

**Message
relatif à la révision partielle de la loi fédérale
sur l'assurance-maladie**

du 18 septembre 2000

Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous soumettons, par le présent ce message, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vous proposant de l'approuver.

Par la même occasion, nous vous proposons de classer les interventions parlementaires suivantes:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 1997 | P | 96.3561 | Encouragement des traitements ambulatoires et semi-hospitaliers (N 21.3.97, Gysin Remo) |
| 1998 | P | 98.3344 | Spitex. Réglementer l'activité des associations (N 9.10.98, Vermot) |
| 1999 | P | 99.3007 | Suppression des subventions directes allouées par les cantons aux hôpitaux (art. 49, al. 1, LAMal) (E 15.3.99, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE 98.302) |
| 1999 | P | 96.3494 | Liste des hôpitaux au niveau de la Confédération (N 8.10.98, Gysin Remo; E 17.6.99) |
| 1999 | P | 99.3154 | Suppression des subventions directes allouées par les cantons aux hôpitaux (art. 49, al. 1, LAMal) (N 31.5.99, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN 98.302) |
| 2000 | M | 00.3003 | Suppression de l'obligation de contracter (N 8.3.00, Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN 98.058; E 15.3.00) |

Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

18 septembre 2000

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Adolf Ogi

La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

Condensé

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) répond à un triple objectif: combler les lacunes du catalogue des prestations, renforcer la solidarité entre les assurés et maîtriser les coûts. Le premier objectif – combler les lacunes du catalogue des prestations – est désormais en grande partie atteint. Le deuxième objectif par contre, qui consiste dans le renforcement de la solidarité, n'a pu être atteint que partiellement. En ce qui concerne les soins hospitaliers, la loi partait en effet du principe que l'assurance-maladie ne devait prendre en charge qu'une partie des coûts, les cantons devant aussi participer au financement du fait de leur compétence en matière de fourniture de soins. Or l'entrée en vigueur de la nouvelle loi n'a pas mis un frein à la baisse continue des contributions des cantons, ce qui a diminué la portée de cette mesure destinée à rendre le système plus social. L'objectif de la maîtrise des coûts lui non plus n'a pas pu être atteint dans la mesure souhaitée par le Conseil fédéral. En 1999, les coûts de l'assurance obligatoire des soins ont augmenté en effet encore de 4,1 %.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, les cantons et les assureurs-maladie n'étaient pas d'accord sur l'interprétation de l'art. 41, al. 3, LAMal, concernant la prise en charge des coûts des traitements hospitaliers effectués hors du canton sur indication médicale. Dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a décidé en décembre 1997 que l'obligation de contribution des cantons lors d'un séjour en hôpital à l'extérieur du canton existe, indépendamment de la nature de la division d'un établissement hospitalier public ou subventionné par les pouvoirs publics. Le tribunal a en même temps décidé que cette obligation de compensation ne pouvait pas s'appliquer lorsqu'il s'agissait d'un hôpital non subventionné. Le TFA n'a par contre pas répondu à la question de savoir si les cantons doivent également apporter une contribution lorsque des patients au bénéfice d'assurances complémentaires sont soignés à l'intérieur du canton. L'existence d'une telle obligation de contribution peut être déduite de la systématique de la loi, qui est basée sur une distinction claire entre d'un côté une assurance de base obligatoire financée par tous les assurés et de l'autre une assurance complémentaire facultative. L'initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“, déposée en juin 1997, demande que cette obligation de contribution à laquelle sont soumis l'assurance obligatoire des soins ainsi que les cantons s'étende cependant à tous les hôpitaux et pas uniquement aux hôpitaux publics ou bénéficiant de subventions des pouvoirs publics.

Cette révision partielle doit permettre de résoudre de manière durable les problèmes d'interprétation qui ont surgi après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. Les principes inscrits dans la loi doivent être appliqués de manière conséquente sans remettre le système en question. Il s'agit en particulier de ne pas proposer un système de financement moniste – autrement dit un système dans lequel la totalité des ressources proviennent des assureurs qui les versent aux fournisseurs de prestations. Les conditions-cadres ainsi que le consensus politique nécessaires pour le passage à un système moniste faisant défaut, le Conseil fédéral estime qu'un système de rémunération basé sur une unique source de financement n'est réalisable qu'à long terme. Les mesures prévues dans cette révision partielle

