

Questions liées à un financement uniforme avec intégration des prestations de soins

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 15 mars 2022

Table des matières

1	Introduction	1
2	Titre de l'acte législatif en cas d'intégration des prestations de soins.....	1
3	Participation des patients aux coûts des prestations de soins	2
4	Lien entre la contribution cantonale, le niveau des primes et la réduction des primes	4
4.1	Une hausse de la contribution cantonale doit conduire à un allègement des primes ...	4
4.2	Utilisation des recettes fiscales en cas de réduction de la contribution cantonale	6
5	Accès des cantons aux données des factures	7
5.1	Solution possible dans le sens des assureurs.....	7
5.2	Solution possible dans le sens des cantons	8
5.2.1	Mise en œuvre au niveau législatif.....	8
5.2.2	Droit de contestation de la prise en charge de la contribution cantonale	8
5.2.3	Données et informations provenant de contrôles en aval	9
5.2.4	Transmission électronique des factures.....	9
5.3	Avis de la CDS.....	10
5.4	Avis des assureurs	11
5.5	Conclusion du point de vue de l'OFSP	13
6	Approvisionnement en soins hospitaliers durant la pandémie de COVID-19	14
7	Garantie de la qualité dans les établissements médico-sociaux	16
7.1	Lien avec la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers	16
7.2	Indicateurs de qualité dans les EMS	16
7.3	Conventions de qualité.....	17

1 Introduction

Lors de ses séances des 21 janvier et 18 février 2022 consacrées au traitement de l'iv. pa 09.528 Humbel « Financement moniste des prestations de soins », la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE) a chargé respectivement prié l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'approfondir les questions suivantes :

- Proposer pour l'acte législatif un titre qui exprime que les prestations de soins seront intégrées dans le financement uniforme (voir ch. 2).
- La contribution des patients aux coûts des prestations de soins ne doit pas être plus élevée que jusqu'ici. Proposer pour cela des formulations qui imposent un certain cadre au Conseil fédéral pour la fixation de cette contribution (voir ch. 3).
- Montrer les possibilités qui existent pour garantir que, durant la phase de transition, les conséquences financières pour les cantons (dus à la contribution cantonale) aient un effet d'allègement correspondant pour les payeurs de primes (voir ch. 4).
- Élaborer, en lien avec le thème du contrôle des factures et de la transparence des données pour les cantons, dans le cas d'un financement uniforme, des dispositions complémentaires qui reprennent entièrement la position et les propositions des cantons et des assureurs (voir ch. 5).
- Exposer les conclusions qui peuvent être tirées des expériences faites avec la pandémie de COVID-19 en ce qui concerne l'approvisionnement en soins hospitaliers et les réserves de capacité des hôpitaux, ainsi que les adaptations législatives indiquées le cas échéant (voir ch. 6).
- Montrer comment la qualité est garantie dans les établissements médico-sociaux, quelles mesures sont prévues à cet égard et dans quelle mesure il existe un lien avec la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers (voir ch. 7).

2 Titre de l'acte législatif en cas d'intégration des prestations de soins

Dans le projet de loi adopté par le Conseil national, le titre de l'acte était formulé comme suit : « Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – (Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation) ». Si les prestations de soins sont également intégrées dans le financement uniforme, la question se pose de savoir si ce titre doit ou devrait être adapté.

Pour l'OFSP, il n'est pas absolument impératif d'adapter le titre de l'acte législatif. En effet, d'un point de vue strictement juridique, les prestations de soins sont des prestations ambulatoires au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et peuvent donc être théoriquement comprises dans les « prestations ambulatoires et prestations avec hospitalisation ». Si le titre de l'acte devait être adapté afin de mettre en évidence que le financement uniforme porte sur toutes les prestations selon la LAMal, un titre adapté dans ce sens pourrait être le suivant : « Financement uniforme des prestations au sens de la LAMal ».

3 Participation des patients aux coûts des prestations de soins

Les assurés dépendant de soins participent aujourd'hui aux coûts des prestations de soins par une contribution spéciale qui s'ajoute à la participation aux coûts normale prévue à l'art. 64 (al. 2) LAMal. Cette contribution s'élève à 20 % au maximum de la contribution maximale de l'assurance obligatoire des soins (AOS) aux prestations de soins fixée par le Conseil fédéral. Les cantons et les communes peuvent, sur une base volontaire, assumer tout ou partie de la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins, ce que beaucoup de cantons font, en particulier, pour les soins à domicile.

Avec un financement uniforme, il n'y aurait plus de contribution de l'AOS à laquelle rattacher celle des assurés. Afin de garantir une transition vers un financement uniforme qui soit neutre en termes de coûts pour les cantons, les payeurs de primes et les assurés, l'OFSP a proposé, dans ses rapports du 30 novembre 2020 et des 5 janvier et 7 février 2022, que la contribution des patients aux coûts des prestations de soins soit maintenue au niveau actuel et que le Conseil fédéral, comme aujourd'hui, puisse en adapter le montant au besoin. Les cantons devraient pouvoir continuer de prendre en charge, s'ils le souhaitent, tout ou partie de cette contribution.

La transition peut être neutre en termes de coûts pour tous les agents payeurs s'il est prévu que la contribution des patients aux coûts des prestations de soins soit fixée par le Conseil fédéral (art. 64, al. 5^{bis}) et que les cantons et les communes, comme aujourd'hui, puissent en prendre en charge tout ou partie sur une base volontaire (art. 64, al. 5^{bis} et 8). Une prescription inscrite dans les dispositions transitoires (al. 6) peut garantir que, la première fois, le Conseil fédéral fixe cette contribution au montant actuel (23 francs) et qu'il ne puisse l'adapter en vertu de ses compétences propres qu'après un délai de deux ans, par exemple. Outre la neutralité en termes de coûts de la transition, cette manière de faire garantit le maintien de la compétence actuelle du Conseil fédéral de fixer le montant de la contribution des patients aux coûts des prestations de soins.

Comme la contribution des assurés aux coûts des prestations de soins devrait être réglée dans une ordonnance, une consultation sera menée avant d'en fixer le montant, de sorte que les cantons, les assureurs et les organisations qui représentent les intérêts des patients puissent s'exprimer à ce sujet.

Une formulation différente de l'art. 64, al. 5^{bis}, permettrait aussi de limiter la compétence du Conseil fédéral d'adapter à l'avenir le montant de cette contribution aux cas dans lesquels certains critères seraient remplis. Divers critères sont envisageables, par exemple une adaptation à la seule évolution des prix (indice des prix à la consommation national) ou à l'évolution des coûts, par exemple à l'évolution des coûts des prestations de soins par personne dépendant de soins ou à celle des coûts, par assuré, de l'ensemble des prestations LAMal.

Une adaptation à l'évolution des coûts – qu'il conviendrait de définir plus précisément – aurait pour conséquence que les parts de financement, en pourcentage, du canton, des payeurs de primes et des personnes dépendant de soins resteraient plus ou moins les mêmes sur la durée. En cas d'augmentation des coûts des soins par personne dépendant de soins (mais non en cas d'augmentation du nombre de ces personnes), la charge pesant sur ces dernières augmenterait en chiffres absolus, de même que celle pesant sur les payeurs de primes et les contribuables.

