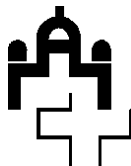


Ständerat

Conseil des Etats

Consiglio degli Stati

Cussegl dals stadis



04.061 é Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle (financement hospitalier)

Rapport explicatif

de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 30 août 2005

Lors de sa séance du 30 août 2005, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) a adopté le projet du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la « LAMal. Financement hospitalier (04.061é) » après y avoir apporté d'importantes modifications. Le 20 septembre 2005, le Conseil des États est entré en matière sur le projet, qu'il a simultanément renvoyé à la commission en la chargeant d'organiser une consultation auprès des gouvernements cantonaux et de soumettre de nouveau ce projet au conseil pendant la session d'hiver.

Les propositions de la commission figurent sur le dépliant (cf. annexe).

Pour la commission :
La présidente

Christiane Brunner

Contenu du rapport :

Exposé d'entrée en matière de la présidente de la commission

Extrait du rapport de la sous-commission du 16 juin, y compris les passages ajoutés à l'issue de la séance de commission du 30 août 2005

1 Exposé d'entrée en matière de la présidente de la commission du 20 août 2005

L'essentiel du projet du Conseil fédéral consiste dans le fait de passer d'un système dans lequel les cantons subventionnent les hôpitaux publics ainsi que d'autres hôpitaux privés à un système de paiements forfaitaires des prestations. Dans ce système, le financement se fait sur la base de l'activité (les prestations) et non plus de la structure ou de la durée de l'hospitalisation. Ainsi par exemple, une appendicite sera financée à un coût tarifé quelle que soit la gravité et la durée de l'hospitalisation. Dans le domaine de l'assurance de base, le Conseil fédéral propose dès lors de financer chaque prestation selon un forfait fixé à l'exclusion d'un certain nombre de cas particuliers, tels que la multi morbidité et de problèmes d'ordre psychiatrique. Notre commission, et avec elle tous les protagonistes auditionnés, a suivi le Conseil fédéral dans sa proposition de passer d'un système de subventionnement à un système de paiements forfaitaires à la prestation. C'est en effet un système qui a déjà été introduit dans un certain nombre de cantons, c'est un système qui donne d'excellents résultats quant à la transparence des coûts et qui permet la comparaison entre établissements hospitaliers. Tout le monde espère ainsi que la transparence permettra d'améliorer l'efficacité et à terme de faire des économies dans le domaine stationnaire.

En sortant du système du financement institutionnel, le Conseil fédéral pose le problème essentiel du financement des hôpitaux. Il fixe tout d'abord comme principe, et nous l'avons suivi dans ce sens, que la forme juridique que revêt l'établissement hospitalier n'a plus aucune importance. Deuxièmement, il propose de répartir entre l'assurance-maladie et le canton la prise en charge du forfait de la prestation à raison de 50% chacun. Cette répartition, qui apparaît bien raisonnable, a toutefois un effet catastrophique sur l'augmentation des primes dans tous les cantons où la participation cantonale était jusqu'à présent globalement supérieure à 50%. Il semble qu'en moyenne suisse, les primes augmenteraient ainsi de 7% alors que les assurés n'auraient rien de plus qu'un changement de système dans le financement hospitalier. Ne serait-ce que pour cette raison, la proposition du Conseil fédéral semblait vouée à l'échec. Nous aurions sans doute pu proposer une répartition différente entre les cantons et l'assurance de base, par exemple 60% à charge des cantons et 40% à charge de l'assurance, mais cette solution ne tient pas compte de l'extrême diversité cantonale et la majorité des cantons l'aurait ainsi refusée. D'autre part, le Conseil fédéral a repris dans son projet de loi l'obligation de passer à un système de financement moniste dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la LAMal ainsi modifiée et la grande majorité de la commission ne pouvait croire à la faisabilité d'une telle promesse et mettait sérieusement en doute la volonté du Conseil fédéral de reprendre tout le dossier trois ans après avoir obligé tous les établissements hospitaliers et les cantons à changer de système.

