

ad 11.439

**Initiative parlementaire  
Dispositions transitoires complémentaires  
sur l'introduction du financement hospitalier**

**Rapport du 31 mai 2011 de la Commission de la sécurité sociale  
et de la santé publique du Conseil des Etats**

**Avis du Conseil fédéral**

du 6 juin 2011

---

Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs,

En vertu de l'art. 112, al. 3, de la loi sur le Parlement (LParl), nous vous transmettons notre avis sur le rapport du 31 mai 2011 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats concernant l'initiative parlementaire «Dispositions transitoires complémentaires sur l'introduction du financement hospitalier».

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

6 juin 2011

Au nom du Conseil fédéral suisse:

La présidente de la Confédération, Micheline Calmy-Rey  
La chancelière de la Confédération, Corina Casanova

# Avis

## 1 Contexte

Lors de la session d'hiver 2007, le Parlement a approuvé la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier.

La révision de la LAMal est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. L'introduction des forfaits liés aux prestations selon l'art. 49, al. 1, LAMal et l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a LAMal, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011.

Lorsqu'il a instauré les mêmes conditions cadre pour tous les hôpitaux satisfaisant à une planification hospitalière cantonale, le législateur a mis en place le cadre permettant de renforcer la concurrence entre ces établissements. Celle-ci doit prendre en compte les éléments que sont le caractère économique et la qualité. De ce fait, les planifications hospitalières doivent être élaborées sur la base des critères du caractère économique et de la qualité.

La CSSS du Conseil des Etats a déposé une initiative parlementaire demandant la modification des dispositions transitoires à compter de l'entrée en vigueur des nouvelles règles du financement hospitalier, soit le 31 décembre 2011. La commission a invité les cantons à prendre position en leur impartissant un délai court. Dans une prise de position commune, la Conférence des gouvernements cantonaux, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances ont rejeté ce projet avec véhémence et de manière unanime, tout comme les 24 cantons ayant répondu à la consultation.

## 2 Avis du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral reconnaît la volonté de la commission selon laquelle tout doit être mis en œuvre pour que la révision du financement hospitalier puisse se faire sans coûts supplémentaires injustifiés pour l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral considère cependant que les dispositions légales formulées par la commission à l'al. 1 du présent projet de modification de la LAMal ne sont pas appropriées et ne sont pas applicables sous la forme proposée.

L'intention formulée dans les explications contenues dans le rapport, à savoir une présentation transparente des effets sur les coûts et les primes, s'oppose à l'al. 1 du projet, lequel déploierait des effets bien plus étendus. Le projet est à rejeter également du point de vue de la sécurité du droit pour les cantons, les hôpitaux et les assureurs-maladie chargés de la mise en œuvre. De plus, force est de constater qu'il n'est pas justifié de recourir au droit d'urgence puisque les cantons ont appliqué les dispositions transitoires existantes concernant le financement hospitalier conformément à la loi en fixant leur part de rémunération selon l'art. 49a, al. 2, LAMal.

En accord avec la commission, le Conseil fédéral entend utiliser les réglementations existantes et associer notamment les partenaires tarifaires et les cantons aux responsabilités à assumer. Il tient à l'introduction des structures tarifaires neutres en termes de coûts et à la mise en œuvre des mesures prévues au niveau de l'ordonnance, telles

que le monitoring des coûts et des prestations, les possibles mesures de correction ainsi que le contrôle de la qualité. Il vise aussi une transparence accrue lors de l'approbation des primes et la mise en œuvre d'une comparaison entre établissements. Il entend en outre prendre des mesures pour maîtriser les coûts également en dehors du financement hospitalier.

Le passage au financement des prestations et l'introduction de forfaits liés aux prestations qui reposent sur des structures uniformes au niveau national figureraient parmi les éléments essentiels. En règle générale, les forfaits liés aux prestations sont des forfaits par cas, lesquels devraient notamment être appliqués dans le domaine des soins somatiques aigus. Dans d'autres domaines, notamment la psychiatrie et la réadaptation, d'autres types de lien à la prestation sont concevables. Ces adaptations ne devraient pas avoir de répercussions sur les coûts. Par contre, d'autres éléments de la nouvelle réglementation du financement hospitalier modifient les compétences de l'assurance obligatoire des soins et des cantons en matière de financement. Les dispositions suivantes en font notamment partie:

