

Rémunération des soins de base et d'urgence

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 15 août 2023

Table des matières

1	Mandat et décision de la CSSS-N	1
2	Bases constitutionnelles	1
3	Garantie des soins de santé par les cantons	2
4	L'obligation de prise en charge des prestations dans la LAMal et délimitations	2
5	Rémunération appropriée	3
6	Possibilité de tarifs différenciés dans le droit en vigueur	4
7	Défis liés aux tarifs différenciés	5
8	Précision possible dans la LAMal : proposition alternative de l'administration	6
9	Possibilités de réglementation alternatives dans la LAMal	8

1 Mandat et décision de la CSSS-N

Lors de sa séance du 3 juillet 2023, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a adopté une proposition visant à améliorer la rémunération des soins de base et d'urgence. Le texte de la proposition prévoit qu'un canton peut charger des fournisseurs de prestations individuels ou des groupes de fournisseurs de prestations de fournir des prestations de soins de base et d'urgence. Les cantons doivent pouvoir conditionner l'admission à des critères tels que les capacités, les heures d'ouverture, l'obligation d'admission et la qualité des conditions de travail (nouvel art. 36 al. 3).

Lorsque les différences de coûts et de risques de maladie des patients traités le justifient, les tarifs doivent pouvoir être différenciés pour différents groupes de fournisseurs de prestations. Tant les partenaires tarifaires que les autorités compétentes doivent veiller à une représentation appropriée des prestations de soins de base et d'urgence ainsi que de l'obligation d'admission. A cette fin, ils doivent pouvoir convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations.

En l'absence de conventions correspondantes ou si le canton les considère comme insuffisantes, les cantons doivent pouvoir fixer des suppléments cantonaux pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations disposant d'un mandat au sens de l'art. 36, al. 3, afin de refléter de manière appropriée les prestations des soins de base et d'urgence. Ces suppléments doivent être compensés par des réductions des tarifs cantonaux de spécialités ou de groupes de fournisseurs de prestations non concernés. La CSSS-N a expressément souhaité que, outre cette formulation, d'autres possibilités soient examinées pour atteindre l'objectif visé par la proposition.

2 Bases constitutionnelles

La Constitution fédérale (Cst. ; RS 101) laisse aux cantons la compétence en matière de soins de santé. La Confédération ne peut réglementer ce domaine que dans les cas où la Constitution lui en donne expressément la compétence. L'article 117 Cst. donne à la Confédération la compétence d'édicter des prescriptions sur l'assurance maladie et accidents. La Confédération et les cantons veillent à ce que les soins médicaux de base soient suffisants (art. 117a Cst.), mais dans le cadre de leurs compétences respectives. Dans ce domaine, l'article 117a Cst. ne confère donc pas à la Confédération des compétences supplémentaires vis-à-vis des cantons, qui iraient au-delà de celles dont elle dispose déjà. La Confédération peut en outre édicter des prescriptions sur l'exercice des activités économiques lucratives privées (art. 95 Cst.), qui peuvent par exemple concerner les devoirs professionnels des professions médicales, indépendamment du fait que les membres de ces groupes professionnels exercent leur activité dans le cadre de l'assurance-maladie ou au-delà.

La garantie des soins est donc une tâche des cantons. Sur la base de l'article 117 Cst., seules les conditions-cadres pour le remboursement des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) peuvent être réglées du point de vue du droit constitutionnel. Les réglementations ayant un impact sur l'organisation des soins de santé doivent en définitive toujours servir les intérêts de l'AOS. Ces réglementations s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). En outre, la Confédération n'a pas la compétence de donner aux cantons des directives sur l'organisation concrète des soins de santé.

3 Garantie des soins de santé par les cantons

Les cantons peuvent garantir les prestations et les infrastructures nécessaires à l'approvisionnement (prestations dites d'intérêt général) notamment en les réglementant dans le cadre de leurs propres compétences. Comme déjà mentionné, la Confédération ne dispose d'aucune base constitutionnelle pour réglementer plus précisément cette tâche des cantons. L'exercice de la responsabilité de l'approvisionnement par les cantons doit être réglé au niveau cantonal.

