



Berne, le 3 juillet 2019

Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons

Rapport du Conseil fédéral
en réponse au postulat 14.3385 CSSS-CN
du 10 septembre 2014

Sommaire

Résumé	3
Zusammenfassung.....	4
Sintesi	5
1 Introduction.....	6
1.1 Contexte et mandat parlementaire.....	6
1.2 Base de la mise en œuvre du mandat parlementaire.....	6
1.3 Objet du rapport, définitions et délimitations	7
1.4 Structure du rapport	8
2 Application de l’art. 51 LAMal et d’instruments connexes	9
3 Compatibilité de l’application avec les principes du nouveau financement hospitalier	12
4 Réalisation des objectifs de maîtrise des coûts	12
5 Conclusions du Conseil fédéral	13
Bibliographie	15

Résumé

Adopté par le Conseil national le 10 septembre 2014, le postulat 14.3385 de la CSSS-CN *Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons* invite le Conseil fédéral à élaborer un rapport sur l'application du système des DRG. Ce rapport doit notamment comparer la situation des cantons qui font usage de l'art. 51 (Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux) de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) avec celle des autres cantons et indiquer dans quelle mesure les objectifs visés par l'introduction des DRG ont été atteints dans les cantons utilisant un budget global. À la demande de l'Office fédéral de la santé publique, la société B,S,S. *Volkswirtschaftliche Beratung* a effectué une étude qui sert de base scientifique pour répondre au postulat. Cette étude est disponible depuis mai 2019.

Le présent rapport s'appuie sur les données de l'étude effectuée par B,S,S., dont les principaux résultats sont les suivants :

- (1) En 2017, trois cantons (Genève, Tessin et Vaud) ont fait usage de budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal ; ils ont ainsi fixé un montant maximal pour la rémunération cantonale de prestations hospitalières stationnaires par hôpital. La conception concrète de cet instrument varie d'un canton à l'autre. En 2017, deux cantons (Neuchâtel et Valais) ont choisi non pas d'opter pour un montant maximal, mais de définir des quantités maximales de prestations par hôpital. Genève et Vaud appliquaient eux aussi des quantités maximales de prestations, soit en complément, soit en lieu et place de budgets globaux, et uniquement pour certains types d'hôpitaux. Là encore, la mise en œuvre de ces mesures variait d'un canton à l'autre. En principe, on peut s'attendre à ce que les quantités maximales de prestations aient des effets similaires comme avec les budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal.
- (2) La compatibilité des budgets globaux et des instruments connexes (c.-à-d. des quantités maximales de prestations) avec les principes du nouveau financement hospitalier dépend essentiellement des modalités d'application des instruments. Fondamentalement, ceux-ci peuvent être mis en œuvre de manière à être compatibles avec ces principes.
- (3) En termes de réalisation des objectifs de maîtrise des coûts, les résultats des cantons qui utilisent des budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal et des instruments connexes sont largement comparables à ceux des autres cantons : dans les deux groupes, la croissance annuelle moyenne des coûts de l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires était inférieure ou au plus égale à la croissance du produit intérieur brut (par habitant) pendant la période 2012 à 2015. Dans aucun de ces groupes, il n'a toutefois été possible de maîtriser les coûts totaux de l'AOS.

Sur la base de ces résultats, le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir dans le cadre de l'art. 51 LAMal. Pour des raisons méthodologiques, l'étude B,S,S. ne fournit pas de données concluantes sur l'incidence des budgets globaux et des instruments connexes sur l'évolution des volumes de prestations et des coûts dans le domaine des soins somatiques aigus depuis l'introduction des SwissDRG. Cependant, des considérations théoriques laissent à penser que l'utilisation de ces instruments joue en faveur d'une maîtrise des coûts puisque les incitations à augmenter le volume des prestations non indiquées médicalement, caractéristiques des systèmes DRG, disparaissent. L'art. 51 LAMal donne ainsi aux cantons la possibilité de compléter la rémunération forfaitaire de soins hospitaliers stationnaires basée sur les prestations par des réglementations non seulement compatibles avec les principes du financement hospitalier, mais qui peuvent aussi contribuer efficacement à la réalisation des objectifs de maîtrise des coûts de la LAMal.

Zusammenfassung

Mit dem Postulat 14.3385 der SGK-NR «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen», welches der Nationalrat am 10. September 2014 angenommen hat, wurde der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die Anwendung des DRG-Systems zu erarbeiten. Der Bericht soll insbesondere einen Vergleich zwischen jenen Kantonen, die von Artikel 51 (mit dem Titel «Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime») des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Gebrauch machen, und den anderen Kantonen enthalten und Auskunft darüber geben, ob die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele in den erstgenannten Kantonen erreicht wurden. Als wissenschaftliche Basis für die Erfüllung des Postulats hat B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit eine Studie erstellt, die seit Mai 2019 vorliegt.

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die Ergebnisse der Studie B,S,S.. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- (1) Im Jahr 2017 haben drei Kantone (Genf, Tessin, Waadt) Globalbudgets nach Artikel 51 KVG angewandt, d.h. einen maximalen Betrag für die kantonale Vergütung stationärer Spitalleistungen pro Spital festgelegt. Die konkrete Ausgestaltung dieses Instruments variierte dabei zwischen den Kantonen. Ferner haben 2017 zwei Kantone (Neuenburg und Wallis) zwar keinen maximalen Betrag, jedoch maximale Leistungsmengen pro Spital definiert. Genf und Waadt wendeten solche maximale Leistungsmengen ebenfalls an – entweder in Ergänzung zu oder anstatt Globalbudgets und nur bei bestimmten Arten von Spitälern. Die konkrete Ausgestaltung variierte wiederum zwischen den Kantonen. Grundsätzlich lassen maximale Leistungsmengen ähnliche Wirkungen wie Global-budgets nach Artikel 51 KVG erwarten.
- (2) Die Vereinbarkeit von Globalbudgets und verwandten Instrumenten (d.h. maximale Leistungsmengen) mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung hängt wesentlich von deren Ausgestaltung ab. Die Instrumente lassen sich grundsätzlich so umsetzen, dass sie mit jenen Prinzipien vereinbar sind.
- (3) Kantone mit und solche ohne Globalbudgets nach Artikel 51 KVG und verwandte Instrumente schneiden in Bezug auf die Erreichung der Kosteneindämmungsziele grösstenteils vergleichbar ab: In beiden Kantonsgruppen bewegte sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der OKP-Kosten spitalstationär im Zeitraum 2012-2015 unterhalb / maximal auf der Höhe des Wachstums des Bruttoinlandsprodukts (jeweils pro Kopf). Das Wachstum der OKP-Gesamtkosten konnte in beiden Gruppen hingegen nicht gedämpft werden.

