons de naissance dans deux rapports. Le rapport « Bases de la planification hospitalière et pistes de développement » du 18 décembre 2013² concerne notamment l'état de la mise en place des listes cantonales des hôpitaux. Le rapport « 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 2019³, présente l'état de la planification de la MHS par les cantons pour l'ensemble de la Suisse.

Le 25 octobre 2017, le Conseil fédéral a en outre décidé d'intensifier les efforts pour maîtriser la progression des coûts dans le domaine de la santé. Cette décision s'appuie sur le rapport « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins » rendu le 24 août 2017 par un groupe international d'experts. Ces experts proposent, comme mesure pouvant être mise en œuvre immédiatement pour garantir l'indépendance des médecins tout en tenant compte des critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la fourniture de prestations, d'exclure de la liste des hôpitaux les établissements qui versent des *kickbacks* aux médecins établis en cabinet leur adressant des patients et des bonus liés au volume de prestations à leurs médecins internes.⁴

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 2009⁵. Elle recommande notamment aux cantons d'appliquer le concept des groupes de prestations élaboré par la Direction de la santé du canton de Zurich et par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, qui compte quelque 140 groupes de prestations pour la planification hospitalière dans le cadre de la planification hospitalière liée aux prestations, mais retient cependant que les cantons peuvent déroger aux exigences du concept des groupes de prestations portant sur des prestations spécifiques.

La présente révision des critères de planification du Conseil fédéral réduit les disparités entre les concepts de planification des différents cantons et encourage 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 dans le sens de la révision du financement hospitalier.

Aucune adaptation spécifique des critères de planification n'a en revanche lieu sur la base de la réorganisation du financement des soins du 13 juin 2008 (RO 2009 3517). Cette dernière concerne exclusivement la répartition du financement, qui est désormais aussi assumé par la personne assurée

¹ Récapitulatif de la jurisprudence par la CDS : <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/receuil-des-arrets>

² 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>

³ 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>

⁴ 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>

⁵ 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/planificationhttps://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624&L=1>

et le canton et plus exclusivement par l'AOS (art. 25a LAMal). Les critères de planification du Conseil fédéral datant de 2009 ne sont toutefois pas influencés par ce fait.

II. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Art. 58a Principe

L'art. 58a demeure inchangé au plan matériel. À l'al. 2, la mention explicite de l'obligation des cantons en relation avec la vérification périodique de la planification a été supprimée pour des questions d'homogénéité de la formulation.

Art. 58b Planification des besoins en soins

Dans la première étape de planification, le besoin futur en prestations médicales de la population d'un canton ou de plusieurs cantons qui élaborent ensemble une planification est déterminé. L'accent est mis sur les données de prestations, comme les données de cas ou données de cas liées au diagnostic, dans le cadre d'une planification hospitalière liée aux prestations, alors que ce sont les données sur l'activité comme la durée de séjour ou le taux d'occupation des lits qui sont au premier plan dans le cadre d'une planification des capacités. L'art. 58c OAMal détermine si la planification et, partant, la détermination des besoins doivent être liées aux prestations ou aux capacités.

La simple hypothèse selon laquelle l'offre existante doit correspondre au besoin à déterminer ne satisfait pas aux exigences d'une planification couvrant les besoins. Dans ce sens, l'al. 1 précise désormais que les cantons doivent tenir compte des facteurs qui influencent le besoin pour la détermination de celui-ci. Ils vérifient dans quelle mesure l'évolution des facteurs démographiques, épidémiologiques, économiques, médico-techniques et autres (facteurs d'influence) exerce une influence sur les valeurs pertinentes pour la détermination du besoin (déterminants du besoin), à savoir le nombre d'habitants, les taux d'hospitalisation ou d'admission en établissement médico-social (EMS) et, dans le cas du calcul des jours de soins, la durée du séjour. Par exemple, le montant de la rémunération d'une intervention chirurgicale ambulatoire et hospitalière, la pratique en matière d'affectation et de garantie de prise en charge des coûts dans la perspective d'un traitement de réadaptation hospitalier ou l'élaboration de l'offre de soins à domicile peuvent avoir une influence sur le choix d'un traitement ambulatoire ou hospitalier.⁶

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. Il faut aussi tenir compte du fait que les facteurs d'influence ne peuvent pas être prédits avec précision et que les cantons doivent par conséquent s'appuyer sur des scénarios.

Les al. 3 et 4 ne subissent qu'une modification formelle avec, pour ce qui concerne l'al. 3, la suppression du renvoi à l'art. 58e et, pour ce qui concerne l'al. 4, le remplacement des termes « évaluation » et « choix » par le terme « détermination » afin d'uniformiser et de raccourcir le texte.

L'actuel al. 5 est supprimé et l'évaluation du caractère économique et de la qualité est réglée en détail dans le nouvel art. 58d.

Art. 58c Type de planification

Cet article reste inchangé par rapport à la version antérieure.

Lors de sa séance du 25 octobre 2017, le Conseil fédéral a approuvé la structure tarifaire TARPSY en tant que structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse, conformément à l'art. 49 LAMal⁷.

⁶ Canton de Zurich : Psychiatrieplanung 2012, Versorgungsbericht Psychiatrie, juin 2011, p. 24-26 ; Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, septembre 2011, p. 30-69 et 126-137; Kanton Zürich, Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 - 2025, 16 février 2017, p. 3-6; sous https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten.html

⁷ SwissDRG : TARPSY 2.0, sur <https://www.swissdrg.org/fr/psychiatrie/tarpsy>

Dans le domaine de la réadaptation, les travaux relatifs au système tarifaire uniforme national lié aux prestations sont réalisés dans le cadre du projet ST Reha⁸. TARPSY présente une forte composante journalière, la rémunération étant assurée par un forfait journalier dégressif⁹. La composante journalière sera très probablement également conservée dans le futur système tarifaire du secteur de la réadaptation ST Reha. Contrairement au secteur somatique aigu, où la rémunération se fait par cas selon les SwissDRG, il y aura donc toujours un risque pour le secteur de la psychiatrie et de la réadaptation que les hôpitaux disposant de capacités inutilisées prolongent la durée de séjour des patients afin de générer plus de recettes par cas, ce qui n'est pas conforme à l'esprit d'une fourniture de prestations de caractère économique et de qualité. Il est par conséquent important que la possibilité d'une planification des capacités respectivement de la détermination d'un nombre maximal de lits par hôpital reste ancrée dans les critères de planification.

Art. 58d Evaluation du caractère économique et de la qualité

L'art. 58d contient des dispositions plus précises sur la mise en œuvre des critères de caractère économique et de qualité évoqués à l'art. 58b, al. 4, let. a, dans le cadre de la détermination de l'offre qui doit être garantie par la liste.

Le contrôle du caractère économique est assuré grâce à une comparaison de l'efficacité compte tenu, pour ce qui concerne les hôpitaux et les maisons de naissance, des coûts ajustés selon le degré de gravité, et pour ce qui concerne les établissements médico-sociaux, des coûts corrigés en fonction des besoins en soins des personnes assurées (al. 1 et 2). Les données de coûts et de prestations nécessaires pour cette comparaison sont déterminées et présentées conformément aux dispositions de l'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 (OCP, RS 832.104). Les objectifs de la détermination des coûts et des prestations en relation avec les traitements hospitaliers à l'hôpital et dans les maisons de naissance respectivement des soins dans les établissements médico-sociaux (art. 2, al. 1, let. b et e, OCP), mais aussi l'utilisation des données de coûts et de prestations pour l'établissement des planifications cantonales (art. 2, al. 2, let. e, OCP) sont notamment définis dans ladite ordonnance. Lors de l'évaluation du caractère économique des hôpitaux, les cantons peuvent utiliser les comparaisons entre hôpitaux selon l'art. 49, al. 8, LAMal.

Dans le domaine des soins somatiques aigus et dans les maisons de naissance, ce sont des forfaits par cas qui sont utilisés. La comparaison entre les établissements se fonde donc sur les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité, qui sont pertinents pour la rémunération par l'AOS. Dans la MHS, la comparaison des coûts par cas des hôpitaux pertinents pour l'AOS et ajustés selon le degré de gravité sur l'ensemble des domaines de prestations peut être complétée par une comparaison au sein d'un domaine partiel spécifique de la MHS, quand les conditions de la représentation selon la CIM et la CHOP et du nombre de cas suffisant sont notamment remplies¹⁰. À l'instar du domaine des soins somatiques aigus, une différenciation du tarif selon la nature et l'intensité de la prestation doit également être possible pour le domaine stationnaire de la psychiatrie et de la réadaptation (art. 49, al. 1, LAMal et art. 59d, al. 4, OAMal). Les prestations de la psychiatrie sont reproduites et rémunérées dans ce sens dans la structure tarifaire TARPSY par des forfaits journaliers liés au degré de gravité, dégressifs en fonction de la durée du séjour¹¹ ; les épisodes de traitement sont attribués à un groupe de coûts psychiatriques de base (PCG) dans la structure tarifaire TARPSY sur la base du diagnostic documenté, les PCG à l'intérieur d'un PCG de base se différencient par leur consommation de ressources, qui est définie par différents séparateurs des coûts (p. ex. diagnostic secondaire)¹². Une nouvelle structure tarifaire est en cours d'élaboration dans le domaine de la réadaptation avec ST Reha¹³.