contribuent toutefois à ce qu'il soit possible, un jour, d'imaginer l'introduction d'un système moniste. Pour le Conseil fédéral, il n'est pas question de faire une révision partielle visant à réintroduire une réglementation allant dans le sens de l'ancienne loi fédérale sur l'assurance-maladie et accidents. Tout réalignement, ne serait-ce que partiel, du système actuel sur les mécanismes de l'ancienne assurance-maladie est foncièrement contraire aux objectifs d'une assurance-maladie sociale. Vouloir, sur la base de considérations purement financières, constituer deux catégories ou davantage d'assurés dans l'assurance obligatoire des soins, c'est provoquer inévitablement une rupture du système de solidarité dans l'assurance-maladie et des augmentations de coûts incontrôlables, parce que n'obéissant pas aux mécanismes du marché.

La part des cantons au financement des hôpitaux est en baisse depuis le début des années 90 (investissements compris); elle a ainsi passé de 35,5 % en 1991 à 29,7 % en 1998. Si, en 1998, la participation des collectivités publiques au financement des hôpitaux avait été aussi élevée qu'en 1991, elles auraient dû assumer des charges supplémentaires de quelque 1,4 milliard de francs. La présente révision partielle doit mettre fin au lent retrait des pouvoirs publics du financement des hôpitaux. L'objectif est d'empêcher que ne se poursuive le mouvement de transfert continu de la charge financière sur l'assurance-maladie et le report qui lui est lié sur les primes par tête. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose de passer à un système prévoyant un partage du financement par moitié, centré non pas sur le transfert des coûts sur les autres partenaires impliqués, mais sur la maîtrise des coûts globaux.

Le principe de la couverture des charges d'exploitation imputables, repris implicitement de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents est contraire à un système axé sur la maîtrise des coûts. Le plus souvent, les déficits d'exploitation des hôpitaux publics sont couverts en totalité par l'Etat. Ce type de conditions-cadres n'incite guère à raisonner en termes d'économie d'entreprise. La présente révision partielle doit permettre de ne plus appliquer du tout le principe de la couverture des coûts et de le remplacer par celui du financement des prestations. Ce passage du financement des institutions au financement des prestations est en principe déjà établi dans la réglementation de la LAMal. A l'avenir, le financement des prestations devra servir de référence aux hôpitaux et aux assureurs-maladie en matière de tarification et de mode de facturation. Du fait de l'évolution de la médecine, des prestations qui étaient auparavant fournies dans un cadre hospitalier – les interventions chirurgicales en particulier – sont fournies en partie aujourd'hui dans un cadre semi-hospitalier ou ambulatoire. De là des recoupements sont apparus, qui évoluent en permanence. Pour clarifier les choses dans ce domaine, la présente révision propose que toutes les prestations fournies en hôpital – qu'elles soient hospitalières ou semi-hospitalières – qui nécessitent une infrastructure hospitalière soient soumises à un même régime de financement. En même temps le domaine semi-hospitalier sera soumis à l'obligation de planification, comme cela est le cas pour le domaine hospitalier.

Le domaine hospitalier dispose de plusieurs instruments de maîtrise des coûts (compétence accordée aux cantons d'introduire un budget global, une planification des hôpitaux et des établissements médico-sociaux) et la planification hospitalière porte déjà ses premiers fruits. Dans le domaine ambulatoire par contre, les assureurs-maladie sont contraints de fait de conclure une nouvelle convention tarifaire

avec tous les fournisseurs de prestations admis selon la loi. Ils n'ont de ce fait en principe aucun moyen de s'opposer à l'accroissement du volume des prestations provoqué par l'augmentation constante du nombre de fournisseurs de prestations admis. En se basant sur une motion transmise par le Parlement dans le cadre des délibérations sur la 1^{re} révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a mis en consultation une proposition relative à la suppression de l'obligation de contracter. Cette proposition prévoyait un modèle visant à limiter au domaine ambulatoire la suppression de l'obligation de contracter. Selon le modèle proposé, les assurés ne devaient désormais avoir le choix que parmi les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire ayant conclu une convention tarifaire avec leur assureur et pouvant donc exercer son activité pour ce dernier. Les prises de position ont montré que de nombreux milieux concernés étaient en principe favorables à un renforcement de la notion de concurrence dans la LAMal et qu'ils approuvaient de ce fait la proposition de supprimer l'obligation de contracter, mais qu'ils étaient par contre sceptiques envers le modèle proposé ou même qu'ils le jugeaient inadapté et impossible à mettre en pratique. Les prises de position ne permettaient toutefois pas de conclure qu'il existerait un autre modèle qui serait mieux reçu. C'est pourquoi le Conseil fédéral renonce à proposer de manière générale dans le cadre de cette révision partielle le modèle de contrat ouvert à la concurrence dans le domaine ambulatoire. Il propose une suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire uniquement dans le cas des fournisseurs de prestations qui ont atteint l'âge de 65 ans révolus.