Les cantons obligent habituellement les fournisseurs de prestations à assurer un service d'urgence dans leurs lois sur la santé. Souvent, les cantons laissent la réglementation du service d'urgence aux fournisseurs de prestations.¹ Dans ce cas, ces derniers peuvent régler entre eux la mise en œuvre de cette obligation. Dans plusieurs cantons, les fournisseurs de prestations ont mis en place une compensation financière pour les fournisseurs de prestations qui participent peu ou pas du tout au service d'urgence. Le canton a également la possibilité de réglementer lui-même les devoirs professionnels de manière plus détaillée dans sa loi sur la santé. Il est également envisageable qu'un canton règle le montant d'éventuels paiements compensatoires entre les fournisseurs de prestations.²

En revanche, on peut se demander si la base constitutionnelle existante suffit à la Confédération pour réglementer plus précisément les devoirs professionnels que les cantons doivent édicter (par exemple en obligeant les cantons à prévoir des paiements compensatoires entre les professionnels de la santé d'un montant minimum déterminé). Certes, la Confédération définit les devoirs professionnels des personnes exerçant une profession médicale dans la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd ; RS 811.11). La base constitutionnelle de cette loi est la réglementation de l'exercice des activités économiques lucratives privées (art. 95 Cst.) ainsi que la compétence réglementaire en matière de formation et de formation continue pour les professions de la médecine de premier recours et les conditions pour l'exercice de ces professions (art. 117a Cst.). L'objet de la réglementation de la LPMéd est donc en premier lieu la promotion et la garantie de la qualité de la formation universitaire et de l'exercice de la profession, et non la garantie de la couverture sanitaire (qui relève de la compétence des cantons) ou de la rémunération appropriée (qui doit être réglée dans le cadre de la LAMal, dans la mesure où la rémunération des prestations LAMal est concernée). Il n'est donc pas question d'obliger les cantons, dans le cadre de la LPMéd, à imposer et à garantir la fourniture de services d'urgence d'un certain type ou d'une certaine ampleur.

4 L'obligation de prise en charge des prestations dans la LAMal et délimitations

L'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25, al. 1, LAMal). Ces prestations comprennent aujourd'hui entre autres les examens et les traitements effectués en ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins (art. 25, al. 2, let. a, ch. 1, LAMal), par des chiropraticiens (art. 25, al. 2, let. a, ch. 2, LAMal) ou par des personnes qui fournissent des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25, al. 2, let. b, ch. 3, LAMal). Dans l'AOS, seuls les coûts des prestations soumises à la LAMal et dispensées

¹ Par exemple LU (loi sur la santé, art. 32), BL (loi sur la santé, art. 27 et 27a), GR (loi sur la santé, art. 43 et 44), AG (loi sur la santé, art. 38), VD (loi sur la santé publique, art. 91a), VS (loi sur la santé publique, art. 65), NE (loi sur la santé, art. 68).

² Divers cantons fixent les paiements annuels qu'un fournisseur de prestations doit effectuer lorsqu'il est dispensé du service d'urgence pour certaines raisons, par exemple LU et AG (1,5 % du revenu, max. 5000 francs), BL (jusqu'à 6000 francs), GR (1,5-3 % du revenu, max. 10 000 francs), VD (jusqu'à 20 000 francs).

par des fournisseurs de prestations admis sont rémunérés. Les fournisseurs de prestations qui peuvent avoir le statut de fournisseurs de prestations admis selon la LAMal sont définis à l'art. 35, al. 2, LAMal et aux art. 38 ss. de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102).