⁸ SwissDRG : ST REHA, sur <https://www.swissdrq.org/fr/readaptation/st-reha/st-reha>

⁹ SwissDRG : TARPSY 2.0, catalogue PCG.

¹⁰ Planification de la Médecine Hautement Spécialisée : mise en œuvre par les cantons et compétence subsidiaire du Conseil fédéral, 25 mai 2016, p. 25.

¹¹ SwissDRG : TARPSY 2.0, catalogue PCG.

¹² SwissDRG : TARPSY 2.0, Manuel de définition, p. 5.

¹³ SwissDRG: ST REHA.

Les coûts générés par la fourniture des soins selon la LAMal, corrigés en fonction des besoins en soins des personnes assurées, doivent être comparés pour la vérification de l'efficacité dans le domaine des établissements médico-sociaux. L'AOS et la personne assurée fournissent une contribution aux soins et la responsabilité du financement résiduel incombe aux cantons (art. 25a, al. 1 et 5, LAMal). Le financement des soins aigus et de transition est assuré par l'AOS et les cantons selon la clé de financement appliquée dans le financement hospitalier (art. 25a, al. 2, LAMal en relation avec l'art. 49a LAMal). L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) règle le catalogue des prestations (art. 25a, al. 3, en relation avec l'art. 7, OPAS). Les prestations et le financement sont donc réglés par la LAMal, ce qui implique que les cantons doivent respecter les principes du caractère économique et de la qualité de la fourniture de prestations, tant pour le choix des établissements dans le cadre de la planification des établissements médico-sociaux que pour la fixation du financement résiduel des soins en établissement médico-social et pour l'approbation des tarifs des soins aigus et de transition.

Depuis 2002, les EMS sont tenus, comme les hôpitaux, de calculer les coûts et de classer les prestations selon les dispositions de l'OCP. Les dispositions sont claires, tant pour ce qui est de l'objectif de calcul des coûts et de classement des prestations (art. 2 – détermination des prestations et des coûts des soins, comparaisons entre institutions) que des instruments (art. 9 OCP – charges par nature, centres de coûts, unités finales d'imputation et classement des prestations). Dans le cadre de leurs tâches imparties par la loi, les cantons doivent recevoir et vérifier les données des EMS. En cas de non-respect des exigences de l'OCP, les cantons doivent exiger les améliorations nécessaires. Les EMS sont tenus de publier la méthode et les coûts déterminés des prestations et, au besoin, d'améliorer la méthode et les données.

L'examen du critère de la qualité se fonde notamment sur des résultats de mesures et la preuve doit être suffisamment discriminante, justiciable et vérifiable. Les cantons bénéficient toujours d'une grande marge de manœuvre et décident notamment de la pondération des différents facteurs. Ils peuvent ainsi utiliser des résultats de mesures suisses mais aussi étrangers. La concrétisation par l'OAMal se limite aux domaines dont la gestion doit être similaire partout en Suisse et dans lesquels les particularités cantonales ne peuvent pas être déterminantes. Cette procédure s'appuie notamment sur des observations, comme celle constatant que jusqu'à 10 % des patients des hôpitaux sont victimes d'au moins un événement indésirable et qu'environ 7 % d'entre eux en meurent. Ces événements indésirables sont notamment occasionnés par des interventions chirurgicales et par la médication. Le troisième groupe d'événements indésirables est constitué des infections causées par des agents pathogènes transmis lors d'un traitement médical (infections associées aux soins).¹⁴

L'al. 3 comporte une liste non exhaustive et concrétise le critère de la qualité dans le cadre de l'admission des fournisseurs de prestations. S'ils sont admis, ils doivent satisfaire aux exigences de qualité de la LAMal. Ces dernières ont été adaptées dans le cadre de la révision de la LAMal sur le renforcement de la qualité et de l'économicité¹⁵. Cette révision a été adoptée par les Chambres fédérales le 21 juin 2019 et son entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2021. Elle contient notamment des règles sur les conventions de qualité des fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs, qui doivent satisfaire à des exigences minimales. Les conventions de qualité seront contraignantes pour les fournisseurs de prestations.

L'alinéa 3 liste les critères minimaux sur la base desquels la qualité des hôpitaux doit être évaluée. Ces critères se basent sur la qualité des structures, des processus et des résultats.

La qualité de la fourniture des prestations ne peut être assurée qu'avec une dotation en personnel spécialisé en lien avec les groupes de prestations, disponible de jour, de nuit et le week-end. En cas d'hospitalisation, les personnes âgées et fragiles nécessitent un besoin de coordination des prestations particulièrement important, parce que les pathologies (polymorbidité) et leurs conséquences éventuelles

¹⁴ Schwendimann, René / Blatter, Catherine / Dhaini, Suzanne / Simon, Michael / Ausserhofer, Dietmar: The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review, Biomed Central Health Services Research, 2018. Consultable sur : <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z> (Open Access - État : 12 août 2019).

¹⁵ FF 2019 4293

(délire, dépressions, etc.) sont complexes. Selon l'al. 3, let. a, le canton évalue la dotation en personnel spécialisé à l'hôpital en lien avec les groupes de prestations, mais aussi par exemple si des spécialistes ayant une expertise en matière de médecine palliative, de gériatrie et de psychogériatrie sont consultés. On évalue en outre si une planification prévisionnelle du traitement ou une planification anticipée des soins (*Advance Care Planning ; ACP*)¹⁶ est appliqué. L'introduction de mesures internes aux institutions de lutte contre les infections liées au traitement est souvent une question de ressources personnelles. Étant donné que ces infections constituent le troisième groupe des événements indésirables, il convient de vérifier si la dotation en personnel (spécialistes de la prévention et de la lutte contre les infections) correspond aux normes de référence nationales et internationales concernant les dotations en personnel correspondantes.

Les mesures nationales de la qualité sur l'ensemble du territoire sont importantes afin de garantir la comparabilité des indicateurs pour l'ensemble de la Suisse. La participation aux mesures est contrôlée selon l'al. 3, let. b.

Une culture de la sécurité dans laquelle ce n'est pas l'individu qui est réprimandé pour des erreurs, mais l'organisation qui est responsable de la sécurité¹⁷ est une des conditions pour améliorer durablement la sécurité des patients. C'est pourquoi le canton évalue, selon l'al. 3, let. c, les résultats des mesures standardisées de la culture de la sécurité. Un instrument correspondant a déjà été utilisé par l'hôpital universitaire de Zurich. Les normes d'optimisation de la sécurité des patients introduites par l'évitement des confusions entre côtés, patients et procédures y ont été contrôlées à l'aide d'une enquête sur la culture de la sécurité¹⁸. Les systèmes de déclaration des erreurs et des sinistres aident les hôpitaux à améliorer la qualité de la fourniture de prestations. Selon l'al. 3, let. c, on évalue si l'hôpital utilise un système de déclaration des erreurs et des sinistres, s'il participe à des analyses systématiques et s'il est connecté à un réseau de *reporting* uniforme au niveau suisse. Les conclusions tirées des analyses des déclarations des erreurs et des sinistres (*Quick-Alerts*) peuvent être utilisées pour la mise en œuvre de mesures d'amélioration visant à empêcher les erreurs ou après la survenance d'erreurs. Les mesures d'amélioration peuvent en outre se fonder sur les résultats des mesures nationales. Les meilleurs résultats (de préférence le quartile le plus élevé) provenant des mesures servent de valeur initiale (standards minimaux) pour l'amélioration de la qualité.

Selon l'al. 3, let. d, le canton vérifie si un système approprié de management de la qualité est exploité. Le système doit être approprié notamment dans le sens où il est adapté à la grandeur du fournisseur de prestations et à la complexité de la fourniture de prestations. Ce système doit garantir un processus d'amélioration contraignant, structuré et durable. Il doit se fonder sur un système de régulation, p. ex. le cycle *Plan-Do-Check-Act* (cycle PDCA) et ainsi inclure notamment les étapes de processus suivantes dans un cycle de gestion répétitif : mesures de la qualité, comparaison à l'aide d'un *benchmarking*, mise en œuvre contraignante des mesures d'amélioration, publication et *reporting*. Le système de management de la qualité garantit au moins que les tâches pertinentes pour l'impact sur la santé soient saisies dans un circuit et planifiées de manière systématique, exécutées, que leur respect et leur effet soient examinés et qu'elles soient au besoin adaptées. L'application répétée (itération) permet de définir des mesures de développement de la qualité en tant que standards minimaux.

Des résultats de mesures satisfaisant à ces exigences sont les indicateurs de qualité des hôpitaux de soins aigus suisses (*Swiss Inpatient Quality Indicators, CH-IQI*)¹⁹. Ils peuvent servir de base.

¹⁶ Des soins coordonnés pour les patients (très âgés et polymorbides, OFSP-Bulletin – Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias, 18/2018. Consultable sur : <https://www.bag.admin.ch> > L'OFSP > Publications > Périodiques > OFSP-Bulletin (État : 31 juillet 2019).