Une adaptation au seul renchérissement, donc à la dépréciation monétaire (inflation), aurait pour conséquence que, même si les coûts par assuré augmentent, la charge pesant sur les personnes dépendant de soins resterait la même en valeur réelle. Dans l'hypothèse, réaliste, où les coûts des soins par assuré augmenteraient plus fortement que le renchérissement général, seuls les payeurs de primes et les contribuables subiraient donc une charge plus lourde en valeur réelle, mais non les personnes dépendant de soins.

Enfin, la compétence de fixer la contribution des patients aux coûts des prestations de soins pourrait être assumée par le législateur lui-même en fixant le montant en francs (par exemple à 23 francs par jour). Une telle réglementation serait toutefois très rigide et toute modification prendrait beaucoup de temps, car seul le législateur lui-même serait habilité à adapter le montant de la contribution. Si la dépréciation monétaire (inflation) s'accroissait, le montant nominal de la contribution assumée par les personnes dépendant de soins, qui resterait constant, pèserait de moins en moins en valeur réelle.

L'OFSP maintient sa proposition de fixer la contribution des patients aux coûts des prestations de soins à 23 francs par jour lors de la transition (al. 6 des dispositions transitoires) et de laisser au Conseil fédéral la compétence de procéder à d'éventuelles adaptations ultérieures (art. 64, al. 5^{bis}). Les cantons et les communes devraient pouvoir, s'ils le souhaitent, prendre en charge tout ou partie de cette contribution (art. 64, al. 5^{bis} et 8). Cela reviendrait à maintenir une situation analogue à la situation actuelle. L'absence de critères stricts applicables à la fixation de la contribution par le Conseil fédéral offre la garantie de pouvoir réagir de façon flexible aux changements de circonstances, en tenant compte des intérêts respectifs des contribuables, des payeurs de primes et des personnes dépendant de soins. Au moment d'instaurer le nouveau régime de financement des soins, il y a plus de dix ans, le législateur avait là aussi décidé de ne pas adapter automatiquement la contribution de l'AOS et donc aussi celle des patients à l'évolution des coûts ou au renchérissement. Le montant de la contribution des assurés aux frais de séjour en cas d'hospitalisation, qui est actuellement de 15 francs par jour, est lui aussi fixé par le Conseil fédéral au niveau de l'ordonnance.

En outre, il pourrait être fixé dans un nouvel alinéa 6 des dispositions transitoires, comme explicité dans le rapport de l'OFSP du 7 février 2022 (ch. 4), que le Conseil fédéral fixe initialement et pour une durée de deux ans par exemple, la contribution maximale des patients pour les prestations de soins au niveau actuel, à savoir 23 francs :

« Le Conseil fédéral fixe pour les deux premières années après l'entrée en vigueur de la modification de l'art. 64, al. 5^{bis} la contribution maximale des patients pour les prestations de soins selon l'art. 64, al. 5^{bis} à hauteur de 23 francs par jour. »

4 Lien entre la contribution cantonale, le niveau des primes et la réduction des primes

À l'échelle de la Suisse, le passage à un financement uniforme sera neutre en termes de coûts, tant pour l'ensemble des cantons que pour l'ensemble des assureurs. Mais au niveau de chacun des cantons, les charges pourront augmenter ou diminuer en ce qui concerne le financement par les impôts ou par les primes. Néanmoins, du point de vue global du financement par les primes et par les impôts, la transition sera neutre en termes de coûts pour les différents cantons également.

Lors du passage à un financement uniforme, si un pourcentage minimal uniforme au niveau suisse est appliqué à la contribution cantonale, quelques cantons devront augmenter leur part de financement. Cela concerne les cantons qui, aujourd'hui, participent moins que la moyenne des cantons au financement des prestations, toutes prestations confondues, parce que, dans ces cantons le volume des coûts des prestations ambulatoires par rapport à celui des prestations stationnaires dépasse la moyenne. À l'inverse, dans ces cantons, les payeurs de primes y seront déchargés dans la même proportion. Les primes baisseront, ou augmenteront moins vite, que l'augmentation des coûts ne le laisserait présager. Cela concerne les cantons dans lesquels, aujourd'hui, la part de financement au moyen des recettes fiscales est relativement faible, et les primes, souvent relativement élevées.

D'autres cantons pourraient opter pour une baisse de la part financée au moyen des recettes fiscales. Cela concerne les cantons qui, aujourd'hui, participent davantage que la moyenne des cantons au financement des prestations, toutes prestations confondues, parce que, dans ces cantons, le volume des coûts des prestations ambulatoires par rapport à celui des prestations stationnaires est inférieur à la moyenne. Si ces cantons décident de réduire volontairement la part financée par les impôts, la charge incombant aux payeurs de primes augmentera dans la même proportion ; autrement dit, les primes augmenteront davantage que l'évolution des coûts ne le laisserait présager. Cette possibilité s'offrirait aux cantons dans lesquels, aujourd'hui, la part de financement au moyen des recettes fiscales est relativement élevée, et les primes, souvent relativement basses.

Dans ce contexte, deux questions se posent :

- Comment garantir qu'une augmentation de la contribution cantonale se traduise par un allègement correspondant des primes ? Ce point est discuté au ch. 4.1.
- Comment les cantons qui peuvent alléger leur charge utiliseront-ils les moyens financiers devenus disponibles, et comment garantir que la hausse des primes qui en résultera soit atténuée, là où il le faut, par des réductions de primes ? Ce point est discuté au ch. 4.2.

4.1 Une hausse de la contribution cantonale doit conduire à un allègement des primes

La réforme dans son ensemble est neutre en termes de coûts, tant pour les cantons que pour les assureurs. Mais les cantons qui, aujourd'hui, participent moins que la moyenne au financement des prestations devront augmenter leur part de financement durant la phase transitoire. Si ces cantons participent davantage aux coûts des prestations au sens de la LAMal, les coûts des prestations qui restent à la charge des assurés y baisseront.

Les dispositions légales existantes garantissent déjà que des coûts plus faibles à la charge des assureurs dans un canton mènent à une diminution, dans la même proportion, de la charge des primes dans ce canton. L'art. 16 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSA-Mal ; RS 832.12) prévoit que les tarifs de primes de l'AOS sont soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance (al. 1). Celle-ci vérifie que les tarifs garantissent la solvabilité de l'assureur et les intérêts des assurés au sens de la LAMal (al. 2). Les primes de l'assureur couvrent les coûts

(al. 3). L'autorité de surveillance n'approuve pas les tarifs lorsque les primes ne respectent pas les prescriptions légales, en particulier si elles dépassent de manière inappropriée les coûts ou qu'elles entraînent des réserves excessives (al. 4). Si elle n'approuve pas les tarifs, l'autorité de surveillance ordonne les mesures à prendre (al. 5). Avant l'approbation des tarifs, les cantons peuvent donner leur avis aux assureurs et à l'autorité de surveillance sur les coûts estimés pour leur canton. Ils peuvent obtenir les informations nécessaires auprès des assureurs et de l'autorité de surveillance (al. 6).

