

04.061

**Message
concernant la révision partielle de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie (financement hospitalier)**

du 15 septembre 2004

Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent message, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous proposant de l'approuver.

Par la même occasion, nous vous proposons de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2002 | P | 01.3049 | Médecine de pointe. Réduire les surcapacités par l'octroi de licences (N 30.9.02, Zäch) |
| 2001 | P | 01.3604 | Financement hospitalier à caractère moniste. Rapport (N 14.12.01, Zäch) |
| 2002 | M | 02.3170 | Définir une planification pour la médecine de pointe (E 19.9.02; N 1.3.04, Frick) |
| 2002 | P | 02.3674 | Rapport sur une gestion «moniste» par la Confédération (N 21.3.03, Zisyadis) |
| 2002 | P | 02.3750 | Modélisation de la planification hospitalière (N 21.3.03, Rossini) |
| 2003 | P | 03.3042 | Création de régions destinées à couvrir les besoins en soins hospitaliers. Examen effectué par le Conseil fédéral (N 20.6.03, Wirz von Planta) |

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

15 septembre 2004 Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Joseph Deiss
La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

Condensé

Par le message du 18 septembre 2000 (FF 2001 693 ss), le Conseil fédéral a soumis une proposition de révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier. Après trois ans de discussions au Parlement, le projet a été rejeté par le Conseil national le 17 décembre 2003. Les modifications visant à une nouvelle réglementation du financement hospitalier n'ayant pratiquement pas été contestées, le Conseil fédéral reprend ce projet en l'adaptant, selon les nécessités, à l'évolution de la situation. Il a renoncé par exemple à la notion de traitement semi-hospitalier et a tenu compte des résultats du rapport d'expert sur des modèles de financement moniste. Les grandes orientations restent toutefois inchangées: la révision de la loi vise à éliminer les imprécisions qui perturbent le fonctionnement du système et à appliquer de manière cohérente les principes inscrits dans la loi. La répartition du financement entre les assureurs et les cantons sera fixée dans la loi afin que la responsabilité des partenaires financiers soit fixée sans ambiguïté. Le financement sera lié aux prestations dans une optique d'accroissement de la transparence et d'incitation à une plus grande efficacité. La planification devra en outre tenir compte de toutes les prestations soumises à cette loi et garantir à toutes les personnes assurées, qu'elles aient ou non contracté une assurance complémentaire, la couverture des besoins en soins.

Les conditions pour l'estimation des conséquences financières des modifications législatives ont changé, et ce notamment pour les cantons. La cause en est une décision du Tribunal fédéral des assurances dans laquelle celui-ci confirme l'obligation des cantons de participer aux coûts du traitement des assurés complémentaires dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics également à l'intérieur du canton. Parce que la mise en œuvre complète et immédiate de cette décision aurait occasionné aux cantons des charges financières considérables, le Parlement a édicté la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui prévoit l'augmentation par étapes des participations cantonales. La charge financière supplémentaire pour les cantons résultant du passage à un système de financement des prestations dual-fixe, telle qu'elle avait été estimée à l'époque, est aujourd'hui en partie déjà supportée par ces derniers. Bien que les modifications de loi proposées par le Conseil fédéral en matière de financement hospitalier et de planification hospitalière dans les deux projets se distinguent seulement par quelques détails, les conséquences financières attendues du présent projet ne peuvent pas être comparés avec celles qui ont été prédites en l'an 2000. Afin que lesdites conséquences soient également supportables pour les cantons et l'assurance obligatoire des soins, il y a lieu à nouveau de prévoir une réglementation appropriée du passage par étapes à un nouveau système de financement. Une proposition y relative se trouve dans les dispositions transitoires.

Table des matières

Condensé	5208
1 Partie générale	5211
1.1 Historique	5211
1.1.1 Principe	5211
1.1.2 Problèmes généraux d'application	5212
1.2 Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton	5213
1.3 Demandes de révision	5214
1.3.1 Deuxième révision de la LAMal	5214
1.3.2 Interventions parlementaires	5214
1.4 Projet «Bases de la 3 ^e révision partielle de la LAMal»	5218
1.5 Objectifs politiques	5220
1.6 Effets sur le plan de la politique sociale	5220
1.7 Procédure de consultation sur le projet du Conseil fédéral d'une révision partielle de la LAMal	5221
2 Grandes lignes du projet	5222
2.1 Prestations	5222
2.2 Planification hospitalière	5223
2.3 Tarifs	5225
2.4 Base légale pour le droit de recours du canton de résidence	5226
2.5 Données de base	5226
2.6 Passage aux nouvelles règles de financement	5227
3 Partie spéciale: commentaire des différentes dispositions	5228
4 Concomitance de la proposition avec d'autres modifications de loi en discussion	5239
5 Conséquences	5240
5.1 Conséquences financières	5240
5.1.1 Conséquences financières pour la Confédération	5240
5.1.2 Conséquences financières pour les cantons et les communes	5240
5.2 Conséquences financières pour l'assurance-maladie	5242
5.3 Conséquences économiques	5243
6 Lien avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons	5244
7 Programme de la législation	5245
8 Relation avec le droit européen	5245
8.1 Le droit de la Communauté européenne	5245
8.2 Les instruments du Conseil de l'Europe	5245
8.3 Compatibilité du projet avec le droit européen	5246

9 Bases juridiques	5247
9.1 Constitutionnalité	5247
9.2 Délégation de compétences législatives	5247
<i>Annexe</i>	
Répartition des charges de l'hospitalisation entre l'assurance obligatoire des soins (LAMal) et les cantons	5248
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Financement hospitalier) (Projet)	5251

Message

1 **Partie générale**

En vertu de la répartition des compétences fixée à l'art. 3 de la Constitution (Cst.; RS 101), l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons. Pour sa part, la Confédération veille à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accidents (art. 117, Cst.; voir à ce propos JAAC 48, 1984, p. 492 ss). Les réglementations fédérales et cantonales s'appliquant d'une manière générale au domaine de la santé, et à l'assurance-maladie en particulier, doivent être harmonisées. La législation en vigueur fixe notamment qu'en cas de traitement hospitalier dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'assurance obligatoire des soins prend en charge au maximum 50 % des coûts d'exploitation imputables. Elle fixe ainsi implicitement que les coûts d'exploitation restants sont à la charge des pouvoirs publics (art. 49, al. 1, LAMal). De plus, il appartient aux cantons de planifier la couverture des besoins en soins hospitaliers et d'établir une liste des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 39, al. 1, LAMal).

1.1 **Historique**

1.1.1 **Principe**

Le Conseil fédéral s'est déjà exprimé sur les principes de base et les motifs favorables à une révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie dans le domaine du financement hospitalier dans son message du 21 septembre 1998 (FF 1999 727), qui a porté sur la fixation des subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et une première révision partielle de la LAMal. Huit ans après l'introduction de la loi, l'amélioration du fonctionnement des mécanismes visée par cette révision est en grande partie atteinte. Les incitations doivent donc être plus spécifiquement axées sur la maîtrise des coûts, et ce parce que l'analyse des effets de la LAMal a montré que les objectifs du législateur en ce qui concerne les prestations (catalogue complet des prestations) et le système (assurance obligatoire avec une pluralité d'assureurs et une prime unique) ont été atteints, mais pas ceux concernant ses instruments de maîtrise des coûts (Office fédéral des assurances sociales: Analyse des effets de la LAMal, Rapport de synthèse; Berne 2001). Un accroissement des incitations visant à maîtriser les coûts dans le domaine du financement hospitalier entraîne néanmoins un abandon du principe de la couverture des coûts contenu dans la loi en vigueur et fait que la possibilité d'un transfert des coûts au partenaire financier est supprimée.

Selon la législation actuelle, les coûts d'exploitation imputables servent de base pour calculer la part maximale couverte par l'assurance obligatoire des soins. Cependant, la plupart du temps, les documents soumis par les hôpitaux dans le cadre des négociations tarifaires ne présentent pas les coûts des prestations au sens de la LAMal de manière suffisamment transparente; aussi est-il souvent difficile de calculer avec précision les coûts d'exploitation imputables. Comme la part des coûts d'exploitation imputables qui doit être couverte par l'assurance obligatoire des soins n'est pas fixée et qu'il existe fréquemment une zone grise concernant leur détermination, le système actuel fait que chacun des partenaires financiers est focalisé sur son propre

avantage au lieu de se focaliser sur une optimisation du rapport coûts-prestations, ce qui aurait un effet modérateur sur les coûts.

Le fait que les incitations économiques visent toujours plus précisément à maîtriser les coûts implique en outre que toujours plus de critères de gestion d'entreprise soient appliqués dans les hôpitaux. Cela signifie d'un côté davantage de responsabilités pour les décideurs, et de l'autre un risque accru. Conformément aux préceptes d'une saine gestion, les structures qui ne sont pas adaptées aux objectifs doivent être démantelées. Ainsi, le financement différencié des coûts d'investissement (financés par les cantons) et des coûts d'exploitation (financement dual) n'est pas optimal: les investissements ne se faisant jamais de manière indépendante de l'exploitation, ils influent toujours aussi sur les coûts d'exploitation (offre de prestations, amortissements). De plus, avec l'apparition de nouvelles formes de financement, notamment le leasing, la frontière entre les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation est devenue floue. Une optique globale se justifie donc: les règles de financement doivent être les mêmes pour les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation. Il faut également exiger l'introduction d'instruments de gestion permettant aux responsables des hôpitaux d'utiliser autant que possible des critères de gestion d'entreprise.

1.1.2 Problèmes généraux d'application

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, plusieurs cantons ont contesté leur obligation de contribuer au traitement hospitalier dispensé à des personnes bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a conclu en décembre 1997, dans deux arrêts de principe, que l'obligation de contribution du canton en cas de séjour hospitalier hors du canton de résidence existait, indépendamment du type de division, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il a en même temps décidé que le canton n'a pas l'obligation de contribuer en cas de séjour dans des hôpitaux non subventionnés. Le TFA ne s'est pas prononcé sur l'obligation pour le canton de contribuer aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton à des personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée (ATF 123 V 290 ss, 310 ss).

S'agissant du règlement du financement des traitements hospitaliers hors du canton de personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée, les cantons et santésuisse, l'association faitière des assureurs, ont ratifié un accord auquel une large majorité des assureurs a adhéré. C'est surtout le fait que cet accord soit limité dans le temps et que la question de l'obligation de contribution des cantons en cas de traitement hospitalier, dans le canton de résidence, de personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée ne soit pas réglée de manière explicite, qui a incité le Conseil fédéral à soumettre sa proposition de révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

1.2

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton

Environ un an après que le Parlement a commencé à discuter du projet de loi, le TFA a décidé que les cantons avaient également l'obligation de contribuer au traitement des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation lorsqu'ils sont traités dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis sur le territoire du canton de résidence (ATF 127 V 422 ss). Cette obligation constitue la concrétisation du principe de la LAMal selon lequel toutes les personnes soumises à l'assurance-maladie obligatoire ont droit au remboursement des coûts des prestations assurées selon la LAMal. Dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'assurance complémentaire couvre les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, et plus particulièrement le confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou à deux lits et la possibilité de choisir librement son médecin.

L'application immédiate et intégrale de ce deuxième arrêt du TFA aurait entraîné, pour les cantons, des charges supplémentaires de l'ordre de 700 millions de francs; la plupart d'entre eux n'avaient pas budgété ces dépenses. Afin de leur rendre la situation plus supportable, le Parlement a décidé d'échelonner l'augmentation des participations cantonales par le biais d'une loi fédérale urgente et, de ce fait, limitée dans le temps. La loi fédérale du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.14) fixe donc que les cantons prennent à leur charge, en 2002, 60 % du tarif de la division commune, en 2003, 80 % et, en 2004, 100 %. Le référendum déposé contre cette loi par l'assureur Assura a été rejeté par le peuple lors de la votation populaire du 9 février 2003 (FF 2003 2784).

L'intention du Parlement, en adoptant la loi fédérale, était de garantir la transition jusqu'à l'application complète de la réglementation légale en vigueur dans la LAMal et de créer une situation claire jusqu'à l'entrée en vigueur de la 2^e révision de la LAMal, qui était censée résoudre ce problème de manière durable. Le projet relatif à la 2^e révision de la LAMal ayant été rejeté, la transition ne peut pas se faire de la manière prévue ni selon le calendrier initial. Dans l'intervalle, les cantons contribuent à hauteur du tarif remboursé par l'assurance obligatoire des soins, qui correspond au maximum à 50 % des frais d'exploitation imputables pour un séjour en division commune. Si cette réglementation venait à échéance début 2005 et que les cantons devaient prendre à leur charge la totalité des coûts d'exploitation imputables non couverts par l'assurance obligatoire des soins du séjour, en division privée ou demi-privée d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics, d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire, de longues négociations seraient nécessaires pour parvenir à un accord. Le Conseil fédéral a donc proposé, dans le cadre des premières propositions mises en consultation après le rejet de la 2^e révision de la LAMal, de prolonger la validité de la loi fédérale sur les participations cantonales jusqu'à l'entrée en vigueur de la modification de loi relative au financement hospitalier.

1.3 Demandes de révision

1.3.1 Deuxième révision de la LAMal

S'agissant du nouveau règlement du financement hospitalier, le Parlement a, dans une large mesure, suivi les propositions du Conseil fédéral énoncées dans le message mentionné dans l'introduction du présent rapport, notamment:

- le passage à un financement des prestations, qui doit être pris en charge pour moitié par l'assurance obligatoire des soins et pour moitié par les cantons;
- l'inclusion des coûts d'investissement dans le calcul des forfaits liés aux prestations;
- l'extension de l'obligation des cantons en ce qui concerne la planification de la couverture des besoins en soins hospitaliers de tous les assurés, indépendamment de leur couverture d'assurance.

Le Parlement s'est distancé de la proposition du Conseil fédéral en supprimant partout la notion de traitement semi-hospitalier, qui impliquait la nécessité de définir la limite entre un traitement ambulatoire et un traitement hospitalier.