Message

1 Partie générale

1.1 Point de la situation

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (loi sur l'assurance-maladie, LAMal; RS 832.10) est basée sur le principe de la solidarité entre personnes en bonne santé et malades. Le but de l'assurance obligatoire des soins est de garantir à toute la population l'accès à des soins de santé de haute qualité tout en allégeant la charge financière des personnes de condition économique modeste et en renforçant la maîtrise des coûts du système de santé. S'agissant du mode de financement, la loi sur l'assurance-maladie reprend implicitement les dispositions de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents: la loi prévoit un système de financement dual – par l'assurance-maladie et les cantons – pour les prestations fournies dans le cadre d'un traitement hospitalier. La nouvelle loi sur l'assurance-maladie établit en même temps une séparation stricte entre l'assurance de base (obligatoire), qui constitue une assurance-maladie à caractère social, et les assurances complémentaires, qui sont soumises aux règles du droit des assurances privées. L'assurance obligatoire des soins devient ainsi un système d'assurance autonome. La superposition du nouveau système et de l'ancienne réglementation du financement a néanmoins mis en évidence des ambiguïtés et des divergences concernant l'application de la loi qui doivent être clarifiées par la présente révision partielle. Cette révision doit permettre d'appliquer de manière stricte les principes inscrits dans la loi; il ne s'agit en aucun cas de les remettre en cause.

1.1.1 Financement de l'assurance obligatoire des soins

Le financement des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins est actuellement assuré par plusieurs sources. Les éléments ci-après interviennent pour l'essentiel dans la perception et la répartition des moyens:

Primes par tête payées par les assurés

Chaque assuré paye une prime. Après d'un même assureur et dans une branche d'assurance, le montant de la prime doit être identique pour tous les adultes d'un même canton et d'une même région (prime unique). Les primes des enfants et des jeunes adultes doivent être plus basses.

Participation des assurés aux coûts

Les assurés participent de trois manières aux coûts des prestations dont ils bénéficient: ils paient une franchise jusqu'à un montant fixé et, au-delà, une quote-part de 10 % du montant de la facture jusqu'à un montant maximal. Suivant son statut, la personne assurée doit prendre à sa charge, en cas d'hospitalisation, une contribution supplémentaire aux frais de séjour de 10 francs par jour. La participation aux coûts doit inciter l'assuré à limiter sa consommation de prestations de santé au strict nécessaire.

Subsides de la Confédération et des cantons destinés à réduire les primes

La Confédération et les cantons réduisent les primes des assurés de condition économique modeste. Les cantons ont pratiquement toute liberté en ce qui concerne l'exécution. Les montants annuels versés par la Confédération aux cantons sont fixés pour une période de quatre ans (nouveau: 2000–2003) par un arrêté fédéral. Le montant du complément que les cantons doivent ajouter aux subsides de la Confédération est fixé dans la loi. Les cantons ont la possibilité de diminuer de 50 % au maximum la contribution à laquelle ils sont tenus; les subsides alloués par la Confédération sont alors réduits dans les mêmes proportions.

Rendement des capitaux et autres rendements

Les assureurs-maladie placent sur le marché des capitaux les ressources dont ils n'ont pas besoin à court terme. Les intérêts qui résultent de ces placements procurent aux assureurs, en complément des primes, d'autres recettes.

Mise à disposition des infrastructures par les cantons et les communes

Les cantons et les communes financent en partie directement la construction des hôpitaux et des établissements de soins. De plus, ils financent aussi en partie l'acquisition des infrastructures courantes relativement importantes.

Subventionnement des prestations hospitalières par les cantons

Les cantons ont l'obligation de couvrir les frais d'exploitation courants découlant du séjour des patients en division commune dans les hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics à raison d'au moins 50 % par des recettes fiscales. A la suite de deux arrêts du Tribunal fédéral des assurances (TFA) prononcés en décembre 1997, les cantons doivent également contribuer aux séjours hospitaliers hors du canton de résidence pour raisons médicales (y compris les urgences) des assurés en division semi-privée ou privée. Cette réglementation du financement vise entre autres à ce que les cantons s'acquittent de manière cohérente de l'obligation de planification et coordonnent la planification, le financement et l'occupation des hôpitaux, l'objectif étant d'optimiser l'utilisation des ressources et de contribuer ainsi à la maîtrise des coûts.