La couverture des coûts est le principe le plus important pour la fixation des primes. Les primes doivent couvrir les coûts attendus par assureur et par canton. Si la nouvelle réglementation légale du financement uniforme conduit à une baisse des coûts, il en résultera une baisse des primes dans les mêmes proportions, le principe de la couverture des coûts le garantit. En effet, techniquement parlant, cette baisse des coûts est facile à calculer si les paramètres (champ d'application du financement uniforme, pourcentage de la contribution cantonale) ont été fixés au niveau politique. Lors du passage au financement uniforme, les primes à adopter se fonderont, comme chaque année, sur l'estimation de l'évolution des coûts pour l'année en cours (année projetée) et pour l'année suivante (année budgétée). Cette évolution est difficile à prévoir, et elle diffère tant d'un assureur à l'autre que d'un canton à l'autre. Les prévisions faites peuvent, après coup, se révéler trop optimistes ou trop pessimistes. Les réserves des assureurs jouent elles aussi un rôle. Leur évolution dépend, notamment, de la situation sur les marchés des capitaux. C'est pourquoi il n'est pas possible de définir une règle abstraite selon laquelle une hausse de la contribution cantonale, par exemple de 100 francs par assuré, par année et par canton, entraînerait nécessairement, la même année, une réduction de primes de 100 francs. Les dispositions existantes ainsi que les efforts déployés par l'OFSP garantissent cependant qu'à moyen terme, sur une durée donnée, les assurés ne paient pas trop ou trop peu de primes. Une réduction des coûts résultant d'une augmentation de la contribution cantonale se traduira donc intégralement par une baisse correspondante des primes. Il convient de préciser que les cantons peuvent, aujourd'hui déjà, donner leur avis sur l'estimation des coûts, qui influe directement sur le niveau des primes.

Les dispositions légales existantes prescrivent donc déjà clairement qu'à moyen terme, une augmentation de la charge incombant aux cantons doit aboutir à un allègement correspondant pour les payeurs de primes. Si ces dispositions ne sont pas respectées, cela ne tiendra donc pas à un manque de bases légales mais, d'abord, à un mauvais calcul des primes de la part des assureurs et, ensuite, à une défaillance de l'autorité de surveillance, responsable de l'examen et l'approbation des primes. Contre une telle défaillance, inscrire une deuxième fois la même prescription dans la loi ne servirait à rien.

L'OFSP est chargé de procéder régulièrement à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi (art. 32, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]). Il vérifiera donc si le financement uniforme, s'il est instauré, est correctement mis en œuvre par les assureurs, en portant une attention particulière, notamment, à vérifier si l'engagement financier supplémentaire de quelques cantons se sera correctement répercuté sur les payeurs de primes.

En complément, s'ils le souhaitent, la commission, un membre du Parlement ou un groupe parlementaire pourraient déposer une motion chargeant le Conseil fédéral de vérifier si l'augmentation de la contribution financière de quelques cantons s'est correctement traduite par une baisse des primes dans les mêmes proportions. Une telle vérification ne serait cependant possible que quelques années après l'achèvement de la transition vers un financement uniforme. C'est donc après coup qu'il serait vérifié si les assureurs et l'autorité de surveillance se sont correctement acquittés des obligations que la loi leur prescrit.

4.2 Utilisation des recettes fiscales en cas de réduction de la contribution cantonale

Là où, aujourd'hui, les cantons participent davantage que la moyenne aux coûts des prestations et où, dans la plupart des cas, les primes sont aussi relativement basses, le canton peut, s'il le souhaite, réduire sa part de financement. S'il décide de le faire, une partie des recettes fiscales devient disponible, tandis que les primes augmentent dans les mêmes proportions. La situation actuelle pour le financement des prestations hospitalières, dans laquelle un seul canton dépasse le volume minimal prescrit par la loi, laisse penser que quelques cantons profiteraient de cette opportunité.

Les cantons sont en principe libres d'utiliser comme ils l'entendent les recettes fiscales devenues disponibles pour d'autres tâches cantonales, par exemple dans le domaine de la santé, pour amortir leur dette ou pour réduire les impôts. Une hausse des primes représente cependant une augmentation des charges pour les assurés de condition économique modeste. Or les cantons sont tenus d'accorder une réduction de primes à ces assurés (art. 65 LAMal). Pour les bas et moyens revenus, ils doivent réduire d'au moins 80 % les primes des enfants et d'au moins 50 % celles des jeunes adultes en formation (art. 65, al. 1^{bis}, LAMal). Il serait donc souhaitable qu'une hausse des primes, toutes autres choses restant égales par ailleurs, entraîne aussi une augmentation des dépenses cantonales au titre de la réduction des primes.

Les cantons bénéficient toutefois aujourd'hui d'une grande marge de manœuvre pour définir ce qu'il faut entendre par « condition économique modeste ». Quant à la notion de « revenu moyen », elle a été concrétisée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 janvier 2019 à l'encontre du Canton de Lucerne (ATF 145 I 26).

La réglementation actuelle ne garantit pas qu'une augmentation de la charge des primes entraîne aussi une augmentation des moyens affectés par le canton à la réduction des primes. Les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes en vertu de l'art. 66 LAMal, en revanche, sont fixés à 7,5 % des coûts bruts de l'AOS pour l'ensemble de la Suisse. Une augmentation des primes entraîne donc automatiquement une augmentation des subsides de la Confédération pour la réduction des primes. Les subsides fédéraux sont toutefois répartis entre les cantons proportionnellement au nombre des assurés, afin de prévenir les incitations inopportunes.

Le Conseil fédéral a adopté le 17 septembre 2021, avec son message relatif à l'initiative d'allègement des primes, un contre-projet indirect qui prévoit que la contribution de chaque canton à la réduction des primes corresponde au moins à un pourcentage donné des coûts bruts de l'AOS dans ce canton. Suivant la part que les primes représentent en moyenne par rapport au revenu des 40 % des assurés dont les revenus sont les plus faibles et qui résident dans le canton, la réduction des primes par le canton devrait être comprise entre 5 % (si la charge des primes est relativement faible) et 7,5 % (si elle est forte) des coûts bruts de l'AOS.

Une telle réglementation garantirait que la hausse des primes susceptible d'être provoquée dans quelques cantons par l'introduction d'un financement uniforme soit atténuée par une augmentation de la réduction des primes. Le canton devrait alors compenser entre 5 et 7,5 % de la charge supplémentaire supportée par les payeurs de primes en augmentant les fonds destinés à la réduction des primes. À l'inverse, les cantons qui devront augmenter leur part de financement au moyen des recettes fiscales et où les primes baisseront en conséquence (voir ch. 4.1) verront aussi diminuer quelque peu le montant qu'ils sont tenus d'affecter à la réduction des primes.

Le contre-projet indirect adopté par le Conseil fédéral rapprocherait la réglementation applicable à la réduction des primes par les cantons de celle déjà en vigueur pour les subsides fédéraux destinés à cette réduction. Si un financement uniforme est introduit, cette proposition aboutirait aussi à un certain lissage des effets attendus, durant la phase transitoire, sur la charge assumée, dans les différents cantons, par les payeurs de primes et les contribuables.