Gestützt auf die vorliegenden Ergebnisse sieht der Bundesrat keinen Handlungsbedarf in Bezug auf Artikel 51 KVG. Zwar enthält die Studie B,S,S. aus methodischen Gründen keine abschliessenden Ergebnisse zu den Wirkungen von Globalbudgets und verwandten Instrumenten auf die Entwicklung von Mengen und Kosten in der Akutsomatik seit Einführung von SwissDRG. Theoretische Überlegungen lassen jedoch erwarten, dass der Einsatz dieser Instrumente kostendämpfend wirkt, da Anreize für medizinisch nicht-indizierte Mengenausweitungen, die für DRG-Systeme typisch sind, entfallen. Damit eröffnet Artikel 51 KVG den Kantonen die Möglichkeit, die pauschalisierte, leistungsorientierte Vergütung stationärer Spitalleistungen mit Regelungen zu ergänzen, die nicht nur mit den Prinzipien der Spitalfinanzierung vereinbar sind, sondern auch das Potential haben, einen wirksamen Beitrag zur Erreichung der Kostendämpfungsziele des KVG zu leisten.

Sintesi

Con il postulato CSSS-N 14.3385 «Forfait per caso e preventivo globale. Valutazione dei sistemi in vigore nei cantoni», accolto dal Consiglio nazionale il 10 settembre 2014, il Consiglio federale è stato incaricato di elaborare un rapporto sull'applicazione del sistema DRG. Il rapporto deve soprattutto mettere a confronto i Cantoni che fanno uso dell'articolo 51 (dal titolo «Stanziamiento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura») della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e gli altri Cantoni, e fornire informazioni per sapere se nei primi sono stati raggiunti gli obiettivi perseguiti con l'introduzione del sistema DRG. Come base scientifica per adempire il postulato, la società B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung ha condotto uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica, disponibile da maggio 2019.

Il presente rapporto si basa sui risultati dello studio condotto da B,S,S. I più significativi sono:

- (1) Nel 2017 tre Cantoni (Ginevra, Ticino, Vaud) hanno adottato lo strumento dello stanziamento globale di bilancio secondo l'articolo 51 LAMal, ossia hanno fissato un importo massimo per la remunerazione cantonale delle prestazioni ospedaliere stazionarie per ogni singolo ospedale. La struttura concreta di questo strumento varia a seconda dei Cantoni. Inoltre nel 2017 due Cantoni (Neuchâtel e Vallese), invece di definire un importo massimo, hanno fissato quantità massime di prestazioni per ogni ospedale. Anche Ginevra e Vaud hanno applicato queste quantità massime di prestazioni a completamento o in sostituzione degli stanziamenti globali di bilancio, ma solo in determinati tipi di ospedali. La struttura concreta di questo strumento varia anche in questo caso a seconda dei Cantoni. In linea di massima, dalle quantità massime di prestazioni ci si attende effetti simili agli stanziamenti globali di bilancio secondo l'articolo 51 LAMal.
- (2) La compatibilità degli stanziamenti globali e degli strumenti affini (ossia delle quantità massime di prestazioni) con i principi del nuovo finanziamento ospedaliero dipende essenzialmente dalla loro struttura. Fondamentalmente gli strumenti devono essere attuati in modo da essere compatibili con tali principi.
- (3) I Cantoni che hanno optato per stanziamenti globali di bilancio secondo l'articolo 51 LAMal e strumenti affini e quelli che non lo hanno fatto ottengono risultati nella maggior parte dei casi comparabili per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi di contenimento dei costi. Nei due gruppi di Cantoni, la crescita media annua dei costi AOMS ospedalieri stazionari nel periodo 2012-2015 è stata inferiore, o al massimo uguale, alla crescita del prodotto interno lordo (pro capite). Per contro, in entrambi i gruppi la crescita dei costi globali AOMS non ha potuto essere frenata.

Sulla base di questi risultati, il Consiglio federale non ritiene che vi sia necessità di intervenire in merito all'articolo 51 LAMal. Per ragioni metodologiche, lo studio B,S,S. non contiene risultati definitivi sugli effetti degli stanziamenti globali di bilancio e degli strumenti affini sull'evoluzione quantitativa e dei costi nella medicina somatica acuta dall'introduzione di SwissDRG. Dalle riflessioni teoriche ci si attende tuttavia che l'impiego di questi strumenti riesca a contribuire al contenimento dei costi, visto che vengono a mancare gli incentivi per gli aumenti quantitativi senza indicazione medica che caratterizzano i sistemi DRG. Pertanto l'articolo 51 LAMal offre ai Cantoni la possibilità di completare la remunerazione forfettaria delle prestazioni ospedaliere stazionarie orientata alla prestazione mediante disciplinamenti che non solo sono compatibili con i principi del finanziamento ospedaliero, ma hanno anche il potenziale per contribuire efficacemente a raggiungere gli obiettivi di contenimento dei costi della LAMal.

1 Introduction

1.1 Contexte et mandat parlementaire

L'art. 51 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), intitulé *Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux*, permet aux cantons de fixer, en tant qu'instrument de gestion des finances, un montant global pour le financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts entre les cantons et les assureurs visée à l'art. 49a LAMal pour rémunérer les prestations hospitalières doit être maintenue ; le canton est tenu de consulter les assureurs et les fournisseurs de prestations avant de fixer un budget global. Le droit fédéral ne prévoit pas d'autres dispositions en la matière ; les cantons disposent donc d'une marge de manœuvre considérable dans l'élaboration des budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal.