Le passage à un système de financement moniste a été largement débattu. Le Parlement a finalement renoncé à changer de système, mais a néanmoins fixé, dans les dispositions transitoires du projet de révision, que le Conseil fédéral devait soumettre, dans un délai de cinq ans après l'entrée en vigueur de la modification de la loi, une proposition de révision prévoyant un passage à un système moniste afin que les fournisseurs de prestations n'aient plus en face d'eux qu'un seul agent payeur. Toutefois, comme déjà dit, le Conseil national a rejeté la 2^e révision de la LAMal au cours de la session d'hiver 2003.

1.3.2 Interventions parlementaires

Motion Zäch «Médecine de pointe. Réduire les surcapacités par l'octroi de licences»

La motion déposée le 7 mars 2001 (01.3049) demande au Conseil fédéral de proposer les modifications de loi nécessaires pour la délivrance de licences aux hôpitaux, dans le but de créer des centres de compétence dans le domaine de la médecine de pointe avec des résultats optimaux et une gestion efficiente des coûts. Dans sa prise de position du 30 mai 2001, le Conseil fédéral indique que l'offre de soins et, partant, aussi le secteur hospitalier sont, selon la répartition des compétences fixée dans la Constitution fédérale, une tâche publique des cantons. La Confédération n'a pas la possibilité d'édicter des règles dans ce domaine sans une délégation explicite de compétences. La planification hospitalière, qui est établie à l'échelon cantonal, représente l'instrument prévu par la LAMal pour réduire les surcapacités. Partant de la compétence des cantons, le Conseil fédéral a proposé, dans le cadre du projet de réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, de fixer, au niveau suisse, des règles concernant la planification et l'attribution des capacités dans le domaine de la médecine de pointe et des soins hautement spécialisés. La mise en œuvre de ce principe doit relever de conventions intercantionales. Le Conseil fédéral constate qu'aujourd'hui déjà, on dispose

d'instruments pour réduire les surcapacités, également dans le domaine de la médecine de pointe. Il semble problématique d'introduire un instrument de plus qui, par ailleurs, ne s'inscrit pas dans le concept actuel. Le Conseil fédéral ne considère pas adéquat d'examiner isolément la question de l'attribution de licences. Toutefois, il est prêt – dans le contexte global de l'orientation future de la politique de la santé dans le domaine de la médecine de pointe – à intégrer les préoccupations de l'auteur de la motion dans le processus de prise de décision et a proposé de transformer la motion en postulat. La motion a été transmise par le Conseil national le 30 septembre 2002 sous forme de postulat. Dans le cadre du présent projet, le Conseil fédéral propose d'obliger les cantons à établir une planification commune de la médecine de pointe, tout en laissant ces derniers libres de décider de la manière dont ils entendent remplir cette tâche.

Postulat Zäch «Financement hospitalier à caractère moniste. Rapport»

Le postulat déposé le 5 octobre 2001 (01.3604) demande au Conseil fédéral de préparer et de publier un rapport sur un financement moniste des hôpitaux en Suisse. Le 14 novembre 2001, le Conseil fédéral s'est dit prêt à accepter le postulat. Le Conseil national a adopté le postulat le 14 décembre 2001. Lors de la séance spéciale du 22 mai 2002 consacrée à l'assurance-maladie sociale, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) s'est vu confier le mandat, entre autres «d'élaborer des modèles réalisables pour le (...) financement moniste des hôpitaux, les soins de base devant rester garantis» (voir ch. 1.4). Les experts chargés de la réalisation du rapport ont achevé leurs travaux en 2003. Comme il est apparu, au cours des discussions sur la 2^e révision de la LAMal, que la question de l'éventuel passage à un système de financement moniste ne serait débattue que dans le cadre d'une troisième révision de la loi et que la 2^e révision de la LAMal a ensuite été rejetée, le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport en question le 26 mai 2004 lors de l'adoption des messages relatifs au premier paquet législatif LAMal. Le rapport ayant été publié dans l'intervalle, le Conseil fédéral considère que l'objectif du postulat est rempli.

Motion Frick «Définir une planification pour la médecine de pointe»

Selon la motion du 22 mars 2003 (02.3170), le Conseil fédéral est chargé de proposer une modification de la LAMal qui oblige les cantons à élaborer, d'ici à la fin de l'année 2007, une définition et une planification communes de la médecine de pointe et de les mettre en pratique dans un délai de cinq ans. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt le 29 mai 2002 à accepter la motion sous forme de postulat. Le Conseil des Etats et le Conseil national ont adopté la motion. Dans le cadre du présent projet, le Conseil fédéral propose en conséquence d'obliger les cantons à élaborer une planification commune de la médecine de pointe.

Postulat de la Commission de gestion du Conseil des Etats «Renforcer la planification hospitalière intercantonale»

Au vu de l'évolution des coûts de la santé, la Commission de gestion du Conseil des Etats a décidé, dans le cadre de son programme annuel 2000, d'étudier l'influence exercée par la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie. Suite à ses travaux, la Commission a déposé un postulat le 5 avril 2002 (02.3175) priant le Conseil fédéral d'examiner la manière dont les incitations à une planification intercantonale accrue peuvent être créées et d'en rendre compte dans un rapport. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt le 29 mai 2002 à accepter le postulat. Le Conseil des Etats l'a adopté le 18 juin 2002.

Postulat de la Commission de gestion du Conseil des Etats «Préparer le passage à la planification des prestations»

Dans le contexte précité, la Commission de gestion du Conseil des Etats a déposé un postulat le 5 avril 2002 (02.3176) par lequel elle charge le Conseil fédéral d'étudier l'introduction de la planification des prestations et de prier, à cet effet, l'Office fédéral des assurances sociales d'élaborer suffisamment tôt et en collaboration avec les cantons un concept en la matière. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt le 29 mai 2002 à accepter ce postulat. Le Conseil des Etats l'a adopté le 18 juin 2002. Les cantons partent de l'idée que le changement de régime, à savoir le passage du financement de l'établissement au financement des prestations, aura lieu indépendamment d'une révision de la LAMal. C'est pourquoi, le comité «Planification hospitalière liée aux prestations», qui se réunit quatre fois par année, a débuté ses activités en février 2004, sous la direction du secrétariat central de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Il se compose de 12 membres au maximum en provenance des cantons ainsi que de représentants et représentantes des offices fédéraux de la santé publique et de la statistique. Le comité poursuit les tâches suivantes: promouvoir le savoir-faire, recenser et traiter les expériences faites à l'étranger, élaborer des recommandations, assurer la coordination entre les cantons et les offices fédéraux impliqués.

Motion Leuthard «Système de santé. Subdivision de la Suisse en régions»

Dans sa motion du 2 octobre 2002 (02.3545), la motionnaire charge le Conseil fédéral de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie de manière à obliger les cantons à créer, d'ici à la fin de l'année 2005, sur le modèle de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), quatre à six régions responsables de la fourniture des soins. Chaque région devra garantir la sécurité de la fourniture des soins sur son territoire et établir les planifications nécessaires, de manière à ce que les régions responsables de la fourniture des soins créent des mécanismes permettant la prise de décisions cantonales en commun pour ce qui est de la planification des besoins. Si les cantons ne s'acquittent pas de ces devoirs dans le délai imparti, la Confédération devrait prendre les mesures nécessaires pour les y obliger. Dans sa prise de position du 18 décembre 2002, le Conseil fédéral constate que même s'il partage pour l'essentiel les réflexions de la motionnaire, il ne peut toutefois pas accepter cette motion étant donné la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons. Dans les limites de ses compétences, le législateur fédéral a toutefois prévu à l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal, que les hôpitaux sont admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins s'ils correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers. Il y a lieu d'ajouter que, selon l'art. 48 de la Constitution fédérale, les cantons peuvent conclure des conventions entre eux et créer des organisations et des institutions communes et qu'ils peuvent notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional. Au regard des dispositions qui précèdent, la décision de convenir d'élaborer, avec un ou plusieurs autres cantons, une planification hospitalière commune, notamment au niveau régional, appartient aux seuls cantons. La Confédération n'a pas la compétence d'intervenir en la matière par des moyens contraignants. Le Conseil fédéral ne peut que répéter, comme il l'a fait dès l'introduction de la LAMal, qu'il souhaite l'établissement de planifications hospitalières intercantionales de manière à coordonner et à optimiser la fourniture de prestations pour en réduire les coûts de production. Comme le Conseil fédéral avait déjà accepté le postulat correspondant de la CdG-CE, il a proposé de

transformer la motion en postulat et s'est déclaré prêt à accepter ce dernier. L'intervention n'a pas encore été traitée au plénum.

Postulat Zysiadis «Rapport sur une gestion «moniste» par la Confédération»

Le postulat déposé le 3 décembre 2002 (02.3674) invite le Conseil fédéral à établir un rapport sur une gestion «moniste» par la Confédération du financement des hôpitaux, avec les conséquences pour les assurés et les cantons. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt le 15 janvier 2003 à accepter le postulat. Le Conseil national l'a adopté le 21 mars 2003. Dans le rapport d'expert sur les différents modèles possibles de financement moniste (voir à ce sujet ch. 1.4), la possibilité d'un financement avec l'Etat comme moniste a certes été évoquée. En raison de la volonté manifestée par le Parlement dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal, le rapport a mis l'accent sur l'introduction d'un système de financement moniste avec les assureurs-maladie et les organisations de managed care comme monistes et part ainsi d'un contexte orienté vers la concurrence. Tant que l'on s'en tiendra aux valeurs de référence de l'actuelle LAMal, en particulier à la concurrence entre les caisses, l'expert estime peu pertinent de confier le rôle du moniste aux cantons ou à la Confédération. A son avis, le transfert de l'ensemble de la responsabilité du financement à l'Etat (cantons, Confédération) supposerait au contraire une réorientation fondamentale de la LAMal vers un modèle de budget global. Le rapport ayant été publié dans l'intervalle, le Conseil fédéral considère que l'objectif du postulat est rempli.

Postulat Rossini «Modélisation de la planification hospitalière»

En faisant valoir que la planification hospitalière, au-delà des décisions prises dans le cadre de la révision de la LAMal, devra faire de plus en plus l'objet de collaborations, voire de concertations approfondies, entre la Confédération et les cantons ou les groupements de cantons et que les cantons ne collaborent aujourd'hui que peu souvent à l'élaboration de leur planification hospitalière, le postulat déposé le 13 décembre 2002 (02.3750) demande au Conseil fédéral de mettre en œuvre l'élaboration de critères définissant la taille optimale des établissements hospitaliers de soins aigus et, à partir de cette démarche, de procéder à des modélisations approfondies, fondées notamment sur les données Geostat (Office fédéral de la statistique), pour entreprendre une véritable planification hospitalière concertée entre la Confédération et les cantons. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt le 12 février 2003 à accepter le postulat. Le Conseil national l'a accepté le 21 mars 2003. Afin de parvenir à une certaine uniformité dans la planification hospitalière, le présent projet propose d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de formuler des principes et de les compléter avec les modifications issues de la révision du financement des hôpitaux.

Postulat Wirz-von Planta «Création de régions destinées à couvrir les besoins en soins hospitaliers»

Le postulat (03.3042) invite le Conseil fédéral, dans le secteur de la planification des besoins en soins hospitaliers visée à l'art. 39 LAMal, à examiner la création de régions de couverture de ces besoins. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt, conformément aux explications fournies dans sa réponse du 18 décembre 2002 concernant la motion Leuthard (02.3545), à accepter le postulat. Le Conseil national a adopté le postulat le 26 juin 2003.

1.4

Projet «Bases de la 3^e révision partielle de la LAMal»

Lors de sa séance spéciale du 22 mai 2002 consacrée à l'assurance-maladie sociale, le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion que la LAMal avait donné de bons résultats en ce qui concerne le renforcement de la solidarité et l'accès à un large catalogue de prestations, mais que les éléments de maîtrise des coûts devaient être renforcés et qu'une réforme par étapes de l'assurance-maladie devait être entreprise. Dans ce contexte, mandat a été donné au Département fédéral de l'intérieur (DFI), entre autres «d'élaborer des modèles réalisables pour le (...) financement moniste des hôpitaux, les soins de base devant rester garantis». Le 21 août 2002, le Conseil fédéral a approuvé la structure d'un projet qui devait préparer les bases de la 3^e révision partielle de la LAMal dans le cadre de quatre sous-projets. Le professeur Dr. Robert E. Leu a été chargé de la direction des travaux et de l'élaboration d'un rapport. Les travaux ont été suivis par un groupe de travail au sein duquel étaient représentés les fournisseurs de prestations, les assureurs, les cantons et les services concernés de la Confédération.

De l'avis de cet expert, les principaux avantages du modèle basé sur la concurrence par rapport à l'introduction d'un système dual fixe peuvent se résumer de la manière suivante:

- La suppression de l'obligation de contracter entraînerait, pour la première fois dans le domaine hospitalier, l'apparition de marchés au sens économique, dans lesquels les fournisseurs de prestations d'un côté et les acheteurs de prestations de l'autre (les assureurs-maladie et les organisations de managed care (MCOs), c'est-à-dire les monistes) pourraient agir comme des entités autonomes. Toutes deux pourraient décider librement des conditions auxquelles elles souhaiteraient collaborer et avec quels acteurs du marché elles voudraient traiter.
- A condition que l'on accorde aux hôpitaux publics la marge de manœuvre nécessaire en termes de gestion, le financement moniste permettrait à tous les acteurs, des deux côtés du marché, d'avoir à la fois la compétence décisionnelle et la responsabilité financière. Une plus grande liberté dans la gestion ainsi que le passage au financement lié aux prestations auraient aussi pour conséquence une plus grande efficacité dans la gestion des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.
- La liberté de contracter, associée à une compensation des risques mieux différenciée, permettrait aux assureurs-maladie et aux organisations de managed care d'entrer réellement en concurrence au niveau des prestations elles-mêmes au lieu de se battre pour attirer les bons risques, ce qui se traduirait, au niveau de chaque assureur-maladie ou organisation de managed care, par une plus grande efficacité.
- La concurrence entre assureurs et entre organisations de managed care constituerait quant à elle le moyen approprié pour inciter les fournisseurs de prestations à adopter un comportement économique.
- La liberté de choix parmi les assureurs et les organisations de managed care garantirait finalement que les produits d'assurance et, en fin de compte, également l'approvisionnement en soins correspondent aux préférences des

consommateurs. La charge financière du système de santé étant en fin de compte supportée par les ménages privés (primes, paiements directs et impôts), la devise «Qui paie, commande» s'imposerait plus largement.