5 Accès des cantons aux données des factures

Dans le rapport complémentaire de l'OFSP du 5 janvier 2022 (version actualisée du rapport du 29 octobre 2021), le thème de l'accès des cantons aux données pour le contrôle des factures et à d'autres fins a été traité au point 6.3. Les idées concernant une solution appropriée dans ce domaine diffèrent nettement entre les cantons et les assureurs. Alors que les cantons souhaitent avoir accès à toutes les données des factures et disposer d'un droit de contestation pour toutes les factures, les assureurs aimeraient qu'ils soient les seuls à disposer des données des factures et à être responsables du contrôle des factures.

L'OFSP a proposé un compromis envisageable, à savoir que les assureurs permettent aux cantons d'accéder à une partie des factures, avec la possibilité pour les cantons de refuser la prise en charge de la contribution cantonale pour ces factures après examen. Ce droit des cantons devrait s'appliquer aux factures qui, en raison du montant de la facture ou du type de prestation, revêtent une importance particulière pour les cantons et qui sont désignées plus précisément par le Conseil fédéral. En complément, les cantons devraient avoir accès, pour leurs tâches, aux données anonymisées des assureurs (pas de données des factures) pour toutes les prestations. Dans le rapport complémentaire de l'OFSP du 5 janvier 2022, une formulation correspondante de l'art. 21 ainsi que de l'art. 60, al. 7, a été proposée.

Outre cette proposition de compromis de l'OFSP, la commission consultative a souhaité que soit précisée la manière dont une solution prenant en compte l'ensemble des exigences des assureurs et des cantons devrait être élaborée dans ce domaine.

5.1 Solution possible dans le sens des assureurs

Les assureurs demandent que les cantons ne disposent d'aucune donnée des factures. Cette demande pourrait être mise en œuvre en renonçant totalement à l'art. 60, al. 7. Les cantons n'auraient ainsi pas accès aux données des factures. En outre, les assureurs souhaitent que l'on renonce à compléter l'art. 21, même si cela ne concernerait que les données anonymisées et non les données des factures de certains assurés identifiables. Selon les assureurs, les cantons pourraient également se procurer des données auprès des fournisseurs de prestations. Le contrôle des prestations par les cantons ne doit pas se faire par le biais des factures individuelles, mais par le biais des contrats avec les fournisseurs de prestations, par un reporting direct des fournisseurs de prestations aux cantons ainsi qu'à l'aide de données statistiques que les cantons peuvent demander à l'Office fédéral de la statistique (OFS, données des fournisseurs de prestations selon l'art. 59a LAMal).

Les demandes des assureurs pourraient donc être satisfaites par les adaptations suivantes par rapport à la proposition de l'OFSP :

Article 21 *Biffer*

Article 60 alinéa 7 *Biffer*

5.2 Solution possible dans le sens des cantons

5.2.1 Mise en œuvre au niveau législatif

Les cantons demandent l'accès aux données de toutes les factures (indépendamment du montant de la facture et du type de prestation) qu'ils cofinancent par le biais de la contribution cantonale à l'AOS, ainsi qu'un droit de refuser la contribution cantonale pour ces prestations le cas échéant. Cette exigence pourrait être satisfaite en formulant l'art. 60, al. 7, P-LAMal comme suit :

⁷ L'assureur permet au canton d'accéder gratuitement à toutes les données des factures. Si l'assureur prend en charge les coûts de prestations facturées dans ces factures, il le communique également au canton. Si la prestation d'assurance est allouée selon une procédure simplifiée, le canton peut exiger qu'une décision soit rendue. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Les cantons ont ainsi gratuitement accès à l'ensemble des données des factures. Les modalités exactes de l'accès aux données peuvent être précisées au niveau de l'ordonnance. L'ordonnance pourrait notamment préciser dans quel délai, après réception de la facture, les assureurs doivent rendre possible aux cantons l'accès aux données. Il est par exemple possible de prévoir que les données, dans la mesure où cela est techniquement possible, doivent également être mises à la disposition des cantons immédiatement après leur réception. Il serait préférable de régler également dans l'ordonnance les détails de la mise en œuvre technique, par exemple au moyen d'une plateforme de données commune pour toutes les factures.

Comme l'accès à toutes les données des factures prévu dans cette formulation de l'art. 60, al. 7, P-LAMal permettrait aux cantons d'avoir un aperçu direct de toutes les prestations fournies, on pourrait en contrepartie renoncer à la modification de l'art. 21 P-LAMal proposée par l'OFSP. Avec cette solution, les cantons n'auraient plus besoin des données des assureurs pour remplir leurs tâches, puisqu'ils disposeraient déjà eux-mêmes de ces données.

5.2.2 Droit de contestation de la prise en charge de la contribution cantonale

Si un canton n'est pas d'accord avec une facture spécifique que l'assureur compte prendre en charge, il peut contester la décision correspondante de l'assureur et refuser de prendre en charge la contribution cantonale. Cette solution a également été choisie par analogie pour la proposition de compromis de l'OFSP, en accord avec l'Office fédéral de la justice (voir également le rapport de l'OFSP du 5 janvier 2022, chiffre 6.3).

La question de savoir si une contribution cantonale est due ou non pour une facture donnée est liée au fait de savoir si les prestations ainsi facturées sont des prestations selon la LAMal, c'est-à-dire pour lesquelles les exigences de la loi pour la prise en charge des coûts par l'AOS (par exemple mandat de prestations, caractère économique, tarif correct, etc.) sont remplies. La réponse à cette question concerne également l'assuré. Selon le cas, l'assureur (et également le canton par le biais de la contribution cantonale) prend en charge les coûts ou alors l'assuré (ou éventuellement d'autres agents payeurs comme d'autres assurances sociales) doit payer la facture. Même si la facture est réduite ou annulée par le fournisseur de prestations, l'assuré est également concerné (par exemple via la participation aux coûts).

Afin d'éviter que deux procédures différentes soient menées sur le même objet juridique par le canton d'une part et par l'assuré d'autre part, procédures qui pourraient aboutir à des résultats différents, il est opportun que ce soit en premier lieu l'assureur qui décide de la prise en charge des

coûts. Ensuite, l'assuré (comme jusqu'à présent) et, si le législateur le souhaite, également le canton, peuvent contester cette décision.

5.2.3 Données et informations provenant de contrôles en aval

L'exigence des cantons à une transparence totale des données s'étend également aux données et informations qui résultent de contrôles en aval (par exemple selon l'art. 56 LAMal) et qui conduisent à des restitutions de paiement. Les cantons exigent que ces données et informations doivent également leur être transmises de manière complète et transparente.

D'un point de vue financier, il est incontesté que les coûts définitifs, compte tenu du résultat des contrôles ultérieurs, sont déterminants pour la contribution cantonale définitivement due. Cela découle de l'art. 60, al. 2, let. a, P-LAMal, où il est question des coûts des prestations visées aux art. 25 à 31 LAMal. Ces prestations doivent être comprises dans l'ensemble des exigences de la loi, elles doivent donc satisfaire de manière générale aux exigences de la loi (par exemple en matière d'économicité). Si, par exemple, des contrôles d'économicité selon l'art. 56 LAMal entraînent des restitutions de paiement, les coûts déterminants pour les prestations selon les art. 25 à 31 LAMal diminuent également, et donc la contribution cantonale due. Le résultat de telles demandes de remboursement doit être déduit de la contribution cantonale exigée ou remboursé par les assureurs. Il n'est pas nécessaire de préciser davantage cet état de fait dans la loi.

