

11.439

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

**Rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique
du Conseil des Etats**

du 31 mai 2011

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons le projet d'une modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission propose d'adopter le projet de l'acte ci-joint.

31 mai 2011

Pour la commission:

Le président, Alex Kuprecht

¹ RS 832.10

Rapport

1 Genèse du projet

Le 5 mai 2011, après avoir été informée de l'état de la mise en œuvre du nouveau financement des hôpitaux et, en particulier, de l'introduction des DRG, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a décidé de déposer une initiative visant à compléter les dispositions transitoires relatives au nouveau financement des hôpitaux. Le 13 mai 2011, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) s'est ralliée à la décision de son homologue du Conseil des Etats. Le 31 mai 2011, par 9 voix contre 2, la CSSS-E a approuvé ledit projet, qui est donc soumis au Conseil des Etats pour examen et au Conseil fédéral pour avis.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Financement hospitalier 2007

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté un nouveau régime de financement hospitalier visant à faire la meilleure utilisation possible des primes et des recettes fiscales. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009, ce nouveau régime poursuit les *objectifs* suivants:

1. une rémunération des prestations hospitalières de l'AOS *liée aux prestations* (art. 49, al. 1 à 3);
2. une *structure tarifaire uniforme* pour les rémunérations liées aux prestations, en règle générale sous la forme de forfaits par cas (DRG; art. 49, al. 1 et 2);
3. l'introduction du *financement des cas* en lieu et place du financement des prestations en ce qui concerne la part prise en charge par les collectivités publiques, ainsi que la fixation d'une part minimale de 55 %;
4. l'*égalité de traitement entre tous les assurés*, y compris les assurés ayant souscrit une assurance complémentaire, en ce qui concerne la rémunération des traitements pris en charge par l'AOS (art. 49 et 49a);
5. le *libre choix de l'hôpital* pour les assurés (art. 41, al. 1^{bis});
6. l'admission des exploitants des hôpitaux à l'AOS indépendamment de la structure de l'organisme responsable et en considération de la *qualité et du caractère économique* (art. 39, al. 2^{ter}).

Les dispositions transitoires prévoient:

- que les cantons dont la moyenne des primes est inférieure à la moyenne suisse peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 % et 55 % (al. 5);
- que les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux nouvelles exigences d'ici au 1^{er} janvier 2015 au plus tard (al. 3).

2.2 Etat de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier 2007

Tous les milieux concernés doivent s'employer à ce que le nouveau financement hospitalier soit mis en œuvre dans les délais prévus. Au cours du premier trimestre 2011, les cantons ont fixé leur part de financement des prestations de l'AOS fournies à leurs habitants.

Les différents partenaires du système de santé suisse membres de SwissDRG SA (cantons, hôpitaux, FMH, CTM, assureurs) ont tout mis en œuvre pour présenter la nouvelle structure tarifaire (DRG) en temps voulu. Par ailleurs, de nombreux cantons ont optimisé leurs structures hospitalières.

Selon la loi, l'introduction de la rémunération liée aux prestations ainsi que l'application des nouvelles règles de financement doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011.

2.3 Points à clarifier

Afin d'assurer une mise en œuvre du nouveau financement hospitalier qui soit conforme à la loi, la commission constate que deux points doivent nécessairement être clarifiés:

1. les conséquences du changement de système (art. 49 et 49a) sur les primes et sur les coûts des prestations;
2. la question de savoir quels critères les hôpitaux doivent respecter pour être admis à pratiquer à la charge de l'AOS tant que les cantons concernés ne se sont pas dotés d'une planification hospitalière ad hoc.

2.3.1 Conséquences du changement de système sur les primes et sur les coûts des prestations

a. Le passage du financement des prestations au financement des cas prévu aux art. 49 et 49a n'aura aucune incidence sur les montants consacrés par les pouvoirs publics à la rémunération des traitements hospitaliers. En adoptant les dispositions sur le nouveau financement hospitalier, le législateur est en effet parti du principe – et la commission le rejoint aujourd'hui sur ce point – que le changement de régime, lorsqu'il entrerait en vigueur, ne causerait ni augmentation du volume des prestations rémunérées, ni augmentation de la qualité des prestations rémunérées. Par conséquent, le changement de système en tant que tel ne saurait justifier ni augmentation du coût des prestations, ni hausse des primes.

