

Intégration flexible dans le temps des prestations de soins, rapport entre le droit cantonal et le droit fédéral ainsi que rémunération différenciée selon le fournisseur de prestations
Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 18 avril 2023

Table des matières

1	Intégration flexible dans le temps des prestations de soins	2
1.1	Mandat.....	2
1.2	Transparence des coûts	2
1.3	Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.....	3
2	Rapport entre le droit cantonal et le droit fédéral	4
2.1	Mandat.....	4
2.2	Marge de manœuvre pour les réglementations cantonales	4
2.3	Conclusion	5
3	Rémunération différenciée selon le fournisseur de prestations	6
3.1	Contexte	6
3.2	Rôle des cantons lors de la tarification	6
3.3	Pilotage supplémentaire de la rémunération en dehors de la tarification	7

1 Intégration flexible dans le temps des prestations de soins

1.1 Mandat

Lors de la séance de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National (CSSS-N) du 24 mars 2023, l'administration a été chargée d'élaborer une proposition de formulation afin que la décision du Conseil des Etats puisse être adaptée de manière à ce que les cantons et les autres acteurs concernés disposent de quatre ans (soit sept ans au total) à compter de l'entrée en vigueur d'un financement uniforme (trois ans après l'adoption de la réforme) pour établir une base de données et de coûts uniforme et transparente dans le domaine des soins de longue durée. Dans le même délai, les cantons doivent élaborer une définition uniforme et transparente pour délimiter les coûts des prestations de soins relevant de l'assurance obligatoire des soins (AOS) de ceux des prestations d'assistance, qui ne relèvent pas de l'AOS.

Une fois le délai écoulé, le Conseil fédéral doit décider si les exigences sont remplies dans tous les cantons. Si les conditions sont remplies, le Conseil fédéral peut décider d'intégrer les soins de longue durée dans le financement uniforme. L'intégration des soins ne doit en outre avoir lieu que lorsque l'initiative populaire pour des soins infirmiers forts (« initiative sur les soins infirmiers ») sera entièrement mise en œuvre. Cette question pourrait être réglée dans les dispositions finales de l'acte modificateur. Il pourrait être prévu que le Conseil fédéral fixe l'entrée en vigueur de l'intégration des prestations de soins, sous réserve que certaines conditions soient remplies.

1.2 Transparence des coûts

Le critère essentiel pour que les prestations de soins puissent être intégrées dans un financement uniforme et auquel on pourrait se référer pour la formulation des dispositions finales est l'existence de tarifs qui répondent aux exigences de la loi. Ces tarifs doivent être fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise, être structurés de manière appropriée et ne couvrir que les coûts d'une fourniture de prestations efficiente. Ils doivent donc pouvoir s'appuyer sur des bases de données uniformes et transparentes. Par le passé, les associations de fournisseurs de prestations ont déjà développé des approches visant à uniformiser la procédure d'établissement des comptabilités analytiques. Ces approches n'ont toutefois pas encore été rendues obligatoires pour l'ensemble des cantons et des fournisseurs de prestations, de sorte qu'il n'existe actuellement aucune base de données uniforme.

L'article 50 LAMal devra créer, dans la décision du Conseil des Etats, la base permettant à la Confédération de définir, non seulement pour les établissements médico-sociaux (EMS), mais aussi pour les prestations de soins fournies en ambulatoire, une structure uniforme pour la comptabilité analytique, contraignante pour tous les cantons et tous les fournisseurs de prestations. Pour qu'elle soit contraignante avant même l'intégration des prestations de soins et que les données ainsi générées permettent d'élaborer des tarifs, il serait possible d'anticiper l'entrée en vigueur de l'art. 50 et de prévoir dans une disposition transitoire que, jusqu'à l'abrogation de l'art. 25a, l'assureur rémunère les prestations dans les EMS et en cas de soins ambulatoires conformément à l'art. 25a, en dérogation à l'art. 50, al. 1.

Une telle réglementation aurait l'avantage d'inciter davantage les cantons et les fournisseurs de prestations à accélérer les travaux nécessaires, de sorte que les exigences en matière de transparence des coûts et de tarifs soient remplies le plus rapidement possible. Tant que ces exigences ne sont pas satisfaites, les cantons resteraient responsables du financement résiduel. Si l'élaboration et la négociation des tarifs étaient indûment retardées par d'autres parties, bien que la base de données nécessaire soit disponible, les autorités d'approbation devraient fixer les tarifs, comme c'est généralement le cas lorsqu'aucun accord ni tarif n'est trouvé.