Si les cantons avaient accès à l'ensemble des données des factures, comme esquissé ci-dessus, cela inclurait également les factures qui, pour une raison ou une autre (par exemple dans le cadre d'une procédure d'économicité), sont adaptées après coup. Même dans le cas de factures adaptées, il s'agit de factures de fournisseurs de prestations qui doivent être prises en charge par l'AOS et donc, en fin de compte, par les cantons. Si les cantons devaient avoir accès à toutes les factures, les factures adaptées ultérieurement seraient également concernées par la formulation de l'art. 60, al. 7, P-LAMal esquissée ci-dessus. En cas de restitutions forfaitaires sur la base de procédures d'économicité qui ne conduisent pas à une adaptation ultérieure des factures individuelles, il faudrait garantir que les informations à ce sujet parviennent également aux cantons.

5.2.4 Transmission électronique des factures

Si l'art. 60, al. 7, P-LAMal devait permettre aux cantons d'accéder à tout ou partie des données des factures, une transmission purement électronique des factures serait utile pour limiter la charge administrative supplémentaire liée à l'accès des cantons à ces données. Avec la facturation sur papier, encore partiellement pratiquée jusqu'à présent, un accès aux données pour les cantons serait en principe également possible, mais nettement plus coûteux à mettre en œuvre.

Dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts, le Conseil fédéral a mis en consultation le 19 août 2020 le fait que la transmission des factures devrait à l'avenir se faire par voie électronique. Les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent être tenus de transmettre leurs factures par voie électronique et selon des standards uniformes. Cela permettra de mieux contrôler les factures et d'éviter de prendre en charge des prestations qui ne répondent pas à un besoin médical. L'organisation précise de la transmission électronique doit être confiée aux partenaires tarifaires. L'assuré doit avoir la possibilité de recevoir gratuitement les factures sur papier.

Pour ce faire, il a été proposé de compléter la LAMal par un nouvel art. 42, al. 3^{ter} :

3^{ter} Le fournisseur de prestations remet sa facture au débiteur de la rémunération sous forme électronique. À la demande de l'assuré, il la lui remet gratuitement sur papier. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ou leurs fédérations respectives conviennent d'un standard unique pour la transmission électronique des factures dans toute la Suisse. S'ils ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral définit le standard.

L'assuré peut, s'il le souhaite, exiger une facture papier et la transmettre à l'assureur dans le système du tiers garant. Dans ce cas, l'assureur demande la facture par voie électronique au fournisseur de prestations après l'avoir reçue sous forme papier. La procédure exacte doit être réglée au niveau de l'ordonnance.

Lors de la consultation, la mesure proposée a été majoritairement saluée. Les cantons, les partis politiques, les organisations faîtières de l'économie, les associations de consommateurs et de patients ainsi que les assureurs sont en principe d'accord avec la proposition. Les fournisseurs de prestations ont exprimé des avis divergents. Certains fournisseurs de prestations ont exprimé leur accord, d'autres souhaitent que l'on renonce à l'obligation et que l'on impose seulement le respect d'un standard uniforme, d'autres encore souhaitent renoncer totalement à la mesure.

L'OFSP est actuellement en train de remanier les mesures du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts après la consultation. L'adoption du message par le Conseil fédéral est prévue pour l'été 2022.

Si les cantons doivent avoir accès à tout ou partie des factures avec un financement uniforme, une transmission exclusivement électronique des factures serait utile. Une telle solution serait également possible avec le système de facturation actuel, bien qu'elle soit nettement plus coûteuse.

Comme le lien entre la transmission électronique des factures et le financement uniforme n'est pas obligatoire, les deux demandes peuvent être traitées séparément. Il serait certes techniquement possible d'inclure la transmission électronique des factures dans le projet de financement uniforme, mais cela alourdirait encore le projet déjà complexe. Un traitement séparé éviterait également d'anticiper le message du Conseil fédéral concernant le deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts.

5.3 Avis de la CDS

La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) juge en général positivement la possibilité, présentée par l'OFSP, d'une solution allant dans le sens des cantons. La CDS est également d'avis qu'il est possible de renoncer à l'art. 21 P-LAMal si les cantons ont un aperçu immédiat et direct de l'ensemble du déroulement des prestations via l'art. 60, al. 7, P-LAMal.

La CDS est également d'accord avec la proposition selon laquelle c'est d'abord l'assureur qui décide de la prise en charge des coûts, pour autant que celle-ci soit justifiée par les exigences de droit formel relatives au déroulement de procédures ayant un objet juridique identique. La décision de l'assureur concernant la prise en charge des coûts ne doit pas avoir d'effet préjudiciable sur le canton. En tant que cofinanceur de la prestation, le canton devrait dans tous les cas pouvoir contester la décision de l'assureur.

Selon la CDS, les exigences des cantons concernant l'accès aux résultats des contrôles et procédures en aval sont satisfaites si l'accès direct et gratuit aux données détaillées comprend non seulement les factures (initiales) établies pour la première fois par les fournisseurs de prestations, mais aussi toutes les informations relatives aux adaptations et annulations ultérieures, qui ont lieu sur

intervention de l'assureur. Le terme "factures" de l'art. 60, al. 7, P-LAMal doit également inclure les informations relatives à l'annulation des factures.

Lors de la consultation 2020 sur le deuxième volet de mesures de maîtrise des coûts, la CDS avait déjà soutenu la proposition de la Confédération de transmettre à l'avenir les factures par voie électronique. Dans le contexte de la numérisation et en particulier dans la perspective d'un échange électronique de données des factures en cas de financement uniforme, la CDS se demande si le système du tiers garant est encore adapté à notre époque et s'il peut être mis en œuvre à un coût raisonnable. Dans ce système, les assurés qui n'ont pas encore épuisé leur franchise n'ont pas d'incitation immédiate à envoyer leurs factures à l'assureur. Or, de l'avis de la CDS, c'est précisément ce qui serait nécessaire pour garantir la transparence totale des données avec l'exigence fondamentale d'un accès immédiat et gratuit pour les assureurs et les cantons. Un passage au système du tiers payant dans l'ensemble du champ d'application du financement uniforme, y compris les soins, et une révision correspondante de l'art. 42 LAMal seraient à examiner du point de vue de la CDS.

La CDS estime toutefois que la solution proposée par l'OFSP dans le sens des cantons laisse un point important en suspens. Selon la CDS, la proposition de formulation de l'art. 60, al. 7, P-LAMal ne répond pas aux exigences des cantons dans la mesure où les assureurs sont toujours prévus comme destinataires de la facture. Les assureurs devraient certes permettre aux cantons d'accéder à la facture dès sa réception, mais les cantons soulignent qu'ils ont le même droit que les assureurs de consulter, de vérifier et de contester toutes les factures individuelles en temps réel. La CDS est donc d'avis que ce n'est pas à l'assureur de "permettre" aux cantons d'accéder aux données des factures. Toute solution dans laquelle les données des factures parviennent d'abord à l'assureur et ensuite seulement au canton est insuffisante aux yeux de la CDS, même si l'assureur transmettait les données au canton immédiatement après réception de la facture. Les données des factures devraient au contraire être disponibles immédiatement pour les deux financeurs dès la facturation de la prestation, et ce pour toutes les prestations relevant du champ d'application du financement uniforme. Ces modalités doivent impérativement être fixées dans l'art. 60 LAMal. Du point de vue de la CDS, il serait envisageable que les cantons, à l'instar des assureurs, récupèrent les données auprès d'un service intermédiaire de réception des données au moyen d'une autorisation d'accès.

