

# Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Financement hospitalier)

Projet

## Modification du

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*  
vu le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004<sup>1</sup>,  
*arrête:*

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>2</sup> est modifiée comme suit:

*Art. 21, al. 4*

<sup>4</sup> Dans le cadre de la surveillance de l'application de la loi, les assureurs doivent communiquer chaque année à l'office les données résultant de la facturation des prestations et de l'activité d'assurance.

*Art. 21a, al. 2*

<sup>2</sup> Dans des cas particuliers, l'office peut, d'entente avec le canton, lui confier le soin de procéder auprès des assureurs aux examens prévus à l'art. 21, al. 3.

*Art. 22a (nouveau)*      Données des fournisseurs de prestations

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent communiquer aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la présente loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations. Doivent notamment être communiquées les indications suivantes:

- a. le genre d'activité, l'infrastructure et l'équipement, la forme juridique;
- b. l'effectif du personnel et le nombre de places de formation ainsi que leur structure;
- c. le nombre de patients et la structure de leur effectif, sous une forme anonyme;
- d. le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies;
- e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation.

<sup>2</sup> Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les indications doivent être mises gratuitement à disposition.

<sup>1</sup> FF 2004 5207

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il met à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique, du Surveillant fédéral des prix, de l'Office fédéral de la justice, des cantons ainsi que des institutions figurant à l'art. 84a, par fournisseur de prestations les données au sens de l'al. 1, qui sont nécessaires à l'application de la présente loi. Les données peuvent être publiées.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral édicte des prescriptions plus détaillées sur la collecte, l'utilisation, la transmission et la publication des données dans le respect du principe de proportionnalité.

#### *Art. 23*            Statistiques

<sup>1</sup> L'Office fédéral de la statistique établit les bases statistiques nécessaires à l'examen du fonctionnement et des effets de la présente loi. Il collecte auprès des assureurs, des fournisseurs de prestations et de la population les données nécessaires à cet effet.

<sup>2</sup> Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les informations doivent être mises gratuitement à disposition. Une contribution annuelle est prélevée auprès des assureurs pour financer la collecte de ces données et leur évaluation.

<sup>3</sup> Le traitement de données à des fins statistiques est régi par la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale<sup>3</sup>.

#### *Art. 25, al. 2, let. a, phrase introductive, e et f*

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par:  
...
- e. le séjour à l'hôpital;
- f. *abrogée*

#### *Art. 29, al. 2, let. b*

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- b. l'accouchement à domicile ou dans un hôpital ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;

#### *Art. 35, al. 2, let. i*

*Abrogée*

<sup>3</sup> RS 431.01

*Art. 39, al. 1, let. d, 2 à 6 (nouveaux)*

<sup>1</sup> Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis à fournir des prestations obligatoirement assurées en vertu de la présente loi s'ils:

- d. correspondent à la planification établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers;

<sup>2</sup> La planification des besoins en soins hospitaliers au sens de l'al. 1, let. d, vise à couvrir les besoins de toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la présente loi (art. 3) et tient compte des flux de patients entre les cantons. Elle doit inclure de manière adéquate les organismes privés.

<sup>3</sup> Les cantons sont tenus d'établir une planification commune dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral établit la planification.

<sup>4</sup> La liste au sens de l'al. 1, let. e, comprend l'ensemble des hôpitaux du canton qui sont nécessaires à la couverture des besoins en soins et qui disposent d'un mandat de prestations; elle peut également comprendre des hôpitaux qui sont situés dans d'autres cantons et qui font l'objet d'un accord avec un ou plusieurs autres cantons ou directement entre le canton et l'établissement concerné. Les cantons peuvent poser des conditions à l'octroi de mandats de prestations.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral peut édicter des principes généraux uniformes pour la planification, dans la mesure où cela est nécessaire à l'établissement conjoint des planifications par plusieurs cantons. Il consulte au préalable les cantons.

<sup>6</sup> Les dispositions relatives à l'admission (al. 1), à la planification (al. 2 et 3) et à l'établissement de listes (al. 4) s'appliquent par analogie aux établissements qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation de longue durée (établissements médico-sociaux).

*Art. 41, al. 1, 3<sup>e</sup> phrase, 2, let. b, et 3*

<sup>1</sup> ... En cas de traitement hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans les hôpitaux qui figurent sur la liste du canton où réside l'assuré.

<sup>2</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- b. dans les hôpitaux figurant sur la liste du canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

<sup>3</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré subit un traitement hospitalier dans un hôpital situé hors de son canton de résidence qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de résidence, celui-ci rembourse la part due conformément à l'art. 49.