Enfin notre commission s'est penchée attentivement sur les inégalités de traitement existantes entre les prestations ambulatoires et stationnaires. Cette inégalité constitue une maladie congénitale de la LAMal qu'il convient d'éliminer. Historiquement, le domaine stationnaire est le domaine des cantons et le domaine ambulatoire celui des médecins. Il y a vingt ans encore, il était fort rare qu'un hôpital offre une prestation ambulatoire. Mais les choses ont bien changé et elles provoquent des incitations parfois contradictoires mais qui relèvent simplement du flux financier et en aucun cas du traitement le plus approprié pour le patient. Ainsi par exemple les assureurs tendent à faire hospitaliser leurs assurés dans la mesure où là le canton doit participer au financement alors que les cantons ont développé leurs prestations ambulatoires dans les hôpitaux parce que ces prestations sont entièrement à la charge des assureurs. Il faut noter aussi que nous avons déjà passé beaucoup de temps dans notre vie parlementaire pour définir ce qu'était une prestation ambulatoire ou stationnaire et surtout ce que sont les soins semi-hospitaliers. Définitions qui relèvent de la quadrature du cercle et donc insolubles.

C'est ainsi que notre commission a cherché une solution qui crée un flux financier identique dans les domaines stationnaire et ambulatoire. Cette mission a été confiée à une sous-commission qui a siégé huit fois et a transmis son rapport à la commission plénière qui l'a

adopté à l'unanimité. La solution trouvée est certes innovante mais elle répond en tout point au mandat confié :

- les flux financiers sont les mêmes dans le domaine ambulatoire et dans le domaine stationnaire,
- les cantons doivent participer selon une quote-part définie qui ne peut être inférieure, sauf exception, à la moyenne nationale
- et l'assurance-maladie prend en charge le reste.

Avec les chiffres dont nous disposons et qui nous ont été donnés par l'Administration fédérale sur la base de l'année 2002, nous sommes arrivés au résultat que les cantons payaient en moyenne 30% de l'ensemble des prestations tant ambulatoires que stationnaires. Cette part résulte de l'addition de tout ce que les cantons paient en subventions ou en infrastructure aux hôpitaux, en subventions aux établissements médico-sociaux et aux soins à domicile. Dans quelques cantons il est difficile de séparer la recherche et la formation universitaire des coûts hospitaliers, d'autres cantons ont déjà procédé à cette séparation. Il est donc possible que ces chiffres soient d'un degré de précision insuffisant et il appartiendra au Conseil national de les préciser et de les actualiser. Les cantons qui, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, ont une quote-part supérieure à la moyenne nationale peuvent la diminuer de 0,5% par année mais ils n'en ont pas l'obligation. Les cantons qui, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, ont une quote-part inférieure à la moyenne nationale doivent augmenter leur participation de 1% par an sauf pour les cantons dont la prime moyenne d'assurance de base est inférieure à la prime moyenne nationale ; il n'est en effet pas raisonnable d'imposer dans ces cantons une augmentation de charges alors qu'ils ont déjà une prime très basse. Aucun canton ne peut toutefois diminuer sa quote-part en dessous de celle qu'il verse à l'entrée en vigueur de la loi quelle que soit l'évolution de ses primes. Ceci va très certainement améliorer la situation au niveau des primes car les cantons, jusqu'au moment du changement intervenu par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances sur les prestations, avaient baissé constamment leur participation aux coûts. Ce sont les cantons qui fixent leur quote-part en se basant sur les dispositions de la loi et sur les statistiques de la Confédération. Il n'y a aucun droit de recours contre cette décision cantonale.

Il faut insister dans ce contexte sur le fait que le Conseil fédéral propose que les cantons versent leurs contributions de 50% à toutes les prestations hospitalières, qu'elles soient fournies au standard de la division commune ou au standard des divisions semi-privée et privée. Notre commission a suivi la logique du Conseil fédéral qui est la logique de l'interprétation de la loi actuelle par le Tribunal fédéral des assurances à laquelle les cantons ne veulent pas se rallier. Et lorsque les cantons prétendent que notre système coûte près de 2 milliards de plus que le système actuel, il s'agit premièrement d'un milliard pour les prestations cantonales en divisions semi-privée et privée conformément à la proposition du Conseil fédéral et, deuxièmement d'un milliard en ce qui concerne les établissements médico-sociaux et les soins à domicile qui est encore à l'heure actuelle à la charge des cantons. Par rapport au projet du Conseil Fédéral, la proposition de notre commission n'entraîne donc aucune charge supplémentaire ni pour les assurés, ni pour les cantons, ni pour la Confédération.