Toutefois, étant donné qu'il a été dit à plusieurs reprises lors du processus de mise en œuvre que le changement de système devrait entraîner une hausse des primes et du coût des prestations, il y a lieu de clarifier ce point. Sans cela, le risque existe que, lors des prochaines négociations des primes et des tarifs, les milieux concernés invoquent le changement de régime pour justifier une hausse des coûts – et, partant, des tarifs et des primes – alors que cette hausse serait en réalité due à des inefficacités dans la mise en œuvre du nouveau système. L'objectif du nouveau financement hospitalier ne serait alors pas atteint.

b. Dans le cadre du changement de système, le législateur a fixé à 55 % au moins la part des cantons dans le financement des prestations de soins, tout en établissant des dispositions transitoires pour que les cantons puissent appliquer un taux différent – dans une certaine limite – jusqu’en 2015, ceci afin de tenir compte des différences de pratiques observées jusqu’ici. Ainsi, les cantons se sont vu accorder la marge de manœuvre nécessaire pour que la transition soit aussi neutre que possible en termes de coûts, tant pour les assurés que pour les contribuables.

Parfois, la mise en œuvre de ces dispositions par les cantons pourrait amener les assurés à devoir assumer des charges qui étaient supportées jusqu’ici par les contribuables.

La commission reste d’avis que ce type de phénomène ne doit être ni une cause, ni un objectif du changement de système en général et de la définition dans la loi de la participation des cantons au financement en particulier. Elle souligne toutefois que la marge de manœuvre ménagée aux cantons en vertu de l’art. 49a, al. 2 et 5 ne doit en aucune façon être modifiée.

Il s’agit cependant de faire en sorte que les milieux concernés, lors du calcul des primes et des tarifs, ne prennent pas comme prétexte le changement de système pour justifier les augmentations (art. 49 et 49a). Ce sont plutôt les transferts de charges effectués par les cantons – lesquels devront être dûment présentés et quantifiés – qui devront être invoqués en l’espèce, ou alors les autres causes qualitatives et quantitatives prévues par la LAMal.

c. Eu égard à ce qui précède, la commission propose d’introduire une disposition transitoire complémentaire qui prévoit que la nouvelle réglementation prévue aux art. 49 et 49a ne justifie ni des hausses tarifaires, ni des augmentations de primes dans le cadre des procédures d’approbation et de recours au sens de la LAMal.

Cette règle n’implique en aucun cas un gel des tarifs et des primes, mais vise à préciser que le changement de système ne saurait justifier les demandes d’augmentation des tarifs ou des primes (art. 49 et 49a).

2.3.2 Critères d’admission pour les hôpitaux

L’admission des hôpitaux à pratiquer à la charge de l’AOS se fonde sur l’art. 39.

A l’art. 39, al. 2^{er}, le législateur charge le Conseil fédéral d’édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Par conséquent, ces deux critères sont déterminants pour l’admission à pratiquer à la charge de l’AOS (outre les critères figurant à l’art. 39, let. a à c).

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, la question s’est cependant posée de savoir si les cantons qui ne s’étaient pas encore dotés d’une planification hospitalière contraignante étaient tenus d’appliquer les critères définis par la législation fédérale ou s’ils pouvaient appliquer d’autres critères.

La commission considère que des mises au point sont nécessaires afin d’éviter tout risque de divergence avec le nouveau financement hospitalier: ainsi, la législation fédérale doit prévoir que les critères de la qualité et du caractère économique doivent être appliqués dans toutes les procédures d’admission effectuées sous le nouveau régime de financement des hôpitaux.

3

Commentaire des dispositions

Al. 1

L'al. 1 dispose que le changement de système prévu à l'al. 49 et 49a ne justifie ni des hausses tarifaires, ni des augmentations de primes. Par conséquent, la réglementation fédérale du nouveau financement hospitalier (y compris l'al. 5 des dispositions transitoires) est élaborée de sorte que le changement de système soit neutre en termes de coûts, tant pour les assurés que pour les contribuables.

Al. 2

L'al. 2 prévoit que, outre les critères définis à l'art. 39, al. 1, let. a à c, les critères de la qualité et du caractère économique (art. 39, al. 2^{ter}) sont applicables dans le cadre des procédures d'admission d'hôpitaux au sens de l'art. 39, et ce également lorsqu'il n'existe pas encore de planification hospitalière contraignante.