- La réintroduction de la liberté de contracter augmenterait encore la concentration des deux côtés du marché (et diminuerait le nombre d'offeurs indépendants), ce qui ne pose pas de problème majeur tant que chaque partie occupe sur le marché une position (concentration) comparable, parce qu'elles n'ont alors guère la possibilité de tirer indûment profit du système. Dans ces conditions, le résultat du marché pourrait être très satisfaisant.
- La création des conditions nécessaires à l'application de la loi sur les cartels au système de santé limiterait plus encore les possibilités d'abus de pouvoir. De plus, les négociations collectives de contrats ne seraient plus possibles. Enfin, les tarifs d'association devraient être remplacés par des contrats individuels ou de groupe.
- Avec la liberté en matière de contrats, les assureurs et les organisations de managed care pourraient négocier, avec les fournisseurs de prestations, d'autres systèmes de remboursement. On verrait ainsi apparaître des formes de rémunération nouvelles, également innovantes, susceptibles de modifier durablement les incitations pour les fournisseurs de prestations. Il est fort probable en particulier que le remboursement à la prestation, seul responsable du phénomène de demande induite par l'offre, disparaîtrait rapidement.
- Contrairement à ce que l'on connaît aujourd'hui, les rémunérations négociées entre les parties à une convention couvriraient (à moyen terme) toujours les coûts. A long terme, les prestations non rentables ne pourraient pas subsister parce qu'elles mettraient en danger l'existence des fournisseurs de prestations. Sous la pression de la concurrence, les marges bénéficiaires plus ou moins élevées sur les prestations auraient tendance à s'égaliser, supprimant ainsi la raison de la spécialisation sur des prestations particulièrement rentables.
- Par rapport à la situation consécutive au passage à un financement dual fixe, le financement lié aux prestations, associé à la suppression de l'obligation de contracter, devrait faire évoluer plus rapidement le niveau et la structure des capacités hospitalières et les rapprocher plus fortement des réalités économiques. En même temps, le processus attendu de concentration (par discipline) devrait en particulier augmenter durablement la qualité de nombreuses prestations médicales.
- Dans l'ensemble, on peut s'attendre à ce que, dans le cadre d'un modèle de «concurrence régulée», l'allocation des ressources dans le domaine hospitalier devienne plus efficace avec le temps.
- Bien que les cantons voient leur rôle fortement redimensionné, ils conserveraient toute une série de fonctions importantes, notamment celles de garantir des soins d'une qualité suffisante sur l'ensemble de leur territoire, de financer des prestations d'intérêt public (formation et recherche, services d'urgence, etc.), d'exercer la surveillance, d'accorder les autorisations et d'être actionnaires des hôpitaux publics.

1.5 Objectifs politiques

Cette mise au point de la législation vise à:

- tenir compte de la nécessité d’une action conjointe entre l’assurance-maladie sociale et les cantons et à fixer la responsabilité financière commune des cantons et de l’assurance obligatoire des soins sous la forme d’un financement des prestations à parts égales;
- définir le domaine de prestations de l’assurance obligatoire des soins indépendamment du lieu du séjour à l’hôpital et à le délimiter ainsi des prestations qui doivent être couvertes par une assurance complémentaire;
- redéfinir les interactions entre la planification étatique et les éléments liés à la concurrence de manière à ce que la planification hospitalière assure, d’une part, la couverture des besoins en soins de tous les assurés soumis à l’assurance obligatoire et qu’elle constitue, d’autre part, un cadre pour optimiser l’utilisation des ressources.

Bien que le Conseil fédéral n’ait pas pour objectif de passer immédiatement à un système de financement moniste dans lequel les fournisseurs de prestations sont face à un seul financeur, il a demandé l’élaboration du rapport d’expert mentionné plus haut sur des modèles de financement moniste (voir ch. 1.4) dans l’optique d’une révision future de la loi ainsi que pour satisfaire au postulat de l’ancien conseiller national Zäch du 5 octobre 2001 (01.3604). Les travaux de l’expert, qui ont été suivis par les acteurs du domaine de la santé intéressés par le financement hospitalier, ont montré que le consensus politique nécessaire pour passer à un système moniste n’existe pas encore, ni en ce qui concerne un système où les assureurs sont les monistes, ni pour un système dans lequel l’Etat (les cantons ou, au sens du postulat déposé le 3 décembre 2002 par le conseiller national Zysiadis (02.3674), la Confédération) assume le rôle du moniste. Se fondant sur la position défendue par les acteurs du système de santé dans le cadre du groupe de travail, le Conseil fédéral estime qu’un système de financement moniste n’est pas réalisable à court terme. Les mesures prévues dans le présent projet de révision ont néanmoins été conçues de manière à ne pas constituer un obstacle technique au cas où l’on déciderait par la suite d’introduire un tel système. Selon les dispositions transitoires (al. 5), le Conseil fédéral reçoit le mandat de présenter une proposition correspondante dans un délai de trois ans.

1.6 Effets sur le plan de la politique sociale

Avec l’obligation de s’assurer, la loi sur l’assurance-maladie entrée en vigueur en 1996 garantit à l’ensemble de la population résidente l’accès à un vaste éventail de prestations et la prise en charge des coûts de celles-ci. L’obligation qu’ont les cantons d’établir une planification hospitalière, introduite en même temps par la LAMal, garantit l’existence des structures de soins nécessaires. Le financement des prestations dispensées en milieu hospitalier doit s’effectuer, tout comme pour les autres prestations au sens de la LAMal, par le biais des primes par tête individuelles et de la participation des patients aux frais, mais également par des ressources des pouvoirs publics. Un financement partiel des soins hospitaliers par les recettes fiscales vise à garantir une composante sociale dans la mesure où les coûts sont en

partie couverts par des impôts dont le taux est progressif en fonction du revenu. Un principe essentiel de l'assurance-maladie sociale est ainsi maintenu.

1.7 Procédure de consultation sur le projet du Conseil fédéral d'une révision partielle de la LAMal

La proposition du Conseil fédéral de révision partielle de la LAMal en matière de financement hospitalier a été mise en procédure de consultation à la mi-mai 2004. Elle prévoit en substance l'abandon du financement des établissements et le passage à un financement des prestations fournies par l'hôpital, la rémunération de ces prestations à parts égales par l'assureur et le canton de résidence de l'assuré, la planification cantonale ou bien intercantonale de la couverture des besoins en soins hospitaliers de tous les assurés, la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée ainsi que l'amélioration des données de base et des statistiques.

Aucune des modifications de loi proposées par le Conseil fédéral n'a fait l'objet d'une opposition de principe ou d'une approbation unanime des participants à la procédure de consultation. C'est la proposition relative au passage à un financement des prestations fournies à l'hôpital qui a reçu l'accueil le plus favorable. Seules quelques réserves ont été formulées en relation avec une possible sélection des patients et une détérioration de la qualité. Ce sont notamment les organisations de médecins ainsi que de défense des intérêts des patients qui attirent l'attention sur la nécessité de prévoir des règles pour empêcher ces incitations non désirées. La proposition d'amélioration des données de base et des statistiques a également été approuvée. Toutefois des réserves ont été exprimées par les organisations faitières des hôpitaux en relation avec la transmission des données d'exploitation des hôpitaux et par les organisations de défense des intérêts des patients en relation avec la protection des données.

La modification ou plutôt la nouvelle réglementation du droit de recours des cantons n'a fait pratiquement l'objet d'aucune objection; la renonciation au concept de traitement semi-hospitalier a rencontré de la résistance uniquement du côté des hôpitaux privés.

Aucun consensus n'a par contre pu être trouvé concernant les autres éléments importants de la révision. Certes, le financement dual-fixe est soutenu par une partie considérable des participants à la procédure de consultation. Ces derniers, en particulier les assureurs et les représentants des travailleurs, ne sont cependant pas tous pour une prise en charge à parts égales par les assureurs et les cantons des prestations fournies à l'hôpital, mais se prononcent pour une répartition 40–60 % ou 30–70 %. Une partie des cantons et des représentants des travailleurs sont en faveur d'un financement à parts égales uniquement pour les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, mais pas pour les hôpitaux privés actuellement non subventionnés. L'égalité de traitement entre tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, constitue en revanche la condition préalable pour que les groupements des hôpitaux ainsi qu'une partie des organisations de l'économie puissent approuver la révision de loi. D'autres milieux économiques, quelques cantons et d'autres participants se prononcent par contre en faveur d'un passage direct à un système moniste alors qu'une autre partie des cantons et d'autres participants refusent fondamentalement le système moniste. Il ressort des prises de position que les propositions sur la planification hospitalière sont également controversées. Il existe certes un certain

consensus sur le fait que, dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, une planification au niveau suisse est nécessaire. Les cantons en particulier souhaitent que soit attribuée aux cantons la compétence de planifier ce secteur alors que d'autres organisations entendent confier cette compétence à la Confédération. Des avis divergents existent également sur la planification de la couverture en soins hospitaliers selon l'art. 39 LAMal. Tandis que les partisans d'une transition immédiate vers un système de financement moniste notamment ainsi que des organisations de fournisseurs de prestations remettent en question le principe de la planification, d'autres se prononcent en faveur de la proposition du Conseil fédéral, voire pour un transfert de compétences à la Confédération.

2 **Grandes lignes du projet**

Comme mentionné dans l'introduction, le projet reprend les propositions contenues dans le message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000. Le nouveau projet contient les modifications au sujet desquelles les Chambres fédérales s'étaient exprimées favorablement dans le cadre des délibérations relatives à la proposition du Conseil fédéral.

La loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie fixe déjà qu'en vertu du principe selon lequel les cantons doivent aussi contribuer aux coûts d'exploitation lors des traitements hospitaliers en division privée ou semi-privée dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (voir ch. 1.2), les cantons doivent prendre en charge, en 2004, 100 % du tarif que l'assurance obligatoire des soins doit payer pour les coûts des traitements hospitaliers de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Un pas important en direction du modèle dual fixe de financement des prestations proposé par le Conseil fédéral dans son message du 18 septembre 2000 a ainsi été franchi. S'agissant du financement hospitalier, il reste maintenant à arrêter une solution qui tienne compte des différences existant encore concernant les parts de financement des pouvoirs publics et de l'assurance obligatoire des soins, à régler la transition et à prendre en compte les hôpitaux privés dans la nouvelle réglementation.

2.1 **Prestations**

Abandon de la notion de «division commune»

Selon l'art. 49, al. 1, LAMal, l'assurance obligatoire des soins couvre, dans le domaine hospitalier, le traitement médical et le séjour en division commune d'un hôpital. La notion de «division commune» a été introduite dans la loi afin de définir l'étendue des prestations de la LAMal. Les arrêts du TFA de décembre 1997 cités sous 1.1.2 décrivent également les prestations au sens de la LAMal, mais relativisent la référence à la notion de «division commune». L'emploi de cette notion, utilisée sous l'ancien droit pour désigner un produit d'assurance, ne convient maintenant plus pour décrire l'étendue des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Compte tenu des résultats des délibérations parlementaires, il y a lieu de supprimer cette notion et de fixer que le séjour à l'hôpital fait partie du catalogue des presta-

tions prévu par la loi. On entend par là que les prestations devant être couvertes par une assurance complémentaire, telles qu'un confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou deux lits et le libre choix du médecin à l'hôpital, ne sont pas des prestations au sens de la LAMal.

Abandon de la notion de «semi-hospitalier»

Cette notion introduite avec la LAMal n'a pas fait ses preuves dans la pratique. En effet, il n'existe que peu d'établissements pratiquant uniquement des soins semi-hospitaliers. Par ailleurs, la grande majorité des prestations semi-hospitalières dispensées dans des hôpitaux sont facturées en tant que prestations ambulatoires; les accords concernant des forfaits pour des traitements semi-hospitaliers constituent une exception.

2.2 Planification hospitalière

La LAMal a introduit la planification hospitalière ainsi que l'obligation, pour le canton, d'élaborer une liste des établissements. La répartition des tâches décrite au ch. 1 reste donc en vigueur. La répartition des compétences fixée dans la Constitution n'est pas remise en question dans le cadre de la présente révision de la loi. C'est pourquoi on renonce à un transfert de compétences à la Confédération, que cela concerne la planification ou l'aménagement des listes. L'admission en tant que fournisseur de prestations et la prise en charge d'une prestation par l'assurance obligatoire des soins continuent ainsi à supposer l'inscription de l'hôpital ou d'une division sur la liste cantonale des hôpitaux. Selon un avis confirmé par le TFA, pour que les coûts soient pris en charge, il importe en revanche peu que le traitement hospitalier ait lieu en division commune, en division privée ou en division semi-privée d'un hôpital. Le fait que l'assurance soit obligatoire pour l'ensemble de la population implique que toutes les capacités nécessaires pour fournir les prestations au sens de la LAMal attribuées aux hôpitaux par mandat de prestations doivent être englobées dans la planification des besoins. Cela revient à appliquer de manière conséquente et à renforcer un instrument de maîtrise des coûts prévu dans la loi.

Cette obligation de planifier implique en même temps que la planification se limite au domaine de l'assurance obligatoire des soins; elle ne s'applique pas aux prestations qui ne font pas partie de l'éventail des prestations de l'assurance obligatoire des soins, telles que le confort accru pour un séjour dans une chambre à un ou à deux lits et le libre choix du médecin à l'hôpital. La mise à disposition des capacités correspondantes doit être soumise aux lois du marché.