Compensation des risques

Il existe une compensation des risques entre les assureurs; elle est financée par le biais des primes encaissées par les différents assureurs et vise à répartir les coûts entre les assureurs dont le nombre d'assurés présentant un risque élevé est supérieur à la moyenne des effectifs et ceux qui connaissent une situation inverse. Seule la distribution des assurés en fonction de la classe d'âge et du sexe est prise en compte pour la répartition. Le mode de calcul de la compensation des risques fait en sorte que la somme des versements au fonds de compensation correspond aux contributions versées par celui-ci.

Les données statistiques (annexe, tableau 1) indiquent qu'en ce qui concerne le financement des coûts à la charge de l'assurance-maladie, la charge est principalement supportée – à raison des deux tiers environ – par les primes par tête et la participation des assurés aux coûts. Il faut en outre constater un recul des subsides cantonaux. Bien que la part du financement des collectivités publiques ait légèrement augmenté en 1998, il est difficile de déterminer pour le moment s'il s'agit d'une

inversion de tendance. Cette modification étant en premier lieu due à l'augmentation des subsides destinés à réduire les primes, on peut plutôt s'attendre à une nouvelle hausse de la part financée par les ménages privés si les primes continuent d'augmenter.

1.1.2 Législation en vigueur

En vertu de la répartition des compétences fixée à l'art. 3 de la Constitution fédérale (Cst.; RS 101), l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons. Pour sa part, la Confédération veille à ce que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accidents (art. 117 Cst.) et que, par conséquent, l'assurance-maladie et l'assurance-accidents demeurent des assurances à caractère social (voir, sur l'ensemble de cette problématique, JAAC 48 (1984) 492 ss). Se référant aux buts sociaux contenus dans la Constitution fédérale, le Conseil fédéral a souligné, dans son message du 31 mai 2000 relatif à l'initiative populaire „La santé à un prix abordable“ (cf. ch. 1.2.1), qu'en ce qui concerne la réglementation de l'assurance-maladie et accidents, l'engagement de la Confédération et des cantons ne s'effectue pas uniquement en complément de la responsabilité personnelle et de l'initiative privée comme cela reste expressément réservé dans la Constitution pour d'autres domaines des assurances sociales (art. 41, al. 1, Cst.). L'engagement de la Confédération et des cantons pour que toute personne soit assurée contre les conséquences économiques de la maladie et des accidents est expressément excepté de cette réserve restrictive dans le préambule de l'al. 1 par une disposition particulière à l'art. 41, al. 2, Cst. (Prof. Dr H.P. Tschudi: Die Sozialziele der neuen Bundesverfassung, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle 43/1999, p. 364 ss; Prof. Dr R. Rhinow: Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsverfassung, dans: Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft, Berne 2000).

Dans le domaine de la santé, les réglementations fédérales et cantonales ne sauraient exister indépendamment les unes des autres et doivent donc être harmonisées. Dans le cas de l'assurance-maladie, la compétence des cantons dans le domaine des soins hospitaliers a été mise en relief par le fait que 50 % au maximum des coûts imputables sont à la charge de l'assurance-maladie dans les hôpitaux publics ou bénéficiant de subventions des pouvoirs publics (art. 49, al. 1, LAMal). De plus, il appartient aux cantons de planifier la couverture des besoins en soins hospitaliers et d'établir une liste des hôpitaux admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie (art. 39, al. 1, LAMal).

Le régime de financement correspond à la répartition des compétences entre l'assurance-maladie et les cantons. L'assurance-maladie est une assurance couvrant les conséquences économiques du risque „maladie“, soit les coûts des traitements médicaux; le côté assurance sociale est plus particulièrement lié à l'aspect de la prévoyance forcée. Les primes sont des primes par tête, indépendantes du revenu (cf. ch. 1.1.1). Les cantons sont responsables de l'approvisionnement en soins et ils ont, de par leur politique d'investissement notamment, une influence sur les coûts de la santé à la charge des résidents du canton. Les contributions des cantons aux charges d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics tiennent compte du principe qui veut que la compétence en matière d'impôt doit coïncider avec l'obligation de financement. Les coûts hospitaliers étant en partie couverts

par des impôts dont le taux est progressif en fonction du revenu et de la fortune, la répartition des charges de financement est socialement plus équitable que dans un système qui serait financé uniquement par des primes par tête indépendantes du revenu.