- Intégration des coûts d'investissement des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics dans le calcul des forfaits liés aux prestations. Il s'ensuit un cofinancement des coûts financés jusqu'ici exclusivement par les pouvoirs publics (responsables des hôpitaux) par le biais de l'assurance obligatoire des soins.
- Cofinancement de tous les hôpitaux figurant sur la liste cantonale. Les prestations de tous les hôpitaux seront à l'avenir cofinancées par les cantons à hauteur de 55 % au moins. Par conséquent, les cantons participeront de manière déterminante au financement des prestations d'hôpitaux privés jusqu'ici non subventionnés, ce qui déchargera en particulier l'assurance-maladie de base mais aussi l'assurance complémentaire.
- Cofinancement des séjours hospitaliers hors canton: le canton de résidence de l'assuré contribuera à l'avenir aussi aux coûts lorsque l'assuré se fera traiter sans raison médicale contraignante dans un hôpital admis qui n'est pas sur la liste dudit canton mais sur celle du canton où cet établissement se trouve. L'assurance complémentaire sera de ce fait déchargée.

Ces réglementations modifient avant tout les participations de l'assurance obligatoire des soins, des cantons et de l'assurance complémentaire au financement des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral a exposé de manière transparente dans son message du 15 septembre 2004 que de telles charges supplémentaires ou allègements financiers des différents organismes financeurs seraient la conséquence de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (FF 2004 5240). Des transferts supplémentaires résulteront du libre choix de l'hôpital qui a été intégré au projet lors des délibérations parlementaires.

Le législateur a fixé la part cantonale de financement à 55 % au moins, en tenant compte des nouvelles composantes de coûts à cofinancer par les primes. Par conséquent, la part de l'assurance obligatoire des soins s'élève au maximum à 45 %. En tenant compte des transferts de coûts dont les effets sont différents, le législateur est parti de l'idée qu'une part de 45 % au maximum – au lieu de celle de 50 % incombant jusqu'ici à l'assurance obligatoire des soins – compenserait à peu près la charge supplémentaire de celle-ci. De plus, le législateur a fixé à l'al. 5 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal (RO 2008 2049)

que les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse ont la possibilité de fixer leur part de rémunération au 1<sup>er</sup> janvier 2012 à 45 % au minimum et ont cinq ans pour l'adapter aux 55 % exigés. Ainsi, l'augmentation des parts cantonales par paliers devrait être possible. Lors de la fixation de leurs parts au premier trimestre 2011, les cantons ont respecté les prescriptions légales.

Le contexte varie énormément d'un canton à l'autre. Ce contexte et la part cantonale fixée début 2011 pour la rémunération des forfaits liés aux prestations déterminent en partie les conséquences financières dans le canton. Dans certains cantons, la part cantonale fixée entraînera des allègements de primes non seulement dans l'assurance complémentaire mais également dans l'assurance obligatoire des soins. Dans d'autres cantons, par contre, cette part cantonale se traduira probablement par des augmentations de primes dans l'assurance obligatoire des soins si ces cantons ne prennent pas d'autres mesures. Le volume des transferts de coûts et des adaptations de primes en résultant éventuellement n'est pas encore connu à l'heure actuelle avec une certitude suffisante, car des facteurs essentiels ne peuvent pas encore être inclus dans les estimations. Les négociations tarifaires entre les assureurs et les hôpitaux notamment ne sont pas encore achevées, les coûts que les cantons seuls doivent prendre en charge pour les prestations d'intérêt général doivent encore être déterminés, et la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations n'est pas encore connue. Les nouvelles planifications hospitalières auront également des effets qui ne sont pas pris en compte. Il ne faut pas oublier non plus que, sous l'ancienne réglementation, les parts cantonales n'étaient pas explicitement fixées et qu'elles ne peuvent donc être estimées qu'approximativement. Les chiffres figurant dans l'annexe du rapport de la commission représentent des estimations de l'Office fédéral de la statistique issues de l'année 2005 qui intègrent d'autres sources, notamment la statistique des finances publiques. L'exclusion des prestations d'intérêt général du calcul des tarifs, l'égalité de traitement des hôpitaux privés jusqu'alors non subventionnés, l'adaptation des listes hospitalières et le principe du libre choix de l'hôpital auront des effets qui ne sont pas pris en compte dans ces estimations. Quand bien même, tout en tenant compte des réserves précitées, les signes concernant les charges supplémentaires et les allègements financiers attendus pourraient aller dans la bonne direction du point de vue de leur tendance, les ordres de grandeur des transferts qui y sont présentés doivent être interprétés avec la plus grande prudence, car les effets estimés par l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2005 seraient encore plus importants que les hypothèses très pessimistes de l'association faîtière des assureurs-maladie. Compte tenu du contexte précité, le Conseil fédéral ne confirme toutefois ni l'une ni l'autre de ces estimations.