L'initiative parlementaire 12.500 *LAMal. Abrogation de l'art. 51* a été déposée le 13 décembre 2012 au motif que les budgets globaux n'étaient pas compatibles avec les principes du financement des prestations et du libre choix de l'hôpital consacrés par le nouveau financement hospitalier et qu'ils ne permettaient pas de dégager des économies.¹ En utilisant la formulation « nouveau financement hospitalier », l'initiative se référait à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier adoptée par les chambres fédérales le 21 décembre 2007 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (RO 2008 2049). La révision prévoyait notamment l'introduction de forfaits liés aux prestations pour la rémunération de prestations hospitalières stationnaires (forfaits effectifs depuis 2012 dans le domaine des soins somatiques aigus avec les SwissDRG et depuis 2018 en psychiatrie avec TARPSY ; introduction prévue en 2022 dans le domaine de la réadaptation avec ST Reha). Elle visait ainsi le passage d'un financement objet (financement de l'hôpital en tant que tel) à un financement sujet, à savoir le financement exclusif des prestations fournies par l'hôpital. La révision renforçait également la liberté de choix des assurés dans l'utilisation des prestations hospitalières stationnaires, puisqu'elle contraignait les cantons à participer au coût des prestations hospitalières stationnaires extracantonales (dans la mesure où celles-ci sont fournies par un hôpital répertorié) et non plus, comme précédemment, uniquement si des raisons médicales le justifiaient.

La majorité des membres de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) n'a pas suivi ce raisonnement (cf. CSSS-CN 2014) et a demandé de ne pas donner suite à l'initiative. Le 26 mai 2014, la commission a toutefois déposé le postulat 14.3385 *Rémunérations forfaitaires et budget global. Évaluation des systèmes en vigueur dans les cantons*² en formulant la demande suivante : « Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un rapport sur l'application des DRG. Ce rapport comparera notamment la situation des cantons qui font usage de l'art. 51 LAMal avec la situation des autres cantons et indiquera si dans les premiers cantons les buts de l'introduction des DRG ne sont pas atteints ». Le 10 septembre 2014, le Conseil national décidait d'adopter le postulat ; le 2 juin 2014, il n'avait pas donné suite à l'initiative parlementaire.

1.2 Base de la mise en œuvre du mandat parlementaire

Afin de créer la base scientifique nécessaire à la concrétisation du postulat, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé, fin 2016, un appel d'offres pour l'exécution d'une étude. Intitulée *Budgets globaux dans les cantons dans le domaine des soins stationnaires aigus : application et effets dans le cadre du nouveau financement hospitalier*, cette étude, disponible depuis mai 2019, a été réalisée par B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung.

Comme son titre l'indique, l'étude B,S,S. traite de la thématique des soins aigus stationnaires. Tel est également l'objet du postulat, comme en témoigne la référence faite au système des DRG. Le système

¹ <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20120500>

² <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20143385>

tarifaire introduit à l'issue de la révision du financement hospitalier se base sur des *diagnosis related groups* (DRG ou groupes de cas liés au diagnostic) uniquement pour les soins somatiques aigus. Un autre système de rémunération forfaitaire liée aux prestations est pratiqué en psychiatrie hospitalière ; un système comparable n'a pas encore été mis en place en réadaptation.

Schématiquement, l'étude B,S,S. (2019) aborde trois thématiques : l'application pratique de budgets globaux et d'instruments connexes, la compatibilité de ces mesures avec les principes du nouveau financement hospitalier et les effets des instruments, y compris la question de savoir si les objectifs liés au système des DRG sont atteints.

Elle s'appuie empiriquement sur des données collectées à partir de l'analyse de documents et d'entretiens conduits avec différents acteurs (cantons, hôpitaux) ainsi que sur des données secondaires provenant de sources existantes. Les données ont fait l'objet d'une évaluation descriptive. D'autres facteurs ont été pris en compte sous l'angle qualitatif dans les analyses traitant des effets des instruments considérés, plus précisément de leur influence sur l'évolution des volumes et des coûts dans le domaine hospitalier et au-delà. S'agissant de la période sous revue, l'inventaire de l'application des instruments porte sur les années 2012 à 2017 ; pour des raisons de disponibilité des données, l'analyse des effets se base principalement sur la période 2012 à 2015.

L'étude B,S,S. a été réalisée dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ; elle fait partie intégrante d'un mandat plus large s'inscrivant dans la thématique « Coûts et financement du système de soins ». ³ Le concept d'analyse et le projet de rapport ont fait l'objet d'un processus d'assurance de la qualité (méta-évaluation) auquel ont été associés, outre l'OFSP, les acteurs représentés dans le groupe d'accompagnement (composition du groupe d'accompagnement, cf. tableau 20 dans B,S,S. 2019). L'interprétation des résultats et les conclusions relèvent de la responsabilité de B,S,S. ; l'avis de l'OFSP et des autres acteurs impliqués peut diverger de celui des auteurs de l'étude.

1.3 Objet du rapport, définitions et délimitations

Le montant global selon l'art. 51 LAMal doit être ventilé au niveau des différents fournisseurs de prestations au moyen de budgets spécifiques aux hôpitaux (ou d'instruments équivalents), à moins qu'il ne résulte de l'agrégation de budgets spécifiques aux hôpitaux. Les cantons qui recourent à l'art. 51 LAMal complètent la définition des budgets spécifiques aux hôpitaux par des dispositions applicables lorsqu'un établissement dépasse ou n'utilise pas entièrement le budget prévu. Concrètement, les cantons prévoient qu'en cas de dépassement du budget, le traitement des cas surnuméraires n'est pas rémunéré, ou alors en partie seulement. Dans ce dernier cas de figure, on parle souvent de rémunération dégressive ou de tarifs dégressifs. Les cantons peuvent préciser que l'hôpital est tenu de rembourser une partie du budget mis à disposition en cas de sous-utilisation du budget ou qu'ils renoncent à un remboursement.