1.1.3 Problèmes liés aux dispositions en vigueur

Outre le renforcement de la solidarité et la garantie de l'accès à des soins de santé de haute qualité à toute la population, un des objectifs prioritaires de la loi sur l'assurance-maladie est la maîtrise des coûts. La participation aux coûts vise à inciter l'assuré à prendre conscience des prestations de santé qu'il consomme. Au niveau des cantons, la loi prévoit divers instruments afin de freiner la croissance des coûts dans le domaine hospitalier, tels que l'élaboration de budgets globaux et, en particulier, l'obligation pour les cantons d'établir une planification hospitalière. La loi ne laisse en revanche qu'une marge de manœuvre réduite aux assureurs. Certes, l'interdiction des cartels, introduite explicitement dans la loi sur l'assurance-maladie, leur permet, outre des formes d'assurance particulières, de conclure des contrats spéciaux à des tarifs différents afin de faire jouer la concurrence entre fournisseurs de prestations. Toutefois, de par l'interdiction des clauses d'exclusivité, en d'autres termes la possibilité explicitement donnée dans la loi en vigueur (art. 46, al. 3, LAMal) à d'autres assureurs ou fournisseurs de prestations d'adhérer aux accords, les assureurs ne peuvent pratiquement plus tirer aucun avantage concurrentiel. La suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire constituerait pour les assureurs une possibilité pour encourager la concurrence entre les fournisseurs de prestations (au niveau des tarifs). Ce thème sera repris dans le cadre de la présente révision (cf. ch. 2.3).

Déjà lors de la première phase de mise en œuvre de la nouvelle loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, divers problèmes d'application sont apparus. Des interprétations divergentes concernant la prise en charge des coûts en cas d'hospitalisation hors du canton de résidence et l'établissement de listes des hôpitaux fondées sur ces interprétations ont été à l'origine d'un grand nombre de recours adressés au Conseil fédéral (art. 53 LAMal). Ces recours ont, pour la plupart, contesté les listes d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux que les cantons ont édictées en se fondant sur la compétence qui leur est attribuée à l'art. 39 LAMal. Un nombre moins important de recours ont porté sur les tarifs des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, des organisations d'aide et de soins à domicile et d'autres fournisseurs de prestations ambulatoires (médecins, sages-femmes).

Dans le domaine des tarifs hospitaliers, des divergences sont apparues surtout à propos du niveau de couverture des coûts dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. On a pu constater que, lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, le degré de couverture des coûts par l'assurance-maladie se situait entre 40 % et 50 % dans la majorité des hôpitaux publics et subventionnés par les pouvoirs publics, et même au-dessus de 50 % dans quelques rares cas. Le manque de transparence des coûts, qui a été constaté dans diverses procédures de recours, a en outre empêché dans de nombreux cas de déterminer avec précision une grandeur fondamentale, soit les coûts imputables. C'est pourquoi le Conseil fédéral n'a approuvé des augmentations de tarifs qu'avec une grande retenue.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, il existait une divergence d'interprétation entre les cantons et les assureurs-maladie concernant les contributions aux hospitalisations hors du canton de résidence sur indication médicale (art. 41, al. 3, LAMal). La controverse portait sur ce point: le canton devait-il verser sa contribution pour un traitement hors du canton de résidence indépendamment du type de division dans laquelle le traitement avait lieu?