Il convient aussi d'apporter quelques précisions sur les compétences de planification des cantons. Il existe une première phase qui est simplement l'autorisation de police sanitaire d'ouvrir un établissement hospitalier puis, dans une deuxième phase, le canton doit dire quels sont les établissements hospitaliers qu'il reconnaît et auxquels il doit donner un mandat de prestations de telle manière à ce que les prestations fournies soient prises en charge par l'assurance de base. Il s'agit donc de la planification hospitalière que doit établir chaque canton et dont le résultat figure dans une liste.

Tous les établissements hospitaliers qui n'existent pas sur cette liste de planification ou qui offrent des prestations qui ne sont pas comprises dans leur mandat ne reçoivent pas la part cantonale pour ces prestations. Les cantons peuvent donc notablement diminuer leurs coûts s'ils entreprennent une planification qui corresponde vraiment aux besoins. Les cantons peuvent aussi octroyer des mandats de prestations couvrant un intérêt général comme par exemple l'obligation de prise en charge, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, alors que les prestations ne sont pas entièrement couvertes par les forfaits, ainsi que la recherche et la formation universitaire. Ces prestations d'intérêt général sont alors prises en charge uniquement par les cantons. Nous avons d'autre part tenu compte de la plainte des cantons se rapportant au fait qu'ils ne pouvaient pas appliquer leurs compétences de planification parce que les établissements hospitaliers exclus de la planification faisaient toujours recours, que les procédures étaient extrêmement longues et qu'en général ces établissements obtenaient gain de cause. Nous avons donc réduit la durée de la procédure de manière drastique et, en cas de recours dans le cadre de la planification, restreint les griefs à la violation du droit fédéral en excluant totalement le grief d'inopportunité de la décision.

2. Commentaires des différentes dispositions

Art. 25, 29, 35

Il faut donner suite à la proposition du Conseil fédéral, ce qui signifie que la notion de « division commune » et celle de « semi-hospitalier » doivent être supprimées. Pour clarifier la question de la prise en charge des coûts du séjour à l'hôpital, il faut cependant ajouter « correspondant au standard de la division commune ».

Art. 39

Conformément à la proposition du Conseil fédéral, la planification hospitalière doit porter sur tous les assurés, qu'ils soient « uniquement » au bénéfice de l'assurance obligatoire ou qu'ils aient conclu une assurance complémentaire. En outre, les cantons doivent convenir d'une planification commune de la médecine hautement spécialisée.

S'agissant de l'admission des hôpitaux, il faut rappeler qu'elle est soumise à une procédure qui se déroule en plusieurs étapes. Sur la base de sa compétence de police sanitaire, le canton où se trouve l'hôpital lui accorde tout d'abord une autorisation d'exploitation en tant qu'institution. Ensuite, il décide quels hôpitaux doivent fournir des prestations d'intérêt général et quels hôpitaux ou divisions sont admis à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Un hôpital doit non seulement disposer d'une assistance médicale suffisante, du personnel qualifié nécessaire et d'équipements adéquats, mais également correspondre à la planification établie par un ou plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins. En publiant la liste hospitalière, le canton décide d'admettre un hôpital à fournir des prestations dans les domaines précisés. La liste est donc le résultat de la planification hospitalière. Les cantons sont tenus d'établir une liste mentionnant tous les hôpitaux ou celles de leurs divisions qui sont nécessaires pour garantir l'approvisionnement en soins de la population. Lorsqu'elles correspondent à la planification, leurs prestations sont rémunérées par les assureurs. Des prestations qui ne correspondent pas à la planification ne sont pas rémunérées.

Le mandat de prestations représentait jusqu'à présent l'instrument qui permettait de fixer les tâches que devait accomplir un hôpital donné. Ce qui représente une nouveauté est la distinction entre les mandats pour prestations d'intérêt général et l'admission à proprement parler pour la fourniture des prestations selon la LAMal (au moyen d'une décision d'admission). La signification de la notion de « mandat de prestations » change par rapport à celle qui est actuellement en vigueur : la mention d'un hôpital sur la liste hospitalière détermine dans quel domaine un hôpital a le droit de fournir des prestations, ceci sans obligation de rétribution pour le canton, alors que la question des prestations d'intérêt général est réglée par le canton avec le mandat de prestations. Ce dernier est lié à une attribution de capacités, afin de parvenir à la gestion nécessaire de l'offre. Lors de l'admission à fournir des prestations selon LAMal, les cantons doivent veiller à ce que les hôpitaux ou leurs divisions soient en mesure d'accomplir les tâches qui leur incombent. Aucune obligation des hôpitaux à maintenir les capacités n'est liée à la décision d'admission. Si l'hôpital ne maintient pas les capacités fixées dans l'admission, il lui appartient de réagir en conséquence. Dans ce cas, le canton peut soit attribuer ces capacités pour la fourniture de prestations selon la LAMal à un autre hôpital, soit, lorsque les prestations nécessaires sont considérées d'intérêt général, les attribuer à un hôpital par le biais d'un mandat de prestations pour prestations d'intérêt général comportant une obligation de rétribution. En effet, il incombe en principe aux cantons de veiller à ce que les capacités nécessaires pour la couverture en soins soient mises à disposition.