1.3 Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers

La première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers a déjà été adoptée par le Parlement avec la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a adopté les points clés de la deuxième étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, avec lesquels en particulier les conditions de travail et les possibilités de développement professionnel dans le domaine des soins devraient être améliorées. Pour ce faire, il est prévu de créer une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail adaptées aux exigences professionnelles dans le domaine des soins infirmiers et de réviser la loi sur les professions de la santé (RS 811.21). La consultation sur ces deux projets de loi sera ouverte d'ici fin avril 2024. En outre, il est prévu d'approfondir avec les acteurs concernés – dans le cadre de tables rondes – la question de la rémunération adéquate des prestations de soins et de discuter des possibilités des fournisseurs de prestations dans ce domaine.

L'article 117b de la Constitution fédérale (Cst. ; RS 101), introduit suite à l'acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers, ne modifie pas la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les employeurs. Comme le Conseil fédéral l'a indiqué dans sa réponse à l'interpellation 22.3488 Gysi « Prendre de toute urgence des mesures pour maintenir le personnel dans les soins infirmiers », tous les acteurs, notamment les cantons, les fournisseurs de prestations, les partenaires sociaux (associations de travailleurs et syndicats) et les agents payeurs, sont tenus de faire avancer rapidement la mise en œuvre des mesures qui relèvent de leur compétence.

Les cantons, les fournisseurs de prestations et les agents payeurs jouent donc un rôle central dans la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, aux côtés de la Confédération. Dans le cadre de la mise en œuvre de la deuxième étape de l'initiative sur les soins infirmiers, la Confédération analysera par exemple avec les cantons, entre autres, si la mise en œuvre des dispositions du droit du travail dans le domaine de la santé peut être optimisée. Mais cela signifie aussi que la vitesse de mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers ne dépend pas uniquement des efforts de la Confédération.

S'il était prévu que les prestations de soins ne soient intégrées dans un financement uniforme qu'une fois l'initiative sur les soins infirmiers mise en œuvre, c'est-à-dire une fois que les deux étapes mentionnées auront été adoptées au niveau fédéral et que les mesures nécessaires auront été prises par les autres acteurs concernés, cela constituerait une incitation supplémentaire pour les cantons, les fournisseurs de prestations et les employeurs intéressés par une intégration à s'engager en faveur d'une mise en œuvre rapide des mesures les concernant. Une intégration des prestations de soins dans un financement uniforme est prévue au plus tôt pour le 1^{er} janvier 2032. D'ici là, les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers devraient pouvoir être prises. Il n'y a donc pas lieu de penser qu'une telle disposition retarderait l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme.

Dans le contexte de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, notamment de la demande d'une rémunération appropriée des prestations de soins, et de l'intégration des prestations de soins dans un financement uniforme, il est également important que la rémunération des prestations de soins par l'AOS se fasse par le biais de tarifs. Ceux-ci s'orientent sur la rémunération de chaque fournisseur de prestations qui fournit la prestation dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Si les coûts justifiés de manière transparente d'une fourniture efficiente des prestations augmentent, par exemple en raison de frais de personnel plus élevés, d'un recours accru au personnel ou de l'application de prescriptions réglementaires, les tarifs peuvent alors également augmenter, dans la mesure où ils ne couvriraient auparavant que les coûts efficients et justifiés de manière transparente. Les tarifs sont négociés par les

partenaires tarifaires et approuvés par les autorités compétentes. Si aucun accord n'est trouvé, l'autorité d'approbation fixe le tarif. Les assureurs n'ont pas la possibilité de contourner un tarif approuvé par le canton ou dans certains cas par la Confédération, fixé par ceux-ci ou qui a, après un éventuel recours, fait l'objet d'un contrôle judiciaire et est entré en force.

2 Rapport entre le droit cantonal et le droit fédéral

2.1 Mandat

Lors des délibérations de la CSSS-N du 24 mars 2023, la question a été posée de savoir si, avec un financement uniforme, les cantons auraient toujours, et désormais aussi dans le domaine ambulatoire, la possibilité d'édicter dans le droit cantonal des dispositions permettant un contrôle de l'utilisation des ressources fiscales cantonales par des tiers.