Comme par le passé, il appartient aux cantons de décider si la planification hospitalière doit être établie par un seul canton ou conjointement par plusieurs cantons. Dans ce contexte, il y a lieu de renvoyer à l'art. 46, al. 1, Cst., selon lequel les cantons mettent en œuvre le droit fédéral conformément à la Constitution et à la loi. L'al. 2 du même article prévoit que la Confédération laisse aux cantons une marge de manœuvre aussi large que possible et tient compte de leurs particularités. L'art. 47 Cst. indique par ailleurs que la Confédération respecte l'autonomie des cantons. Quant à l'art. 48 Cst., il dit que les cantons ont la possibilité de conclure des conventions entre eux et de créer des organisations et des institutions communes; ils peuvent notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional. C'est dans cette optique que devrait s'effectuer la création de régions de couverture des besoins en

soins demandée par la conseillère nationale Leuthard dans une motion déposée le 2 octobre 2002 (02.3545) ainsi que par l'ancienne conseillère nationale Wirz-von Planta dans un postulat déposé le 11 mars 2003 (03.3042). Ni la Constitution fédérale, ni la LAMal ne donnent actuellement à la Confédération la compétence d'imposer aux cantons de procéder à une planification intercantonale, l'aménagement de la planification hospitalière, en d'autres termes la couverture des besoins en soins de la population, incombant aux cantons selon la Constitution. Comme l'indique le Conseil fédéral dans son message relatif à la 2^e révision de la LAMal et dans son avis du 30 septembre 2002 (FF 2003 365, et plus particulièrement 372 s.) sur le rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats du 5 avril 2002 concernant l'influence de la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie (FF 2003 307 ss), il tient compte de la réglementation fédérale en matière de compétences et ne donne aucune prescription aux cantons concernant l'aménagement de leur planification. Dans le cadre de sa jurisprudence, il a toutefois concrétisé les exigences relatives à une planification hospitalière répondant aux besoins en soins au sens de la LAMal. Cela étant, en vue de favoriser une certaine unité quant à la façon dont les cantons exercent leur compétence en matière de planification hospitalière et, partant, de permettre à terme une meilleure coordination entre eux, on pourrait imaginer que le législateur délègue au Conseil fédéral la compétence de formuler des principes tirés de sa jurisprudence antérieure et de les compléter par les modifications intervenant dans la révision du financement hospitalier. Le projet de révision contient une proposition à ce sujet, qui reprend aussi l'objet du postulat du conseiller national Rossini du 13 décembre 2002 (02.3750) concernant l'élaboration de critères que les cantons devraient respecter.

Il y a lieu de mentionner en outre que le financement dual fixe des prestations proposé, qui va dans le sens d'un postulat déposé le 5 avril 2002 par la Commission de gestion du Conseil des Etats (02.3175), vise à supprimer les obstacles érigés entre les cantons, le caractère économique de la fourniture des prestations étant l'élément prépondérant lors de l'attribution de mandats de prestations. La législation fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie n'a toutefois aucune incidence sur les avantages liés à l'exploitation d'un hôpital dans un canton donné (postes de travail, sources de revenus, mandats donnés à des sous-traitants).

Avec le passage à un financement lié aux prestations se pose la question de savoir si la méthode actuelle de planification pratiquée par les cantons est appropriée. Tout en assurant la capacité en lits nécessaire pour la couverture des besoins en soins de la population, les cantons devront aussi tenir compte du volume de prestations lié aux mandats de prestations attribués. Dans le sens du postulat déposé par la Commission de gestion du Conseil des Etats le 5 avril 2002 (02.3176), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a pris l'initiative d'instituer un groupe de travail «Planification hospitalière liée aux prestations», qui regroupe tous les acteurs concernés et dont la tâche est de mettre à disposition les instruments de planification et de préparer le passage à la planification des prestations.

Les lacunes en matière de planification et de répartition des tâches constatées dans le domaine de la médecine hautement spécialisée font, depuis des années, l'objet de nombreuses discussions et propositions. Dans le cadre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT; Message du Conseil fédéral du 14 novembre 2001; FF 2002 2155), la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée ont également été identifiées en tant que domaines devant être organisés au niveau intercantonal pour

que les tâches soient réalisées avec une plus grande efficacité. Il est ainsi prévu qu'un concordat des cantons fixe, au plan national, des règles en matière de planification et d'attribution des capacités pour les traitements médicaux hautement spécialisés (voir le nouvel art. 48a Cst.; FF 2003 6035 ss). Dans le contexte de la RPT, les objectifs visés par le projet «Politique nationale suisse de la santé» en ce qui concerne la planification de l'offre dans le domaine de la médecine de pointe sont poursuivis. On dispose maintenant des résultats d'une procédure de consultation lancée par la CDS au cours du deuxième semestre de 2003. Ils permettent de conclure que les hôpitaux universitaires s'accorderont sur la question des centres de prestations dans le domaine de la médecine de transplantation. La réunion plénière de la CDS a pris connaissance de ces résultats fin 2003 et a conféré à son comité directeur la compétence d'instituer la «Commission intercantonale pour la concentration de la médecine hautement spécialisée» (CICOMS) et de faire avancer les autres travaux. Le Conseil fédéral n'a pour l'instant ni la compétence ni l'occasion d'introduire les modifications de loi proposées dans la motion susmentionnée de l'ancien conseiller national Zäch (01.3049) qui demandait d'octroyer des licences à certains hôpitaux afin qu'ils fournissent des prestations médicales hautement spécialisées. Cette décision est toujours en premier lieu du ressort des cantons. Par contre, conformément aux propositions faites dans la révision de loi ayant échoué et à la motion Frick dont il est fait état ci-avant (02.3170), l'obligation pour les cantons de planifier en commun la médecine hautement spécialisée ainsi que le transfert à titre subsidiaire de la compétence de planifier au Conseil fédéral doivent être repris dans le présent projet.

2.3 Tarifs

Le présent projet est centré sur le domaine tarifaire, l'accent étant mis sur l'idée de concurrence. Cette idée ressort des normes introduites par l'art. 46, al. 3, LAMal, qui visent à empêcher tout comportement des fournisseurs de prestations interdit par le droit des cartels. Un renforcement de cette idée de concurrence est donc l'un des objectifs visés par ce projet. Le principe de la tarification forfaitaire doit certes être maintenu, mais il s'agit de financer des prestations et non plus de couvrir des coûts. L'effet visé par le financement lié aux prestations est un abandon du système de subventionnement des établissements habituellement en vigueur jusqu'ici. Il s'agit en outre d'insérer explicitement dans la loi la participation financière des cantons. Un financement dual fixe des prestations est donc proposé; en d'autres termes, le financement des prestations s'effectue sans exception pour une moitié par le canton et pour l'autre moitié par l'assureur. Les tarifs sont convenus entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (art. 46, al. 1, LAMal), les cantons ne sont par conséquent pas des partenaires tarifaires au sens strict du terme. Si aucune convention n'est conclue, les tarifs sont cependant fixés par le gouvernement cantonal concerné. Les cantons continuent toutefois à exercer une influence sur le volume des coûts qu'ils ont à prendre en charge, d'une part, grâce à cette compétence subsidiaire et d'autre part, avec la planification des prestations ainsi que l'attribution de mandats de prestations.

La suppression proposée de la notion de «division commune» conduit en outre à supprimer la différenciation selon le lieu du séjour des assurés. A l'avenir, le seul élément déterminant pour la prise en charge des coûts aussi bien par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics sera que le fournisseur de prestations soit apte à

traiter la maladie et qu'il soit admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Avec le passage à des forfaits liés aux prestations, la tarification différenciée selon que l'assuré réside ou non dans le canton est ainsi supprimée. Lorsqu'on fixe un «prix» pour une prestation, peu importe s'il est destiné à indemniser une prestation fournie dans le canton ou hors du canton. Ainsi, le financement lié aux prestations, tel qu'il est prévu, vise à empêcher d'ériger des obstacles entre les cantons.

Si pour renforcer la concurrence, on doit passer du financement des établissements à celui des prestations, cela suppose que tous les hôpitaux fournissent leurs prestations en étant soumis aux mêmes conditions. Une différenciation en fonction de l'organisme responsable n'est pas appropriée. Cela a pour conséquence d'une part, que les prestations fournies à la charge de l'assurance obligatoire des soins par des hôpitaux qui ne sont aujourd'hui pas subventionnés doivent correspondre à la planification cantonale et d'autre part, que les prestations des hôpitaux privés, qui remplissent cette condition, doivent être soumises au même régime de financement que les prestations des hôpitaux publics.

2.4 Base légale pour le droit de recours du canton de résidence

Actuellement, le canton de résidence subventionne aussi bien le séjour hospitalier dans le canton qu'un traitement hospitalier effectué hors du canton de résidence. Mais tandis que les contributions selon l'art. 49 LAMal sont allouées indirectement au travers du subventionnement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'obligation qu'a le canton de résidence de prendre en charge la différence conformément à l'art. 41, al. 3, LAMal est traitée également selon la jurisprudence du TFA comme une obligation relevant du droit des assurances sociales, assimilée à l'obligation qu'ont les assureurs de prendre en charge les coûts (ATF 123 V 290 ss, 310 ss). La rémunération directement liée aux prestations par le canton de résidence représente en tous les cas une conséquence de la nouvelle forme de rémunération des prestations hospitalières. C'est la raison pour laquelle les deux sortes de prestations devront être soumises au droit de recours contre des tiers responsables. La création d'une base légale est donc nécessaire, l'art. 126 OAMal étant, selon un jugement de principe rendu le 18 octobre 1999 par le Tribunal fédéral, dépourvu d'une base légale suffisante pour fonder un droit de recours du canton de résidence (voir ATF 126 III 36 ss).

2.5 Données de base

Les autorités fédérales et cantonales ont besoin de données différentes pour remplir les tâches qui leur sont attribuées, notamment pour effectuer la surveillance de l'exécution et de la mise en œuvre de la LAMal ainsi que pour évaluer son fonctionnement et ses effets. Ces tâches sont énoncées dans différentes dispositions de loi et sont réparties entre différents acteurs. Elles concernent notamment la planification cantonale au sens de l'art. 39 LAMal, ainsi que l'évaluation de l'évolution des tarifs selon les art. 43 ss LAMal. Les art. 21 et 23 LAMal ont été modifiés suite à l'adaptation de la législation sur les assurances sociales aux exigences de la loi sur la

protection des données (message du Conseil fédéral du 24 novembre 1999; FF 2000 219; modification du texte légal dans FF 2000 3358). A cet égard, la possibilité que soient communiquées aux cantons les données collectées par la Confédération sur les hôpitaux et les établissements médico-sociaux a également été prévue (art. 84a, al. 2, let. f, LAMal). L'Office fédéral de la statistique collecte des données sur les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique, conformément à l'art. 30 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102). Comme par le passé, il existe d'importantes lacunes au niveau des informations nécessaires, en particulier en ce qui concerne le secteur ambulatoire. La loi sur la statistique fédérale du 9 octobre 1992 (LSF; RS 431.01) représente une base légale générale, qui est aussi valable pour le domaine de la santé. Compte tenu de l'importance du système de santé et de l'assurance-maladie ainsi que de la complexité de la collecte et de l'analyse des données, un ancrage explicite dans la LAMal de la tâche de la statistique est cependant judicieux. Certains points spécifiques qui ne sont pas fixés dans la loi sur la statistique avec le degré de détail nécessaire pourraient ainsi également être réglés. La question de la collecte et de la communication des données, précisément dans le domaine hospitalier, a toujours été ambiguë et fait partie de ces points. Il faut donc saisir cette occasion pour lever ces ambiguïtés et clarifier la question.

Le financement de ces relevés et évaluations de données supplémentaires, destinés à éliminer le déficit d'information que le monde politique considère comme un facteur aggravant, dépasse cependant de loin les possibilités financières de la Confédération. Compte tenu de la situation financière délicate de la Confédération, il faut prévoir la possibilité de prélever une contribution auprès des assureurs-maladie. Il convient de relever à cet égard qu'il ne s'agit pas de financer les relevés statistiques en cours dans le domaine hospitalier, mais seulement les travaux statistiques supplémentaires qui sont effectués pour l'essentiel dans le domaine ambulatoire. Selon les premières estimations, environ 3 millions de francs en plus par année sont nécessaires à cette fin. Cela correspond à une contribution annuelle d'à peu près 50 centimes par assuré, ce qui par conséquent ne devrait pas occasionner une augmentation notable des coûts ou des primes.

En ce qui concerne la publication des données, il y a lieu de se référer à l'art. 84a, al. 3, LAMal, selon lequel les données d'intérêt général qui se rapportent à l'application de la présente loi peuvent être publiées. Le Conseil fédéral part du principe que cela est justement le cas lors de l'évaluation de la mise en œuvre par les autorités compétentes, lorsqu'il s'agit du caractère économique et de la qualité des prestations ainsi que de l'évolution des coûts et qu'une réglementation plus détaillée n'est pas nécessaire. Toutefois, pour avoir une vue d'ensemble de la mise en œuvre de la LAMal, il est nécessaire que les autres fournisseurs de prestations soient aussi pris en compte dans la collecte des informations.

2.6 Passage aux nouvelles règles de financement

La proposition du Conseil fédéral prévoit la mise en place de nouvelles règles de financement en différentes étapes et périodes. Comme le financement dual-fixe des hôpitaux publics provoque une charge supplémentaire pour l'assurance obligatoire des soins et un allègement de la charge des cantons et que le financement dual-fixe des hôpitaux privés conduit en revanche à une augmentation de la charge des can-

tons et à un certain allègement de la charge de l'assurance obligatoire des soins, les effets des différents éléments de la révision s'annulent en partie. Cela devrait permettre d'éviter des effets brusques sur les finances cantonales ou sur l'évolution des primes. L'intégration des coûts d'investissements dans les tarifs liés aux prestations, qui peut intervenir par étapes, poursuit le même objectif. Un transfert unique de toutes les parts de financement au début de la troisième année suivant l'entrée en vigueur de la modification de la loi, comme cela a été critiqué par de nombreux cantons dans le cadre de la procédure de consultation, pourrait provoquer une augmentation massive des primes de l'assurance-maladie, si dans le même temps les structures tarifaires liées aux prestations, qui sont liées à la négociation des tarifs dans des conditions de concurrence, ne peuvent pas être complètement introduites et mises en oeuvre. Comme l'on ne peut pas prévoir dans quel délai un accord concernant les structures pour les forfaits liés aux prestations pourra être trouvé, ni quand les forfaits correspondants pourront être introduits, le Conseil fédéral maintient sa proposition visant à une mise en place par étapes de nouvelles règles de financement.