Dans le cadre de la planification hospitalière, les cantons peuvent non seulement faire usage de l'art. 51 LAMal mais aussi fixer des *quantités maximales de prestations* (à savoir un nombre maximum de cas ou *case mixes*) et les consigner dans les mandats de prestations (cf. CDS 2018, recommandation 8). Comme dans le cas de l'art. 51 LAMal, le canton peut soit réduire (tarifs dégressifs) soit supprimer (ci-après restrictions quantitatives directes) la rémunération des cas surnuméraires au niveau de l'hôpital en cas de dépassement des quantités maximales de prestations. Si un canton restreint les quantités pour l'ensemble ou la plupart des groupes de prestations, sa pratique rejoint dans une large mesure l'application de l'art. 51 LAMal. ⁴ Par conséquent, les effets escomptés devraient aussi être similaires.

³ Informations sur l'évaluation et ses produits disponibles à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung>

⁴ Si l'on évalue, pour chaque groupe de prestations, le nombre maximum de cas avec le *cost weight* correspondant selon SwissDRG et que l'on multiplie le prix de base par cas des hôpitaux avec un mandat de prestations correspondant, que l'on additionne les valeurs et multiplie la somme totale avec la part de financement du canton (au minimum 55 % selon l'art. 49a, al. 2^{er}, LAMal), on obtient un montant en francs, donc un « budget ».

Les données collectées par B,S,S. ont mis en évidence que :

- certains cantons ne définissent pas de *montant* global pour le financement des hôpitaux, mais des quantités maximales pour tous les groupes ou pour certains groupes de prestations ;
- plusieurs cantons qui limitent le volume global de la rémunération cantonale conformément à l'art. 51 LAMal ne fixent pas (uniquement) des budgets spécifiques aux hôpitaux pour tous les établissements répertoriés, mais qu'ils gèrent (également) la fourniture de prestations d'une partie des hôpitaux (en général des hôpitaux privés) en déterminant des quantités maximales de prestations.

Pour ces raisons, l'OFSP a demandé à B,S,S. de ne pas s'en tenir exclusivement à l'application de l'art. 51 LAMal, mais d'inclure aussi dans son étude la pratique consistant à déterminer des quantités maximales de prestations. Les pratiques susmentionnées au niveau cantonal et des hôpitaux sont désignées ci-après, sous forme générique, par « budgets globaux et instruments connexes ».

1.4 Structure du rapport

À la suite de ce chapitre d'introduction, le chapitre 2 décrit, sur la base de B,S,S. (2019), sous quelle forme les cantons ont utilisé les budgets globaux et les instruments connexes en 2017.

Le chapitre 3 présente sous forme condensée les résultats de l'étude B,S,S. (2019) relatifs à la compatibilité des budgets globaux et des instruments connexes.

L'introduction du système DRG visait principalement à maîtriser la croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire.⁵ Cette mesure devait aussi contribuer à freiner la croissance des coûts totaux de l'AOS. Le chapitre 4 répond à la question de savoir dans quelle mesure les objectifs consistant à enrayer la hausse des coûts sont atteints dans les cantons qui mettent en œuvre l'art. 51 LAMal et des instruments connexes.

Le chapitre 5 résume les principaux résultats obtenus et explique pourquoi le Conseil fédéral estime, qu'en l'état actuel, il n'y a pas lieu de prendre des mesures en rapport avec l'art. 51 LAMal.

Mentionnons, pour terminer, que l'étude B,S,S. (2019) contient d'autres résultats qui ne sont pas reproduits en détail dans le présent rapport. Il s'agit en particulier des analyses comparatives présentées au chapitre 5.1.2 sur l'évolution des quantités dans le secteur hospitalier stationnaire et des dépenses des différents agents de financement dans les cantons qui exploitent des budgets globaux et des instruments connexes ainsi que dans les autres cantons. Des considérations théoriques laissent à penser que l'utilisation de ces instruments joue en faveur d'une maîtrise des coûts puisque les incitations à augmenter le volume des prestations non indiquées médicalement, caractéristiques des systèmes DRG, disparaissent.⁶ Pour des raisons méthodologiques, l'étude B,S,S. (2019) ne peut ni confirmer ni infirmer clairement cette hypothèse. En effet, lors de l'interprétation des résultats de l'étude relatifs à l'évolution des quantités et des coûts, il faut tenir compte du fait que les différences observées entre les deux groupes de cantons peuvent être imputables à toute une série de facteurs autres que l'application des instruments considérés. Ces facteurs (à savoir la situation et le niveau de départ, l'ajustement de la part cantonale au financement des prestations à la suite de la mise en œuvre du nouveau système de financement hospitalier, les progrès médico-techniques, le vieillissement de la population, d'autres paramètres liés à la demande) sont analysés en détail dans l'étude et pris en compte autant que possible en classant les résultats en conséquence. Ce que l'étude n'a toutefois pas réussi à faire, c'est de contrôler simultanément l'influence de ces facteurs (sous la forme de procédures d'évaluation économétriques correspondantes). Étant donné que ces facteurs ont des effets variables (les résultats étant favorables tantôt à l'un, tantôt à l'autre groupe de cantons), il est impossible de se prononcer de

⁵ L'effet de maîtrise des coûts doit être obtenu par une plus grande transparence, une concurrence accrue et une meilleure efficacité dans la fourniture de prestations hospitalières stationnaires, ce que le législateur escomptait de l'introduction du système DRG. B,S,S. (2019) relève une certaine baisse de transparence dans l'application de budgets globaux et d'instruments connexes, mais ne constate pas de baisse de la concurrence ni de l'efficacité. Ces résultats ne sont pas analysés ci-après.

⁶ Cf. chap. 4.1 dans B,S,S. (2019).

manière concluante sur l'incidence des budgets globaux et des instruments connexes sur les quantités et les coûts. Pour cette raison, ces résultats ne sont pas présentés de manière détaillée. Dans une optique de classification globale, il y sera toutefois fait référence dans les conclusions.