¹⁷ Leape, Lucian / Berwick, Donald / Clancy, Carolyn / Conway, James / Gluck, Paul / Guest, James / Lawrence, David / Morath, Julianne / O'Leary, Dennis / O'Neill, Paul / Pinakiewicz, Diane / Isaac, Thomas: Transforming healthcare: a safety imperative, *Journal of Quality and Safety in Health Care* (2009) 18: p. 424–428.

¹⁸ Van Vegten, Amanda / Pfeiffer, Yvonne / Giuliani, Francesca / Manser, Tanja: Patientensicherheitsklima im Spital: Erfahrungen mit der Planung, Organisation und Durchführung einer Mitarbeitervollbefragung; *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. (ZEFQ)* (2011) 105: p. 734-742.

¹⁹ Indicateurs de qualité Documentation : Office fédéral de la santé publique, 2019. Consultable sur : <https://www.bag.admin.ch> > Chiffres & statistiques > Hôpitaux : faits & chiffres > Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus > Indicateurs de qualité Documentation (état : 31 juillet 2019).

Selon l'al. 3, let. e, le canton vérifie si les hôpitaux respectent les standards qui ont été définis par des organes spécialisés nationaux et internationaux (p. ex. l'Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM), des organisations professionnelles (p. ex. FMH Fédération des médecins suisses, FMH) ou leurs sociétés de discipline médicale²⁰, les associations de spécialistes (p. ex. Swissnoso), des organisations qui se focalisent sur la sécurité des patients (p. ex. Sécurité des patients Suisse) ou les standards professionnels édictés par les associations professionnelles. L'application de la check-list chirurgicale²¹ fait par exemple partie de ces standards. Le respect de ces standards ou de ces prescriptions a pour but d'assurer la sécurité des patients. À cet effet, les cantons évaluent les résultats des mesures standardisées. Aucun standard n'est nommément cité, mais le respect des standards en matière d'hygiène des mains²² doit par exemple être évalué.

Les effets indésirables des médicaments et les erreurs de médication représentent une part significative des risques pour la sécurité des patients à l'hôpital²³. Trop de patients sont affectés par un tel événement durant une hospitalisation²⁴. Selon l'al. 3, let. f, le canton évalue la garantie de la sécurité de la médication qui a pour but d'assurer une médication sans occasionner de dégâts²⁵. L'utilisation de la prescription et de la remise électroniques des médicaments est notamment contrôlée²⁶. Cette utilisation doit permettre de constater la médication préalable, notamment aux interfaces, mais aussi d'empêcher les erreurs de dosage, les interactions indésirables des médicaments ainsi que les confusions lors de la remise²⁷.

L'al. 4 définit les critères minimaux pour l'évaluation de la qualité dans les EMS et les maisons de naissance.

En ce qui concerne la dotation en personnel selon l'al. 4, let. a, il s'agit de veiller à ce que l'affectation des personnes exerçant dans le domaine des soins infirmiers corresponde à leurs compétences²⁸, étant donné qu'en cas de manque de personnel infirmier, des personnes moins qualifiées doivent éventuellement assumer des tâches principales normalement exercées par des personnes diplômées. Cela peut conduire à une mauvaise qualité des soins. L'évaluation de la dotation en personnel peut par exemple se faire en identifiant et en comparant la part du personnel spécialisé par rapport au reste du personnel. En particulier dans les EMS, le nombre de jours de travail fournis par des personnes spécialisées constitue par exemple un facteur d'influence important dans les soins pour ce qui est de la qualité des prestations fournies. Il s'avère en effet qu'un effectif suffisant d'infirmiers diplômés est par exemple en relation avec une culture de la sécurité positive²⁹. L'intégration ciblée d'une expertise en matière de médecine palliative, de gériatrie et de psychogériatrie doit en outre garantir le traitement médical. Selon l'al. 4, let. a, le canton évalue si des spécialistes ayant une expertise en matière de médecine palliative, de gériatrie et de psychogériatrie sont consultés dans les EMS pour le traitement et le suivi des personnes âgées et fragiles. Grâce à une formation et à des compétences en médecine

²⁰ Smarter Medicine – Choosing Wisely Switzerland, Top Cinq de la Société Suisse de Médecine Interne Générale. Sans indication de l'année. Consultable sur : <https://www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html> > Liste Top 5 > Médecine Interne Générale hospitalière (état : 31 juillet 2019).

²¹ Sécurité des patients Suisse, Explication Sécurité chirurgicale, sans indication de l'année. Consultable sur : <https://www.securitedespateurs.ch> > Programmes progress! > Sécurité chirurgicale > Déclaration (état : 31 juillet 2019).

²² Pittet, Didier / Widmer; Andreas: Hygiène des mains : nouvelles recommandations, in : Swiss Noso – Infections nosocomiales et hygiène hospitalière : aspects actuels 2001, volume 8 N° 4, p. 25-31.

²³ Sécurité des patients Suisse - Hotspots der Patientensicherheit, 2015. Consultable sur : https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Drug_Event_Monitoring/Projektbeschreibung.pdf (URL, car archivé) (état : 31 juillet 2019).

²⁴ Charles Vincent, Patient Safety, 2006, Elsevier Churchill Livingstone, p. 49-51.

²⁵ The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication without Harm, 2017, consultable sur : <https://www.who.int> > Health topics > P > Patient Safety > Medication without harm (état : 12 août 2019)

²⁶ Bonnabry, Pascal: Information Technologies for the Prevention of Medication Errors, University Hospital of Geneva, 2003. Consultable sur : https://pharmacie.hug-ge.ch/rd/publications/pb_businessbriefing2003.pdf (URL, car archivé) (état : 31 juillet 2019).

²⁷ Kaushal, Rainu / Shojania Kavegh G. / Bates, David W.: Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety – A Systematic Review, Archives of Internal Medicine, 163 (2003), p. 1409–1416.

²⁸ Message du 7 novembre 2018 relatif à l'initiative populaire "Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)"; FF 2018 7633, ici 7643 et 7467.

²⁹ Castle, Nicholas G.: Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes, International Journal for Quality in Health Care (2006) 18, Number 5: p. 370-376.

palliative, gériatrie et psychogériatrie, ils contribuent à l'amélioration de la qualité du traitement et des soins. Il s'agit par ailleurs de déterminer si une planification prévisionnelle du traitement (ACP) est appliquée³⁰.

Les cantons doivent identifier et comparer la part du personnel spécialisé par rapport au reste du personnel dans les maisons de naissance également. En outre, ces dernières doivent garantir qu'elles intègrent l'expertise d'une manière adaptée aux besoins. Elles doivent par exemple démontrer qu'elles reconnaissent à temps les difficultés obstétriques ou pédiatriques et que l'expertise correspondante intervient à temps. Une étude correspondante en Allemagne montre que la méconnaissance du monitoring fœtal (Cardiotocography, CTG) et les omissions des services d'un médecin en découlant constituent la plus importante constellation de risques.³¹

Les mesures nationales de la qualité sur l'ensemble du territoire sont importantes afin de garantir la comparabilité des indicateurs pour l'ensemble de la Suisse et d'élaborer des mesures d'amélioration sur cette base. Le canton vérifie la participation et les résultats selon l'al. 4, let. b.

Une bonne culture de la sécurité constitue également dans les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance l'une des conditions d'une mise en œuvre réussie des mesures d'amélioration. C'est pourquoi le canton évalue, selon l'al. 4, let. c, les résultats des mesures standardisées de la culture de la sécurité. Aux États-Unis, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)³² propose par exemple un instrument de sondage correspondant pour les établissements médico-sociaux. Le canton vérifie notamment aussi l'application d'un système de déclaration des erreurs et des sinistres. Les mesures d'amélioration peuvent en outre se baser sur des résultats de mesures au niveau suisse. Les meilleurs résultats (de préférence le quartile le plus élevé) provenant des mesures servent de valeur initiale (standards minimaux) pour l'amélioration de la qualité.

Selon l'al. 4, let. d, le canton vérifie si un système approprié de management de la qualité est exploité. Le système doit être approprié notamment dans le sens où il est adapté à la grandeur du fournisseur de prestations et à la complexité de la fourniture de prestations. Ce système doit garantir un processus d'amélioration contraignant, structuré et durable. Il doit se fonder sur un système de régulation, p. ex. le cycle *Plan-Do-Check-Act* (cycle PDCA) et ainsi inclure notamment les étapes de processus suivantes dans un cycle de gestion répétitif : mesures de la qualité, comparaison à l'aide d'un *benchmarking*, mise en œuvre contraignante des mesures d'amélioration, publication et *reporting*. Le système de management de la qualité garantit au moins que les tâches pertinentes pour l'impact sur la santé soient saisies dans un circuit et planifiées de manière systématique, exécutées, que leur respect et leur effet soient examinés et qu'elles soient au besoin adaptées. L'application répétée (itération) permet de définir des mesures de développement de la qualité en tant que standards minimaux.