Art. 41, al. 1 et 2

Selon proposition du Conseil fédéral.

Art. 41, al. 3

Cet alinéa doit être supprimé ; la proposition du Conseil fédéral se réfère au financement dual-fixe, cependant le canton de résidence, dans le modèle proposé, ne participe pas directement à la rémunération. Les questions relatives à la participation cantonale à l'ensemble des prestations selon la LAMal sont réglées aux art. 49a, respectivement 66b et 66c.

Art. 47, al. 2

La proposition du Conseil fédéral partait du principe que la suppression de l'obligation de contracter allait entrer en vigueur avant la nouvelle réglementation du financement hospitalier. Toutefois, comme l'ordre des révisions a été modifié entre-temps par les Chambres fédérales, on ne peut plus faire référence au contrat d'admission. Il convient au contraire de partir du texte actuel de loi. La disposition en vigueur doit être adaptée, car elle mentionne encore le traitement semi-hospitalier.

Art. 49, al. 1 et 2

Selon la proposition du Conseil fédéral, on passe d'une couverture des coûts axée sur l'input à un financement des prestations axé sur l'output. Pour cette raison, la rémunération du traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital, s'effectue au moyen de forfaits liés aux prestations fondés sur des structures uniformes au niveau suisse. Les parties à la convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales soient facturées séparément. La rémunération couvre aussi bien les coûts d'exploitation que les coûts d'investissement. Si les rémunérations ne couvrent pas les coûts, la couverture des déficits incombe aux propriétaires des hôpitaux concernés.

Art. 49, al. 3 et 4

Cette disposition doit être adaptée dans la mesure où la proposition du Conseil fédéral fait référence au modèle dual-fixe. Il convient toutefois de conserver la règle selon laquelle la part des coûts pour la formation et la recherche ne peut pas être prise en compte dans les rémunérations. D'une part, cela correspond à la jurisprudence du Conseil fédéral et d'autre part, dans le présent modèle, le canton finance séparément la formation et la recherche au titre de prestation d'intérêt général au sens de l'art. 49a.

Art. 49a (nouveau)

Les cantons fixent dans les mandats de prestations selon l'art. 39, al. 4, quelles prestations d'intérêt général sont fournies par les hôpitaux. Les prestations d'intérêt général englobent notamment l'obligation de prise en charge, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. En s'écartant de la jurisprudence actuelle du Conseil fédéral, seule la formation universitaire est désignée comme une prestation d'intérêt général, mais pas les coûts de la formation post-graduée des médecins ainsi que les coûts de la formation de base et de la formation post-graduée du personnel soignant et du personnel paramédical. Les coûts de la formation post-graduée sont en principe supportés par les personnes qui suivent cette formation, ce qui n'exclue pas une contribution de l'établissement.

Il appartient au canton de financer les coûts supplémentaires qui sont occasionnés par la mise à disposition des capacités nécessaires pour les prestations d'intérêt général ; les prestations médicales à proprement dite étant prises en charge par l'assurance-maladie. Le canton détermine celles-ci dans le mandat de prestations.

Art. 50

Selon proposition du Conseil fédéral.

Art. 53, al. 2

La procédure de recours devant le Conseil fédéral doit être accélérée dans une mesure telle que de nouveaux faits et moyens de preuve ne puissent être présentés que pour autant que la décision attaquée le nécessite ; un échange d'écritures supplémentaire n'est en outre plus admis. Cette réglementation est valable pour les recours au Conseil fédéral, mais en revanche pas automatiquement pour des recours à une date ultérieure au Tribunal administratif fédéral. Les décisions prises aux termes de l'art. 39 ne peuvent faire l'objet d'un recours qu'en cas de violation du droit fédéral. Le grief d'inopportunité de la décision est totalement exclus.