3 **Partie spéciale:** **commentaire des différentes dispositions**

Art. 21, al. 4

Le contenu de l'al. 4 actuel est intégré à l'art. 22a. Dans le cadre de son activité de surveillance des assureurs-maladie, l'Office fédéral de la santé publique exige des indications sur l'application de l'assurance-maladie et publie une statistique y relative (art. 28 et 31 OAMal). Pour ne rien laisser de côté, cette obligation faite aux assureurs doit maintenant être mentionnée dans la loi.

Art. 21a, al. 2

La référence à l'art. 21, qui a été structuré d'une nouvelle façon lors d'une précédente révision, doit être rectifiée.

Art. 22a (nouveau) Données des fournisseurs de prestations

Par rapport au projet soumis à la procédure de consultation, le relevé et la transmission des données des fournisseurs de prestations ainsi que la tâche de la Confédération d'établir des statistiques font maintenant l'objet de deux articles distincts, à savoir un nouvel art. 22a et un art. 23 élargi.

Comme mentionné au ch. 2.5, il y a lieu d'étendre l'obligation de fournir des données. Ainsi, non seulement les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, mais tous les fournisseurs de prestations admis, sont tenus de communiquer les données nécessaires au contrôle et à la surveillance de l'application de l'assurance-maladie. L'obligation de fournir des données est ainsi étendue et l'obligation de fournir des données gratuitement est fixée explicitement à l'al. 2. A l'al. 1 sont énumérées de manière exemplaire les indications qui sont à collecter. Il s'agit pour la plus grande partie de celles mentionnées aujourd'hui à l'art. 30 OAMal. Ces dernières doivent permettre d'avoir une image de l'activité du fournisseur de prestations, dans la mesure où des indications doivent être communiquées aussi bien sur l'infrastructure

que sur la formation de base et la formation postgraduée, les prestations fournies et les coûts en résultant, sans remettre toutefois en question l'anonymat des patients.

L'al. 3 règle la collecte des données et leur transmission. De cette manière, les fournisseurs de données seront déchargés le mieux possible et en même temps, on obtiendra des effets de synergie, car les données seront utilisées à des fins statistiques et administratives. L'art. 14 LSF exige cependant une base explicite pour la communication, pour des buts administratifs, de données collectées à des fins statistiques. Afin que cela se produise également dans la pratique, il faut cependant s'assurer que les données collectées au sens de l'al. 1 puissent effectivement être communiquées et utilisées de manière correspondante. Toutefois, pour que les organes de l'assurance-maladie puissent mener à bien la tâche légale qui leur est assignée, ils doivent absolument pouvoir aussi échanger des données individuelles nominatives. Ce point se justifie par le fait qu'une évaluation objective du caractère économique et de la qualité des prestations d'un fournisseur de prestations ne peut être réalisée que par une comparaison avec d'autres fournisseurs de prestations. Outre les autorités de surveillance et l'Office fédéral de la santé publique, les données de base présentent ici un intérêt avant tout également pour la Surveillance des prix et l'Office fédéral de la justice ainsi que les cantons. La disposition est complétée avec l'indication que les données peuvent être publiées.

Le Conseil fédéral est d'avis que l'extension du flux de données doit être concrétisée au niveau de l'ordonnance, ce qui permettrait notamment de régler différents aspects de manière plus précise. En effet, le cercle des fournisseurs de prestations admis englobant des organes aussi divers que les hôpitaux, les médecins, les laboratoires et les établissements de cure balnéaire, les exigences s'appliquant aux données qui renseignent sur le caractère économique et la qualité des prestations sont également différentes. De plus, il y a lieu de définir les organes chargés de communiquer les données ainsi que les conditions-cadres nécessaires en matière de droit de protection des données.

Art. 23

Conformément aux explications figurant sous ch. 2.5, il faut ancrer explicitement dans la LAMal la tâche incombant à la Confédération en matière statistique dans le domaine de l'assurance-maladie. L'al. 1 oblige l'Office fédéral de la statistique à mettre à disposition les données de base nécessaires pour examiner le fonctionnement et les effets de cette loi.

Dans le domaine complexe du système de santé, la mise à disposition d'une base de données cohérente ne peut s'opérer que si les fournisseurs de données sont soumis à l'obligation de renseigner gratuitement. L'al. 1 énumère la liste des fournisseurs de données, alors que la question de l'obligation de renseigner est réglée à l'al. 2. Alors que la collecte des données en question concernant le secteur hospitalier – à l'exception du domaine des soins – est assurée et effectuée de routine, les données correspondantes font jusqu'à présent totalement défaut dans le secteur ambulatoire. Il s'agit donc de mettre en place une base de données qui renseigne sur le recours à la médecine ambulatoire et ses raisons (diagnostics), sur les prestations fournies ainsi que sur les coûts qui en découlent. Il est possible de suivre le patient chez plusieurs fournisseurs de prestations et de reconstituer son parcours médical, si l'on peut établir un lien entre les données relatives au secteur ambulatoire et celles provenant du domaine hospitalier. Cela permettra de comparer l'efficacité et le carac-

tère économique de différentes formes de traitement et de modèles d'approvisionnement en soins.

L'al. 3 correspond à l'al. 1 actuel et renvoie à l'application de la loi fédérale sur les statistiques. Une importance toute particulière est donnée à la protection des données. Toutes les données utilisées uniquement à des fins statistiques sont anonymisées. Les données concernant les patients sont disponibles uniquement sous une forme anonymisée ou pseudonymisée.

Art. 25, al. 2, let. a

La notion de «semi-hospitalier» est supprimée parce qu'elle ne s'est pas imposée dans la pratique (voir plus haut, ch. 2.1).

Art. 25, al. 2, let. e

Nous avons déjà indiqué au ch. 2.1 que la notion de «division commune» devait être supprimée. Cela ne signifie absolument pas que le séjour à l'hôpital doit être pris en charge indépendamment des coûts. Compte tenu des conditions générales de la prise en charge des coûts selon l'art. 32 LAMal (prestations efficaces, appropriées et économiques) et du caractère économique des prestations exigé par l'art. 56 LAMal, il est clair que la prise en charge des coûts du séjour doit se limiter à ce qui est nécessaire au traitement selon le but poursuivi. Ce sont là les soins couverts dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, que le Conseil des Etats a qualifié de «service de base» au cours de la révision de la loi qui a été rejetée. Les prestations supplémentaires, telles que le séjour dans une chambre à un ou à deux lits indépendamment d'une indication médicale et le libre choix du médecin à l'hôpital, demeurent exclues et continuent à faire l'objet de produits d'assurance complémentaire soumis au droit des assurances privées. Le Conseil fédéral renonce donc à introduire l'ajout adopté par le Parlement «pour des prestations médicales et des soins dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins». Il estime d'une part que ce texte est trop restrictif et que cet ajout est par ailleurs superflu dans la mesure où il ne sert qu'à expliciter le fait que l'assurance obligatoire des soins ne doit rembourser que les prestations légales. En effet, selon la LAMal, aucune prestation

- ne satisfaisant pas aux critères d'adéquation, d'économicité et d'efficacité fixés à l'art. 32 LAMal et non attribuable au «service de base» précité, ou
- n'appartenant pas au champ d'application matériel de la LAMal

n'est en principe prise en charge.

Art. 25, al. 2, let. f, et 29, al. 2, let. b

La notion de «semi-hospitalier» est également supprimée ici.

Art. 35, al. 2, let. i

Le concept de traitement semi-hospitalier étant abandonné, il y a également lieu de supprimer ici la catégorie de fournisseurs de prestations que sont «les institutions de soins semi-hospitaliers».

Art. 39, al. 1, let. d, et al. 2 et 4 (nouveau)

Dans le contexte des nouvelles règles de financement (voir ci-après, art. 49, al. 2) et de l'application des arrêts du TFA mentionnés plus haut, il y a lieu de clarifier l'étendue de l'obligation de planification imposée aux cantons. L'obligation de s'assurer étant valable pour l'ensemble de la population, il s'agit d'inscrire explicitement, afin de clarifier la situation, que la planification doit porter sur toutes les personnes soumises à la LAMal. Il ne sera donc plus permis de faire une distinction entre les assurés selon leur couverture d'assurance, comme cela arrive dans la pratique. Les cantons ne devront élaborer qu'une seule liste – liste intégrale des hôpitaux – qui énumère tous les hôpitaux nécessaires à la couverture des besoins en soins sans distinguer ceux qui sont ouverts à tous les assurés (ayant une couverture de base) et ceux qui sont uniquement accessibles aux personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire (listes A et B; voir à ce sujet les explications données dans le message du 18 septembre 2000, FF 2001 752 s. et 739). Les cantons sont également intéressés à un rapport si possible favorable entre les coûts et la qualité des prestations, car les prestations de tous les hôpitaux figurant sur une liste, indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable, sont financés pour moitié par les cantons. Dans ce sens, les cantons sont incités à attribuer leurs mandats de prestations aux institutions qui remplissent les exigences de la manière la plus efficiente. Comme les investissements sont également rémunérés à parts égales, les cantons n'ont aucun intérêt à maintenir des structures inappropriées ou superflues. Si cela devait malgré tout être le cas, cela ne se ferait pas dans l'intérêt de l'assurance obligatoire des soins, mais en raison d'un autre intérêt du canton. Il faut souligner une fois encore ici qu'un canton ne peut planifier de manière à couvrir les besoins en soins que s'il connaît les flux de patients et peut coordonner ses capacités avec celles des cantons voisins.

La définition des tâches qu'un hôpital doit accomplir dans le cadre de la planification cantonale est définie notamment par le biais du mandat de prestations. Le terme de mandat de prestations a souvent été mal compris, comme s'il existait un lien impératif entre l'existence d'un mandat et une obligation d'indemnisation. Selon la jurisprudence actuelle du Conseil fédéral ce n'était pas le sens voulu. Il y a lieu de comprendre plutôt qu'une palette de prestations est attribuée à un hôpital par le biais d'un mandat de prestations, et que c'est en fonction de cela que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux. Ainsi compris, le mandat de prestations ne peut en aucun cas constituer une obligation financière pour le canton. Si, en vertu d'un rapprochement entre les art. 39 et 49, al. 2, tant l'assurance-maladie que les cantons contribuent à rémunérer les prestations fournies par des hôpitaux figurant sur une liste hospitalière, cette opération s'apparente de très près à la rémunération d'un mandat, d'un point de vue strictement financier.

Enfin, la proposition issue des débats parlementaires concernant la 2^e révision de la LAMal, selon laquelle les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi de mandats de prestations, a également été reprise. Bien que les cantons puissent appliquer des dispositions de ce type en se fondant sur leur propre législation, il y a lieu d'introduire cette compétence dans la LAMal afin d'avoir une réglementation uniforme. Le but visé est d'éviter que les hôpitaux publics figurant sur la liste des hôpitaux soient désavantagés par une participation uniforme des cantons aux coûts d'exploitation et d'investissement des hôpitaux publics et privés, du fait qu'ils ne peuvent pas choisir leurs patients et qu'ils supportent la majeure partie des coûts de formation et de recherche. Il y a lieu de considérer que les cantons sont compétents

pour formuler, dans les mandats de prestations, des exigences dans le sens d'obligations, dont le respect est une condition préalable à l'inscription d'un hôpital, qu'il soit public ou privé, sur une liste hospitalière dans la mesure où ces exigences ont trait à la couverture des besoins en soins de la population. Cela concerne, par exemple, la mise à disposition de services d'urgences dans des régions isolées ou la prise en charge de tous les patients couverts par l'assurance obligatoire.

Ici aussi, il y a lieu de supprimer la référence aux institutions de soins semi-hospitaliers.

Art. 39, al. 3

Comme on l'a déjà mentionné (ch. 2.2), il est prévu, dans le cadre de la RPT, de fixer des règles à l'échelle nationale pour la planification et l'attribution des capacités permettant d'assurer la couverture des besoins dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, et cela au moyen d'un concordat des cantons. La présente disposition vise d'une part à faire respecter ce principe et, de l'autre, à conférer déjà une compétence subsidiaire au Conseil fédéral dans le cadre de la LAMal.

Art. 39, al. 5 (nouveau)

Comme mentionné au ch. 2.2, le Conseil fédéral doit avoir la compétence de formuler des principes basés sur sa jurisprudence et de les compléter en vue de l'introduction de la nouvelle réglementation du financement, ceci afin que les dispositions de la LAMal puissent être appliquées de manière uniforme et d'assurer une meilleure coordination entre les cantons.

Art. 41, al. 1

Selon la première phrase de cet alinéa, les assurés ont le choix entre les fournisseurs de prestations qui sont aptes à traiter leur maladie. Les mandats de prestations attribués en fonction de la planification/liste cantonale déterminent quels sont les hôpitaux admis pour les différents traitements. Sont réputés admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée ou sur la liste du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent. Une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire n'intervient toutefois – excepté pour des raisons médicales au sens de l'art. 41, al. 2, LAMal – qu'au tarif des hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée. Si celle-ci recourt, sans raisons médicales, à un fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste de son canton de résidence, mais qui est admis comme fournisseur de prestations dans un autre canton, elle bénéficie d'une protection tarifaire: le fournisseur de prestations doit s'en tenir au tarif approuvé ou fixé (art. 46, al. 4, 47, al. 2, LAMal). L'assurance-maladie ne prend en charge que la part des coûts qui correspond au tarif des hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside la personne assurée et qui disposent d'un mandat de prestations correspondant. Si l'hôpital n'est pas inclus dans la planification, le canton ne doit pas contribuer aux coûts. Les coûts correspondants sont à la charge de l'assuré lui-même ou d'une éventuelle assurance complémentaire. Cette démarche se justifie par le fait qu'en effectuant la planification hospitalière et en attribuant des mandats de prestations, le canton veille à disposer d'une capacité suffisante pour que les habitants du canton puissent être traités dans tous les cas de maladie. Lorsqu'une personne assu-

rée se fait soigner dans un hôpital ne correspondant pas à la planification hospitalière alors que les capacités mises à disposition engendrent néanmoins des coûts fixes, c'est à elle et non pas au canton d'en supporter les conséquences financières.