5.4 Avis des assureurs

Selon les deux associations d'assureurs, le passage à un système de financement uniforme des prestations n'a de sens que si le contrôle des factures est entièrement assumé par les assureurs. Du point de vue des assureurs, une reprise des exigences maximales des cantons serait extrêmement problématique pour différentes raisons et mènerait la discussion sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires dans une direction absurde. De plus, les exigences maximales ne pourraient pas être mises en œuvre de manière judicieuse.

Les deux associations d'assureurs estiment qu'un double contrôle des factures est inefficace et inutile et qu'il n'est en outre pas compatible avec l'objectif principal de l'iv. pa. Humbel 09.528, qui souhaite introduire le monisme et non un lourd financement dual-fixe pour toutes les prestations. Depuis l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier en 2012, les cantons participent au financement des prestations dans le domaine stationnaire à hauteur de 55% au moins. Ils sont actuellement destinataires des factures et effectuent par conséquent - à des degrés divers - un contrôle des factures. Si un financement uniforme était mis en œuvre, les cantons deviendraient des contributeurs proportionnels, c'est-à-dire qu'ils verseraient aux assureurs-maladie une contribution à l'ensemble des coûts de l'AOS. Mais à l'avenir, ils ne seraient plus les destinataires de chaque facture individuelle, le contrôle des factures par le canton devrait donc être supprimé du point de vue des assureurs.

Selon les deux associations d'assureurs, un double contrôle des factures compliquerait et ralentirait le processus et entraînerait un surcroît de travail bureaucratique par rapport à la solution actuelle. Concrètement, chaque facture serait potentiellement soumise à un deuxième processus de contrôle qui pourrait aller à l'encontre de la première conclusion, ce qui mènerait à une procédure d'arbitrage. Du point de vue des deux associations d'assureurs, cela réduirait à néant tout gain d'efficacité et le potentiel d'économies d'un financement uniforme.

En 2020, les frais administratifs des assureurs représentaient au niveau national environ 4,9 pourcent du volume des primes. Cela correspond à environ 1,5 milliard de francs suisses. En moyenne, selon les indications des assureurs, près de la moitié des frais administratifs est consacrée au contrôle des factures, tâche et compétence essentielles des assureurs-maladie. Selon les deux associations d'assureurs, plusieurs centaines de millions de francs d'argent des contribuables pourraient être dépensés chaque année pour mettre en place les compétences supplémentaires et l'infrastructure nécessaires au contrôle des factures du côté des cantons. Il est dans l'intérêt même des assureurs que les factures soient correctes. Les deux associations d'assureurs soulignent que les coûts évités chaque année s'élèvent en moyenne à trois milliards de francs suisses, ce qui montre l'efficacité avec laquelle les assureurs contrôlent les factures. Les deux associations d'assureurs estiment qu'une nouvelle instance dans ce domaine serait coûteuse, compliquée et n'apporterait aucune valeur ajoutée.

Selon les deux associations d'assureurs, un double contrôle des factures par les assureurs-maladie et les cantons n'entraînerait pas seulement un doublement de la charge administrative, y compris toutes les ressources nécessaires (personnel et infrastructure). A cela s'ajouteraient des coûts du côté des fournisseurs de prestations pour le traitement supplémentaire lié à l'activité de contrôle des cantons ainsi que des coûts de procédure de tous les participants en cas de différences de contrôle entre les cantons et les assureurs-maladie. Une transmission électronique des factures, telle qu'elle est prévue dans le deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts, n'y changerait rien, les dépenses continueraient à doubler inutilement.

Les deux associations d'assureurs soulignent en outre que les cantons n'ont jusqu'à présent pas justifié pourquoi ils ont besoin de l'accès à toutes les factures individuelles pour accomplir leurs tâches. La transmission complète des données aux cantons, telle qu'elle est exigée, entraînerait la création d'un fichier de données sans but d'utilisation clair, précis et justifié, ce qui n'est pas autorisé par la loi. Les deux associations d'assureurs s'y opposent catégoriquement.

En reprenant les exigences maximales des cantons, les avantages en termes d'efficacité d'un financement uniforme et donc le projet de réforme dans son ensemble deviendraient obsolètes du point de vue des deux associations d'assureurs. L'objectif principal d'un financement uniforme, à savoir l'élimination des incitations inopportunes existantes et l'amélioration de l'efficacité et de la qualité du système, serait ainsi largement manqué. Au contraire, des réglementations supplémentaires seraient créées, ce qui rendrait le système de santé plus compliqué et plus cher. Les assureurs s'opposent donc à l'accès des cantons aux données des factures.

5.5 Conclusion du point de vue de l'OFSP

Les cantons souhaitent avoir accès aux données dont ils ont besoin pour les tâches qui leur sont confiées par la loi, comme la planification, la budgétisation et le pilotage. Il est également compréhensible que les cantons souhaitent avoir une certaine assurance que les contributions cantonales qu'ils doivent prendre en charge ne sont utilisées que pour des prestations qui répondent aux exigences légales. Pour ce faire, la surveillance de l'OFSP sur le processus de contrôle des factures peut être d'un côté renforcée si nécessaire, et il convient d'un autre côté de veiller à ce que les cantons disposent des données nécessaires pour pouvoir remplir leurs tâches légales. Les dispositions légales existantes offrent déjà aux cantons différentes possibilités à cet effet, qui peuvent être complétées si nécessaire.

L'OFSP est toujours d'avis qu'un complément à l'art. 21 LAMal pourrait contribuer à ce que les cantons disposent, si nécessaire dans un cas concret et indépendamment de la question du contrôle des factures, des données agrégées spécifiques des assureurs nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches (pas de données des factures individuelles). En outre, un art. 60, al. 7, LAMal pourrait créer, pour la question du contrôle des factures, un droit de contestation des cantons pour certaines factures individuelles, par exemple dans des domaines partiels particulièrement importants pour eux (p. ex. traitement hospitalier) ou pour les factures d'un montant très élevé. En revanche, l'OFSP estime qu'un double contrôle généralisé des factures par les assureurs et les cantons soulèverait davantage la question du rapport entre l'utilité et les coûts. Dans ce contexte, l'OFSP estime que ni la reprise intégrale des exigences des cantons ni celle des assureurs ne sont appropriées.