2 Application de l'art. 51 LAMal et d'instruments connexes

Selon B,S,S. (2019), l'expression « budget global » désigne, dans la littérature économique, un montant de dépenses fixe servant à rémunérer les prestations fournies au cours d'une période déterminée. La rémunération est donc indépendante du volume des prestations fournies. Inversement, dans le système SwissDRG, la rémunération, telle que pratiquée depuis 2012 dans les soins somatiques aigus stationnaires, est linéaire par rapport au volume de prestations effectivement fournies.⁷ Concrètement, pour le traitement d'un cas, l'hôpital obtient un montant forfaitaire qui résulte de la multiplication du *cost weight*⁸ du cas et du prix de base du cas pour l'hôpital. Si l'hôpital traite un cas de plus (du même groupe de cas), la rémunération globale en faveur de l'hôpital augmentera de la valeur correspondante du forfait par cas. Si l'hôpital traite un cas de moins (du même groupe de cas), la rémunération globale diminuera en conséquence.⁹

Comme le montre l'étude B,S,S. (2019), les cantons qui appliquent des budgets globaux et/ou des instruments connexes pratiquent généralement un système mixte qui allie rémunération linéaire selon le système DRG et budget global au sens de la théorie économique. En 2017, cinq cantons (Genève, Neuchâtel, Tessin, Vaud et Valais) utilisaient de tels instruments, Genève et Vaud en exploitant plus d'un. Le tableau 1 fournit un aperçu sommaire des instruments mis en œuvre sous l'angle de leur conception au niveau de l'hôpital. Signalons à cet endroit que le Tribunal administratif fédéral a révoqué le 16 janvier 2019 la liste des hôpitaux du canton de Genève (y compris les budgets globaux fixés et les limitations du nombre de cas) considérant que la planification hospitalière du canton était, à plusieurs égards, incompatible avec le droit fédéral.¹⁰ De ce fait, le Conseil d'État genevois est contraint de réviser sa liste des hôpitaux et tous les règlements y relatifs. Dans le tableau 1 (comme dans le tableau 2), les données fournies pour le canton de Genève reflètent donc uniquement l'application observée en 2017 et ne seront plus retenues à l'avenir.

Tableau 1 : Application de budgets globaux et d'instruments connexes en 2017

Instrument au niveau des hôpitaux	GE	NE	TI	VD	VS
Fixation d'un montant maximal (budget) par hôpital	X ⁽¹⁾		X	X ⁽³⁾	
Fixation d'un volume maximal de prestations par hôpital en combinaison avec une rémunération dégressive					X
Fixation d'un volume maximal de prestations par hôpital sous la forme de restrictions quantitatives directes	X ⁽²⁾	X		X ⁽⁴⁾	

Source : B,S,S. (2019).

Légendes : (1) Tous les hôpitaux, (2) Hôpitaux privés, (3) Hôpitaux avec un mandat de prestations complet (4) Hôpitaux avec un mandat de prestations limité.

Le tableau 2¹¹ présente les principales caractéristiques au niveau des cantons et des hôpitaux, dans la mesure où ces données sont disponibles.

⁷ La prestation individuelle est rémunérée forfaitairement selon SwissDRG.

⁸ Des notions centrales du système SwissDRG sont définies sur le site SwissDRG, cf. <https://www.swissdrg.org/fr/portrait/notions-elementaires>

⁹ Le point 3.1 de l'étude B,S,S. (2019) présente sous forme graphique les différences entre les modèles de rémunération.

¹⁰ Cf. <https://www.bvger.ch/bvger/fr/home/medias/medienmitteilungen-2019/spitalplanung-des-kantons-genf-verletzt-bundesrecht.html>

¹¹ Une description détaillée de la conception des instruments figure au point 3.3 de l'étude B,S,S. (2019).

Tableau 2 : Résumé de la conception concrète des instruments selon l'art. 51 LAMal en 2017

Canton	Description des instruments selon l'art. 51 LAMal
GE	<i>Niveau canton :</i> - Fixation d'un montant sur la base du budget (effectif) de l'année précédente en tenant compte de l'évolution prévue des besoins <i>Niveau hôpital :</i> fixation d'un budget global (HUG)¹² / fixation d'un budget maximal et restrictions quantitatives directes (hôpitaux privés) - Domaine d'application : tous les hôpitaux avec un contrat/mandat de prestations ; toutes les prestations - Définition d'un <i>budget global</i> (HUG) : négociation du nombre de cas avec les HUG et mention dans le contrat de prestations -> budget = case mix¹³ * prix de base spécifique à l'hôpital * part cantonale (55%) - Fixation de <i>nombre maximums de cas par hôpital</i> et d'un <i>budget maximum</i> (hôpitaux privés) : négociation avec les hôpitaux privés et mention dans le mandat de prestations - <i>Dépassement</i> du budget global (HUG) / du nombre maximum de cas ou du budget maximum (hôpitaux privés) : pas de <i>rémunération cantonale</i> pour le traitement de cas surnuméraires ; pas de remboursement si le nombre de cas <i>n'est pas atteint</i> (HUG), rémunération cantonale limitée aux cas effectivement traités (hôpitaux privés) - <i>Rémunération par l'AOS</i> non affectée, c-à-d. rémunération de toutes les prestations fournies à hauteur de 45 % des forfaits liés aux prestations concernés - Fréquence d'établissement du budget global / du nombre maximum de cas : annuelle
NE	<i>Niveau canton :</i> - Fixation du budget sur la base des prévisions d'activité dans le cadre de la planification hospitalière cantonale <i>Niveau hôpital :</i> restrictions quantitatives directes - Domaine d'application : tous les hôpitaux avec un mandat de prestations ; tous les groupes de prestations dans six domaines de prestations (gynécologie, ORL, ophtalmologie, orthopédie, rhumatologie, urologie) - Fixation du <i>nombre maximum de cas par hôpital</i> pour les <i>prestations à choix</i> des six groupes de prestations indiqués dans les mandats de prestations ; les hôpitaux peuvent demander une augmentation des pourcentages - <i>Dépassement du budget</i> : pas de rémunération cantonale pour le traitement de cas surnuméraires
TI	<i>Niveau canton :</i> - Fixation du budget global par l'addition des budgets spécifiques à chaque hôpital <i>Niveau hôpital :</i> fixation du budget en combinaison avec des remboursements et des tarifs dégressifs - Domaine d'application : tous les hôpitaux avec un mandat de prestations ; toutes les prestations - Fixation du budget par hôpital : négociations sur la base du case mix attendu (dans le cadre du mandat de prestations)¹⁴ ; budget = case mix * prix de base spécifique à l'hôpital * part cantonale (55 %) - <i>Dépassement</i> : <= 3 % du budget : pas de rémunération cantonale pour les cas concernés ; > 3% : réduction de la rémunération cantonale (rémunération à hauteur des coûts variables) - <i>Budget non atteint</i> : <= 3% du budget pas de remboursement par l'hôpital ; >3 % : remboursement par l'hôpital à hauteur des coûts variables - <i>Rémunération par l'AOS</i> non affectée, c-à-d. rémunération de toutes les prestations fournies à hauteur de 45 % des forfaits liés aux prestations concernés - Fréquence d'établissement du budget : annuelle