Selon l'al. 4, let. e, le canton vérifie si les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance respectent les standards qui ont été définis ou convenus conjointement par des organes spécialisés nationaux et internationaux (p. ex. l'ASSM, l'AHRQ, le Bundesgesundheitsministerium, le National Institute of Health and Care Excellence³³), des organisations professionnelles (p. ex. la FMH) ou leurs sociétés de discipline médicale, des organisations qui se focalisent sur la sécurité des patients (p. ex. Sécurité des patients Suisse) ou les standards professionnels édictés par les associations professionnelles. Le respect de ces standards ou de ces prescriptions a pour but d'assurer la sécurité

³⁰ Aasmul, Irene / Husebo, Bettina S. / Sampson, Elizabeth L. / Flo, Elisabeth: Advance Care Planning in Nursing Homes – Improving the Communication Among Patient, Family, and Staff: Results From a Cluster Randomized Controlled Trial (COSMOS), *Frontiers in Psychology*, 2018. Consultable sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289020/pdf/fpsyg-09-02284.pdf> (Open Access - état : 31 juillet 2019).

³¹ Niemeyer, Anna / Holzäpfel, Sonja / Gruber, Patricia / Lampmann, Eva / Lütje, Wolf / Beckedorf, Irina / Middendorf, Max / Tomsic, Ilona / Schwarz, Christiane: Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten. (2018) Consultable sur: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de> > Gesundheit > Berichte > Hebammen (état : 8 novembre 2019).

³² Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality, 2019: Consultable sur : <https://www.ahrq.gov> > Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) > SOPS Surveys (état : 31 juillet 2019).

³³ National Institute of Health and Care Excellence, Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth, 2014 / Update 2017. Consultable sur : <https://www.nice.org.uk> > NICE Guidance > Conditions and diseases > Fertility, pregnancy and childbirth > Intrapartum care > Guidance > Intrapartum care (état : 31 juillet 2019).

des patients. Sur la base de l'al. 4, let. e, il s'agit notamment d'évaluer si le plan de traitement et de soins est saisi systématiquement par écrit dans l'EMS et dans la maison de naissance. Après un passage d'un hôpital à un établissement médico-social, il s'agit par exemple de formuler des objectifs de soins, tels que le transfert dans une forme d'habitat ambulatoire. Ici aussi, aucun standard n'est nommément cité selon l'al. 4, let. e, mais l'évaluation doit notamment porter sur le respect des standards en matière d'hygiène des mains.

La prescription et la remise de médicaments sont sujettes à erreurs et des patients peuvent donc être lésés. Selon Sécurité des patients Suisse, les études menées dans d'autres pays industrialisés montrent que près de la moitié des effets indésirables des médicaments dans les EMS pourraient être évités.³⁴ Les fœtus et les nouveau-nés, ainsi que les femmes en travail ou les jeunes mères peuvent également être lésés par des médicaments, car des médicaments à hauts risques sont aussi administrés pendant les accouchements. C'est pourquoi l'al. 4, let. f, dispose que le canton doit évaluer si la prescription et la remise des médicaments sont mises en œuvre de manière systématique et vérifiées de manière transparente au sein des établissements médico-sociaux ainsi que dans les maisons de naissance. Cette procédure pour les médicaments conduit à des améliorations, notamment aux interfaces, si la médication antérieure est constatée et si les erreurs de dosage et les interactions indésirables entre les médicaments ainsi que les confusions lors de la remise sont évitées.

Selon l'al. 5, les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale, par exemple les mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), peuvent être retenus comme critères de sélection, lors de l'évaluation de la qualité des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance.

Le critère de la mise à profit des synergies évoqué à l'al. 6 pour les hôpitaux renvoie aux potentiels relatifs au caractère économique et à la qualité, qui doivent être exploités au niveau de l'offre sur la base de mesures structurelles et organisationnelles. En plus de la comparaison des coûts présentés selon l'art. 58e, al. 1, let. a, les cantons tiennent également compte du potentiel d'optimisation offert par la concentration des groupes de prestations figurant sur la liste des hôpitaux sur un nombre réduit de fournisseurs de prestations. L'effet de l'adaptation de la structure des soins dans le sens de la planification hospitalière et de la liste des hôpitaux prévue sur le caractère économique et la qualité attendus de la fourniture des prestations peut ainsi être pris en compte de manière prospective.

L'al. 7 souligne que, lors de l'évaluation du caractère économique et de la qualité de la fourniture des prestations, les exigences relatives aux groupes de prestations doivent aussi être prises en compte. Il relie ainsi les art. 58d et 58f.

Selon l'al. 8, l'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur les résultats d'autres cantons. Il faut pour cela que ces résultats soient d'actualité et pertinents eu égard à l'éventail de prestations à fournir.

Art. 58e Coordination intercantonale des planifications

La révision du financement hospitalier ayant élargi le libre choix des patients, la coordination intercantonale des planifications revêt une importance particulière. Désormais, les assurés qui sollicitent des prestations sans raison médicale dans des hôpitaux et maisons de naissance qui ne figurent pas sur la liste des hôpitaux du canton de résidence ne doivent prendre en charge qu'une différence de tarif éventuelle entre l'établissement où le traitement est prodigué et celui figurant sur la liste du canton de résidence et fournissant la prestation correspondante.

L'al. 1 contient, à ses let. a et c, les dispositions de l'actuel art. 58d, OAMal relatives à l'échange d'informations sur les flux de patients et à la coordination des mesures de planification.

Le nouvel al. 2 précise quels cantons doivent être considérés comme concernés par une planification cantonale. Il s'agit notamment des cantons où se situent un ou plusieurs établissements extra-

³⁴ Sécurité des patients Suisse, La sécurité de la médication en EMS, sans indication de l'année. Consultable sur : <https://www.securitedespatisnts.ch> > Programmes progress! > La sécurité de la médication en EMS (état : 31 juillet 2019).

cantonaux figurant sur la liste du canton planificateur ainsi que les cantons dont sortent des flux de patients importants en direction des établissements cantonaux du canton planificateur ou dans lesquels entrent des flux de patients importants en provenance du canton planificateur.

Art. 58f Listes et mandats de prestations

L'al. 1 reprend, sous une forme modifiée, la disposition de l'actuel art. 58e, al. 1, OAMal relative aux établissements nécessaires.

L'al. 2 reprend la disposition de l'actuel art. 58e, al. 3, OAMal.

L'al. 3 reprend l'actuel art. 58e, al. 2, OAMal mais le modifie sur la forme et précise en outre qu'il faut attribuer des mandats de prestations pour la totalité de l'éventail de prestations des hôpitaux et des maisons de naissance.

L'al. 4 signale que l'organe décisionnel intercantonal compétent détermine les domaines partiels de la MHS et les exigences correspondantes. Les cantons ont inscrit l'organisation, les critères et le financement de la planification commune de la MHS pour l'ensemble de la Suisse dans la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Compte tenu du fait que l'homogénéité de l'élaboration de la planification hospitalière dans le domaine MHS est assurée par l'organisation centrale, il n'est pas judicieux de formuler des critères en vue des exigences devant être posées à l'égard des domaines partiels de la MHS. Notons également que l'organe scientifique prend ses décisions en s'appuyant sur les exigences spécifiques d'un domaine partiel MHS, par exemple en ce qui concerne la formation approfondie et la qualification de l'opérateur ou la reconnaissance de l'établissement de formation postgraduée selon la spécialité.

Depuis 2011, la CDS conseille aux cantons d'appliquer les GPPH³⁵ élaborés par la direction de la santé du canton de Zurich pour le domaine somatique aigu et les maisons de naissance. Ceux-ci sont définis à l'aide de codes de diagnostic et de traitement (CIM³⁶ et CHOP³⁷) et agrégés en domaines de prestations (dermatologie, neurologie, pneumologie, etc.). La plupart des cantons appliquent déjà ce système. Des exigences sont associées au système des groupes de prestations. L'al. 5 prévoit que les cantons doivent définir pour chaque groupe de prestations quelles exigences doivent être remplies pour lequel des paramètres répertoriés ou des autres paramètres éventuels :

- a. disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie ;
- b. disponibilité et formation postgrade des médecins spécialistes ;
- c. disponibilité et niveau d'exigence du service des urgences ;
- d. disponibilité et niveau d'exigence de l'unité de soins intensifs ;
- e. groupes de prestations liés en interne ou en coopération avec d'autres hôpitaux ;
- f. garantie de la qualité, notamment discussion interdisciplinaire des cas ;
- g. nombres minimums de cas ;
- h. autres critères selon le droit cantonal.

Les planifications cantonales des hôpitaux reflètent les situations spécifiques en matière de soins, par exemple les conditions géographiques du canton planificateur. Dans un canton urbain, les exigences à l'égard des hôpitaux peuvent en effet être accrues (p. ex. présence de médecins, nombres minimums de cas) par rapport à un canton rural qui est confronté à la question de la garantie des soins dans les régions périphériques en raison des circonstances géographiques. En ce sens, il appartient aux différents cantons planificateurs de statuer sur les exigences concernant des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible.

L'exigence concernant les nombres minimums de cas peut non seulement se référer à l'hôpital mais aussi à d'autres paramètres, tels que la personne opérant ou l'équipe d'opération. Dans son arrêt du

³⁵ CDS : Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) soins somatiques aigus, sur <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification>

³⁶ Classification internationale des maladies.

³⁷ Classification suisse des opérations.