La responsabilité en matière de politique sanitaire concernant les effets inhérents à la mise en œuvre de la nouvelle réglementation sur le financement hospitalier dans les cantons incombe à ces derniers tant qu'il ne s'agit pas de la question de l'introduction de la structure tarifaire. Ils disposent, en plus de la fixation de leur part à la rémunération, avec la décision sur le financement des prestations d'intérêt général et avec la réduction individuelle des primes, de différents instruments de pilotage relevant de la politique sanitaire.

Avec la réglementation proposée, il faut maintenant signaler explicitement que le changement de structure tarifaire ainsi que la modification des parts de financement ne peuvent pas être avancés comme argument pour des augmentations de tarifs ou des hausses de primes.

## 2.1

### **Pas d'augmentations de tarifs en raison du changement de structure tarifaire**

Les forfaits liés aux prestations, qui sont généralement des forfaits par cas et qui s'appuient sur une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse, s'appliqueront dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ils comprendront désormais les coûts d'investissement, c'est-à-dire les coûts d'utilisation des immobilisations. Ces forfaits entièrement nouveaux ne sont pas comparables aux tarifs en vigueur jusqu'à fin 2011. Les différents forfaits en vigueur jusqu'ici (forfaits journaliers, forfaits AP-DRG (*All Patients Diagnosis Related Groups*), forfaits selon la division, etc.), dont l'aménagement pouvait varier selon l'hôpital et dont les montants pouvaient être différents en raison d'un subventionnement direct par les pouvoirs publics, seront remplacés, dans le domaine des soins somatiques aigus, par des forfaits rémunérant tous les coûts du traitement d'un cas indépendamment de la durée du séjour hospitalier. Ces forfaits englobent tous les coûts d'investissement et d'exploitation; il n'existe donc plus de différence entre les hôpitaux, qu'ils soient publics, subventionnés par les pouvoirs publics ou privés. Les forfaits sont pris en charge par les assureurs-maladie et le canton de résidence selon leurs parts respectives. Dans ces conditions, la manière dont il faut établir – dans le cas concret d'une approbation tarifaire, c'est-à-dire lors de l'approbation d'un prix de base (baserate) – ce qu'est une hausse de tarifs et les éléments qui l'influencent n'est pas claire. Des contestations sans fin sur l'interprétation de cette disposition sont prévisibles, ce qui rendrait plus difficile le passage ordonné au système de financement souhaité. La disposition interdisant des augmentations de tarifs n'est donc pas applicable.

Par ailleurs, le projet ne parle que de la procédure d'approbation et pas de la procédure de fixation des tarifs qui, selon l'art. 47 LAMal, est applicable au niveau cantonal lorsque les partenaires ne parviennent pas à s'entendre. Dans un tel cas, les cantons ne devraient pas s'en tenir à la prescription figurant dans la proposition de la commission.

A l'art. 59c de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), le Conseil fédéral a clairement fixé qu'un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. Dans ce sens, il a déjà anticipé l'objectif fixé par la proposition de la commission. Pour que l'exigence de la neutralité des coûts soit respectée, le Conseil fédéral a contraint les partenaires tarifaires, en édictant l'al. 2 des dispositions finales de la modification du 22 octobre 2008 de l'OAMal (RO 2008 5097), à soumettre une convention qui comprend, outre la structure tarifaire uniforme, une proposition commune sur les mesures d'accompagnement nécessaires lors de l'introduction des forfaits liés aux prestations. A ce titre, ils doivent convenir notamment des instruments destinés à la surveillance de l'évolution des coûts et du volume de prestations (monitoring), ainsi que des mesures de correction. Lors de l'approbation de la structure tarifaire du 18 juin 2010, le Conseil fédéral a confirmé ces exigences à l'intention des partenaires tarifaires et expressément fixé que non seulement les principes régissant les tarifs selon l'art. 59c OAMal doivent être respectés, mais aussi que, sous des conditions semblables, le nouveau modèle tarifaire SwissDRG ne doit pas occasionner de coûts supplémentaires par rapport aux années 2010 et 2011.