¹² Hôpitaux Universitaires de Genève¹³ Somme des pondérations relatives du nombre de cas convenu pour l'hôpital.¹⁴ Les hôpitaux et le canton font leurs propres prévisions quant à l'évolution du CM. S'ils ne parviennent pas à un accord, le canton fixe le CM par voie d'ordonnance. Les hôpitaux peuvent faire appel de la décision devant le tribunal administratif cantonal.

VD ¹⁵	<i>Niveau hôpital</i> : établissement du budget en combinaison avec des remboursements et des tarifs dégressifs (hôpitaux avec un mandat de prestations complet) / restrictions quantitatives directes (hôpitaux avec un mandat de prestations restreint) - Domaine d'application : tous les hôpitaux avec un mandat de prestations ; toutes les prestations - Établissement du budget par hôpital (hôpitaux avec un mandat de prestations complet) : défini sur la base du <i>case mix</i> de l'avant-dernière année (activité de référence) - Fixation de nombres maximums de cas (hôpitaux avec un mandat de prestations restreint) - Hôpitaux avec un mandat de prestations complet : augmentation comme suit de la rémunération globale cantonale en faveur de l'hôpital en cas de <i>dépassement du budget</i> : (activité effective¹⁶ – activité de référence) * 45 % ; réduction comme suit de la rémunération globale cantonale lorsque le <i>budget n'est pas atteint</i> : activité effective – activité de référence) * 45 %¹⁷ - Hôpitaux avec un mandat de prestations restreint : dépassement du nombre maximum de cas : pas de <i>rémunération cantonale</i> pour le traitement de cas surnuméraires ; <i>budget non atteint</i> : rémunération cantonale limitée aux cas effectivement traités - <i>Rémunération par l'AOS</i> non affectée, c.-à-d. rémunération de toutes les prestations fournies à hauteur de 45 % des forfaits liés aux prestations concernés - Fréquence d'établissement des budgets / du nombre maximum de cas : annuelle
VS	<i>Niveau canton</i> : - Définition du nombre maximum de cas pour tous les groupes GPPH dans le cadre de la planification hospitalière <i>Niveau hôpital</i> : rémunération dégressive - Domaine d'application : tous les hôpitaux avec un mandat de prestations ; toutes les prestations - <i>Dépassement</i> du nombre maximum de cas (c.-à-d. total du nombre de cas effectif de tous les hôpitaux d'un groupe de prestations > nombre maximum de cas pour ce groupe de prestations : limitation de la rémunération cantonale supplémentaire à 30 % pour les cas surnuméraires traités, la répartition s'effectuant proportionnellement au nombre de cas effectifs de chaque hôpital dans le groupe de prestations¹⁸ - <i>Rémunération par l'AOS</i> non affectée, c.-à-d. rémunération de toutes les prestations fournies à hauteur de 45 % des forfaits liés aux prestations concernés - Fréquence d'établissement du nombre maximum de cas : annuelle

Source : propre présentation, basée sur B,S,S. (2019).

¹⁵ La conception des mesures dans le canton de Vaud est relativement complexe ; pour des explications détaillées et une présentation graphique, cf. point 3.3.2 dans B,S,S. (2019).

¹⁶ Case mix effectif.

¹⁷ Les termes « augmentation » et « réduction » font référence au budget fixé. En comparaison avec la part de rémunération cantonale selon la rémunération linéaire SwissDRG, la rémunération dans le canton de Vaud est la suivante : si l'activité réelle est inférieure à l'activité de référence, l'hôpital (avec un mandat de prestation complet) perçoit une rémunération cantonale plus élevée qu'un hôpital soumis à une rémunération SwissDRG linéaire. Si l'activité réelle dépasse l'activité de référence, le financement cantonal est inférieur à la rémunération linéaire SwissDRG.

¹⁸ Exemple fictif : le nombre total de cas budgétisés dans un groupe de prestations est dépassé de 100 cas. 20 % du nombre total de cas traités dans ce groupe de prestations est attribuable à un hôpital X. Pour six cas (20 % * 30 % * 100 cas), l'hôpital perçoit la rémunération cantonale ordinaire (à hauteur de 55 % des tarifs forfaitaires), les 24 cas restants ne sont pas rémunérés.

3 Compatibilité de l'application avec les principes du nouveau financement hospitalier

S'agissant de la compatibilité des budgets globaux et des instruments connexes avec les principes du nouveau financement hospitalier, l'étude B,S,S. (2019) se penche plus particulièrement sur les cinq principes suivants :

- la focalisation sur les prestations lors du financement hospitalier et de la planification hospitalière,
- l'égalité de traitement entre les hôpitaux publics et privés,
- le financement dual-fixe par les cantons et les assureurs AOS,
- le renforcement de la liberté des assurés lors du choix d'un hôpital,
- une planification adaptée aux besoins, coordonnée au niveau intercantonal et fondée sur des critères uniformes.