14 septembre 2018, le Tribunal administratif fédéral a indiqué que la disposition réglant actuellement les critères de planification relatifs aux nombres minimums de cas (art. 58b, al. 5, let. c, OAMal) respectait le cadre de l'art. 39 LAMal, et qu'on ne pouvait pas déduire de la teneur de cette disposition qu'il était autorisé de fixer des nombres minimums de cas par hôpital mais pas par intervenant.³⁸

Les exigences à l'égard des groupes de prestations sont des obligations auxquelles les hôpitaux doivent satisfaire à la date de validité de l'admission ou dans un délai défini par le canton. Les cantons peuvent, par exemple, prévoir des admissions provisoires, subordonnées à la condition d'une réévaluation des établissements dans un délai approprié. Ils peuvent le faire pour les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux qui ne se trouvent pas encore en exploitation, qui s'y trouvent depuis peu de temps ou lors d'une demande d'extension de l'éventail de prestations. Tout comme la fixation de la date d'actualisation ou de remaniement de la planification hospitalière, la décision quant à la limitation dans le temps des autorisations est laissée à l'appréciation des cantons.

Le mandat de prestations peut notamment inclure les volumes de prestations maximaux dans le domaine somatique aigu, les volumes de prestations ou les nombres de lits maximaux dans le domaine de la psychiatrie ou de la réadaptation, ou encore les nombres de lits maximaux dans le domaine des établissements médico-sociaux. En indiquant ainsi explicitement la possibilité d'un contrôle des volumes à l'al. 6, on établit clairement la recevabilité d'un tel instrument. La limitation des volumes ne doit pas nécessairement se rapporter à l'intégralité de l'éventail de prestations. La let. c prévoit par ailleurs la possibilité de fixer les conséquences du dépassement des volumes de prestations ou des nombres de lits maximaux dans le mandat de prestations. Il ne relève par contre pas de la compétence du Conseil fédéral de régler, lorsqu'il édicte les critères de planification, les questions relatives, par exemple, à la délimitation de la prise en charge des coûts par le canton en cas d'atteinte d'un nombre global déterminé d'hospitalisations extra-cantoniales. En effet, la planification au sens de l'art. 39, LAMal concerne exclusivement le pilotage de l'offre des différents établissements à travers l'octroi de mandats de prestations aux établissements figurant sur la liste hospitalière, et non l'établissement du budget de la prise en charge globale des coûts par les cantons.

La possibilité pour les cantons de fixer un budget global et d'obliger les hôpitaux ou les établissements médico-sociaux à respecter ce budget est déjà prévue dans la LAMal (art. 51, LAMal). Cette compétence des cantons se rapporte à tous les hôpitaux admis sur la base de la planification et de la liste établies conformément à la loi. Il n'est dès lors pas nécessaire de prévoir de disposition spécifique dans le cadre des critères de planification. Les cantons sont libres d'inscrire l'obligation de respecter le budget global ainsi que les conséquences de son non-respect dans le mandat de prestations ou dans d'autres conventions.

Le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 portant sur les mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins prévoit, en guise de mesure pouvant être mise en œuvre immédiatement, de faire dépendre l'admission des hôpitaux sur la liste hospitalière de la rémunération qu'ils offrent à leur personnel interne et à leur personnel externe. La mesure a pour objectif de réduire les incitations erronées en faveur d'une augmentation du volume et, partant, d'une potentielle sélection des patients par les médecins, susceptibles d'exister actuellement. Les experts indiquent que le nombre des interventions augmente lorsque le revenu des médecins est couplé à des bonus associés à certains objectifs quantitatifs ou lorsque des *kickbacks* sont versés à des médecins établis en cabinet qui adressent des patients. La Fédération des médecins suisses FMH refuse de tels accords, afin de garantir l'indépendance des médecins en tenant compte des critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité de la fourniture des prestations. Le corps médical devrait également profiter d'une diminution de la pression à générer un nombre prescrit de cas. Selon les experts, les économies attendues devraient largement dépasser les coûts de contrôle requis des cantons et éventuellement des assureurs pour l'application des mesures.³⁹

³⁸ Arrêt du Tribunal administratif fédéral du 14 septembre 2018 concernant la liste des hôpitaux du canton de Zurich (C-5603/2017), consid. 7.6.2.

³⁹ Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, Rapport du groupe d'experts, 24 août 2017, Mesure 03, pp. 37-39, sous <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/50085.pdf>

Selon l'art. 32, al. 2, LAMal, les prestations de la LAMal doivent être économiques, appropriées et efficaces pour être prises en charge. Il faut donc garantir que ces principes soient respectés lors de la fourniture de prestations. Si les médecins sont influencés par des incitations économiques inadaptées en faveur d'une augmentation de volume à la charge de l'AOS ou d'un contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a, LAMal (p. ex. par le paiement de bonus en fonction du volume de prestations ou *kickbacks*) dans leur décision d'orienter les patients vers un traitement stationnaire, les principes de l'art. 32, al. 2, LAMal ne sont plus garantis. C'est pourquoi les mandats de prestations prévoient comme exigence l'interdiction de ces systèmes d'incitations.

Dispositions transitoires relatives à la modification du ...

Les dispositions transitoires prévoient différents délais pour l'adaptation des planifications hospitalières et des listes des hôpitaux aux critères de planification du Conseil fédéral, selon la charge de travail prévue. Le domaine des soins somatiques aigus et les maisons de naissance disposent de quatre ans suivant l'entrée en vigueur de la modification du XXX pour se conformer aux critères de planification du Conseil fédéral et six ans sont prévus pour la planification de la réadaptation et de la psychiatrie. La différence est justifiée par le fait que dans le domaine somatique aigu, la plupart des cantons appliquent déjà la classification et les exigences selon les GPPH, alors qu'un système correspondant n'existe pas encore pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation. Le fait que les cantons aient suffisamment de temps à disposition doit leur permettre de s'accorder sur les classifications et les exigences uniformes, ce qui est souhaitable pour une coordination intercantonale des planifications. Pendant les délais fixés dans les dispositions transitoires, les cantons peuvent actualiser les listes, sans procéder à toutes les étapes de planification, tant que les paramètres de la planification sous-jacente s'appliquent toujours.

III. Entrée en vigueur

Les dispositions doivent entrer en vigueur le

Dispositions sur la détermination des tarifs

I. Partie générale

1. Contexte

Les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 la révision de la LAMal (RO 2008 2049) dans le domaine du financement hospitalier. Concernant la rémunération des prestations du traitement hospitalier, il a notamment été prévu de modifier le système tel que le financement des établissements prévu jusque là a été abandonné au profit d'un financement des prestations afin de renforcer les incitations en vue d'une meilleure maîtrise des coûts. L'art. 49, al. 1, cinquième phrase, LAMal prévoit ainsi que 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.

Dans le cadre de sa jurisprudence sur les tarifs du traitement hospitalier stationnaire, le Tribunal administratif fédéral s'est exprimé sur les dispositions du nouveau financement hospitalier et a notamment constaté que l'objectif de la révision de la LAMal concernant le financement hospitalier sera difficile à concrétiser sans prescriptions relatives à une détermination et évaluation uniformes de l'efficacité de différents hôpitaux⁴⁰.

Dans le cadre de la présente révision de l'OAMal, le Conseil fédéral prévoit de modifier différentes dispositions de l'ordonnance respectivement de concrétiser les prescriptions relatives à la tarification.

2. Modification de l'ordonnance

2.1. Tarification dans un modèle de rémunération de type DRG

Avec l'obligation de rémunération des traitements hospitaliers au moyen de forfaits liés aux prestations, introduite avec la modification de l'art. 49, LAMal, le législateur a notamment pour objectif d'améliorer l'efficacité dans le domaine hospitalier. La jurisprudence rendue dans le cadre des recours contre les décisions cantonales selon les art. 46 et 47, LAMal, depuis l'introduction de la structure tarifaire SwissDRG en 2012, a développé des principes concernant la tarification et démontré la nécessité d'une ordonnance. La possibilité pour les fournisseurs de prestations de réaliser et de conserver des gains dits d'efficacité dans le cadre de leur fourniture des prestations à la charge de l'AOS a notamment été confirmée (cf. à ce sujet la motion Humbel 12.3245 « Mettre en œuvre le financement des hôpitaux tel qu'il a été voulu par le législateur »).

Des prescriptions portant sur la détermination et l'évaluation uniformes de l'efficacité des hôpitaux de soins aigus et des maisons de naissance doivent notamment être ordonnées afin de promouvoir la concurrence entre les hôpitaux en tant qu'objectif essentiel de la révision de la LAMal relative au financement hospitalier. La tarification en tant qu'objectif a en outre contribué à assurer des soins médicaux appropriés et de grande qualité à des coûts aussi avantageux que possible. La garantie de la transparence et la participation de tous les acteurs impliqués est une condition de base pour une tarification économique. Les principes qui régissaient jusqu'à présent la tarification selon l'art. 59c, OAMal seront complétés, en vertu des art. 43, al. 2, let. d, 43, al. 7 et 49, LAMal, par des dispositions spécifiques de la tarification dans un modèle de rémunération de type DRG avec des explications sur le prix de base. Les spécificités des différents hôpitaux et l'évolution constante des structures tarifaires limitent la possibilité de formuler des prescriptions étendues pour l'élaboration des tarifs. Les destinataires devant tenir compte des principes de tarification, y compris la valeur de référence, sont aussi bien les partenaires tarifaires lors de l'élaboration de leurs tarifs que l'autorité compétente lors de l'approbation ou fixation correspondante (art. 46, al. 1 et 4, art. 47, LAMal).