Le Conseil fédéral signale par ailleurs qu'une exclusion de toute augmentation de tarif affecte la souveraineté des partenaires tarifaires et, de surcroît, n'est pas appropriée à la toute nouvelle base pour la détermination des tarifs. Ceux-ci ne comprendront pas seulement le montant que l'assurance-maladie devra verser, mais aussi la contribution cantonale. Ce tarif sera finalement réparti entre ces deux financeurs selon la part de rémunération fixée par les cantons. Pour que l'autorité compétente puisse approuver un tarif, celui-ci doit se conformer aux critères du caractère économique et de l'équité. Ainsi, il doit, d'une part, tenir compte de manière appropriée des coûts des prestations et, d'autre part, être acceptable pour les assureurs et les assurés. Si un tarif répondant à ces critères doit a posteriori être adapté à la baisse – que ce soit lors de la procédure d'approbation ou lors d'une procédure de recours –, les fournisseurs de prestations ne reçoivent plus la rémunération nécessaire afin de couvrir les coûts moyens engendrés pour une couverture médicale suffisante, une fourniture de prestations efficace et une qualité élevée. Si les cantons veulent maintenir les structures prévues, ils doivent combler les lacunes en couvrant le déficit ou en contribuant aux prestations d'intérêt général.

## **2.2 L'exclusion d'augmentations de primes met en péril l'équilibre financier des assureurs-maladie**

Comme mentionné au début, la modification de la réglementation du financement occasionne des charges supplémentaires ou des allègements financiers chez les différents payeurs. Ces répercussions sur l'assurance-maladie obligatoire et les cantons dépendent de la situation initiale dans les cantons respectifs et de la part de rémunération qui leur incombe, fixée par le gouvernement cantonal. Les primes encaissées par un assureur doivent couvrir les coûts probables. Ceux-ci augmentent du fait de l'évolution démographique et du développement des technologies médicales. Un autre facteur d'influence est constitué par le volume de l'offre. Le nouveau financement hospitalier ne modifie pas l'évolution des coûts mais leur répartition entre assurance obligatoire des soins, cantons et assurance complémentaire.

Il est difficile de déterminer quelle part de l'augmentation de primes est imputable à la tendance générale et laquelle l'est au nouveau financement hospitalier et plus particulièrement à quel élément de celui-ci. Si, lors de la procédure d'approbation, des primes sont évaluées comme étant «trop élevées» et que, par conséquent, les assureurs sont tenus d'appliquer des primes qui ne couvrent pas leurs coûts, les coûts non couverts doivent être financés au moyen des réserves. Or, une telle diminution des réserves met en péril la solvabilité des assureurs. Les réserves doivent être augmentées pour satisfaire aux exigences légales, ce qui aurait pour conséquence d'augmenter à nouveau les primes. De plus, l'augmentation des coûts de l'année précédente qui n'a pas été couverte par une hausse des primes de la même année devrait être ajoutée à la hausse des primes de l'année suivante, ce qui provoquerait une forte augmentation des primes. Si la réglementation proposée peut avoir un effet, celui-ci ne serait qu'à court terme. Au plus tard lorsque la réglementation serait abandonnée, il faudrait compter sur un besoin de rattrapage des primes dans la mesure où les montants manquants ne pourraient être compensés par la part cantonale augmentée entre-temps. Comme la diminution des réserves devrait en outre être supportée par tous les assurés, ceux des cantons qui prévoient une prise en charge des coûts plus élevée seraient pénalisés. Cette inégalité de traitement ne pourrait être

supprimée que si la diminution des réserves découlant de primes trop basses pouvait être comblée au moyen de contributions cantonales aux assureurs.

Les cantons ont utilisé la marge de manœuvre qui leur était accordée par le législateur et fixé la part cantonale au niveau de 55 % admis dans la loi, ou ont fait usage de la disposition transitoire permettant une adaptation par paliers. Si une augmentation des primes devait être exclue, même en cas d'augmentation des coûts, on reviendrait sur l'estimation mentionnée au ch. 2 de la répartition du financement entre cantons et assureurs-maladie, selon laquelle, compte tenu des composantes de coûts désormais cofinancées par les primes, la part de l'assurance-maladie est au maximum de 45 %. Par conséquent, les cantons devraient revenir sur leur décision et fixer leur part de telle sorte que les coûts à supporter par l'assurance-maladie n'entraînent aucune augmentation de primes. Pour y parvenir, la part cantonale devrait être fixée au-dessus de 55 %, ou les cantons devraient renoncer au délai transitoire dont ils disposent pour atteindre cette part.

