

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

Modification du 21 décembre 2007

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu le message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004¹,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie² est modifiée comme suit:

Art. 21, al. 4

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

Art. 21a, al. 2

² 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 Données des fournisseurs de prestations

¹ 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. Les indications suivantes doivent notamment être communiquées:

- 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;

¹ FF 2004 5207

² RS 832.10

- e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- f. les indicateurs de qualité médicaux.

² Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les données doivent être mises gratuitement à disposition.

³ Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique. Celui-ci 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 et des assureurs ainsi que des institutions figurant à l'art. 84a, les données par fournisseur de prestations énumérées à l'al. 1 aux fins de l'application de la présente loi. Ces données sont publiées.

⁴ Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement, la transmission et la publication des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.

Art. 23 Statistiques

¹ 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.

² Les personnes physiques ou morales interrogées sont soumises à l'obligation de renseigner. Les informations doivent être mises gratuitement à disposition.

³ Le traitement de données à des fins statistiques est régi par la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale³.

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

² 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 correspondant au standard de la division commune;
- f. *abrogée*
- f^{bis}. le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

Art. 29, al. 2, let. b

² Ces prestations comprennent:

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

³ RS 431.01

Art. 35, al. 2, let. i

² Ces fournisseurs de prestations sont:

- i. les maisons de naissance;

Art. 38, première phrase

Le Conseil fédéral règle l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35, al. 2, let. c à g, i et m. ...

Art. 39, al. 2, 2^{bis}, 2^{ter} et 3

² Les cantons coordonnent leurs planifications.

^{2^{bis}} Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.

^{2^{ter}} Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

³ Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Art. 41, al. 1, 1^{bis}, 1^{ter}, 2, 3 et 3^{bis}

¹ En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.

^{1^{bis}} En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

^{1^{ter}} L'al. 1^{bis} s'applique par analogie aux maisons de naissance.

² Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement ambulatoire administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

^{3bis} Sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.

Art. 41a Obligation d'admission

¹ Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission).

² Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence.

³ Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission.

Art. 42, al. 2 et 3

² Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.

³ Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails.

Art. 47, al. 2

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs ou encore 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

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais

facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

² Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.

³ Les rémunérations au sens de l'al. 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier:

- a. le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;
- b. la recherche et la formation universitaire.

⁴ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, 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.

⁵ Les rémunérations au sens des al. 1 et 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations prévues par la présente loi.

⁶ Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire.

⁷ 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.

⁸ En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux – qu'il publie par la suite – en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Les hôpitaux et les cantons doivent livrer les documents requis à cette fin.

Art. 49a Rémunération des prestations hospitalières

¹ Les rémunérations au sens de l'art. 49, al. 1, sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective.

² Le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins.

³ Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement à l'hôpital. Les modalités sont convenues entre l'hôpital et le canton. L'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur, et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. La facturation entre l'hôpital et l'assureur est réglée à l'art. 42.

⁴ Les assureurs peuvent conclure avec les hôpitaux ou les maisons de naissance non répertoriés au sens de l'art. 39, mais qui remplissent les conditions fixées aux art. 38 et 39, al. 1, let. a à c, des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'al. 2.

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire ou les soins à domicile. Il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire. L'art. 49, al. 7 et 8, est applicable par analogie.

Art. 51, al. 1

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

Art. 53 Recours au Tribunal administratif fédéral

¹ Les décisions des gouvernements cantonaux visées aux art. 39, 45, 46, al. 4, 47, 48, al. 1 à 3, 51, 54, 55 et 55a peuvent faire l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral.

² La procédure de recours est régie par la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF)⁴ et la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA)⁵. Les exceptions suivantes sont réservées:

- a. les preuves et faits nouveaux ne peuvent être présentés que s'ils résultent de l'acte attaqué; toute conclusion nouvelle est irrecevable;
- b. les art. 22a et 53 PA ne sont pas applicables;

⁴ RS 173.32

⁵ RS 172.021

- c. le délai fixé par le Tribunal administratif fédéral pour le dépôt d'une réponse est de 30 jours au plus; il ne peut être prolongé;
- d. un échange ultérieur d'écritures au sens de l'art. 57, al. 2, PA n'a lieu qu'exceptionnellement;
- e. le grief de l'inopportunité ne peut être invoqué comme motif de recours contre les décisions au sens de l'art. 39.

Art. 79a Droit de recours du canton de résidence

Le droit de recours visé à l'art. 72 LPGA⁶ s'applique par analogie au canton de résidence pour les parts de rémunération que celui-ci a versées en vertu des art. 41 et 49a.

Art. 84a, al. 1, phrase introductive, let. f

¹ 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 LPGA⁷:

- 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. 90a, al. 2

² Le Tribunal administratif fédéral connaît des recours contre les décisions des gouvernements cantonaux visées à l'art. 53.

Art. 104a, al. 2

² 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.

II

Modification du droit en vigueur

Loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral⁸

⁶ RS 830.1

⁷ RS 830.1

⁸ RS 173.32

Art. 34

Abrogé

III

Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier)

¹ L'introduction des forfaits liés aux prestations au sens de l'art. 49, al. 1, ainsi que l'application des règles de financement au sens de l'art. 49a, y compris l'inclusion des coûts d'investissement, doivent être terminées au plus tard le 31 décembre 2011.

² Le Conseil fédéral fixe:

- a. les modalités d'introduction;
- b. la procédure selon laquelle les investissements effectués avant l'entrée en vigueur de la présente modification sont pris en compte dans le calcul du tarif.

³ Les planifications hospitalières cantonales doivent satisfaire aux exigences prévues à l'art. 39 dans un délai de trois ans à compter de la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1. L'appréciation de la qualité et du caractère économique se fonde sur des comparaisons entre hôpitaux.

⁴ Les cantons et les assureurs se partagent les coûts des traitements hospitaliers jusqu'à la date d'introduction des forfaits visée à l'al. 1, conformément aux règles de financement en vigueur avant la modification de la loi. Pendant le délai d'adaptation des listes hospitalières prévu à l'al. 3, les cantons prennent en charge leur participation aux coûts dans tous les hôpitaux figurant sur les listes en vigueur.

⁵ Les cantons fixent leur part de rémunération prévue à l'art. 49a, al. 2, avant le 1^{er} janvier 2012. Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse au moment de l'introduction des forfaits prévue à l'al. 1 peuvent fixer leur part de rémunération entre 45 % et 55 %. Cette part peut être modifiée chaque année de 2 points de pour-cent au plus, à partir du taux initial, jusqu'au 1^{er} janvier 2017.

⁶ La réglementation prévue à l'art. 41, al. 1^{bis}, est également mise en œuvre à la date d'introduction des forfaits prévue à l'al. 1.

IV

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1^{er} janvier 2009 ou le 1^{er} janvier de l'année qui suit son acceptation par le peuple.

Conseil des Etats, 21 décembre 2007

Le président: Christoffel Brändli
Le secrétaire: Christoph Lanz

Conseil national, 21 décembre 2007

Le président: André Bugnon
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Date de publication: 8 janvier 2008⁹

Délai référendaire: 17 avril 2008

⁹ FF 2008 9