L'art. 49, al. 1, LAMal permet aux partenaires tarifaires de déroger aux forfaits par cas à convenir en règle générale, pour autant que ceux-ci soient (encore) inappropriés dans certains domaines

⁴⁰ C-3425/2013, consid. 4.4.6.

hospitaliers, compte tenu de l'état actuel des connaissances. Une référence à la prestation doit toutefois obligatoirement être établie.

Il faut entendre ici comme modèle de rémunération de type DRG les modèles tarifaires qui satisfont aux éléments essentiels d'un système de classification des patients de type DRG avec l'attribution automatique, fondée sur le diagnostic principal de cas hospitaliers, à des groupes ayant une structure des coûts similaire et la rémunération par des coûts relatifs (cost weights) globaux. Actuellement, la structure tarifaire SwissDRG, qui prévoit la rémunération des prestations par des forfaits par cas liés au degré de gravité, et la structure tarifaire TARPSY, qui rémunère les prestations au moyen de forfaits journaliers liés au degré de gravité, satisfont à ces critères essentiels au niveau suisse.

Le Tribunal administratif fédéral a retenu jusqu'à présent, dans le cadre de sa jurisprudence relative à la fixation des tarifs selon les règles du nouveau financement hospitalier, que les cantons jouissent d'une marge de manœuvre conséquente concernant l'appréciation des tarifs dans la phase d'introduction des forfaits par cas liés aux prestations, tant qu'aucune disposition n'existe pour permettre un *benchmarking*. Le Tribunal administratif fédéral a protégé jusqu'à maintenant dans ses jugements des valeurs de référence jusqu'au 50^{ème} percentile. Etant donné que les pratiques en matière d'approbation et de détermination diffèrent entre les cantons, la réduction potentielle des coûts pour l'AOS ne peut être estimée que très approximativement. Si la valeur de référence est fixée au 25^{ème} percentile au lieu du 40^{ème} percentile, une réduction supplémentaire des coûts pour l'AOS d'une hauteur d'environ 200 à 250 millions de francs pour l'année tarifaire 2019 peut en principe être estimée. La réduction des coûts de l'AOS amènerait également à une diminution des montants pour la réduction individuelle de primes (RIP) au niveau de la Confédération correspondant à 7.5 pourcents des coûts bruts de l'AOS.

2.2. Tarification à la prestation

Afin de contrer l'incitation à l'augmentation du volume dans les tarifs à la prestation également, l'art. 59c, al. 3, OAMal doit être adapté de telle sorte que les partenaires tarifaires soient obligés de vérifier si les positions de prestations peuvent être regroupées dans une structure tarifaire à la prestation. Une modification de l'al. 4 est également proposée afin de tenir compte de l'introduction de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, dans lequel le renvoi correspondant est intégré.

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 volet 1 des mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui vise, au niveau de la loi, à favoriser la conclusion de forfaits ambulatoires⁴¹.

II. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Art. 59c, al. 2

L'al. 1 dispose que, dans un modèle de rémunération de type DRG, le tarif ne doit pas, contrairement aux principes énoncés à l'art. 59c, al. 1, let. a et b, OAMal, couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente, mais se fonder sur la référence (*benchmark*). En ce sens, dans un

⁴¹ 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)

modèle de rémunération de type DRG, les principes de l'art. 59a, al. 1, let. a et b ne s'appliquent en principe qu'à l'hôpital qui constitue la référence⁴².

Concernant les coûts, chaque hôpital et chaque maison de naissance doit continuer de garantir la totale transparence exigée par la LAMal et l'OCP, y compris dans le cadre de la fixation des tarifs telle qu'elle est prévue par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les assureurs et les cantons font partie des acteurs légitimés à consulter les pièces correspondantes (cf. art. 15, OCP).

Art. 59c, al. 3

Cette disposition relative à la maintenance des tarifs est complétée par une phrase disposant que, pour les structures tarifaires à la prestation existantes, les parties à une convention doivent régulièrement vérifier s'il est possible de regrouper certaines des positions prévues pour la prestation.

Afin de réduire l'incitation potentielle en faveur d'une augmentation des volumes, il s'agit également de faire en sorte que les tarifs à la prestation ne soient pas trop détaillés ni complexes, et permettent certains regroupements ou l'application de forfaits. L'instrument du *contrôle* crée des incitations afin de regrouper davantage de prestations d'un tarif à la prestation ou de leur appliquer un forfait dans le cadre du partenariat tarifaire. Les prestations regroupées continuent en principe de faire partie intégrante de la structure tarifaire à la prestation, une adaptation correspondante requiert cependant une approbation par le Conseil fédéral. 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.

Art. 59c, al. 4

L'art. 59c, al. 4, OAMal est complété dans le sens où l'autorité compétente doit respecter les al. 1 à 3 non seulement lors des fixations des tarifs, mais aussi lors des adaptations de la structure tarifaire selon l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal. Ce complément est une adaptation a posteriori, rendue nécessaire par l'introduction de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013).

Art. 59c^{bis}, al. 1

La valeur de référence doit être calculée en impliquant tous les fournisseurs de prestations concernés de Suisse. Un échantillon représentatif avec des fournisseurs de prestations de tous les échelons de soins ne peut pas établir de lien avec l'efficacité, si aucun lien avec tous les coûts par cas ou par journée déterminés en toute transparence et ajustés selon le degré de gravité (via des forfaits par cas ou journaliers selon la rémunération) de tous les fournisseurs de prestations n'est possible. Autrement, l'échantillon pourrait être constitué exclusivement de fournisseurs de prestations « coûteux » ou « avantageux ». Le calcul de la valeur de référence est en outre défini de manière uniforme par rapport au nombre de fournisseurs de prestations et dans un modèle de rémunération de type DRG, des alternatives telles que le rapport avec le nombre de cas ou le CMI sont exclues. Le critère de l'efficacité est défini uniformément selon la méthode du percentile : un percentile de 25 % signifie que 25 % des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux sont inférieurs à la valeur de référence et que 75 % lui sont supérieurs. Une phase de transition permet notamment de prendre en compte les structures établies, les modifications éventuelles des structures et le temps requis à cet effet ainsi que la définition d'incitations pour une fourniture des prestations plus efficace. Le fait que les données des hôpitaux présentent la qualité nécessaire à cette fin et qu'elles soient mises à disposition à temps constitue une condition préalable à un tel *benchmarking*. Par conséquent, les données des fournisseurs de prestations qui présentent une qualité insuffisante pour déterminer les coûts par cas ou les coûts journaliers de manière transparente, ou ne peuvent pas être utilisées pour d'autres raisons

⁴² C-1698/2013, consid. 2.10.1.

démonstrables (p. ex. mise à disposition trop tard) ne seront pas prises en considération pour le *benchmarking*.

Art. 59c^{bis}, al. 2

Les comparaisons entre hôpitaux selon l'art. 49, al. 8, LAMal visent avant tout l'information et servent de base de décision pour les parties impliquées dans l'application de la LAMal et les cercles intéressés. La publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité représente en particulier une possible base de départ pour déterminer le prix individuel des hôpitaux dans le cadre du *benchmarking* à effectuer. Par conséquent, les partenaires tarifaires et les autorités d'approbation ou de fixation peuvent se baser sur la publication des coûts par cas et par journée ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux afin de fixer les tarifs conformément à la LAMal. Cependant, cela suppose notamment que les informations requises pour l'année tarifaire correspondante soient publiées à l'avance et que les données soient vérifiées (au moyen de l'attestation OCP désormais prévue).

Art. 59c^{bis}, al. 3

Le calcul de la valeur de référence incombe en premier lieu aux partenaires tarifaires dans le cadre de l'autonomie tarifaire fixée par la loi (art. 46, al. 1 et art. 49, al. 1, LAMal). Il est donc possible que toutes les associations d'assureurs ne calculent pas la même valeur de référence si, par exemple, toutes ne reçoivent pas les données de coûts et de prestations d'un fournisseur de prestations dans les délais. Les modalités de calcul de la valeur de référence doivent être communiquées dans leur intégralité à l'autorité d'approbation ou de fixation (art. 46, al. 4 et art. 47, LAMal).

Art. 59c^{bis}, al. 4

Des prix de base spécifiques à l'hôpital restent en principe possibles, même d'après les règles révisées du financement hospitalier. Étant donné que les rémunérations doivent cependant se baser sur les hôpitaux qui fournissent la prestation assurée dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse, une divergence correspondante respectivement une différenciation du prix ne peut se justifier que dans des cas particuliers fondés. Ainsi, par exemple, les hôpitaux prestataires finaux ou les hôpitaux universitaires peuvent faire valoir, dans le cadre des négociations de tarifs ou des fixations de tarifs, des différences de coûts qui ne sont pas explicables par la structure tarifaire. La preuve de ces charges financières supplémentaires peut justifier des suppléments sur la valeur de référence lorsque des prestations supplémentaires qui remplissent cumulativement les conditions des let. a à d sont fournies.

Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, les coûts du traitement stationnaire d'urgence et les coûts qui résultent du fait qu'un hôpital focalise son organisation sur le traitement des urgences médicales par exemple ne doivent en principe pas être exclus au titre des prestations d'intérêt général⁴³. Différents prix de base ne constituent pas à cet égard une intervention dans la structure tarifaire contraire au système⁴⁴.