Si, par contre, les cantons – plus précisément les parlements cantonaux – ne reviennent pas sur les décisions prises en conformité avec la loi, les assureurs-maladie ne pourraient pas prélever des primes couvrant leurs coûts. Leur sécurité financière s'en trouverait menacée.

### **2.3 La qualité et le caractère économique comme critères dans toutes les procédures administratives et de recours**

L'admission d'un hôpital ou d'une institution à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins dépend du fait qu'il ou elle satisfait à la planification d'un ou de plusieurs cantons. Celle-ci doit être effectuée sur la base des critères de la qualité et du caractère économique. Les Chambres fédérales ont obligé le Conseil fédéral à édicter des critères de planification uniformes sur la base de la qualité et du caractère économique. La liste des hôpitaux d'un canton découle de la planification hospitalière qu'il a établie. Les critères de la qualité et du caractère économique sont donc également déterminants s'agissant de la liste des hôpitaux du canton considéré. Le Conseil fédéral a, en outre, clairement fixé à l'art. 58b, al. 4, let. a, OAMal que, lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons doivent prendre en compte notamment le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations. Une réglementation supplémentaire n'est pas nécessaire.

Si, a posteriori, une disposition transitoire supplémentaire devait disposer que, dans toutes les procédures administratives et de recours, les critères de la qualité et du caractère économique sont déterminants, cette règle pourrait être interprétée de la manière suivante: la nouvelle disposition supprime temporairement la réglementation en vigueur, si bien que, pendant la durée de validité de la disposition transitoire, seuls les critères de la qualité et du caractère économique sont applicables, et non pas les autres dispositions sur la planification hospitalière inscrites dans la loi et l'ordonnance, telles que celles qui régissent la conformité aux besoins. Si la planification des cantons ne se fonde pas sur la nécessité de garantir la couverture en soins de la population résidente, il ne saurait être exclu que l'adaptation de la liste des hôpitaux nécessaire pour maîtriser les coûts n'ait pas lieu, voire qu'elle soit empêchée. La réglementation proposée n'est pas judicieuse.

### Proposition du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral partage l'avis de la commission sur le fait que tout doit être mis en œuvre pour que la révision du financement hospitalier n'entraîne pas de coûts supplémentaires injustifiés pour l'assurance obligatoire des soins. A cet effet, il utilisera les réglementations existantes et associera notamment les partenaires tarifaires et les cantons aux responsabilités à assumer. Il tient à l'introduction des structures tarifaires neutres pour les coûts et à la mise en œuvre des mesures prévues au niveau de l'ordonnance, telles que le monitoring des coûts et des prestations, les mesures de correction possibles ainsi que le contrôle de la qualité. Il vise aussi une transparence accrue lors de l'approbation des primes et de l'exécution des comparaisons entre établissements. En outre, il veut prendre des mesures de maîtrise des coûts également en dehors du financement hospitalier. La réglementation supplémentaire ici prévue n'est en revanche pas justiciable et contrevient aux décisions du 21 décembre 2007. Elle n'est pas appropriée pour atteindre l'effet escompté. Le Conseil fédéral propose donc de la rejeter.

Si la proposition de la commission consiste uniquement, comme exposé dans son rapport, à présenter de manière transparente les effets sur les primes et sur les coûts lors des procédures d'approbation des tarifs et des primes, la teneur du projet doit être adaptée en conséquence. Cette exigence peut être satisfaite de la manière la plus simple par un rapport du Conseil fédéral. En revanche, si le Parlement persiste dans sa volonté de préciser les dispositions transitoires pour le passage au nouveau financement hospitalier, le Conseil fédéral propose la formulation suivante au lieu de l'al. 1 de l'initiative parlementaire:

«<sup>1</sup> Les augmentations de tarif ou de prime qui sont induites par le changement de structure tarifaire pour les prestations hospitalières (art. 49) ou la répartition de la rémunération des prestations hospitalières entre les cantons et les assureurs (art. 49a) sont présentées séparément des autres causes ayant des effets sur les coûts et les primes des assureurs-maladie.

<sup>1bis</sup> Le département relève les effets sur les coûts et les primes pour l'assurance obligatoire des soins. Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les données doivent être mises gratuitement à disposition. Les résultats sont publiés.»