Dans deux arrêts de principe (ATF 123 V 290 ss, 310 ss), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a conclu, au mois de décembre 1997, que l'obligation de contribution du canton en cas de séjour hospitalier hors du canton de résidence existait, indépendamment du type de division, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il a en effet considéré qu'en cas de séjour dans une division privée ou semi-privée, les coûts correspondant au tarif de la division commune de l'hôpital concerné étaient rémunérés comme si l'assuré avait séjourné en division commune. Si l'hôpital ne dispose pas d'une division commune, un tarif de référence est applicable. Comme la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie obligatoire ne dépend pas du fait que la personne assurée a effectivement séjourné ou non en division commune, il n'y a pas de raison pour que le canton refuse une contribution de même nature lorsque les circonstances sont identiques. Le TFA s'est fondé sur le fait que les travaux préparatoires ne contenaient pas d'autres indications et que la notion de „division commune“ n'était pas évoquée dans l'art. 41, al. 3, LAMal. Mais il a surtout tenu compte de l'objectif poursuivi par cette disposition: la répartition des charges entre les cantons et le renforcement de la coordination intercantonale. Une compensation doit intervenir entre les (petits) cantons qui, pour des raisons de politique sanitaire, n'offrent pas certaines prestations hospitalières, et les cantons qui disposent d'infrastructures hospitalières développées, cofinancées par les impôts des résidents du canton. Le TFA a également arrêté que cette disposition ne saurait s'appliquer aux hôpitaux non subventionnés. D'une part, en effet, selon les dispositions expresses de la loi, le canton de résidence n'a une obligation de compensation qu'en cas de séjour dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics. D'autre part, pour les hôpitaux non subventionnés, le tarif qui s'applique aux patients extérieurs au canton est en règle générale le même que celui qui s'applique aux résidents. Ainsi les coûts imputés devraient correspondre au tarif de l'hôpital concerné et la question de l'obligation de compensation ne se pose pas du tout. Le TFA ne s'est pas prononcé sur ce point: les cantons doivent-ils aussi participer aux coûts des traitements dispensés à l'intérieur du canton à des personnes au bénéfice d'une assurance privée ou semi-privée? Les cantons et les assureurs-maladie ont conclu un accord sur le financement des traitements hospitaliers extracantonaux dispensés à des patients bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée. L'accord est valable jusqu'au 31 décembre 2000 et peut être prolongé d'une année. La présente révision partielle devrait clarifier définitivement la situation.

En marge du financement des hôpitaux, des questions ont été soulevées ces derniers temps sur la réglementation de l'assurance-maladie relative aux requérants d'asile. La réponse à ces questions exigera également des adaptations de la LAMal. Ces adaptations seront réalisées dans le cadre de la prochaine révision de la loi sur l'asile. Le message y relatif doit être présenté au Parlement au premier semestre 2001.

1.1.4

Premiers résultats de l'analyse des effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie

Pendant la phase préparatoire de l'introduction de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie on pouvait déjà prévoir que la loi entraînerait des changements touchant tous les acteurs concernés. Afin de pouvoir analyser de manière précise ces effets multiples et complexes, on a fixé, dans l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), une obligation de procéder à des études scientifiques des effets. Selon l'art. 32 OAMal, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) procède, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations et les cantons, ainsi qu'avec des représentants des milieux scientifiques, à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi. L'analyse des divers aspects de la révision de la loi a été divisée en différents projets dont certains sont déjà terminés. Les résultats des projets partiels ci-après notamment ont permis de tirer des conclusions intéressantes concernant certains thèmes sur lesquels porte la présente révision partielle:

Les effets de la nouvelle LAMal sur le financement du système de santé et de l'assurance-maladie

L'extension du catalogue des prestations, la prise en charge illimitée dans le temps des prestations de soins, la définition de la couverture des frais en cas de séjour hospitalier, la mise sur pied d'égalité du domaine ambulatoire et du domaine hospitalier en ce qui concerne la quote-part payée par les assurés ainsi que le changement du système de versement des subventions ont eu pour effet une modification des flux et des parts de financement. Une première étude, basée sur les données existantes, a été élaborée par l'Office fédéral de la statistique à l'attention de l'Office fédéral des assurances sociales (S. Greppi, R. Rossel, W. Strüwe: Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, Berne 1998). Elle analyse les modifications observées au cours de la première année de l'entrée en vigueur de la nouvelle LAMal par rapport aux deux années précédentes. Dans une seconde étude (N. Siffert, R. Rossel, S. Greppi, H. Ritzmann: Analyse des effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale, Berne 2000), les données ont été actualisées et l'analyse approfondie. Il ressort de cette analyse que les coûts supplémentaires liés à l'introduction de la nouvelle loi au cours de la première année ont été quelque peu surestimés dans la phase préparatoire, mais que les estimations faites pour les années 1997 et 1998 étaient assez proches de la réalité. La participation des assurés aux coûts a cependant été supérieure aux estimations. Le recul constant de la contribution des cantons au financement des hôpitaux s'est également poursuivi après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (annexe, tableau 1).