Une différenciation tarifaire peut également être justifiée⁴⁵ par des coûts structurels différents d'une région à l'autre (coûts salariaux et d'implantation) ou quand les différents hôpitaux fournissent des prestations d'une étendue très variable dans le domaine de la formation non-universitaire⁴⁶.

Les unités d'isolement spéciales et les unités pour les grands brûlés sont des exemples actuels de prestations de réserve. Les exemples de prestations supplémentaires se basent sur les constatations du conseil d'administration de SwissDRG SA du 26 mai 2016 concernant les différences de coûts qui

⁴³ C-4264/2013, consid. 4.7

⁴⁴ ATAF 2014/36, consid. 21.4.1

⁴⁵ ATAF 2014/36, consid. 6.8.1

⁴⁶ ATAF 2014/36, consid. 6.8.2

ne s'expliquent pas par la structure tarifaire appliquée, par exemple les SwissDRG. La prise en compte doit être clarifiée dans le cadre de l'autonomie tarifaire.

Dans la mesure du possible, les coûts correspondants des prestations supplémentaires doivent également être soumis à une comparaison de l'économicité, par exemple au moyen d'une comparaison croisée avec d'autres fournisseurs de prestations ayant les mêmes prestations supplémentaires. Nul ne peut prétendre à ce que les suppléments couvrent intégralement les coûts des prestations supplémentaires.

Art. 59c^{bis}, al. 5 et 6

Les spécificités des différents hôpitaux doivent être prises en compte lors du calcul des prix de base, en cas d'écart par rapport à la valeur de référence non seulement à la hausse, mais aussi à la baisse.

Les diminutions systématiques des charges doivent donc être prises en compte par analogie avec les prestations supplémentaires qui ne sont pas prises en compte par la structure tarifaire selon l'al. 4, let. a (p. ex. service des urgences manquant / formation non-universitaire manquante ou relativement faible). Il s'agit notamment de s'assurer que seuls les fournisseurs de prestations qui présentent des coûts inférieurs à l'hôpital dit de référence en raison de leur fourniture de prestations efficiente pourront générer des excédents à la charge de l'AOS.

Les fournisseurs de prestations qui ne peuvent pas être pris en compte dans le calcul de la valeur de référence ne peuvent pas déduire de la violation de l'obligation de collaborer le droit de bénéficier de la valeur de référence en guise de tarif garanti, alors qu'ils n'ont pas contribué à son calcul. Ils ne peuvent pas non plus faire valoir la valeur de référence éventuellement divergente d'une autre association d'assureurs, même s'ils ont été impliqués dans son calcul. Il faut s'assurer que les fournisseurs de prestations faillibles ne puissent pas tirer avantage de leur manquement. Des déductions efficaces sur la valeur de référence permettent notamment de remédier à l'appel collectif à tous les hôpitaux efficaces de mettre leurs données de coûts et de prestations à disposition de manière insuffisante, trop tardive et/ou pas du tout, afin d'accroître la valeur de référence, notamment à leur avantage. La non-prise en compte des fournisseurs de prestations « plus chers » modifierait également la valeur de référence en défaveur de tous les fournisseurs de prestations.

Les déductions ne sont pas des déductions pour manque de transparence sur les données de coûts du fournisseur de prestations faillible selon l'ancienne jurisprudence. Il s'agit de déductions sur la valeur de référence au calcul de laquelle le fournisseur de prestations faillible n'a pas participé. Le *benchmarking* est entravé par ces fournisseurs de prestations à la charge de l'AOS et/ou des fournisseurs de prestations participants. La date de l'évaluation des déductions est réglée à l'art. 15, OCP. Les documents nécessaires doivent être mis à disposition jusqu'au 1^{er} mai, notamment pour les assureurs. La mise à disposition est tardive en cas de remise entre le 2 mai et la fin de la même année. Si les documents sont remis à une date encore ultérieure, ils sont réputés non mis à disposition. Des exceptions sont possibles, notamment pour les nouveaux fournisseurs de prestations. Sont réputées de qualité suffisante les données pouvant être prises en compte dans le *benchmarking*.

Art. 59c^{bis}, al. 8

La motion 12.3245 « Mettre en œuvre le financement des hôpitaux tel qu'il a été voulu par le législateur » de la conseillère nationale Ruth Humbel a chargé le Conseil fédéral de créer les bases juridiques nécessaires pour que les hôpitaux efficaces de bonne qualité puissent dans le cadre de l'AOS prévoir des bénéfices et les utiliser de manière ciblée⁴⁷. Dans son arrêt du 7 avril 2016, le Tribunal administratif fédéral a conclu que seuls des gains d'efficacité sont recevables, même après la révision du financement hospitalier⁴⁸.

⁴⁷ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20123245>

⁴⁸ ATAF 2014/3, consid. 2.9.4.4

L'art. 59c^{bis}, al. 8, prévoit à présent que le tarif convenu ou fixé puisse être inférieur et éventuellement aussi supérieur aux coûts calculés individuellement pour chaque fournisseur de prestations. Si les coûts effectifs d'un hôpital sont inférieurs aux coûts par cas ou aux coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité du fournisseur de prestations qui constitue la référence, la prise en compte des gains d'efficience est en principe possible dès la fixation du tarif. Dans de tels cas, plus aucun supplément additionnel spécifique au fournisseur de prestations n'est autorisé.

Art. 59c^{bis}, al. 9

La communication des résultats de la fixation des tarifs relève également des principes d'une tarification dans le cadre de l'assurance-maladie sociale. Afin de renforcer la transparence, il est indispensable que les tarifs également, ou dans le cas présent les prix de base, soient facilement et publiquement consultables par tous les acteurs, et surtout par les assurés et les patients, et conformes aux circonstances actuelles. Les assureurs sont invités à assurer conjointement cette transparence, notamment en tant que représentants des payeurs de primes.

Dispositions transitoires de la modification du ...

Le critère de l'efficience doit être défini de manière uniforme selon la méthode du percentile, en référence à l'art. 59c^{bis}, al. 1, let. b. Avec une possible phase de transition, la valeur de référence pertinente à partir de l'année tarifaire 2023 doit correspondre au maximum au 25^e percentile de tous les fournisseurs de prestations concernés. Cela permet notamment de prendre en compte les structures établies, les modifications éventuelles des structures et le temps requis à cet effet ainsi que la définition d'incitations pour une fourniture des prestations plus efficiente.

III. Entrée en vigueur

Les dispositions doivent entrer en vigueur le

Calcul des coûts et attestation

I. Partie générale : contexte

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (RO 2008 2049). Elle se concentre sur le passage au financement des prestations ainsi que sur l'introduction de forfaits par cas liés aux prestations qui se fondent sur des structures uniformes.

Le 22 octobre 2008, le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'exécution sous la forme des modifications de l'OAMal et de l'OCP.

Les présentes modifications de l'OCP constituent une concrétisation de l'exigence à l'égard du calcul des coûts et du classement des prestations dans le sens de l'OCP, dont l'autorisation découle notamment de l'art. 49, al. 7, LAMal en relation avec l'art. 96, LAMal.

Selon l'art. 49, al. 7, LAMal, les hôpitaux sont obligés de tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations selon une méthode uniforme. Les hôpitaux doivent présenter leurs comptes selon des règles uniformes, pour que les différents coûts justifiés se réfèrent à une base uniforme et autorisent les comparaisons. Les coûts justifiés par les hôpitaux selon une méthode uniforme constituent en outre une base des négociations tarifaires.

II. Modification de l'ordonnance

1. Attestation OCP

1.1 Règlementation en vigueur

Les modèles de présentation des comptes et de détermination des tarifs, tels que REKOLE et ITAR_K (modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation), présentent l'élaboration de la comptabilité analytique de façon beaucoup plus complète et détaillée que les dispositions dans le cadre de l'OCP. Leur applicabilité n'est en principe pas remise en question. Il n'empêche que seules les dispositions de l'OCP sont juridiquement contraignantes pour le calcul des coûts et le classement des prestations à l'hôpital, en maison de naissance et en établissement médico-social.

Déjà lors des travaux portant sur l'introduction de l'OCP, les cantons et les fournisseurs de prestations ont proposé de faire confirmer l'exactitude de la comptabilité analytique par une tierce partie, mais aussi de régler en détail et de délimiter la consultation des pièces, parce qu'ils estimaient que les règles relatives à la consultation des pièces allaient trop loin. À l'époque, cette proposition n'a pas été reprise dans l'OCP, car il devait être dans l'intérêt d'une conclusion réussie des négociations tarifaires que les fournisseurs de prestations justifient leurs coûts jusqu'à ce que les assureurs-maladie soient convaincus par les bases du tarif et qu'un contrat puisse être conclu. On craignait en outre que l'organe de révision proposé par les cantons restreindrait l'application de la disposition légale (art. 49, al. 6, aLAMal).