Les prestations dites d'intérêt général (PIG) ne sont pas définies dans la LAMal. Il s'agit donc de prestations dont la fourniture ne fait pas partie des tâches de l'AOS.³ Les cantons ont la compétence de les réglementer afin de garantir l'approvisionnement en soins. Ils ne peuvent en aucun cas être financés par les primes de l'AOS, ce sont les cantons qui sont responsables de la réglementation du financement. Celui-ci doit se faire en dehors de l'AOS. Le maintien délibéré de surcapacités pour des raisons de politique régionale n'est par exemple pas considéré comme une prestation LAMal, mais comme une PIG, tout comme la recherche et l'enseignement universitaire (art. 49, al. 3, LAMal). Des coûts d'un fournisseur de prestations plus élevés en raison des PIG ne justifient pas une différenciation tarifaire, car sinon les tâches des cantons, qu'ils devraient financer par les impôts, seraient (partiellement) prises en charge par les primes.

Il en va autrement des coûts nécessaires à la fourniture d'une prestation assurée. Les coûts des traitements d'urgence (stationnaires ou ambulatoires) étant par exemple déterminants pour le tarif, il ne serait pas approprié d'exclure les parts de ces coûts en les considérant comme des PIG.⁴ Pour qu'un hôpital puisse prendre en charge les urgences médicales, il doit adapter son organisation aux cas urgents. Pour ce faire, il a besoin d'une flexibilité et d'une disponibilité accrues, de capacités d'accueil libres en permanence, d'un service de piquet et de personnel supplémentaire. Les hôpitaux qui ne disposent pas d'un service d'accueil des urgences ont en revanche l'avantage de ne pas devoir traiter de cas urgents et de ne pas devoir prendre de mesures organisationnelles correspondantes. Leur capacité à planifier l'utilisation du personnel, du matériel et de l'infrastructure est accrue. Cela pourrait entraîner des coûts d'exploitation plus bas pour un hôpital qui peut s'orienter exclusivement vers les traitements électifs,⁵ bien que ceux-ci ne soient pas nécessairement dus à une plus grande efficacité. En tant que coûts pour la fourniture de prestations obligatoires de l'AOS, ces coûts supplémentaires des hôpitaux d'urgence ne doivent en principe pas être considérés comme des PIG, mais sont pertinents pour le tarif, du moins dans la mesure où il ne s'agit pas de surcoûts supplémentaires qui résultent par exemple du maintien d'un service d'urgence trop petit ou mal exploité.⁶

5 Rémunération appropriée

Dans la mesure où les coûts concernent des prestations LAMal (à la différence des PIG), ils sont remboursés par l'AOS. Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 LAMal). Sont notamment possibles les tarifs au temps, les tarifs à la prestation ou les tarifs forfaitaires (art. 43, al. 2, LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Il faut veiller à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise et qu'ils soient structurés de manière appropriée (art. 43, al. 4, LAMal). Les partenaires contractuels veillent à ce que les soins soient appropriés, et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal).

³ Eugster, KVG, Art. 49 ch. 7

⁴ ATAF 2014/36, C. 21.3.2

⁵ ATAF 2014/36, C. 21.3.3

⁶ ATAF 2014/36, C. 21.3.4

L'autorité compétente doit vérifier si les tarifs sont conformes à la loi et aux principes d'économicité et d'équité (art. 46, al. 4, LAMal). L'économicité et l'équité, ainsi que les exigences associées concernant le caractère approprié de la rémunération et le calcul conforme aux règles applicables en économie d'entreprise, sont donc déjà, dans le droit en vigueur, des principes centraux de la LAMal pour la formation des tarifs. Les structures tarifaires à l'échelle nationale doivent tenir compte de ces exigences pour que le Conseil fédéral puisse les approuver.