Les auteurs de l'étude (B,S,S. 2019) fondent leur évaluation sur la jurisprudence et sur leurs propres réflexions. Ils analysent la compatibilité des instruments avec les principes du nouveau financement hospitalier et la pratique des cantons en 2017.¹⁹

En résumé, on peut dire que la compatibilité des budgets globaux et des instruments connexes avec les principes du nouveau financement hospitalier dépend principalement de la conception des instruments. Ceux-ci peuvent parfaitement être mis en œuvre de manière à être compatibles avec les principes. Une certaine tension entre, d'une part, les instruments et, d'autre part, les principes du financement des prestations et du financement dual-fixe ne peut pas être totalement évitée. La pratique des cantons en 2017 peut être considérée à bien des égards comme conforme aux principes du nouveau financement hospitalier, même si elle ne l'est pas sur tous les points.

4 Réalisation des objectifs de maîtrise des coûts

L'étude B,S,S. (2019) évalue la réalisation des objectifs de maîtrise des coûts en comparant, comme le demande le postulat, les cantons qui utilisent des budgets globaux et des instruments connexes et les autres cantons. Il y a donc deux groupes de cantons. La période sous revue s'étendant de 2012 (année de l'introduction du système SwissDRG dans le domaine des soins somatiques aigus) à 2015 (dernière année pour laquelle des données étaient disponibles), la classification se base sur la pratique des cantons pendant cette période : Genève, Neuchâtel, Tessin et Vaud sont les cantons qui recourent aux budgets globaux ou aux instruments connexes puisqu'ils utilisent ces mesures soit sur toute la période sous revue (GE, TI, VD), soit au moins pendant trois années sur les quatre considérées (NE). Les autres cantons, y compris le Valais, où de tels instruments ne sont utilisés que depuis 2015, forment le groupe de comparaison.

Le message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie (Conseil fédéral 1991) retenait l'évolution des salaires et des prix comme critère d'évaluation de la maîtrise des coûts. Pour leur part, les auteurs de l'étude B,S,S. (2019) procèdent comme suit : ils calculent la *différence* entre la croissance annuelle des coûts (par habitant de 2012 à 2015) et la croissance nominale annuelle du PIB (ou croissance des salaires ; par habitant de 2012 à 2015). L'objectif de maîtrise des coûts est réputé atteint si

- le résultat est inférieur ou égal à zéro (ce qui signifie que la croissance des coûts est inférieure ou au maximum égale à la croissance du PIB [masse salariale]),
ou si au moins
- le résultat est inférieur à la même valeur pour la période 2005 à 2011 (ce qui signifie que la croissance des coûts est supérieure à la croissance du PIB [de la masse salariale] mais qu'elle s'est rapprochée de l'évolution du PIB [des salaires]).

¹⁹ Résultats détaillés sous point 4.2 de l'étude B,S,S. (2019).

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier avait principalement pour objectif de freiner la croissance des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire. La réalisation de cet objectif devait également contribuer à la réalisation de l'objectif général consistant à freiner la croissance des coûts globaux de l'AOS (c.-à-d. des coûts totaux considérés pour tous les domaines de prestations).

Dans l'ensemble, on constate que les cantons, dotés ou non de budgets globaux ou d'instruments connexes, obtiennent des résultats largement comparables : dans les deux groupes, la croissance annuelle moyenne des coûts de l'AOS dans le secteur hospitalier stationnaire se situait en-dessous ou au maximum au niveau de la croissance du PIB (par habitant) pendant la période 2012 à 2015. Par contre, la croissance des coûts globaux de l'AOS n'a pas pu être maîtrisée, et cela dans les deux groupes de cantons.²⁰ Ce dernier résultat ne signifie pas que la révision n'a pas contribué à endiguer la croissance des coûts globaux de l'AOS. Il n'est toutefois pas possible d'évaluer cet effet de manière empirique, que ce soit pour les cantons dotés de budgets globaux ou d'instruments connexes ou pour les autres cantons. L'étude B,S,S. (2019) n'a pas pu établir dans quelle mesure la révision du financement hospitalier a entraîné un transfert des coûts du secteur hospitalier stationnaire vers des domaines de soins en amont ou en aval ; elle n'a pas non plus permis de dire si des évolutions dans les autres domaines de prestations de l'AOS se sont répercutées sur les coûts globaux de l'AOS.

L'objectif de maîtrise des coûts de l'AOS pour les prestations du secteur hospitalier stationnaire a donc été atteint dans les deux groupes de cantons. Il convient toutefois de relever que l'état des données de l'époque (cf. dernier paragraphe du point 1.4) ne permet pas de dire quelle a été la contribution des budgets globaux selon l'art. 51 LAMal ou des instruments connexes à la maîtrise des coûts dans le secteur stationnaire. Pour ce qui est des coûts globaux de l'AOS, aucun des deux groupes de cantons n'a atteint l'objectif de maîtrise des coûts. Comme déjà mentionné, cela ne permet pas de conclure que la révision n'a pas eu d'effet sur la maîtrise des coûts globaux de l'AOS.²¹

5 Conclusions du Conseil fédéral

Pour plusieurs raisons, le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas nécessaire de prendre des mesures dans le cadre de l'art. 51 LAMal.

D'abord, les budgets globaux au sens de l'art. 51 LAMal (ainsi que les instruments connexes de gestion des volumes de prestations) sont compatibles avec les principes du nouveau financement hospitalier. Considérant le dernier arrêt du Tribunal administratif fédéral, il est vraisemblable que, ces prochaines années, les cantons se conformeront davantage encore à ces principes dans le cadre de la mise en œuvre de l'art. 51 LAMal.

Deuxièmement, les cantons qui utilisent ces instruments obtiennent au minimum d'aussi bons résultats que les autres cantons en matière de maîtrise des coûts. En prenant pour référence l'évolution du PIB ou de la masse salariale, les résultats empiriques disponibles montrent concrètement que l'évolution des coûts de l'AOS dans le domaine hospitalier stationnaire est freinée aussi bien dans le groupe des cantons qui utilisent des budgets globaux et des instruments connexes que dans les autres cantons.