4

Conséquences

4.1

Conséquences financières pour la Confédération

Les dispositions transitoires complémentaires n'entraînent pas de conséquences particulières pour la Confédération, ni sur le plan financier, ni en termes d'effectifs.

4.2

Conséquences pour les cantons et les assureurs

Comme indiqué précédemment, les cantons et les assureurs ne pourront pas invoquer le changement de système pour justifier les futures hausses de tarifs et de primes, mais devront se fonder sur des motifs prévus par la LAMal.

Par ailleurs, les hôpitaux souhaitant être admis à pratiquer à la charge de l'AOS devront obligatoirement satisfaire aux critères de la qualité et du caractère économique, même si le canton concerné ne s'est pas encore doté d'une planification hospitalière ad hoc.

5

Relation avec le droit européen

Le droit européen ne fixe aucune norme pour les aspects abordés par l'initiative parlementaire.

6 Bases légales

6.1 Constitutionnalité et légalité

Le projet se fonde sur l'art. 117 de la Constitution fédérale.

6.2 Délégation de compétences législatives

Aucune délégation de compétences législatives n'est prévue.

6.3 Frein aux dépenses

Le projet n'a aucune conséquence sur le frein aux dépenses.

6.4 Forme de l'acte législatif

Les dispositions proposées doivent être édictées comme un complément aux dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 adoptées par les Chambres fédérales dans le domaine du financement hospitalier.

Parts du financement dans les cantons

Cantons	Part*	Parts du financement 2005 (y c. investissements des cantons)**				
		Cantons		Assureurs		Total
		2012	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%
Zürich	51 %	1 093.4	59.6 %	741.0	40.4 %	1 834.4
Bern	55 %	907.2	54.0 %	773.6	46.0 %	1 680.8
Luzern	50 %	213.9	52.4 %	194.2	47.6 %	408.1
Uri	52 %	21.9	54.2 %	18.5	45.8 %	40.4
Schwyz	50 %	96.2	57.1 %	72.4	42.9 %	168.7
Obwalden	47 %	19.4	55.7 %	15.4	44.3 %	34.8
Nidwalden	45 %	23.6	57.8 %	17.3	42.2 %	40.9
Glarus	52 %	24.6	55.1 %	20.1	44.9 %	44.6
Zug	47 %	72.1	56.8 %	54.7	43.2 %	126.8
Fribourg	47 %	178.7	54.4 %	149.9	45.6 %	328.6
Solothurn	50 %	218.3	57.7 %	160.3	42.3 %	378.6
Basel-Stadt	55 %	290.3	63.1 %	169.8	36.9 %	460.1
Basel-Landschaft	55 %	208.4	53.1 %	184.5	46.9 %	392.9
Schaffhausen	53 %	67.4	60.8 %	43.4	39.2 %	110.7
Appenzell A.Rh.	47 %	44.5	61.5 %	27.8	38.5 %	72.3
Appenzell I.Rh.	49 %	7.0	49.1 %	7.2	50.9 %	14.2
St.Gallen	50 %	278.4	51.8 %	259.1	48.2 %	537.5
Graubünden	55 %	173.7	62.2 %	105.7	37.8 %	279.4
Aargau	47 %	298.4	46.2 %	347.3	53.8 %	645.8
Thurgau	48 %	87.6	35.4 %	159.5	64.6 %	247.1
Ticino	55 %	215.2	44.2 %	271.7	55.8 %	486.9
Vaud	55 %	620.0	59.0 %	430.0	41.0 %	1 050.1
Valais	52,5 %	228.7	58.8 %	160.0	41.2 %	388.7
Neuchâtel	55 %	236.3	65.6 %	123.8	34.4 %	360.1
Genève	55 %	819.5	73.4 %	296.5	26.6 %	1 115.9
Jura	55 %	69.8	60.7 %	45.2	39.3 %	115.0
Suisse		6 514.5	57.3 %	4 848.9	42.7 %	11 363.5

* santésuisse, communiqué de presse du 3 mai 2011, www.santesuisse.ch
** Office fédéral de la statistique: calcul du coût de l'hospitalisation LAMAL 2005, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotehk/lexikon/lex/0.topic.1.html