1.2. Modification prévue

Les dispositions de l'OCP sont juridiquement contraignantes pour le calcul des coûts et le classement des prestations à l'hôpital, en maison de naissance et en établissement médico-social. L'OCP doit par conséquent être complétée par la prescription d'une confirmation de l'organe de révision externe (attestation OCP) pour les hôpitaux et les maisons de naissance. Cette confirmation doit constater que le modèle de présentation des comptes choisi par l'hôpital ou la maison de naissance correspondant, respectivement la comptabilité analytique à fournir, ne s'écartent pas des dispositions de l'OCP. L'attestation OCP ne doit pas se substituer à la consultation des pièces selon l'art. 15, OCP, mais faire partie des exigences à l'égard de la comptabilité analytique au sens de l'art. 9, OCP. L'attestation OCP doit impérativement être fournie pour et à partir de l'année 2019 de la comptabilité analytique.

2. Coûts par cas et coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité dans un modèle de rémunération de type DRG

La base d'orientation générale pour la détermination subséquente individuelle du prix pour chaque hôpital doit être définie selon l'art. 49, al. 1, LAMal, au moyen d'une référence qui doit en principe être basée sur les coûts. La condition préalable pour la détermination d'une valeur de référence est un calcul uniforme des coûts par cas déterminants pour la référence, principalement dans le domaine SwissDRG des soins aigus. Ces coûts par cas ajustés selon le degré de gravité ou selon le *case mix index* (CMI) font notamment aussi partie intégrante de la publication des comparaisons entre hôpitaux selon l'art. 49, al. 8, LAMal. De façon générale, le Tribunal administratif fédéral a retenu que l'application des modèles de présentation des comptes et de détermination des tarifs REKOLE et ITAR_K de H+ Les Hôpitaux de Suisse ne doit en principe pas être remise en question, compte tenu de leur importance et de leur diffusion.⁴⁹ Les comptabilités analytiques par unité finale d'imputation des fournisseurs de prestations devraient justifier les coûts par cas nécessaires, ajustés selon le degré de gravité.

Pour les nouvelles structures tarifaires uniformes pour l'ensemble de la Suisse qui reposent sur des forfaits journaliers liés au degré de gravité comme dans le domaine de la psychiatrie hospitalière et vraisemblablement à l'avenir dans le domaine de la réadaptation hospitalière, le calcul doit également être uniforme et en principe similaire aux coûts par cas. Il en résulte des coûts journaliers corrigés selon le *Day Mix Index* (DIM) en guise d'indication du degré de gravité moyen des cas dans un hôpital. Un calcul uniforme des coûts par cas et des coûts journaliers ajustés selon degré de gravité devrait être examiné dans le cadre des négociations tarifaires ainsi que de l'approbation et de la fixation des tarifs. Les prescriptions relatives aux étapes de calcul sont en principe basées sur la procédure connue à ce jour dans les cantons au titre de leur compétence d'autorité d'approbation et de fixation et sur la procédure de surveillance des prix. L'art. 10a^{bis}, OCP retient désormais une procédure uniforme pour le calcul.

III. Partie spéciale : commentaire des dispositions

Art. 9, al. 5^{bis}, deuxième phrase

La confirmation de l'organe de révision externe désormais prévue (qualifiée d'attestation OCP) doit constater que le modèle de présentation des comptes choisi par l'hôpital correspondant, respectivement la comptabilité analytique à mettre à disposition, ne s'écartent pas des dispositions de l'OCP.

Art. 10a^{bis} Modalités de calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité dans un modèle de rémunération de type DRG

Les dispositions reprennent pour l'essentiel les étapes de calcul élaborées par les cantons et la surveillance des prix. Le calcul des coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité s'effectue en principe de manière similaire pour la rémunération au moyen de forfaits journaliers ajustés selon le degré de gravité.

L'al. 1 indique en sus que les suppléments éventuels pour les pertes sur débiteurs ne doivent pas être pris en compte (art. 64a, LAMal et art. 42, al. 2, LAMal).

La let. a comporte une énumération non exhaustive de prestations telles que les prestations d'intérêt général dont les coûts ne doivent pas être rémunérés par l'AOS même s'ils sont affectés aux unités finales d'imputation à prendre en compte pour le calcul du prix de base. Ainsi, les coûts pour le personnel de sécurité doivent par exemple être déduits lors du calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité. 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. Le traitement hospitalier dans un service fermé de psychiatrie en relation avec des patients disposés à la violence constitue par exemple une exception.

⁴⁹ C-1698/2013, consid. 3.4.3

Les coûts des relations publiques et du marketing que le fournisseur de prestations engage de son propre chef et qu'il doit supporter lui-même doivent également être déduits. En sont exceptées les publications des indicateurs de qualité (p. ex. OFSP, ANQ) ou des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité.

L'al. 2 précise en outre que les intérêts de l'actif circulant nécessaire à l'exploitation s'applique sur la base de la réglementation connue à ce jour. La formule de calcul est : coûts d'intérêts = rendement annuel moyen des obligations de la Confédération, durée 10 ans x 40/365. Le calcul doit toujours se baser sur le taux d'intérêt annuel le plus récent disponible selon les indications de la Banque nationale suisse (BNS).

IV. Entrée en vigueur

Les dispositions doivent entrer en vigueur le

Remboursement des coûts à l'hôpital par l'assurance-accidents

I. Contexte

La collaboration et les tarifs sont fixés sous la forme d'accords conventionnels entre les assureurs et les fournisseurs de prestations dans l'assurance-accidents obligatoire ; la primauté des contrats s'applique (art. 56, al. 1, LAA). Cela signifie que les assureurs-accidents déterminent, dans le cadre de la garantie d'une prise en charge suffisante, avec quels hôpitaux ils concluent une convention tarifaire et quels hôpitaux ils reconnaissent ainsi comme fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-accidents obligatoire. Le libre choix de l'hôpital par la personne assurée évoqué à l'art. 10, al. 2, LAA n'est pas illimité, mais se réfère au cercle des hôpitaux conventionnés des assureurs-accidents. L'art. 15, al. 1, OLAA dispose ainsi que la personne assurée a droit au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital avec lequel une convention réglant les tarifs a été conclue. L'assurance-accidents obligatoire se fonde en outre sur le principe de la prestation en nature. Celui-ci prévoit que l'assureur accorde à la personne assurée un traitement complet, économique, approprié et efficace. La prestation médicale est mandatée par l'assureur et représente une prestation en nature de sa part, ce qui lui permet d'influer sur le déroulement ainsi que sur l'évolution des traitements et des mesures médicales. D'un autre côté, l'assureur est le débiteur du fournisseur de prestations.

Des problèmes se posent actuellement dans la pratique, parce que les interprétations du tarif applicable par analogie à l'art. 15, al. 2, OLAA diffèrent. Ainsi, les cas où des traitements sont effectués dans un hôpital non conventionné sans garantie de prise en charge des coûts préalable de l'assureur-accidents se multiplient. L'hôpital traitant adresse ensuite une facture à l'assureur compétent et invoque la règle relative au tarif applicable par analogie et réclame la même rémunération que l'hôpital conventionné le plus proche. Or, ce n'est pas le principe de la prestation en nature qui s'applique lors de la réalisation d'un traitement dans un hôpital non conventionné sans garantie de prise en charge des coûts préalable, mais le principe de la prise en charge des coûts. L'hôpital n'a par conséquent pas de droit direct à la rémunération vis-à-vis de l'assureur, mais uniquement envers la personne assurée. Il ne peut en outre revendiquer sans autre le même tarif que l'hôpital conventionné le plus proche.

II. Modification de l'art. 15, al. 2, OLAA

Il n'existe pas de libre choix illimité de l'hôpital dans l'assurance-accidents obligatoire. Un tel choix aurait pour conséquence que les assureurs seraient tenus de rembourser le traitement dans tous les hôpitaux et pas seulement dans ceux avec lesquels ils ont conclu une convention réglant la collaboration et les tarifs, comme le prévoient la loi (art. 56, al. 1, LAA) et l'ordonnance (art. 68, al. 3, OLAA). Les principes de la primauté des contrats et de la prestation en nature, fondamentaux pour le droit de l'assurance-accidents, seraient totalement sapés, si l'institution non conventionnée n'était pas tenue de respecter des obligations contractuelles, mais pouvait néanmoins exiger une rémunération tarifaire à l'instar d'un hôpital conventionné en vertu du tarif applicable par analogie. L'intérêt des hôpitaux de respecter des conventions avec la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) serait faible, car les patients au bénéfice d'une assurance-accidents pourraient être traités dans tous les cas. Les assureurs perdraient alors l'influence dans le cadre du principe de la prestation en nature au profit des fournisseurs de prestations ; de plus, ils ne seraient plus en mesure de lier leur obligation de paiement selon le tarif au respect des exigences d'adéquation (art. 48, LAA) et d'économicité (art. 54, LAA) des prestations et à la garantie de la qualité.

L'art. 15, al. 2, OLAA doit être amendé en conséquence afin de préciser que les patients au bénéfice d'une assurance-accidents doivent en principe se faire soigner dans un hôpital conventionné et qu'il n'est possible de déroger à ce principe que pour des raisons médicales. La notion de raisons médicales est définie dans le nouvel art. 15, al. 2^{bis}, OLAA. Une exception au traitement dans un hôpital conventionné n'est donc expressément autorisée que dans une situation d'urgence médicale et en l'absence d'une offre de soins médicaux.

III. Entrée en vigueur

Les dispositions doivent entrer en vigueur le ...