Les tarifs à la prestation et, désormais, les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires⁷ doivent reposer sur une structure tarifaire uniforme convenue à l'échelle nationale (art. 43, al. 5). Lorsqu'une structure tarifaire existante ne s'avère plus appropriée et que les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord sur une révision, le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal). Le Conseil fédéral a déjà fait usage de cette compétence à deux reprises pour le Tarmed, la première intervention visant notamment à promouvoir la médecine de premier recours. Le contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts (numéro d'affaire 21.067) prévoit en outre que les cantons aient également la possibilité de fixer des tarifs différenciés pour certaines spécialités médicales ou certains groupes de fournisseurs de prestations en cas de structures tarifaires nationales qui ne s'avèrent plus appropriées. Les cantons doivent alors tenir compte d'éventuelles adaptations du Conseil fédéral conformément à l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal (art. 46a, al. 3, P-LAMal). Il existe donc déjà une compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour le cas où la structure tarifaire n'est pas appropriée, et une autre pour les cantons a été approuvée par les deux Chambres. De cette façon, des mécanismes subsidiaires suffisants seraient mis en place pour le cas où les structures tarifaires ne seraient pas appropriées.

6 Possibilité de tarifs différenciés dans le droit en vigueur

Même avec une structure tarifaire globalement appropriée et approuvée par le Conseil fédéral, il reste difficile de refléter au sein de cette structure tarifaire toutes les différences de coûts justifiées pour la fourniture des prestations LAMal, qui ne sont pas dues à l'inefficacité d'un fournisseur de prestations. C'est pourquoi il est d'ores et déjà possible, dans le cadre de l'autonomie tarifaire de la LAMal, de convenir dans les conventions tarifaires cantonales des tarifs différenciés selon les fournisseurs de prestations ou les groupes de fournisseurs de prestations (p. ex. baserates et valeurs du point tarifaire) ou de les fixer. Les dispositions légales relatives aux structures tarifaires nationales demeurent réservées. Les partenaires tarifaires ou l'autorité cantonale compétente pour fixer les tarifs peuvent donc d'ores et déjà envisager une tarification en fonction des (groupes de) fournisseurs de prestations, en tenant compte des principes de tarification de la LAMal (notamment le calcul conforme aux règles applicables en économie d'entreprise et la structure appropriée selon l'art. 43, al. 4, LAMal et la garantie des principes d'économicité et d'équité selon l'art. 46, al. 4, LAMal). En outre, l'art. 43, al. 4^{bis}, LAMal stipule que les tarifs et les prix s'orientent sur la rémunération des fournisseurs de prestations qui offrent la prestation dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

Dans le domaine stationnaire, où de nouvelles versions des structures tarifaires (SwissDRG, Tarpsy, ST Reha) ont été régulièrement approuvées par le Conseil fédéral, les baserates propres à chaque hôpital sont fréquents, car la structure tarifaire, même si elle est globalement appropriée, n'est pas encore en mesure de refléter suffisamment les différences de coûts justifiées et non imputables à des inefficacités. Cela s'explique aussi par le fait que la structure tarifaire ne

⁷ Modification du 18 juin 2021 de la LAMal (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, volet 1a), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2023 (RO 2021 837 ; 2022 808 ; FF 2019 5765)

permet pas toujours de délimiter les cas particulièrement coûteux ou complexes par des critères appropriés (diagnostics, traitements) et de les rémunérer de manière appropriée.

Dans le domaine ambulatoire, on applique aujourd'hui en premier lieu une structure tarifaire à la prestation individuelle pour la plupart des prestations. Une structure à la prestation offre, plus qu'une structure forfaitaire, la possibilité de facturer davantage de prestations pour des traitements particulièrement coûteux. Même dans le cas d'une structure tarifaire à la prestation, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui dans le domaine médical ambulatoire, il peut y avoir des raisons qui justifient des tarifs différenciés, même si la structure tarifaire est globalement appropriée. Dans la pratique actuelle, les cantons appliquent souvent d'autres valeurs du point dans le domaine ambulatoire des hôpitaux que dans le domaine ambulatoire en cabinet. Dans certains cantons, la valeur du point est également différenciée entre les différents services ambulatoires des hôpitaux.

De tels tarifs cantonaux différenciés ne doivent pas contourner une structure tarifaire globalement appropriée et uniforme dans toute la Suisse (en particulier les relations entre les différentes positions tarifaires ou prestations). Il s'agit plutôt de compléter la structure tarifaire lorsque celle-ci, dans son ensemble, n'est pas en mesure de refléter suffisamment certaines disparités entre les fournisseurs de prestations, par exemple en raison de leur structure d'activité.