Le canton de Vaud, par exemple, prévoit dans la " Loi sur le Contrôle des finances " du 12 mars 2013 que le Contrôle cantonal des finances contrôle l'utilisation de tout argent public, en s'assurant notamment du respect des principes de légalité, de régularité et d'efficacité. Sont notamment soumises à ce contrôle toutes les personnes physiques ou morales auxquelles le canton accorde directement ou indirectement une subvention ou une autre contribution. Les institutions telles que les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les organisations de soins et d'aide à domicile, qui sont cofinancées directement ou indirectement par l'État, sont donc aujourd'hui soumises au contrôle cantonal des finances concerné. Avec un financement uniforme, d'autres fournisseurs de prestations recevraient des contributions indirectes du canton, c'est-à-dire par le biais des assureurs, et seraient donc en principe soumis aux dispositions du canton de Vaud en matière de contrôle des finances.

2.2 Marge de manœuvre pour les réglementations cantonales

Les cantons sont en principe libres d'adopter des réglementations pour autant qu'elles ne soient pas contraires au droit fédéral. Conformément à l'article 117 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, la Confédération légifère sur l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. Dans ce domaine, les cantons ne peuvent légiférer que dans la mesure où la Confédération n'a pas déjà réglé une situation de manière exhaustive.

Avec le financement actuel des prestations hospitalières, les cantons vérifient directement si les conditions fixées dans la LAMal pour la prise en charge proportionnelle des rémunérations sont remplies. Dans la convention tarifaire relative à l'introduction de la structure tarifaire Swiss-DRG, les cantons ont toutefois confié le contrôle des factures et de l'économicité aux assureurs et les cantons ont déclaré renoncer à la mise en place parallèle d'une structure de contrôle analogue. Les cantons concentrent leur contrôle sur la présence des conditions formelles de prise en charge des coûts (p. ex. mandat de prestations). On peut donc se demander aujourd'hui déjà dans quelle mesure les cantons ont la possibilité de refuser (partiellement) la prise en charge des coûts par voie judiciaire s'ils estiment que les conditions formelles sont certes remplies, mais que le caractère économique de la prestation n'est pas donné dans le cas particulier. Dans tous les cas, pour savoir si le canton doit cofinancer les coûts, les conditions de la LAMal sont contraignantes et le canton ne peut pas faire dépendre la prise en charge des coûts de conditions supplémentaires, étrangères à la LAMal.

Avec un financement uniforme, il n'y aurait plus de flux financiers directs entre le canton et les fournisseurs de prestations dans le domaine des prestations LAMal. Le canton verserait les recettes fiscales sous forme de contribution à l'institution commune, les assureurs rembourseraient tous les fournisseurs de prestations selon la LAMal. L'examen des conditions de prise en charge des coûts et en particulier de l'économicité incomberait aux assureurs ; avec la décision du Conseil des Etats, les cantons auraient toutefois la possibilité de refuser la prise en charge

des coûts si les conditions formelles ne sont pas remplies, comme c'est le cas aujourd'hui. Les cantons n'auraient donc pas la compétence de prévoir dans le droit cantonal un contrôle de l'économicité au cas par cas qui aurait des répercussions sur le montant qu'ils doivent aux assureurs en vertu de la LAMal.

La réglementation fédérale de la contribution cantonale dans la LAMal n'affecte toutefois pas, premièrement, la compétence des cantons de contrôler l'utilisation des fonds cantonaux qui sont versés, en dehors des dispositions de la LAMal, aux fournisseurs de prestations admis (p. ex. prestations d'intérêt général).

Deuxièmement, les compétences cantonales en matière d'admission des fournisseurs de prestations selon la LAMal ne sont pas concernées par le financement uniforme. Dans ce domaine, les cantons doivent procéder à des contrôles d'économicité dans le cadre de la planification hospitalière. Dans le domaine des fournisseurs de prestations ambulatoires, il faut non seulement que les prescriptions fédérales soient remplies, mais aussi que l'autorisation soit accordée selon le droit cantonal.

A cela s'ajoute la compétence cantonale de contrôler le respect des devoirs professionnels selon les articles 40 et 41 de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd ; RS 811.11), les articles 16 et 17 de la loi fédérale sur les professions de santé (LPSan ; RS 811.21) ainsi que les articles 27 et 28 de la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie (LPsy ; RS 935.81). Parmi ces devoirs professionnels figurent notamment l'exercice avec soin et conscience professionnelle, l'indépendance vis-à-vis des avantages financiers et la participation aux services d'urgence conformément aux dispositions cantonales. Si un fournisseur de prestations présente un comportement suspect en matière de facturation, cela pourrait par exemple être l'indice d'une violation des devoirs professionnels.