Art. 41, al. 2, let. b

Par ailleurs, le rapport entre les al. 2 et 3 de l'art. 41 doit être clarifié et fixer uniquement que les assurés ont le droit de choisir un autre fournisseur de prestations s'ils ne peuvent recourir, pour un traitement déterminé ou en cas d'urgence, à un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence. En résumé, il en résulte que l'assurance-maladie prend en charge les coûts de traitement hospitalier si le choix se porte soit sur un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence et apte à traiter la maladie, soit, pour des raisons médicales, sur un autre fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence. Dans ce dernier cas également, comme le système d'assurance est autonome, seul un fournisseur de prestations admis selon les règles légales est autorisé à facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie; en d'autres termes, il doit s'agir d'un hôpital figurant tout au moins sur la liste du canton où il a son siège et qui est, de ce fait, considéré comme un fournisseur de prestations admis.

Art. 41, al. 3

Cette disposition, dans sa teneur actuelle, oblige le canton de résidence à verser une contribution dans le cas où un traitement ne serait pas proposé ou ne serait pas indiqué dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics du canton de résidence. Les arrêts du TFA mentionnés plus haut ont clarifié la question de savoir dans quelle mesure l'obligation de contribution dépend du lieu du séjour des assurés. Il y a lieu d'étendre, à l'art. 49, la règle de financement à toutes les divisions des hôpitaux et à tous les types d'hôpitaux. Le renvoi à l'art. 49 sert à harmoniser les art. 49 et 41. Il doit donc être désormais clairement mentionné que le canton de résidence doit prendre en charge la part des coûts due en vertu de l'art. 49, non seulement dans le canton mais aussi hors du canton, indépendamment de l'inscription d'un hôpital sur sa propre liste, si, pour des raisons médicales, il faut choisir un fournisseur de prestations admis ne figurant pas sur sa propre liste.

Art. 47, al. 2

Du fait de l'abandon de la notion de «semi-hospitalier», ce terme est supprimé ici.

Art. 49, al. 1

La loi prévoit actuellement que le degré de couverture par l'assurance-maladie sociale des tarifs des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics se monte, pour les habitants du canton, à 50 % au maximum des coûts d'exploitation imputables de la division commune. La manière de couvrir le solde ne fait l'objet d'aucune prescription. On part néanmoins du principe que, vu leurs obligations en matière de garantie de la couverture des besoins en soins, les cantons contribuent également pendant l'exploitation au financement de l'infrastructure hospitalière qu'ils ont créée ou encouragée et qu'ils en couvrent notamment les déficits. Cette situation a eu pour résultat que les cantons, tout comme les assureurs, financent des institutions plutôt que des prestations.

Afin de corriger l'incitation actuelle (qui n'a aucun effet de maîtrise des coûts) due au financement des établissements, il y a lieu, d'un point de vue économique, d'introduire plus largement le système du financement des prestations. Ce type de financement présente l'avantage que les prestations fournies peuvent être tarifées et qu'ainsi l'accent est mis sur le rapport prix-prestation. Les forfaits liés aux prestations sont le «prix» auquel l'assureur rémunère la fourniture de la prestation. La rémunération liée à la prestation a déjà été introduite dans certains cantons, en tant que forfaits par cas en fonction du diagnostic posé (DRG = Diagnosis Related Group), forfaits par division ou rémunération couvrant une chaîne de traitement. Ainsi, parallèlement aux forfaits liés au diagnostic, on pourrait aussi envisager des forfaits où la rémunération couvrirait toutes les étapes d'un traitement. Malgré ce changement fondamental pour passer à des forfaits liés aux prestations, l'application de forfaits journaliers s'avère néanmoins judicieuse dans certains domaines, notamment pour les traitements de longue durée (p. ex. en psychiatrie). Si l'on veut garantir une transparence, pouvoir faire des comparaisons à l'échelle nationale et disposer d'une rémunération intercantonale simple, toutes ces formes de rémunération doivent reposer sur des systèmes de classification uniformes. C'est pourquoi il est nécessaire d'introduire des structures tarifaires uniformes à l'échelon national. On pourrait aussi envisager l'existence, en parallèle, de systèmes forfaitaires distincts (p.ex. forfait par cas, forfait journalier) pour certaines prestations, aussi dans un domaine déterminé. Toutefois, un tel système ne devrait pas prendre des proportions telles qu'une combinaison de forfaits se rapproche d'une rémunération à la prestation au point de constituer un tarif à la prestation, ce qui n'est pas autorisé pour les traitements hospitaliers. Par analogie avec le système prévu par l'art. 43, al. 5, LAMal pour les tarifs à la prestation, il appartient en premier lieu aux partenaires tarifaires d'élaborer les structures correspondantes. Le Conseil fédéral n'interviendra que si cela n'a pas été fait dans le délai qu'il aura fixé (voir la disposition transitoire ci-après).

Les Chambres voulaient définir la limite entre un traitement ambulatoire et un traitement hospitalier, la notion de «semi-hospitalier» ayant été supprimée. Toutefois, le Conseil fédéral a déjà défini les notions d'ambulatoire, de semi-hospitalier et d'hospitalier dans le cadre de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP; RS 832.104), pour le recueil des bases destinées au calcul des tarifs (art. 3 à 5 OCP). La délimitation jusque-là variable dans la pratique a ainsi été uniformisée et il n'est plus nécessaire qu'elle soit réglée au niveau de la loi. Ainsi, on qualifie d'«hospitalier» un séjour d'une durée d'au moins 24 heures à l'hôpital pour des examens, un traitement ou des soins. Un séjour de moins de 24 heures à l'hôpital est également réputé hospitalier s'il est lié à des examens, un traitement ou des soins et si un lit est en outre occupé durant une nuit. Sont également assimilés à des traitements hospitaliers les transferts dans un autre hôpital et les cas de décès.

Art. 49, al. 2

En principe, la rémunération forfaitaire des traitements hospitaliers est maintenue, ceci d'autant plus qu'elle permet, contrairement à une tarification à la prestation, de limiter l'incitation à une augmentation des volumes. Dans certains cas, il peut cependant s'avérer judicieux de facturer les coûts liés à des prestations supplémentaires uniquement aux assurés qui les occasionnent effectivement. La possibilité,

également prévue jusqu'à maintenant par l'art. 49, al. 2, LAMal, d'une tarification séparée de certaines prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales, rarement fournies et demandant des moyens importants (p.ex. des mesures particulièrement complexes ou le recours à une technologie de pointe coûteuse) doit donc être maintenue.

Art. 49, al. 3

La conséquence de la règle de financement actuelle de l'art. 49, al. 1, est la suivante: tant les hôpitaux que les assureurs disposent de peu de marge de manœuvre pour s'entendre sur la rémunération des traitements hospitaliers, en ce sens que les coûts imputables pour la tarification sont déterminés et que la marge de négociation est réduite à la délimitation exacte des coûts imputables et des surcapacités ainsi qu'au niveau du degré de couverture des coûts. Il s'ensuit que la couverture des coûts est garantie indépendamment du rapport prix-prestations. Cela va à l'encontre de l'idée de concurrence dans le domaine des tarifs contenue dans la loi.

Une fois le passage au financement lié aux prestations effectué, on ne pourra plus faire référence aux coûts imputables. L'élément déterminant sera la rémunération de la prestation correspondante, qui devra être prise en charge à parts égales par les assureurs et par le canton de résidence de l'assuré. Pour des raisons de politique sociale, il est toutefois laissé à la libre appréciation des cantons d'exclure certains domaines et de prendre en charge séparément les coûts qu'ils engendrent. Il s'agit là plus particulièrement de tâches d'intérêt public qui permettent de garantir la couverture des besoins, telles que les réserves de capacités nécessaires et les services d'urgence. A l'avenir, il y aura lieu d'inclure également les coûts d'investissement dans le financement, et ce avant tout parce qu'une séparation stricte des coûts d'exploitation et des coûts d'investissement donne, dans le cadre du financement hospitalier, une image qui ne correspond pas à la pratique de l'économie d'entreprise. Toutefois, la rémunération n'englobera aucune part des coûts relevant de la formation et de la recherche. Dans ce domaine, le texte de la loi actuelle est maintenu, car le Conseil fédéral applique, en vertu de l'art. 53 LAMal, une définition étendue de la notion de coûts de formation lors de l'examen de recours ayant trait aux tarifs (voir p. ex. à ce propos la décision du Conseil fédéral du 19 décembre 2001, dans: Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 4/2002, KV 220, p. 309, cons. II. 1.6.3 et II. 10.1). En d'autres termes, il y a lieu d'exclure de la prise en charge par l'assurance-maladie tous les coûts liés à la formation de base et à la formation post-graduée du personnel médical. Doivent également être exclus les coûts imputables à la recherche ainsi que les coûts indirectement liés à la formation et à la recherche. De plus, la LAMal ne vise pas uniquement les dépenses de formation et de recherche concernant les hôpitaux universitaires. Vu sous cet angle, on ne peut donc pas uniquement prendre en considération les frais liés à la formation et à la recherche universitaires sans tenir compte aussi des coûts occasionnés dans les autres hôpitaux pratiquant à la charge de l'assurance-maladie sociale, indépendamment du fait qu'il s'agisse de petits hôpitaux ou de cliniques privées. Dans l'intervalle, le Conseil fédéral a d'ailleurs édicté, dans le cadre de l'OCP, un art. 7 qui reprend cette définition détaillée.

Cette réglementation diminue la charge financière des cantons, mais en compensation, l'obligation de financement du canton est fixée dans la loi. Parallèlement, cette nouvelle règle de financement est étendue aux organismes privés qui contribuent à la couverture des besoins et qui peuvent de ce fait être inscrits sur les listes cantonales. Cette extension se justifie parce qu'elle permet une égalité de traitement entre les hôpitaux et évite des distorsions de la concurrence. Cette manière de procéder placera la totalité des capacités destinées à couvrir les besoins hospitaliers sous le même régime de financement.

La suppression proposée de la notion de «division commune» conduit à supprimer également la différenciation selon le lieu du séjour des assurés. A l'avenir, la prise en charge des coûts tant par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics dépendra uniquement de la question de savoir si le fournisseur de prestations est admis et apte à traiter la maladie. Cette réglementation implique que les cantons ne pourront plus prendre en charge de manière globale les coûts non couverts par l'assurance-maladie.

La facture de l'hôpital sera réglée pour chaque séjour à parts égales par l'assureur et le canton. S'agissant de la facturation, il y a lieu de fixer que les fournisseurs de prestations seront rémunérés pour leurs prestations par les assurés, à qui l'assureur concerné rembourse ensuite les coûts occasionnés (système du tiers garant; art. 42, al. 1, LAMal). Une rémunération directe du fournisseur de prestation par l'assureur est également possible (système du tiers payant; art. 42, al. 2, LAMal), dans la mesure où une convention a été conclue à cet effet. L'assuré ou l'assureur auraient alors le droit de demander au canton de rétrocéder la contribution qui lui incombe et qui correspond à la moitié de la somme due. Lorsque ce versement est fait à l'assuré et non au fournisseur de prestations, il génère un surcroît de travail administratif pour le canton et l'assuré risque de devoir régler la facture de l'hôpital avant d'avoir reçu la contribution du canton. Aussi, afin de simplifier la facturation, le canton versera-t-il la part qui lui incombe directement à l'hôpital.

Art. 49, al. 4

La notion de «division commune» est également supprimée ici. On constate en outre que grâce à l'autonomie du système d'assurance, les prestations des hôpitaux prévues par la présente loi seront intégralement rémunérées selon les règles de financement définies aux al. 1, 2 et 3. Les factures supplémentaires qui sortent de ce cadre, comme les honoraires supplémentaires pour des prestations médicales prodiguées lors d'un séjour en division privée d'un hôpital, sont donc exclues, pour autant qu'il s'agisse de prestations couvertes par la loi. Il est ainsi tenu compte du principe de la protection tarifaire (art. 44 LAMal) dans le domaine hospitalier. Il va de soi qu'il est possible, comme pour le séjour, d'assurer les prestations non couvertes dans le cadre de la LAMal, telles que le libre choix du médecin à l'hôpital, selon le droit des assurances privées.

Art. 49, al. 5

La teneur de cette disposition correspond à celle de l'al. 4 actuel.

Art. 49, al. 6

La notion de «semi-hospitalier» ayant été supprimée, ce terme est supprimé ici aussi.

Art. 49, al. 7

Afin d'encourager l'idée de concurrence et une gestion basée sur des principes d'économie d'entreprise, les hôpitaux devront gérer leur établissement à la manière d'une entreprise. C'est pourquoi cette disposition doit préciser que les hôpitaux doivent disposer des instruments de gestion nécessaires. Dans sa version allemande, l'actuel art. 49 LAMal mentionne dans son al. 6 «Kostenstellenrechnung» et «Leistungsstatistik» en tant qu'instruments pour le calcul des coûts et le classement des prestations. Toutefois, les buts de la loi ne sauraient être atteints par le seul biais d'une «Kostenstellenrechnung». Il faut disposer de bases plus complètes pour séparer de manière transparente les coûts des prestations couvertes par LAMal. A ce propos, le terme de comptabilité analytique [Kostenrechnung] utilisé dans les versions française et italienne est plus exact, car il comprend la comptabilité par type de coûts [Kostenartenrechnung], par centres de coûts [Kostenstellenrechnung] et par unités finales d'imputation [Kostenträgerrechnung]. Il y a lieu d'adapter le texte allemand dans ce sens. Par ailleurs, il est nécessaire de laisser une marge de manœuvre suffisante et de permettre une appréciation globale de la gestion d'entreprise qui ne se limite pas uniquement à la comptabilité analytique et à la statistique des prestations. Avec l'introduction de la notion d'«instruments de gestion», les exigences sont fixées de manière plus large et laissent de la place pour un développement futur. De plus, l'utilisation qui sera faite des données devant être mises à disposition par le biais de ces instruments de gestion, notamment l'évaluation du caractère économique, est énoncée à titre d'exemple. Dans la mesure où le Conseil fédéral est déjà habilité dans cette loi à édicter des dispositions d'exécution sur la base de l'art. 96 LAMal et que cette compétence concerne aussi la présente question, la compétence du Conseil fédéral d'édicter les dispositions nécessaires ne doit pas explicitement figurer à cet endroit.