*Art. 47, al. 2*

<sup>2</sup> S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré fourni en dehors d'un contrat d'admission au sens de l'art. 35a ou pour le traitement hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

*Art. 49* Conventions tarifaires avec les hôpitaux

<sup>1</sup> Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39), les parties à une convention conviennent de forfaits. Ces derniers sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Ces structures sont convenues par les partenaires tarifaires. Si ces derniers ne peuvent s'entendre, elles sont fixées par le Conseil fédéral.

<sup>2</sup> Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne soient pas comprises dans le forfait mais facturées séparément.

<sup>3</sup> Les rémunérations visées aux al. 1 et 2 sont prises en charge à parts égales par l'assureur et par le canton où réside l'assuré. Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les rémunérations ne comprennent pas les parts que représentent les coûts de recherche et de formation. Les cantons peuvent décider de financer séparément d'autres domaines.

<sup>4</sup> En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des al. 1 à 3, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable.

<sup>5</sup> Les rémunérations au sens des al. 1 à 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital pour les prestations prévues par la présente loi.

<sup>6</sup> Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire à l'hôpital.

<sup>7</sup> Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.

<sup>8</sup> Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention selon l'art. 46, al. 5, et demander à l'autorité compétente (art. 46, al. 4) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

*Art. 50* Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 6), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire. Les al. 7 et 8 de l'art. 49 sont applicables par analogie.

*Art. 51, al. 1*

<sup>1</sup> Le canton peut, en tant qu'instrument de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49, al. 3, est réservée.

*Art. 53, al. 1*

<sup>1</sup> Les décisions des gouvernements cantonaux au sens des art. 39, 45, 46, al. 4, 47, 48, al. 1 à 3, 49, al. 8, 51, 54 et 55 peuvent faire l'objet d'un recours au Conseil fédéral.

*Art. 79a (nouveau)* Droit de recours du canton de résidence

Le droit de recours selon l'art. 72 LPGA<sup>4</sup> est applicable par analogie au canton de résidence pour les contributions que celui-ci a versées en vertu des art. 41, al. 3, et 49, al. 3.

*Art. 84a, al. 1, let. f*

<sup>1</sup> Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'application peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 LPGA<sup>5</sup>:

- f. aux autorités cantonales compétentes, s'agissant des données visées à l'art. 22a, qui sont nécessaires à la planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ainsi qu'à l'examen des tarifs;

*Art. 104a, al. 2*

<sup>2</sup> Tant que les coûts des prestations des établissements médico-sociaux ne sont pas calculés selon une méthode uniforme (art. 49, al. 7, et 50), le département peut déterminer par voie d'ordonnance dans quelles proportions ces prestations doivent être prises en charge.

<sup>4</sup> RS 830.1

<sup>5</sup> RS 830.1

## II

### *Dispositions transitoires de la modification du ...*

<sup>1</sup> Les planifications et les listes hospitalières cantonales doivent répondre aux exigences de l'art. 39 dans le délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. La première version de la planification selon l'art. 39, al. 3, doit être établie d'ici fin 2007 et concrétisée dans un délai de trois ans.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral fixe la date à compter de laquelle les forfaits liés aux prestations prévus à l'art. 49, al. 1, doivent se fonder sur des structures uniformes sur le plan suisse. L'introduction peut se faire par étapes.

<sup>3</sup> Dès l'entrée en vigueur de la présente modification, la part des assureurs et des cantons aux rémunérations prévues à l'art. 49, al. 3, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics doit être adaptée, sur la base de leurs parts respectives lors de l'entrée en vigueur, pour atteindre la parité lors de la troisième année; la différence sera réduite d'un tiers la première année et de deux tiers la deuxième année. La prise en compte des coûts d'investissement d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics dans le calcul du tarif intervient avec l'introduction de forfaits liés aux prestations qui se basent sur des structures uniformes sur le plan suisse. Le Conseil fédéral détermine la manière dont les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

<sup>4</sup> Dans les hôpitaux jusqu'ici non subventionnés, les cantons doivent prendre en charge leur part aux rémunérations prévues à l'art. 49, al. 3, y compris les coûts d'investissement, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral propose dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification, une révision de loi prévoyant le passage à un système de financement moniste, de sorte que les fournisseurs de prestations n'aient à faire qu'à un seul agent-payeur.

## III

<sup>1</sup> La présente loi est sujette au référendum.

<sup>2</sup> Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1<sup>er</sup> janvier 2006 ou le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.