Les cantons sont responsables de l'admission des fournisseurs de prestations selon la LAMal ainsi que pour la surveillance du respect des devoirs professionnels selon la LPMéd, la LPSan et la LPsy. Pour ce faire, ils prennent les mesures nécessaires. Dans la mesure où il est aujourd'hui admissible de faire dépendre l'admission à la fourniture de prestations à la charge de l'AOS du respect de certaines conditions, par exemple une fourniture économique des prestations, cela continuera d'être admissible avec un financement uniforme. De même, l'admissibilité d'éventuelles sanctions en cas de non-respect de telles conditions ne sera pas affectée par un financement uniforme.

2.3 Conclusion

Il ressort de ce qui précède qu'un canton peut prévoir que les fournisseurs de prestations qui fournissent des prestations à la charge de l'AOS soient soumis au contrôle cantonal des finances en tant que bénéficiaires de fonds et de subventions cantonaux. Avec un financement uniforme, cela s'appliquerait désormais aussi aux fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire.

L'obligation du canton de fournir un cofinancement ou une contribution financière découle aujourd'hui, comme avec un financement uniforme, des principes de la LAMal et ne peut pas être surpassée par le droit cantonal. Les cantons sont tenus de verser une contribution financière si les conditions du droit fédéral sont remplies. Aujourd'hui, et avec la décision du Conseil des Etats, les cantons peuvent vérifier, avec un financement uniforme également, si les conditions formelles sont remplies dans le domaine stationnaire. L'examen de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE) au cas par cas est du ressort des assureurs. Avec un financement uniforme, le canton ne pourrait pas refuser la prise en charge des coûts en se référant au fait que les critères EAE ne sont pas remplis dans un cas particulier. Mais il est également à se demander dans quelle mesure le canton a aujourd'hui cette possibilité.

Toutes les compétences et les possibilités de sanction dont dispose le canton sur la base de l'admission des fournisseurs de prestations et de la surveillance du respect des devoirs professionnels ne sont pas concernées par un financement uniforme. Dans la mesure où une consultation à ces fins des documents financiers auprès des fournisseurs de prestations est admissible aujourd'hui selon le droit cantonal, un financement uniforme n'y changera rien.

3 Rémunération différenciée selon le fournisseur de prestations

3.1 Contexte

Une autre proposition souhaite que le canton ait la possibilité de différencier sa contribution par fournisseur de prestations en fonction de la participation de ce dernier aux soins médicaux de base, aux soins d'urgence et au respect des prescriptions sur les conditions de travail, tels que définis par le canton. La contribution du canton ne doit toutefois pas être inférieure à 10 pour cent de la rémunération due selon le tarif. L'intention n'est pas que l'assureur augmente sa contribution en contrepartie, mais que la rémunération du fournisseur de prestations soit globalement réduite ou augmentée. Au total, le fournisseur de prestations doit donc recevoir au minimum 83,1 pour cent (financement uniforme avec soins) respectivement 85,5 pour cent (financement uniforme sans soins) de la rémunération selon le tarif. Si la somme des contributions du canton différenciées selon le fournisseur de prestations n'atteint pas le taux moyen de 26,9 (avec soins) ou 24,5 pour cent (sans soins), l'institution commune doit facturer les montants manquants au canton concerné et les répartir entre les assureurs.

La participation des fournisseurs de prestations aux soins de base et aux soins d'urgence est essentielle. Cette participation a un coût, pour lequel les fournisseurs de prestations sont rémunérés. Dans le cas contraire, les fournisseurs de prestations risqueraient de négliger la fourniture de ces prestations indispensables. Il est donc indispensable de veiller à ce que les fournisseurs de prestations soient rémunérés de manière appropriée pour ces prestations.

3.2 Rôle des cantons lors de la tarification

Les tarifs de l'AOS doivent être fixés selon les règles applicables en économie d'entreprise, présenter une structure appropriée et s'orienter vers la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Dans la mesure où cela est nécessaire pour la fourniture des prestations, les coûts des soins de base et d'urgence sont également pris en compte dans les tarifs.

Les cantons sont en outre responsables de la garantie de l'approvisionnement en soins. Le financement des prestations d'intérêt général est donc du ressort des cantons. Si de telles prestations étaient également (partiellement) financées par l'AOS, les cantons risqueraient de réduire en contrepartie le financement des prestations d'intérêt général. La part financée par l'impôt de l'ensemble du système de santé (donc au-delà du domaine de la LAMal) continuerait ainsi à diminuer au détriment des payeurs de primes.

Le respect des prescriptions cantonales, par exemple en matière de conditions de travail, est une condition de base pour être autorisé par le canton à fournir des prestations dans le domaine de la santé (c'est-à-dire également en dehors de l'AOS). Si de telles prescriptions cantonales ne sont pas respectées, le canton a la possibilité de veiller, dans le droit cantonal, à ce que les fournisseurs de prestations fautifs soient sanctionnés.