Par analogie au domaine stationnaire,⁸ un exemple pourrait être les conséquences de l'orientation d'un fournisseur de prestations vers les cas d'urgence ou vers les prestations planifiables ; en raison de structures différentes, les différents types de cabinets médicaux et de services ambulatoires des hôpitaux pourraient notamment être affectés différemment par des perturbations du déroulement de l'activité. Ceci pour autant qu'il s'agisse de prestations LAMal et qu'elles ne soient pas considérées comme des PIG. Des tarifs différenciés permettraient dans ce cas d'éviter que les fournisseurs de prestations qui, pour des raisons structurelles, c'est-à-dire non liées à l'efficacité, ne font face qu'à relativement peu de perturbations dans le déroulement de l'activité, ne reçoivent une rémunération trop élevée. A l'inverse, dans un tel cas, des tarifs différenciés pourraient garantir une rémunération appropriée qui ne soit pas trop basse aux fournisseurs de prestations dont l'activité est structurellement plus perturbée. Toutefois, de tels suppléments et réductions devraient tenir compte de ce qui est déjà prévu dans la structure tarifaire (p. ex. les forfaits pour des consultations pressantes ou urgentes ainsi que les suppléments dans Tarmed pour les prestations fournies en dehors des heures régulières de travail et pendant la nuit).

7 Défis liés aux tarifs différenciés

Compte tenu de la disponibilité des données dans le domaine ambulatoire, il pourrait s'avérer difficile d'identifier les cas où des différenciations tarifaires se justifient pour les raisons exposées au point 6. Les partenaires tarifaires et, subsidiairement, l'autorité de fixation, devraient évaluer l'ampleur des différenciations tarifaires éventuellement nécessaires sur la base des indices disponibles et éviter l'arbitraire. Pour clarifier les questions litigieuses, il existe des voies juridiques bien rodées dans le cadre de l'approbation et de la fixation des tarifs par les cantons. Pour que la marge de manœuvre des cantons ne soit pas trop grande, les fournisseurs de prestations seraient également incités établir la transparence quant à leurs coûts (de production) et donc à leurs recettes.

Les tarifs cantonaux différenciés ne doivent en outre pas être en contradiction avec le principe d'économicité de la LAMal. Le pilotage de l'approvisionnement ne devrait pas se faire par le biais de tarifs différenciés - notamment parce que les payeurs de primes seraient alors éventuellement sollicités financièrement pour l'accomplissement de tâches qui relèvent de la

⁸ Cf. ATAF 2014/36, notamment C 21.3

compétence des cantons et qui doivent donc être financées par les impôts. Les cantons disposent de divers instruments pour piloter l'approvisionnement : le versement de ressources fiscales pour les PIG, la fixation d'obligations pour les fournisseurs de prestations, y compris des paiements compensatoires entre les fournisseurs de prestations, ainsi que la possibilité, avec le nouvel article 55a LAMal, de fixer des nombres maximums de médecins par spécialité médicale et/ou par région. Tous ces instruments de pilotage peuvent augmenter l'attractivité d'une activité dans le domaine des soins de base plutôt que dans une discipline « spécialisée ».

8 Précision possible dans la LAMal : proposition alternative de l'administration

Les bases permettant aux partenaires tarifaires de convenir de tarifs différenciés et aux autorités d'approbation d'approuver ou de fixer de tels tarifs sont déjà disponibles aujourd'hui. L'équité et l'équité devraient toujours être les critères décisifs. Cela implique qu'un tarif doit être approprié et calculé selon les règles applicables en économie d'entreprise. La fixation des tarifs se ferait par la voie habituelle, à savoir en priorité par des accords entre les partenaires tarifaires et subsidiairement par une fixation par les cantons.