Modifications dans le domaine des assurances complémentaires

La séparation entre l'assurance de base obligatoire et l'assurance complémentaire facultative introduite avec la nouvelle LAMal constitue un premier pas vers une concurrence accrue. S'agissant des domaines touchés par cette révision partielle, l'analyse des modifications dans l'assurance complémentaire indique (Dr W. Stürmer et. al., Prognos – Europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG, Berne 2000) que les assureurs consultés ont néanmoins satisfait entièrement, et dans les délais, à l'exigence légale demandant des comptes séparés pour l'assurance de

base et l'assurance complémentaire. Les hôpitaux, quant à eux, n'ont absolument rien changé: ils ne saisissent séparément que le financement mais non les coûts des assurés couverts par l'assurance de base et de ceux bénéficiant d'une assurance complémentaire parce qu'outre le manque de directives uniformes au niveau de la Confédération, la plupart des hôpitaux ne disposent pas d'une comptabilité adaptée – avec une comptabilité par centres de charges et par unités finales d'imputation. Aussi, les coûts imputés aux assurés et aux assureurs ne se différencient pas selon les charges effectives. Dans la plupart des cas, l'imputation s'effectue en fonction des sommes contribuant à la couverture. Avec les structures de décision et de financement existant, la plupart des hôpitaux cherchent à compenser les contributions de couverture qui leur manquent par des recettes plus élevées et à éviter de réduire les prestations qu'elles offrent. Une telle façon de penser n'est pas envisageable sur la durée. Il est donc recommandé d'abandonner cette idée de transfert des coûts et de passer d'un financement des établissements (objet) à un financement des prestations (sujet) en faisant pleinement jouer la concurrence entre les hôpitaux excepté dans des domaines réservés qui doivent continuer à être gérés par le biais de mandats de prestations.

L'efficacité sociopolitique de la réduction des primes

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie a entraîné une modification du subventionnement des primes d'assurance-maladie. Le système assurant un abaissement de primes généralisé pour tous les assurés a été remplacé par des réductions de primes individualisées, concédées à des assurés de condition économique modeste. L'exécution de la réduction de primes s'effectue au niveau cantonal. Partant du critère énoncé dans le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 relatif à la révision de l'assurance-maladie, à savoir que, dans un ménage, la charge des primes ne devrait pas dépasser un certain pourcentage du revenu imposable (FF 1992 I 178, en particulier 264), on a déterminé, pour trois cas concrets standardisés ainsi que pour tous les cantons, la part du revenu à disposition qui échoit à la prime d'assurance restante après déduction des réductions de primes (Dr A. Balthasar, Interface Institut für Politikstudien: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons, Berne 1998). L'étude a donné des résultats comparables au niveau suisse en ce qui concerne l'efficacité de la réduction des primes sur le plan de la politique sociale, d'une part. D'autre part, elle a mis en évidence des différences entre l'effet de la réduction des primes dans les cantons et sur le modèle de ménage considéré.

Analyse des effets de la compensation des risques

Une compensation des risques entre les assureurs-maladie a déjà été introduite en 1991, en tant que mesure temporaire contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie, dans l'art. 2 de l'Arrêté fédéral urgent sur les mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie (RO 1991 2607 ss). Avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, la compensation des risques a été transférée dans le droit ordinaire avec une durée limitée à dix ans. Cette mesure visait à assurer une compensation entre les assureurs qui, de par une structure d'assurés favorable, pouvaient offrir des primes basses et ceux ayant des structures de risque plus défavorables entraînant des primes plus élevées. Par l'introduction de la compensation des risques, on fait augmenter les primes des assureurs ayant des structures favorables et baisser celles des assureurs présentant des risques plus défavorables. Cette mesure, liée au droit de libre-passage des assurés également introduit dans la LAMal, devait

avoir pour effet d'équilibrer les structures de risque des assureurs; la compensation des risques était ainsi censée, d'une part, encourager la concurrence entre assureurs dans le sens d'une réduction des coûts et, d'autre part, éliminer la sélection des risques par les assureurs. Un premier rapport de recherches portant sur la compensation des risques (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien BASS: Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Berne 1999) a eu pour objet de déterminer si les premières expériences faites avec la compensation des risques correspondent aux attentes, quelles difficultés sont apparues, et quelles sont les possibilités d'optimiser le système. Dans un second travail de recherche, le même expert a défini différentes variantes d'amélioration et examiné leurs effets sur la sélection des risques et la rectification des différences dans la structure de risques des assureurs (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Studien BASS: Der Risikoausgleich in der Krankenversicherung: Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung, Berne 2000). L'expert propose notamment la compensation prospective des structures de risque dont la détermination doit englober différents autres facteurs.