La rémunération des prestations au sein de l'AOS s'effectue selon des tarifs, à l'élaboration desquels les cantons participent de manière déterminante. Premièrement, la décision du Conseil des Etats relative au financement uniforme prévoit que les cantons siègent dans les organisa-

tions tarifaires qui sont responsables du développement et de la maintenance des structures tarifaires pour les prestations stationnaires, les traitements ambulatoires (médicaux) et les prestations de soins. Deuxièmement, le canton doit approuver tout tarif négocié spécifiquement par les partenaires tarifaires pour son territoire. Si aucun accord n'est trouvé sur un tarif, le canton le fixe.

Troisièmement, dans le cadre du contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts (21.067), un nouvel article 46a prévoit que le canton peut charger les partenaires tarifaires de renégocier un tarif qui, dans l'intervalle, n'est plus approprié. Si aucun accord n'est trouvé, le canton peut là aussi fixer le tarif. Le Conseil national et le Conseil des Etats ont tous deux prévu que le canton puisse fixer des tarifs différenciés selon les groupes de fournisseurs de prestations.

Ainsi, aujourd'hui déjà, aucun tarif ne peut être appliqué uniquement dans un seul canton sans que ce tarif n'ait été approuvé ou fixé par ce canton. Seules les conventions tarifaires qui sont valables pour l'ensemble de la Suisse doivent être approuvées par le Conseil fédéral. Lors de l'approbation et de la fixation des tarifs, le canton peut tenir compte de la mesure dans laquelle les structures tarifaires reflètent la base de coûts du fournisseur de prestations. Ainsi, les hôpitaux universitaires se voient généralement attribuer des tarifs plus élevés que les autres hôpitaux. Les cantons sont tenus de respecter les principes de la LAMal lors de l'approbation et de la fixation des tarifs.

En particulier, le nouvel alinéa 3 de l'article 46a prévu par les deux Chambres dans le contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts (21.067) donne aux cantons un instrument pour prévoir une rémunération différenciée selon les groupes de fournisseurs de prestations, lorsque la structure tarifaire ne permet plus ou pas encore de refléter correctement les coûts des prestations de ces groupes.

3.3 Pilotage supplémentaire de la rémunération en dehors de la tarification

Étant donné que des instruments pour une rémunération appropriée et permettant au canton de fixer une rémunération différenciée des fournisseurs de prestations existent déjà et que d'autres sont prévus, un instrument supplémentaire ne semble pas indispensable pour le canton. En outre, la question se poserait également de savoir à quoi servent les négociations tarifaires et les processus d'approbation fastidieux si le canton peut finalement contourner les tarifs qu'il a lui-même approuvés ou fixés, ou dans certains cas le Conseil fédéral, en appliquant encore à ces tarifs un supplément ou une réduction.

Si la création d'un instrument supplémentaire pour le canton est néanmoins souhaitée, un nouvel article 51a pourrait être envisagé. Il pourrait y être stipulé que, selon la participation d'un fournisseur de prestations aux soins médicaux de base et d'urgence définis par le canton, ce dernier peut demander le remboursement de 15 pour cent au maximum de la rémunération selon le tarif, par exemple. Le canton devrait reverser l'intégralité de ces remboursements aux fournisseurs de prestations qui s'investissent davantage au regard de ces critères.¹ Toutefois, des critères en partie étrangers à la LAMal détermineraient ainsi le montant de la rémunération

¹ Comme le canton ne verse pas directement sa contribution au fournisseur de prestations, mais que la rémunération se fait de manière moniste par le biais des assureurs, l'exécution d'une correction de la rémunération devrait idéalement se faire directement et a posteriori entre le canton et le fournisseur de prestations. Comme le volume de prestations des différents fournisseurs de prestations n'est pas connu à l'avance, il ne serait sinon pas possible de garantir que la rémunération de tous les fournisseurs de prestations corresponde précisément à 100 pour cent du tarif normalement applicable. Sinon, le canton devrait informer tous les assureurs des tarifs "définitifs" des différents fournisseurs de prestations, y compris les suppléments et les réductions appliqués par le canton. Ces tarifs "définitifs" devraient également être facturés aux assurés en tant que participation aux coûts.

selon la LAMal. Les fournisseurs de prestations concernés devraient en outre disposer d'une voie de recours contre une telle décision du canton. A l'instar de cas similaires, on pourrait prévoir une possibilité de recours contre la décision du canton auprès du Tribunal administratif fédéral. L'article 53 devrait être complété à cet effet.