Le texte de la proposition pourrait être légèrement modifié de manière à ce que, d'une part, les principes de tarification déjà existants (en particulier le caractère approprié d'un tarif) soient le critère central au lieu de la formulation plus spécifique de « différences de coûts et de risques de maladie des patients traités ». Le caractère approprié en tant que critère central comprend entre autres aussi la représentation correcte des différences de coûts entre les fournisseurs de prestations qui résultent des différences dans le spectre d'activité, par exemple en raison des processus de travail éventuellement moins planifiables dans les soins de base et d'urgence. Cela permet également de couvrir les différents « coûts et risques de maladie » évoqués. Un complément à l'art. 43, al. 6^{bis}, est suffisant à cet effet, une double mention également à l'art. 43, al. 4, n'apporte aucun avantage supplémentaire.

D'autre part, on pourrait théoriquement renoncer à désigner explicitement les soins de base et d'urgence, puisque l'exigence relative au caractère approprié du tarif s'applique de la même manière à tous les fournisseurs de prestations. Dans la pratique, il est néanmoins probable que les soins de base et d'urgence soient particulièrement affectés par les différences de coûts qui ne sont pas reflétées dans la structure tarifaire. Mais cela impliquerait aussi, en miroir, un traitement de faveur, également non justifié, pour d'autres fournisseurs de prestations. Leur rémunération appropriée (plus basse) devrait également être l'objectif de la loi. Si les soins de base et d'urgence devaient malgré tout être mentionnés, cela serait possible (voir proposition de formulation en italique ci-dessous).

Les suppléments et réductions cantonaux pour certains groupes de fournisseurs de prestations doivent justement s'équilibrer au sein de ce canton. Si l'on part du principe qu'un tarif non différencié pour tous les fournisseurs de prestations a été convenu par les partenaires tarifaires ou fixé par le canton à un niveau approprié, il s'ensuit que les suppléments accordés à une partie de ces fournisseurs de prestations par souci d'équité doivent correspondre, en termes de pondération quantitative, aux réductions également nécessaires pour une autre partie des fournisseurs de prestations par souci d'équité. Afin d'éviter que les suppléments n'entrent en vigueur sans examen judiciaire, alors que les réductions échouent éventuellement par voie judiciaire, il est judicieux de fixer explicitement cet état de fait. Si seuls des suppléments étaient accordés sur le tarif déjà approprié en moyenne pour toutes les prestations, la tarification dans son ensemble ne serait plus appropriée, car les réductions symétriques feraient défaut. Des tarifs différenciés ne devraient être possibles, dans un souci de garantie du caractère approprié, que si les réductions et les suppléments, pondérés en fonction des quantités, s'équilibrent en partant du tarif moyen approprié.

Si la convention sur les tarifs différenciés doit être conclue en priorité par les partenaires tarifaires et seulement à titre subsidiaire par les cantons, il est possible de renoncer, dans le domaine ambulatoire, à l'attribution par le canton de mandats de prestations pour les soins de base et d'urgence ; il n'est donc pas nécessaire de compléter l'art. 36a. Les partenaires tarifaires peuvent ainsi évaluer eux-mêmes pour quels groupes de fournisseurs de prestations il convient éventuellement de convenir de tarifs plus élevés ou plus bas afin de garantir leur caractère approprié. Avec des mandats de prestations, le canton anticiperait sur les partenaires tarifaires, et les soins de base et d'urgence seraient difficiles à distinguer des autres prestations avec des mandats de prestations, d'autant plus que le devoir de fournir un service d'urgence concerne en principe toutes les professions médicales (cf. chiffre 3). Même en l'absence de mandats de prestations préalables, le canton reste libre, dans le cadre des exigences de la loi, d'approuver ou non de telles conventions. Si aucun tarif n'est approuvé, le canton est également libre, même sans mandats de prestations préalables et dans le cadre des dispositions légales, de désigner à son tour les groupes de fournisseurs de prestations pour lesquels il fixe des tarifs plus élevés ou plus bas afin de garantir leur caractère approprié.