Art. 49, al. 8

Cet alinéa correspond à l'actuel al. 7. Le texte des différentes versions ne concorde ici à nouveau pas: le texte français parle de «comparaison des frais d'exploitation», alors que la version allemande indique «Betriebsvergleiche» le texte italien mentionne quant à lui «studio comparativo delle gestioni ospedaliere». Etant donné que seule une évaluation globale de la gestion de l'entreprise permet de tirer des conclusions appropriées, et que de surcroît les coûts d'investissement seront nouvellement inclus dans le calcul des tarifs de toutes les institutions, il est nécessaire d'adapter tant la version française (nouveau: «comparaisons entre hôpitaux») que la version italienne (nouveau: «comparazioni tra ospedali»).

Art. 50, 51, al. 1 et 53

En raison de la nouvelle numérotation des art. 39 et 49, les renvois correspondants sont adaptés.

Art. 79a (nouveau) Droit de recours du canton de résidence

L'art. 72 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) accorde à l'assureur un droit de recours contre des tiers responsables. Dans le domaine hospitalier, en raison de la répartition des coûts prévue à l'art. 49, al. 3, LAMal, le financement des prestations de

l'assurance-maladie est également assuré par des recettes fiscales. Si le canton de résidence qui finance n'avait pas le droit de réclamer auprès des tiers responsables la part des coûts qu'il a couverte indépendamment du lieu du traitement, lesdits tiers deviendraient les bénéficiaires de la protection tarifaire selon l'art. 44, al. 1, LAMal, et des avantages tarifaires de l'assurance-maladie sociale. De cette manière, le contribuable supporterait une partie des dommages-intérêts, ce qui ne se justifie pas (voir sur la question: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berne, 1999, N 401).

Le Conseil fédéral considère qu'il serait choquant que, du fait du mode de répartition des coûts dans le domaine hospitalier, des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par les recettes fiscales. C'est pourquoi il propose d'ajouter un art. 79a qui confère au canton de résidence, comme c'est le cas pour les assureurs, un droit de recours contre les tiers responsables pour les contributions qu'il verse en vertu des art. 49, al. 3, et 41, al. 3, LAMal. Il renonce toutefois à inclure les communes, dans la mesure où elles ne sont pas mentionnées explicitement dans la LAMal. Cette modification ne créera pas de nouveaux droits contre les tiers responsables, car il n'y pas lieu de supposer qu'en raison d'accords tarifaires conclus entre assureurs et fournisseurs de prestations, des tarifs plus élevés que les tarifs ordinaires à la charge de l'assurance-maladie sociale soient convenus pour les cas de responsabilité civile.

Art. 84a, al. 1, let. f

En raison du déplacement du contenu de l'art. 21, al. 4 dans l'art. 22a, le renvoi doit être adapté. En outre, la let. f a été complétée pour préciser que les cantons peuvent utiliser les données également pour l'examen des tarifs.

Art. 104a, al. 2

En raison de la nouvelle numérotation de l'art. 49, le renvoi à l'al. 6 est remplacé par un renvoi à l'al. 7.

Dispositions transitoires, al. 1

Actuellement, les hôpitaux privés non subventionnés sont pris en compte dans la planification hospitalière de manière différente selon les cantons. Certains cantons établissent une liste intégrale, d'autres des listes A et B où l'importance de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins diffère. Afin que tous les cantons puissent se fonder sur des listes intégrales des hôpitaux, un délai de deux ans leur est imparti pour adapter leur planification hospitalière à la nouvelle législation. Comme le délai d'une année qui était prévu dans le projet mis en consultation pourrait s'avérer trop court pour permettre aux cantons d'adapter les planifications hospitalières, ce dernier a été prolongé à deux ans. Un délai plus long leur sera accordé pour la planification de la médecine hautement spécialisée.

Dispositions transitoires, al. 2

Les structures tarifaires proposées à l'art. 49, al. 1, LAMal ne peuvent pas être établies par les partenaires tarifaires déjà à l'entrée en vigueur de la modification de la loi. C'est pourquoi le Conseil fédéral doit disposer de la compétence de décider du délai d'introduction. Les bases de calcul sur lesquelles reposeront les systèmes de

forfaits étant à des stades de développement inégaux dans divers domaines, il faut que l'introduction puisse en outre se faire par étapes. De plus, avec l'introduction de systèmes de forfaits, les investissements, dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à présent dans les tarifs, doivent être pris en considération dans le calcul des tarifs selon des critères uniformes afin d'assurer un minimum de transparence et de cohérence. La question de la prise en compte des investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la modification de la loi doit également être réglée par le Conseil fédéral.

Dispositions transitoires, al. 3

Actuellement, les cantons contribuent en moyenne à plus de la moitié des coûts d'exploitation imputables des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. La part de financement diffère toutefois selon les cantons. Partant de la part de financement au moment de l'entrée en vigueur de la modification de la loi, les cantons et les assureurs doivent adapter leurs contributions sur une période de trois ans de manière à atteindre la parité au cours de la troisième année. La base pour le passage au financement dual fixe des prestations est ainsi créée.

Dispositions transitoires, al. 4

L'al. 1 des dispositions transitoires précise que les cantons disposent de deux ans pour adapter leur planification hospitalière et leur liste des hôpitaux aux nouvelles dispositions. Afin que les cantons puissent, le cas échéant, effectuer les adaptations nécessaires concernant les hôpitaux privés, ils ne devront prendre en charge leur part des coûts aux traitements hospitaliers dans les hôpitaux privés non subventionnés que trois ans après l'entrée en vigueur de la modification, en incluant toutefois les coûts d'investissement des hôpitaux privés non subventionnés dont on sait, aujourd'hui déjà, qu'ils sont compris dans le tarif. En ne maintenant pas le délai de deux ans prévu par le Conseil fédéral dans le projet mis en consultation, mais en le prolongeant à trois ans, on tient compte du fait que la contribution à parts égales à la rémunération des prestations des hôpitaux privés aujourd'hui non subventionnés représente une charge pour les cantons.

Dispositions transitoires, al. 5

Comme déjà mentionné, le Conseil fédéral ne considère pas le financement moniste comme un objectif à court terme. Toutefois, le Conseil fédéral doit déjà soumettre une proposition au Parlement dans un délai de trois ans, afin de pouvoir imaginer un changement du système à moyen terme.

4 Concomitance de la proposition avec d'autres modifications de loi en discussion

Le modèle proposé de financement dual fixe des prestations hospitalières n'a aucune incidence sur les autres modifications du système discutées dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, excepté la nouvelle réglementation de la réduction des primes, et n'est pas non plus influencé par ces modifications. Le transfert des éventuels coûts supplémentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins sur les primes pourrait induire une augmentation des ressources nécessaires pour la

réduction de primes. Cela dépendra toutefois de la manière dont les cantons amèneront le système de réduction de primes.

Le financement dual fixe serait compatible avec la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, de même qu'avec l'encouragement du managed care, et il ne nécessite pas une adaptation de la compensation des risques. Bien que l'introduction d'une carte d'assuré n'ait aucun lien avec le système de financement hospitalier, elle est aussi susceptible d'apporter des simplifications administratives dans ce domaine.

Si l'on introduit simultanément le financement dual fixe et une augmentation de la participation aux coûts, on peut imaginer que la charge financière des assurés en cas de séjour hospitalier serait plus lourde, notamment à cause de la prise en compte des coûts d'investissement dans la rémunération liée aux prestations. Cette augmentation de la charge financière dépendra toutefois de la mesure dans laquelle les assurés seront plus nombreux à payer la quote-part maximale.

5 Conséquences

5.1 Conséquences financières

5.1.1 Conséquences financières pour la Confédération

Aucune nouvelle tâche n'étant transférée à la Confédération, l'augmentation des effectifs devrait être limitée. La Confédération devra uniquement être plus active dans le domaine de la planification et du recueil des données de base. Ces efforts supplémentaires dépendront toutefois de la nécessité d'une intervention et de l'ampleur du recueil des données, et ne peuvent donc pas être quantifiés pour l'instant. On renonce donc ici à effectuer une demande pour les ressources correspondantes, tout en formulant explicitement des réserves.

La Confédération ne participe pas au financement hospitalier; aussi le passage à un système de financement dual fixe des prestations n'a-t-il pas de répercussions directes sur les finances fédérales. En théorie, des répercussions indirectes seraient toutefois possibles si la révision de la loi entraînait une augmentation massive des primes et que les cantons recouraient de manière plus importante aux subsides mis à disposition par la Confédération pour la réduction des primes afin d'abaisser de manière plus sensible la charge des assurés de condition économique modeste.

5.1.2 Conséquences financières pour les cantons et les communes

Les différents éléments de la révision entraînent à la fois des charges financières accrues et des allègements pour les cantons et les communes. On ne peut faire d'affirmations sur les ordres de grandeur que pour les cantons. L'éventuel transfert de ces charges accrues ou de ces allègements aux communes, tout comme leur ampleur, sont fonction des législations cantonales, de sorte qu'il est impossible d'avancer une affirmation générale concernant les répercussions financières sur les communes. Les cantons ne disposent pas de données consolidées permettant de déterminer la proportion dans laquelle l'assurance obligatoire des soins couvre les coûts d'exploita-

tion imputables des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. En connaissant cette valeur, on aurait un point de départ déterminant pour estimer le transfert de charges. Selon des données officieuses obtenues de différentes directions cantonales de la santé publique, ce degré de couverture des coûts serait de l'ordre de 43 à 45 %; dans certains cantons, il pourrait toutefois être plus bas ou plus élevé.

Le remplacement de la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton constitue la première raison d'une certaine augmentation de la charge supportée par les cantons: au cours de la dernière année de validité de cette loi fédérale, soit 2004 ou, si cette loi fédérale est prolongée, l'année qui précède l'entrée en vigueur de la présente révision de la loi, les cantons contribuent à parts égales avec l'assurance obligatoire des soins aux traitements hospitaliers de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics sis sur le territoire du canton. Cette participation est inférieure à celle que les cantons devraient assumer si l'arrêt du TFA relatif à l'obligation de contribution des cantons en cas de traitement hospitalier dans le canton d'une personne au bénéfice d'une assurance complémentaire, c'est-à-dire la réglementation contenue aujourd'hui dans la loi, était appliqué. Les hôpitaux ne divulguant pas leur comptabilité analytique, il n'est pas possible de déterminer le montant que les cantons devraient prendre à leur charge s'ils devaient assumer les coûts d'exploitation imputables non couverts par l'assurance obligatoire des soins. Si l'on poursuit le calcul avec les estimations avancées dans le cadre du présent projet, on peut supposer que les cantons devraient prendre à leur charge environ 140 à 170 millions de francs supplémentaires en cas de passage à un financement dual-fixe. Sous le régime de la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales, ces coûts sont couverts par l'assurance complémentaire.

S'agissant des assurés ne disposant que de la couverture d'assurance obligatoire, ce sont les responsables des hôpitaux, soit le plus souvent les cantons, qui ont jusqu'ici pris en charge l'ensemble des coûts non rémunérés par l'assurance obligatoire des soins dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Ils couvrent en règle générale les coûts d'exploitation non rémunérés par les assureurs ainsi que les coûts d'investissement. Les cantons partent du principe qu'ils financent de 55 à 57 % des coûts d'exploitation imputables des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il faut une fois encore souligner ici que, les hôpitaux n'étant pas en mesure de justifier les coûts, ces hypothèses, ne peuvent se rapporter qu'à l'ensemble des coûts; la totalité des coûts d'exploitation imputables n'est pas connue. Si l'on se base sur la statistique des finances publiques, la part des coûts d'investissement correspondrait à 10 % des coûts d'exploitation. Partant de cette hypothèse, une analyse statique indique que le passage à un financement dual fixe de tous les traitements hospitaliers, coûts d'investissement inclus, entraînerait un allègement pour les cantons et une charge supplémentaire correspondante pour l'assurance obligatoire des soins. Si l'on estime, comme les cantons, que les coûts d'investissement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics sont plus élevés et se montent à 10 à 15 % des coûts d'exploitation, il faut s'attendre à un allègement encore plus grand pour les cantons, au détriment de l'assurance obligatoire des soins.

Données en millions de francs	Cantons	LAMal	LCA
Coûts des hôpitaux en 2001 (selon l'Office fédéral de la statistique; voir annexe)	4771	3895	2800
<i>Transfert de charges, estimé pour l'année 2004 en tablant sur une augmentation des coûts de 3,5 à 5 % par an</i>			
Couverture de la moitié des coûts du traitement hospitalier, dans le canton, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire (investissements compris)	+140 à +170	+140 à +170	-280 à -340
Couverture de la moitié des coûts	-380 à -580	+380 à +580	
Contribution aux coûts d'investissement	-380 à -580	+380 à +580	

La délimitation entre un traitement ambulatoire et un traitement hospitalier ayant été définie dans l'OCP entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, on peut partir du principe qu'il n'y aura plus de transferts de coûts induits du fait de l'uniformisation des définitions à l'échelon national.

La deuxième raison d'une certaine augmentation de la charge supportée par les cantons est liée au fait qu'avec l'entrée en vigueur de la révision, les cantons devront assumer la moitié du financement des traitements de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux actuellement non subventionnés, pour autant que ces établissements correspondent à la planification cantonale et qu'ils figurent sur la liste cantonale. La charge supplémentaire pour les cantons sera importante s'ils doivent contribuer aux prestations de tous les hôpitaux privés actuellement inscrits sur une liste des hôpitaux. Son ampleur dépendra de la manière dont les hôpitaux privés ou leurs prestations seront pris en compte dans les planifications cantonales: elle sera forte en cas de planification permissive ou faible en cas de planification restrictive. C'est la raison pour laquelle aucune indication chiffrée n'est donnée. Les cantons estiment toutefois la charge du transfert des coûts à 800 à 810 millions de francs.