De plus, si, comme le demandent les cantons, les factures ne devaient pas être envoyées en premier lieu aux assureurs puis aux cantons dès leur réception, mais d'abord à une plateforme de données commune exploitée par tous les assureurs et les cantons, puis de là aux assureurs et aux cantons, plusieurs autres questions de mise en œuvre se poseraient. D'une part, il faudrait régler dans la loi qu'une telle plateforme de données doit exister, quelles sont ses tâches ainsi que qui la finance et la pilote. D'autre part, il faudrait régler le fait que les assurés (dans le système du tiers garant) ou les fournisseurs de prestations (dans le système du tiers payant) ne doivent pas envoyer les factures à l'assureur concerné, mais à la plateforme de données commune à tous les assureurs et cantons. Dans ce contexte, une adaptation de l'art. 42 LAMal et éventuellement d'autres articles de la LAMal serait probablement nécessaire. Si une solution dans ce sens est souhaitée, des clarifications supplémentaires importantes seraient nécessaires.

L'OFSP ne voit pas quelle plus-value pratique les cantons voient dans la solution qu'ils souhaitent. Les cantons auraient également accès à toutes les données des factures si les assureurs devaient également les mettre à disposition des cantons dès leur réception (voir ch. 5.2.1). La solution présentée par l'OFSP, qui va dans le sens des cantons, ne se distingue des exigences des cantons qui vont au-delà que sur la forme, mais pas sur le fond. Le déroulement administratif et juridique serait toutefois nettement plus simple avec la solution allant dans le sens des cantons et esquissée par l'OFSP.

6 Approvisionnement en soins hospitaliers durant la pandémie de COVID-19

Le CSSS-CE souhaite qu'il soit montré, dans le cadre du traitement du financement uniforme, quelles conséquences peuvent être tirées des expériences faites durant la pandémie de COVID-19 en ce qui concerne l'approvisionnement en soins hospitaliers et les réserves de capacité des hôpitaux, ainsi que les adaptations législatives indiquées le cas échéant.

Le Conseil fédéral a déjà souligné à plusieurs reprises par le passé que le dispositif de mesures adopté pour lutter contre la pandémie de COVID-19 devait être conçu en fonction de la charge maximale que le système de santé peut encore supporter. Or il est apparu que c'est d'abord au niveau du personnel de santé que le système se retrouve confronté à ses limites. Le secteur des soins manque déjà de personnel en temps normal.

Dans ce contexte, le Parlement a décidé que des mesures devaient être prises pour augmenter les réserves de capacités, afin de mieux pouvoir faire face aux pics d'activité. À cette fin, il a édicté, lors de la session d'hiver 2021, l'art. 3, al. 4^{bis}, de la loi fédérale sur les bases légales des ordonnances du Conseil fédéral visant à surmonter l'épidémie de COVID-19 (loi COVID-19 ; RS 818.102). Celui-ci prévoit qu'afin de renforcer les services de santé sollicités par la crise du COVID-19, les cantons financent les réserves de capacités nécessaires pour affronter les pics d'activité. Ils doivent en outre définir les capacités nécessaires en accord avec la Confédération.

Avec cette nouvelle disposition, la répartition des compétences dans le domaine de l'approvisionnement en soins reste la même, c'est-à-dire que les cantons sont tenus de financer les réserves de capacités nécessaires pour faire face à la pandémie. Mais un nouveau rôle de coordination est attribué à la Confédération, qui soutient les cantons dans la définition des capacités. La garantie de l'approvisionnement en soins relève en principe de la compétence des cantons.

Les bases légales existantes ne permettent pas à la Confédération de financer à court terme des capacités supplémentaires pour les soins intensifs :

- Certes, la Confédération pourrait, sur la base de l'art. 50 de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, LEp ; RS 818.101), soutenir les hôpitaux par le biais d'aides financières pour compléter leurs fonds propres. Cependant, un financement des réserves de capacités par la Confédération irait à l'encontre de la volonté du législateur, qui entendait que ces réserves soient financées par les cantons : lors du débat sur la loi COVID-19 en décembre 2021, le Parlement a également envisagé une base légale permettant à la Confédération d'octroyer des subsides fédéraux aux cantons pour couvrir leurs dépenses, mais il a finalement rejeté cette option.
- De plus, les aides financières de la Confédération sont exclues lorsque les cantons sont tenus d'accomplir seuls la tâche concernée (art. 6, let. b, de la loi sur les subventions [LSu ; RS 616.1]).

La seule marge de manœuvre dont la Confédération dispose est la possibilité de soutenir les hôpitaux par le biais d'aides financières pour les fonds propres en se basant sur l'art. 50 LEp. Mais cette marge de manœuvre est limitée : d'une part, la Confédération ne peut pas financer l'intégralité des fonds propres des hôpitaux au moyen d'aides financières, car leur octroi est assorti de la condition que le destinataire ait accompli tous les efforts d'autofinancement qui correspondent à sa capacité économique ; d'autre part, la prise en charge par la Confédération d'une part considérable des coûts des réserves de capacité entrerait en conflit avec la compétence attribuée aux cantons par l'art. 3, al. 4^{bis}, de la loi COVID-19. Par conséquent, l'OFSP ne peut octroyer des aides financières aux hôpitaux sur la base de l'art. 50 LEp que dans une fourchette très étroite.

Pour que la Confédération puisse, hors du cadre des principes cités et des conditions associées aux aides financières, prendre l'initiative de constituer des réserves de capacités ou financer des activités des cantons en ce sens, il est nécessaire d'édicter une base légale formelle spécifique. Cela nécessiterait une modification de la LEp ou de la loi COVID-19 (qui, dans ce cas, devrait vraisemblablement être à nouveau prolongée).

Les cantons sont donc tenus de définir d'abord, en accord avec la Confédération, quelles capacités sont nécessaires pour renforcer les services de santé sollicités par la crise du COVID-19. La Confédération peut soutenir par des aides financières, sur la base de l'art. 50 LEp, l'extension des capacités des hôpitaux, en particulier dans le domaine des soins intensifs, mais il faut pour cela que les hôpitaux recourent aussi à leurs fonds propres.

Comme des pénuries dans le système de santé se produisent d'abord au niveau du personnel de santé, les prochains travaux doivent mettre l'accent en particulier sur l'augmentation des ressources en personnel. Pour ce faire, l'appréciation des cantons quant aux besoins des hôpitaux, en vue de pouvoir définir les capacités, doit être recueillie. Il faut toutefois souligner que la marge de manœuvre afin d'augmenter les capacités, en particulier dans les soins intensifs, dépend fortement de la disponibilité du personnel de santé (en particulier du personnel infirmier).

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, outre l'offensive de formation qui vise à augmenter à long terme les ressources nationales en personnel, des possibilités afin de pallier les pénuries de personnel par des mesures à court terme devraient également être examinées. Il est par exemple envisageable de créer des pools d'emplois régionaux qui pourraient allouer, au besoin, du personnel aux institutions particulièrement sollicitées.

Comme explicité plus haut, le Parlement a confirmé, avec l'art. 3, al. 4^{bis} de la loi COVID-19, l'attribution existante des compétences dans le domaine de la santé, selon laquelle les cantons, également dans un contexte de pandémie, sont responsables de l'approvisionnement en soins et doivent ainsi supporter les coûts des réserves de capacités. L'art. 3, al. 4^{bis} de la loi COVID-19 est limité jusqu'au 31 décembre 2022. Si la disposition devait être en vigueur sans limitation dans le temps, il faudrait notamment examiner si elle devrait être reprise dans la LEp.

Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires se réfère au financement des prestations couvertes par la LAMal. Les réserves de capacités, ont le caractère de prestations d'intérêt général ; elles doivent être distinguées des prestations LAMal et être par principe financées par les cantons. Par conséquent, les discussions relatives à l'éventualité d'instaurer un financement uniforme n'ont aucune influence sur les réserves de capacité nécessaires pour lutter contre la pandémie. Le thème des réserves de capacités peut et doit être examiné et approfondi indépendamment des discussions relatives au financement uniforme. Il n'existe, du point de vue de l'OFSP, aucune nécessité d'adapter la législation dans le cadre du projet relatif au financement uniforme.

7 Garantie de la qualité dans les établissements médico-sociaux

Le présent rapport doit montrer comment la qualité est garantie dans les établissements médico-sociaux (EMS), quelles mesures sont prévues à cet égard et quel lien il pourrait y avoir avec la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.

7.1 Lien avec la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers

La stratégie Santé2030 adoptée par le Conseil fédéral comprend, en vue d'atteindre l'objectif 3 « Garantir les soins et le financement », un axe politique « Augmentation des effectifs du personnel dans les soins de longue durée ». Pour garantir la qualité dans les EMS, il importe, entre autres composantes de la qualité, de disposer de suffisamment de ressources en personnel soignant ainsi que d'une combinaison de types et de niveaux de formation (*skill-grade-mix*) adaptée au contexte.

La campagne de formation prévue dans la première étape de mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers vise à former davantage de personnel infirmier. C'est seulement si suffisamment de personnel qualifié est engagé que la charge de travail du personnel infirmier dans les institutions pourra être réduite et ainsi que la qualité des soins pourra continuer d'être garantie, également compte tenu du vieillissement démographique de notre société.

Les autres revendications de l'initiative seront prises en main dans le cadre de la deuxième étape de mise en œuvre. En font notamment partie des conditions de travail adaptées aux exigences ainsi qu'une rémunération appropriée des prestations de soins. Le traitement de ces points prendra davantage de temps en raison de la complexité des thèmes et de la diversité de la répartition des tâches entre la Confédération, les cantons, les établissements et les partenaires sociaux (fédérations des employeurs et des salariés), ou entre les agents de financement et les fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé. Sous l'angle des conditions de travail, sont notamment envisagées des mesures visant, d'une part, une dotation adéquate en personnel et, d'autre part, une combinaison optimale des types et des niveaux de formation (*skill-grade-mix*). Les mesures devront en outre mettre l'accent sur l'amélioration de la conciliation entre vie professionnelle et vie privée – en permettant notamment une meilleure planification – mais également sur la protection de la santé. L'allongement de la durée d'exercice de la profession ainsi visé pourra aussi avoir des effets positifs sur la qualité des soins.

7.2 Indicateurs de qualité dans les EMS

La Commission fédérale pour la qualité (CFQ) charge des tiers d'élaborer de nouveaux indicateurs de qualité et de développer les indicateurs existants (art. 58c, let. b, LAMal). Elle émet en outre des recommandations aux autorités sur les indicateurs à utiliser. Aux termes de l'art. 30, let. g, OAMal, les indicateurs de qualité médicaux (art. 59a, al. 1, let. f, LAMal) sont notamment les données dont l'analyse permet de déterminer dans quelle mesure les prestations médicales sont efficaces, efficientes, appropriées, sûres, centrées sur les besoins du patient, non discriminatoires et fournies à temps. Selon les ch. 58 et 60 de l'annexe de l'ordonnance sur les relevés statistiques (RS 431.012.1), les fournisseurs de prestations facturant des prestations relevant de la LAMal doivent communiquer les données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité médicaux. Ils communiquent ainsi à l'OFS les indicateurs de qualité médicaux visés à l'art. 59a, al. 1, LAMal, pour autant qu'ils soient nécessaires au contrôle du caractère économique et de la qualité de leurs prestations comme prévu par la LAMal (art. 30 OAMal). Les données sont donc récoltées par l'OFS, et publiées par l'OFSP au niveau de chaque fournisseur de prestations (EMS). Il incombe à la CFQ de présenter aux autorités, en l'occurrence aux cantons et, le cas échéant, au Conseil fédéral, des

recommandations relatives au développement de la qualité, en tenant compte des indicateurs de qualité médicaux.

En application de l'art. 59a LAMal, des indicateurs de qualité médicaux ont été évalués et sélectionnés dans le cadre d'un projet-pilote mené de 2009 à 2018 sous la direction de Curaviva Suisse. L'OFSP, la CDS et l'OFS ont soutenu ce projet en tant que membres du comité de projet. L'Institut pour la science des soins infirmiers de l'Université de Bâle était chargé d'accompagner la récolte des données dans le cadre de ce projet et d'analyser ces données.

L'OFS collecte depuis 2019 six indicateurs de qualité médicaux. En 2022, l'OFSP a publié pour la première fois des indicateurs de qualité médicaux pour le domaine des EMS avec les données de 2019 et 2020. L'analyse de tous ces indicateurs donne une bonne image de la qualité des prestations médicales fournies dans les EMS.

Il importe de rappeler qu'il incombe également aux EMS, outre la fourniture des prestations au sens de la LAMal, de garantir aussi celle des prestations d'assistance et d'hôtellerie, conformément au mandat de prestations donné par le canton ou, le cas échéant, par la commune. La qualité de ces tâches ne se mesure toutefois guère au moyen d'indicateurs de qualité médicaux, car celles-ci font partie d'un mandat de prestations ne relevant pas de la LAMal. C'est donc aux cantons et aux communes responsables du mandat de prestations en question de contrôler la qualité dans ce domaine, et notamment la qualité de vie.

7.3 Conventions de qualité

Les bases du développement de la qualité ont été renforcées par la modification de la LAMal du 21 juin 2019 visant le renforcement de la qualité et de l'économicité.¹

Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs sont dorénavant tenues de conclure des conventions de qualité valables dans toute la Suisse (art. 58, al. 1, LAMal), lesquelles fixent des normes minimales de qualité. Ces conventions s'adaptent aux objectifs quadriennaux du Conseil fédéral et aux recommandations de la Commission fédérale pour la qualité visés à l'art. 58c, al. 1, let. c et h, LAMal (art. 77, al. 1, OAMal). Les conventions ont pour objet et pour but de définir des mesures uniformes et contraignantes en vue d'améliorer la qualité (art. 58, al. 2, LAMal). Elles sont approuvées par le Conseil fédéral et sont valables sur l'ensemble du territoire suisse. Si les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une convention de qualité, le Conseil fédéral fixe les règles (art. 58, al. 5, LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les règles de développement de la qualité même s'ils n'ont pas adhéré à ladite convention. En outre, le respect des règles de développement de la qualité est une condition pour pouvoir exercer à la charge de l'AOS (art. 58a, al. 7, LAMal). Les EMS (art. 35, al. 2, let. k, LAMal) sont donc tenus de respecter les normes de qualité afin de garantir une fourniture de prestations de haute qualité.

¹ Entrée en vigueur le 1^{er} avril 2021