En revanche, des différences de tarifs dues à des conditions de travail différentes ne sont pas indiquées. Le respect par les fournisseurs de prestations des exigences fixées par la Confédération et les cantons en matière de droit du travail est une condition préalable. Si l'on estime qu'il est nécessaire d'agir dans le domaine des conditions de travail, il est possible d'envisager des réglementations supplémentaires au niveau fédéral ou cantonal, qui s'appliqueraient alors de la même manière à tous les fournisseurs de prestations. Par ailleurs, les fournisseurs de prestations évoluent sur le marché du travail. Afin d'y attirer les professionnels dont ils ont besoin, les prestataires ont tout intérêt à veiller à de bonnes conditions de travail.

Si les fournisseurs de prestations qui offrent d'eux-mêmes de meilleures conditions de travail que les autres se voyaient appliquer des tarifs plus élevés, cela serait toutefois en contradiction avec le principe d'économicité de la LAMal et porterait atteinte aux intérêts des payeurs de primes. Ce serait également contre-productif, car les fournisseurs de prestations offrant de bonnes conditions de travail deviendraient plus chers et donc moins attractifs du point de vue des assureurs (choix pour des modèles d'assurance alternatifs) et des assurés (dans la mesure où ils n'ont pas encore épuisé leur participation aux coûts). Les différenciations tarifaires ne se prêtent donc pas aux enjeux liés aux conditions de travail. Si des règles supplémentaires sont considérées comme nécessaires en plus des exigences du marché du travail, elles devraient être valables de la même manière pour tous les fournisseurs de prestations dans un domaine.

La proposition de formulation serait donc la suivante :

Art 43 al. 6^{bis}

6^{bis} Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que toutes les prestations, entre autres les soins de base et d'urgence, soient représentées de manière appropriée. Ils peuvent, si nécessaire à cette fin, convenir ou fixer des tarifs différenciés pour certains domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations. Les suppléments cantonaux pour certains domaines de spécialité médicales ou groupes de fournisseurs de prestations doivent être compensés par des réductions des tarifs cantonaux des autres domaines de spécialité médicale ou groupes de fournisseurs de prestations.

9 Possibilités de réglementation alternatives dans la LAMal

Dans le rapport de l'OFSP du 18 avril 2023, d'autres possibilités ont été présentées au chiffre 3.3 pour que le canton puisse différencier la rémunération des fournisseurs de prestations pour les prestations selon la LAMal. Comme un financement moniste via les assureurs est prévu, et non pas un financement dual-fixe avec des flux financiers directs entre le canton et les fournisseurs de prestations, une adaptation directe de la contribution cantonale selon l'art. 60 en fonction du fournisseur de prestations ne serait pas opportune. Dans un nouvel article 51a, il pourrait cependant par exemple être stipulé qu'un canton peut exiger le remboursement de 15 % au maximum de la rémunération selon le tarif, en fonction de la participation d'un fournisseur de prestations aux soins médicaux de base et d'urgence définis par le canton. Le canton devrait reverser l'intégralité de ces demandes de remboursement aux fournisseurs de prestations qui s'investissent davantage au regard de ces critères.

Une telle procédure se situerait en dehors du processus de fixation des tarifs et soulèverait la question de savoir à quoi servent les négociations tarifaires et les processus d'approbation coûteux si le canton peut finalement contourner les tarifs approuvés ou fixés par lui-même ou, dans certains cas, par le Conseil fédéral, en procédant à une nouvelle majoration ou minoration de ces tarifs. Au vu de l'absence de jurisprudence, les PIG, qui devraient être financés par les impôts, risqueraient aussi d'être finalement financés en partie par les primes.

L'orientation suivie par la proposition adoptée par la CSSS-N, avec de légères adaptations, est donc à privilégier. Cette approche a l'avantage de s'inscrire dans le processus habituel de formation des tarifs prévu par la LAMal, de respecter l'autonomie des partenaires tarifaires et de n'attribuer aux cantons qu'une compétence subsidiaire. Il y a également moins de risque que les coûts des prestations LAMal soient mélangés aux coûts des PIG dans la tarification et que les PIG soient partiellement financés par les primes plutôt que par les impôts.