Cette estimation des transferts de financement est purement statique; elle ne tient pas compte des effets de maîtrise des coûts qui doivent se manifester par le biais d'un financement dual fixe des prestations. Les affirmations qui sont faites étant basées sur des données incomplètes, les estimations représentent des ordres de grandeur. Toutefois, la participation au financement des prestations fournies dans des hôpitaux actuellement non subventionnés constitue sans doute le défi majeur pour les cantons. Ils peuvent néanmoins influencer sur l'étendue de la prise en charge de ces prestations par le biais de la planification.

5.2 Conséquences financières pour l'assurance-maladie

Tout comme pour les cantons, l'effet de la révision sur les coûts de l'assurance obligatoire des soins ne peut être estimé que grossièrement. Là aussi, les estimations n'ayant pu être faites qu'à partir d'hypothèses, elles sont imprécises et présentées sous forme de fourchette. Dans l'analyse statique, la charge supplémentaire de l'assurance-maladie obligatoire correspond dans la plupart des cas à l'allègement estimé pour les cantons. La prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de

la couverture de la moitié des coûts d'exploitation imputables pour des traitements de personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire séjournant dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics entraînerait un allègement pour l'assurance complémentaire.

L'intégration des coûts d'investissement dans la rémunération assumée pour moitié par l'assurance obligatoire des soins constitue une charge supplémentaire pour cette dernière. Les dispositions transitoires prévoient que les coûts d'investissement ne seront introduits dans les forfaits que dans le cadre de la rémunération liée aux prestations et très vraisemblablement de manière échelonnée. Aussi peut-on partir du principe que l'intégration des investissements dans la rémunération des prestations ne se répercutera pas d'un seul coup ni dans sa totalité sur les coûts et les primes.

Par ailleurs, la charge de l'assurance obligatoire des soins sera allégée là où elle assume actuellement l'intégralité des coûts des prestations selon la LAMal en cas de traitement dans un hôpital privé intégré dans la planification.

Les estimations correspondent là encore à des ordres de grandeur évalués d'un point de vue statique. Il est donc difficile de faire un bilan des charges supplémentaires et des allègements et de tirer des conclusions concernant l'évolution des primes. Etant donné que l'on vise, dans une première phase, un financement paritaire, mais qu'une part importante de celui-ci est encore basée sur les coûts imputables, de sorte que les incitations du financement des prestations destinées à maîtriser les coûts ne sont pas encore effectives, il faut s'attendre à des coûts supplémentaires et à une augmentation correspondante des primes. Cette augmentation des coûts serait répartie sur trois ans. Il est difficile d'estimer quel sera, dans une deuxième phase, l'impact de l'intégration des coûts d'investissement dans les forfaits liés aux prestations, et ce pour plusieurs raisons: les effets de nouvelles incitations se feront également sentir et le passage à des forfaits liés aux prestations s'effectuera par étapes; de plus, le financement lié aux prestations ne sera effectif que lorsque les cantons auront adapté leur planification.

5.3 Conséquences économiques

Le présent projet contient de nouvelles incitations ou renforce celles qui ont été introduites avec l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal. Les effets économiques découlant à moyen terme des changements de comportement escomptés sont impossibles à quantifier avec précision. C'est pourquoi ce chapitre décrit les changements de comportement attendus plus qu'il ne les quantifie. En appliquant les nouvelles règles de financement au secteur hospitalier sur la base des coûts actuels, seuls les transferts de charges entre les différents agents payeurs ont pu être évalués.

La révision du système de financement hospitalier n'entend pas remettre en cause les principes fondamentaux du système actuel. Elle vise cependant à lever certaines ambiguïtés qui perturbent le fonctionnement du système prévu par la loi et à renforcer plusieurs des mécanismes d'incitation à la maîtrise des coûts qui sont déjà inclus dans le système. La simplification des règles de financement et le gain de transparence qui en résultera dans le secteur hospitalier permettra une meilleure conscience des coûts effectifs et des responsabilités. Cette révision produira ses effets à court et moyen termes.

Dans le domaine de la santé, le marché est caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande et que les prix ne jouent pas de rôle direct pour le consommateur/assuré. Pour des raisons de politique sociale, le système doit en outre garantir à l'ensemble de la population l'accès à une offre en soins de haut niveau. L'utilisation rationnelle des ressources plaide en faveur d'un rôle directeur de l'Etat en matière de planification des infrastructures (mise à disposition des capacités nécessaires en fonction des besoins effectifs, coordination intra et intercantonale). L'extension de la planification hospitalière cantonale dans l'optique d'une garantie de la couverture en soins de tous les assurés se justifie donc entièrement, car la planification ne peut être efficace que de cette manière. En unifiant les règles de rémunération pour tous les hôpitaux inscrits sur la liste cantonale, la modification proposée permet de placer les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sur un pied d'égalité. A l'avenir, dans le cadre de la LAMal, des conditions identiques s'appliqueraient à tous les hôpitaux. Idéalement, seules les règles du marché et de la concurrence devraient déterminer l'accès au marché. On pourrait alors regretter que la révision augmente la sphère d'influence de l'Etat par l'extension de sa participation au financement et l'importance accrue de la planification. La réglementation proposée introduirait toutefois, dans le cadre ainsi fixé, plus de concurrence au niveau des tarifs. Dans un «marché» où la demande est dans une large mesure induite par l'offre, dans lequel les «prix» sont approuvés ou fixés par une autorité et où le consommateur ne paie pas directement les coûts liés à la prestation consommée, il y a lieu d'adapter à cette situation particulière les règles de participation au «marché».

La concurrence accrue dans le secteur hospitalier visée par le projet de révision aura pour effet une optimisation progressive des coûts de production et de la qualité. On peut supposer qu'une baisse des coûts de production se répercutera de manière positive sur l'évolution des primes et que les assurés disposeront, de ce fait, de plus de moyens pour la consommation privée. Par ailleurs, la charge financière plus lourde des cantons pourrait les inciter à utiliser de manière plus efficace l'instrument que constitue la planification.

La révision du système de financement des hôpitaux n'avait pas pour ambition première de renforcer le principe de solidarité inhérent à la LAMal ou de promouvoir un certain équilibre régional des soins de santé. Elle y contribue toutefois: le financement dual fixe des prestations permet en effet une meilleure coordination de la planification intercantonale. Il s'agit là déjà d'un pas important dans le sens d'une coordination encore plus étroite.

6 Lien avec la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons

La nouvelle péréquation financière a pour objet la dissociation des tâches, des compétences et des flux financiers entre la Confédération et les cantons, ainsi que la clarification des responsabilités entre ces deux niveaux étatiques (message du Conseil fédéral du 14 novembre 2001; FF 2002 2155). Dans le cadre des travaux afférents à cette réforme, on étudie également une dissociation des tâches dans le domaine de la sécurité sociale. Le financement hospitalier n'est pas directement concerné par cette redistribution. Toutefois, comme cela a été mentionné au ch. 2.2,

on s'efforce de répartir les tâches entre les cantons dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Cette démarche va dans le sens de la proposition faite dans le présent projet de révision.

7 Programme de la législation

Le projet est annoncé dans le rapport du 25 février 2004 sur le programme de la législation 2003–2007, où il figure en tant qu'objet des Grandes lignes (FF 2004 1063).

8 Relation avec le droit européen

8.1 Le droit de la Communauté européenne

Aux termes de l'art. 2 du Traité instituant la Communauté européenne (traité CE), la Communauté a pour mission de promouvoir un niveau de protection sociale élevé. La libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté est consacrée à l'art. 39 du traité CE. Elle requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 42 du traité CE. Le droit communautaire ne prévoit pas l'harmonisation des régimes nationaux de sécurité sociale, les Etats membres conservant la faculté de déterminer la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur système de sécurité sociale. La coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est mise en oeuvre par le règlement du Conseil n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et par son règlement d'application n° 574/72 (Règlements codifiés par le règlement du Conseil n° 118/97, JOCE n° L 28 du 30.1.1997, p. 1; modifiés en dernier lieu par le règlement du Conseil n° 859/2003, JOCE n° L 124 du 20.5.2003, p. 1). Depuis le 1^{er} juin 2002, date de l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres, la Suisse participe à ce système de coordination. Ce système ne peut fonctionner que si toutes les parties appliquent les mêmes règles.

La recommandation du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale (JOCE n° L 245 du 26.8.1992, p. 49) invite les Etats membres à assurer notamment aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies.

8.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme, pour les droits économiques et sociaux. L'art. 12 consacre le droit à la sécurité sociale: les Etats parties s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à le maintenir à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus élevé et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants

des autres Etats parties. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement en ayant refusé la ratification en 1987, ce traité ne lie pas notre pays.

La Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996 met à jour et adapte le contenu matériel de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne de 1961 qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Charte sociale révisée est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1999. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument.

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du Code doit notamment garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide et la durée des prestations servies peut être limitée à 26 semaines par cas.

Le Code européen de sécurité sociale est complété par un Protocole qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié le Protocole au Code.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Le Code (révisé) élève les normes du Code européen de sécurité sociale, notamment par l'extension du champ d'application personnel, par l'octroi de nouvelles prestations et par l'augmentation du montant des prestations en espèces. Il introduit parallèlement une plus grande flexibilité en ce sens que les conditions de ratification ont été assouplies et que les normes sont formulées d'une manière suffisamment souple pour tenir compte au mieux des réglementations nationales. N'ayant été ratifié par aucun pays, le Code (révisé) n'est pas encore en vigueur.

Parmi les instruments du Conseil de l'Europe, il faut encore mentionner les recommandations suivantes du Comité des Ministres aux Etats membres:

- Recommandation n° R (80) 15 du 14 novembre 1980 concernant une meilleure distribution des soins médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux;
- Recommandation n° R (86) 5 du 17 février 1986 sur la généralisation des soins médicaux.

8.3 Compatibilité du projet avec le droit européen

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) n'établit pas de normes dans les domaines que traite le présent projet de révision. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent.

9 Bases juridiques

9.1 Constitutionnalité

Le présent projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution.

9.2 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans les domaines suivants:

réglementation du flux de données (art. 22a, al. 4); principes de la planification hospitalière (art. 39, al. 5).

Répartition des charges de l'hospitalisation entre l'assurance obligatoire des soins (LAMal) et les cantons

Estimation pour l'année 2001	millions de francs	
Coûts des hôpitaux selon la statistique des coûts du système de santé	16 132	
– moins prestations ambulatoires	–2 431	
Coûts de l'hospitalisation	13 702	
– moins prestations payées par les autres assurances sociales (LAA, AI, AM) et la Confédération	–728	
– moins prestations payées par les institutions d'assurance privées	–2 772	
– moins participations des assurés aux frais dans l'assurance privée	–28	
Coûts de l'hospitalisation à la charge de l'assurance obligatoire des soins, des cantons et des ménages privés	10 174	
– moins paiements directs des ménages	–593	
– moins subventions publiques d'investissement	–915	
Estimation des coûts selon art. 49, al. 1, LAMal	8 666	100.00 %
– dont charges des cantons	4 771	55.05 %
– dont charges de l'assurance obligatoire des soins (y c. participations des assurés aux frais)	3 895	44.95 %

Office fédéral de la statistique: estimations sur la base de la statistique des coûts du système de santé, de la statistique des hôpitaux, de la statistique de l'assurance-maladie et de la statistique des institutions d'assurance privées.

Financement des hôpitaux

Années	Agents payeurs											Total									
	Etat																				
	Confédération			Cantons			Communes			En tout			Assurances sociales		Assurance privée ¹		Ménages privés ²		Autre financement privé		
												LAMal	LAA	AL-AVS	AM	En tout					
En millions de francs.																					
1995	1.5	3690.3	289.8	3981.5	3996.5	488.0	231.4	21.6	4737.5	2912.3	980.7	0.0	0.0	0.0	0.0	12 612.0					
1996	1.2	3882.3	356.4	4239.9	4338.6	492.6	237.0	19.6	5087.8	3199.6	656.6	0.0	0.0	0.0	0.0	13 184.0					
1997	1.4	3883.1	450.6	4335.1	4351.4	500.6	250.9	19.1	5122.0	2787.1	1056.2	0.0	0.0	0.0	0.0	13 300.5					
1998	1.1	3876.1	515.4	4392.5	4469.6	551.8	252.0	18.6	5292.0	2813.1	1229.2	0.0	0.0	0.0	0.0	13 726.9					
1999	0.0	4116.1	508.6	4624.8	4668.7	604.3	243.0	17.4	5533.4	2532.9	1578.8	0.0	0.0	0.0	0.0	14 269.9					
2000	0.1	4292.0	560.2	4852.3	4902.5	638.5	246.7	20.0	5807.7	2735.8	1499.7	0.0	0.0	0.0	0.0	14 895.5					
2001	1.4	5041.3	644.2	5686.9	5239.5	658.5	261.6	19.6	6179.3	2771.6	1494.4	0.0	0.0	0.0	0.0	16 132.1					
en %																					
1995	0.0	29.3	2.3	31.6	31.7	3.9	1.8	0.2	37.6	23.1	7.8	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					
1996	0.0	29.4	2.7	32.2	32.9	3.7	1.8	0.1	38.6	24.3	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					
1997	0.0	29.2	3.4	32.6	32.7	3.8	1.9	0.1	38.5	21.0	7.9	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					
1998	0.0	28.2	3.8	32.0	32.6	4.0	1.8	0.1	38.6	20.5	9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					
1999	0.0	28.8	3.6	32.4	32.7	4.2	1.7	0.1	38.8	17.8	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					
2000	0.0	28.8	3.8	32.6	32.9	4.3	1.7	0.1	39.0	18.4	10.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					
2001	0.0	31.3	4.0	35.3	32.5	4.1	1.6	0.1	38.3	17.2	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0					

1 Assureurs-maladie LAMal (caisses-maladie), en ce qui concerne les assurances complémentaires (LCA), et institutions d'assurance privées

2 Paiements directs des ménages aux fournisseurs de biens et services pour prestations non couvertes par les assurances