Troisièmement, les budgets globaux et les instruments connexes doivent foncièrement être considérés comme des instruments appropriés pour gérer les volumes de prestations et de dépenses. En raison de la réduction (ou suppression) de la rémunération (cantonale) pour les cas dépassant la limite

²⁰ Il en va de même pour la croissance des salaires. Résultats détaillés pour réaliser les objectifs de maîtrise des coûts, cf. 5.1.3 de l'étude B,S,S. (2019).

²¹ Il existe une différence entre les deux groupes de cantons pour un autre indicateur de coûts qui ne va pas de soi à première vue : en ce qui concerne les dépenses des cantons au titre de prestations hospitalières stationnaires, de prestations d'intérêt général et d'investissements, seuls les cantons sans budgets globaux ni instruments connexes connaissent une croissance modérée par rapport à l'évolution du PIB. Ce résultat est toutefois peu significatif car les cantons utilisent des budgets globaux et des instruments connexes précisément pour limiter la croissance de leurs dépenses dans le domaine des prestations hospitalières stationnaires. Pour leur part, les prestations d'intérêt général et les éventuels investissements cantonaux dans le domaine hospitalier sont financés séparément. Les données ne permettent toutefois pas de considérer séparément l'évolution des dépenses cantonales au titre des prestations hospitalières stationnaires.

supérieure des budgets ou les quantités maximales de prestations, les fournisseurs de prestations ne sont pas incités à fournir des prestations non indiquées médicalement.

Pour des raisons méthodologiques, l'étude B,S,S. (2019) n'a pas pu analyser de manière concluante les effets des instruments cités sur l'évolution des volumes de prestations et des coûts dans le domaine stationnaire des soins aigus ; en fait, elle n'a pas réussi à isoler les effets de ces instruments de ceux d'autres facteurs d'influence. Différentes indications donnent à penser que, par comparaison avec la rémunération linéaire du système DRG, les budgets globaux et les instruments connexes ont un effet sur la maîtrise des volumes de prestations et des coûts. Les cantons dotés de budgets globaux ou d'instruments connexe ont en effet enregistré une plus faible hausse de cas AOS hospitaliers stationnaires (soins somatiques aigus) pendant la période 2012-2015 (cf. tableau 7 et commentaires p. 37 et 38 dans B,S,S. 2019). Ces mêmes cantons obtiennent un meilleur résultat concernant l'évolution des dépenses AOS dans le secteur hospitalier stationnaire si l'on évalue l'effet de l'augmentation de la part cantonale de financement à 55 %, intervenu à un moment différent pour les deux groupes de cantons (voir p. 43 et tableau 16 dans B,S,S. 2019). La prise en considération d'éventuels autres facteurs susceptibles d'influencer le niveau des dépenses au début de la période sous revue et la situation de départ (c.-à-d. l'introduction, éventuellement anticipée, d'une rémunération liée à la prestation sous la forme d'AP-DRG) indique également que dans les cantons utilisant des budgets globaux ou des instruments connexes, l'évolution des dépenses AOS hospitalières stationnaires est plus favorable que dans le groupe de comparaison (cf. p. 38-43, étude B,S,S.). Ces résultats sont des indices, que l'on ne saurait toutefois interpréter avec certitude. Le ralentissement de la croissance des volumes de prestations pourrait s'expliquer en partie par le niveau de départ plus élevé au début de la période sous revue dans les cantons dotés de budgets globaux ou d'instruments connexes, et le ralentissement de la croissance des coûts, en partie par l'évolution démographique plus favorable dans ces cantons (cf. p. 37 et 41-42, B,S,S. 2019). D'un point de vue théorique, il est parfaitement justifié de penser que ces instruments exercent comme un frein sur la croissance des volumes de prestations et, par conséquent, sur celle des dépenses.

L'art. 51 LAMal donne ainsi aux cantons la possibilité de compléter la rémunération forfaitaire, basée sur les prestations, de soins hospitaliers stationnaires par des réglementations non seulement compatibles avec les principes du financement hospitalier, mais qui peuvent aussi contribuer efficacement à maîtriser les coûts de la LAMal.

Pour terminer, mentionnons le projet d'objectif de maîtrise des coûts que le Conseil fédéral fait actuellement élaborer. L'évolution des coûts de l'AOS doit s'inscrire dans un cadre fixe.²² En cas de dépassement de l'objectif, des mesures correctives pourraient être appliquées. Il pourrait s'agir d'instruments semblables à ceux considérés dans le présent rapport. La définition d'un objectif pourrait contribuer à augmenter l'efficacité de ces instruments et, par conséquent, les chances de parvenir à *maîtriser la croissance des coûts de l'AOS dans le domaine des soins stationnaires et des coûts globaux de l'AOS*. La définition d'un objectif et les éventuelles mesures correctives doivent en effet concerner tous les domaines de prestations, donc pas exclusivement le secteur des soins stationnaires.

²² Cf. Communiqué de presse sous : <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques/flux-rss/par-theme/communiques-de-presse-et-discours.msg-id-74237.html>

Bibliographie

B,S,S. (2019) : Budgets globaux dans les cantons dans le domaine des soins stationnaires aigus : application et effets dans le cadre du nouveau financement hospitalier. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Auteurs : Michael Lobsiger, Miriam Frey Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung.

Conseil fédéral (1991) : Message concernant la révision de l'assurance-maladie. FF 1992 I 77 (-283).

CDS (2018) : Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 1.1.2018. Version révisée des recommandations adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 25.5.2018 (https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/EM_2018/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf).

CSSS-CN (2014) : 12.500 In. parl. Bortoluzzi. LAMal. Abrogation de l'article 51. Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du 20 février 2014 (https://www.parlament.ch/centers/kb/Documents/2012/Rapport_de_la_commission_CSSS-N_12.500_2014-02-20.pdf).