Art. 64 Abs. 1

Dans le modèle de la commission, il est nécessaire de compléter à l'art. 64 le premier alinéa par une précision. En effet, la formulation actuelle ne permet pas de savoir si l'expression « coûts des prestations dont ils bénéficient » se rapporte uniquement aux frais AOS couverts par les assureurs ou si elle englobe également les frais couverts par les cantons aux termes de l'art. 49, al. 1, LAMal. Jusqu'ici, cette disposition a toujours été interprétée dans le premier sens, de telle sorte que le calcul de la participation des assurés se fonde uniquement sur la part des dépenses AOS couvertes par les assureurs. Si le modèle proposé par la CSSS ne changera rien à cette pratique, il convient de le dire de manière explicite.

Art. 66b et c (nouveau)

Dans le modèle de financement proposé par la commission, la quote-part minimale au plan suisse des cantons pour les prestations selon la LAMal est fixée dans la loi à 30 pour cent. Ce chiffre reflète la quote-part au financement des cantons et des assureurs (voir tableau, annexe 2). La part au financement supportée par les cantons et les assureurs ne doit pas changer au moment du passage à ce modèle. Un canton peut être en dessous de cette quote-part minimale et fixer une quote-part plus basse, lorsque le niveau moyen des primes pour les adultes dans le canton est inférieur à la moyenne sur le plan suisse.

Les fournisseurs de prestations facturent aux assureurs l'ensemble des coûts des prestations selon la LAMal. Pour faire valoir la contribution cantonale, les assureurs établissent chaque trimestre pour chaque canton un aperçu des coûts pris en charge. Les cantons sont habilités à vérifier ces indications auprès de l'assureur. Si des indications médicales sont concernées par cet examen, celui-ci a lieu sous la surveillance du service du médecin cantonal. Les litiges entre cantons et assureurs portant sur la contribution cantonale sont jugés par le tribunal des assurances du canton concerné.

Dans le cadre d'une loi, les cantons peuvent prévoir que la part de rémunération qui incombe à un canton, soit directement versée au fournisseur de prestations.

Art. 79a

La proposition du Conseil fédéral ne doit pas être retenue. La référence au canton de domicile ne conviendrait pas au modèle proposé, car tous les traitements sont financés par le biais de l'assureur et l'assureur reçoit la contribution du canton. Dans le cas du droit de recours d'un assureur, le droit du canton doit être clarifié entre assureur et canton.

Art. 104a, al. 2

Selon proposition du Conseil fédéral.

Dispositions transitoires, al. 1

Selon proposition du Conseil fédéral.

Dispositions transitoires, al. 2

Selon la proposition du Conseil fédéral, ce dernier doit déterminer la date à compter de laquelle les forfaits liés aux prestations doivent se fonder sur des structures uniformes. L'introduction des

différentes structures se fait par étapes après l'entrée en vigueur de la modification. Sur la base de l'al. 3 de la proposition du Conseil fédéral, une règle est introduite selon laquelle ce dernier doit déterminer comment les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

Dispositions transitoires, al. 3, 4 et 5

La proposition du Conseil fédéral ne doit pas être retenue. Le nouveau modèle proposé rend obsolètes les dispositions relatives au passage au modèle dual-fixe ainsi que celles concernant un modèle moniste à introduire, le cas échéant, à une date ultérieure.

Dispositions transitoires, al. 6 et 7

Tous les cantons dont la part de financement se situe, lors de l'entrée en vigueur de la modification de la loi, en dessous du taux légalement fixé de 30 pour cent, doivent relever leur quote-part, si le niveau de la prime moyenne pour adultes dans le canton est égal ou supérieur à la moyenne sur le plan suisse. L'augmentation s'élève à un point de pourcentage par année. Dans la mesure où, dans aucun des cantons concernés, la quote-part n'était inférieure à 25 pour cent en 2002, on peut partir du principe que l'adaptation à la nouvelle réglementation peut s'effectuer dans un délai de cinq ans. Dans le même temps, il faut fixer que les cantons dont la part au financement est supérieure à la quote-part minimale de 30 pour cent, peuvent abaisser leur quote-part, toutefois uniquement par réductions annuelles de 0,5 point de pourcentage au maximum.

Dispositions transitoires, al 8 et 9

Au moment où les forfaits liés aux prestations seront entrés en vigueur, les comparaisons entre hôpitaux ne seront plus nécessaires.

Entrée en vigueur

Afin de laisser suffisamment de flexibilité pour l'entrée en vigueur, la détermination de cette date doit incomber au Conseil fédéral. Il serait judicieux de prévoir une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.