Les effets dans le domaine des tarifs

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie comprend un mélange de mesures interventionnistes et favorisant la concurrence. Dans le domaine des tarifs, l'objectif principal est la concurrence qui doit être encouragée par des mesures découlant de la loi sur les cartels. La possibilité laissée aux cantons de fixer des budgets globaux constitue néanmoins un instrument de contrôle étatique qui influence le domaine des tarifs. L'étude sur les développements dans le domaine des tarifs (S. Hammer, INFRAS: Die Auswirkungen des LAMal im Tarifbereich, Berne 2000) présente d'une part, les effets de la LAMal sur la structure et le montant des tarifs, les négociations tarifaires et les recours portant sur les tarifs. Elle constitue également une base pour évaluer dans quelle mesure l'interdiction des cartels a contribué à une plus grande diversité des tarifs et à une concurrence accrue, et par là même à une réduction des coûts. Elle indique en outre comment des modifications de la loi pourraient contribuer à mieux réaliser les objectifs visés. En substance, les auteurs sont arrivés à la conclusion que le panorama des tarifs ne s'est pas modifié de manière fondamentale après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi et qu'en particulier les hypothèses avancées dans le cadre des travaux préparatoires en ce qui concerne la conclusion de contrats spéciaux avec des tarifs plus favorables et le développement d'autres formes d'assurances ne se sont pas avérées exactes. Ceci est dû aux dispositions relatives au domaine des tarifs, et surtout à l'obligation de conclure une convention tarifaire, qui enlèvent aux assureurs toute motivation pour conclure des contrats spéciaux. La relation entre les partenaires a certes changé, les négociations s'étant durcies, ce qui a freiné l'évolution des tarifs. Mais dans l'ensemble on n'arrive pas à déceler les effets d'une concurrence tarifaire accrue sur l'évolution des coûts.

Evaluation de la planification hospitalière

La planification hospitalière introduite par la LAMal doit contribuer à une meilleure coordination des fournisseurs de prestations et par ce biais à une utilisation optimale des ressources et à la maîtrise des coûts. Deux études ont été effectuées sur mandat du Secrétariat central de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS). La première fournit une vue d'ensemble sur l'état de la planification une année après l'expiration du délai fixé pour l'élaboration des planifications

hospitalières (M. Rothenbühler, Evaluation der Spitalplanungen und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG, Berne 1999). Il a été constaté qu'une planification existait dans tous les cantons et que les mesures à court terme introduites par les cantons depuis 1996 avaient eu des effets sensibles. Des lits pour les soins aigus ont été supprimés et des hôpitaux pour soins aigus fermés ou affectés à une autre utilisation, ainsi que des postes supprimés, ce qui s'est traduit par une économie nette d'environ 215 millions de francs par année (état février 1999). Des doutes ont été émis sur l'adéquation de la planification hospitalière et des listes des hôpitaux en tant qu'instruments de contrôle efficaces à moyen et à long terme en ce qui concerne la fourniture en soins pour deux raisons: d'une part, la planification hospitalière n'inclut pas les soins du domaine ambulatoire et semi-hospitalier, et d'autre part, des accords relatifs au contenu des planifications hospitalières au niveau suprarégional ou national n'existaient pas. L'auteur pense que cette situation est essentiellement liée à l'absence d'une politique de la santé à l'échelon suisse.

Dans une deuxième étude, on a évalué les méthodes de planification des cantons (O. Biersack, Centre de sciences économiques de l'Université de Bâle: Die Planungsmethoden der Kantone, Bâle 2000). On y distingue les cantons qui, pour établir leur planification des besoins, se fondent uniquement sur le besoin en lits calculé pour la population et les cantons qui utilisent d'autres facteurs. Selon l'expert, on ne peut comparer aisément les besoins prévus en lits établis par chaque canton, en raison des différences existant entre les cantons s'agissant des importations respectivement des exportations de patients, ainsi que sur le plan des niveaux d'approvisionnement en soins, ce qui rend une estimation globale difficile, pour ne pas dire impossible.

1.2 Demandes de révision

1.2.1 Initiatives populaires

Initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“

L'initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“ a été déposée le 23 juin 1997 avec 134 015 signatures valables (FF 1997 IV 1457). Elle veut ajouter un troisième alinéa à l'art. 117 Cst. selon lequel les patients ont le droit de choisir librement leur fournisseur de prestations dans toute la Suisse, les coûts étant pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire et par l'assurance-accidents.

Suite aux arrêts du TFA cités plus haut, la question de l'obligation de contribution de l'assurance obligatoire des soins et des cantons aux traitements dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics a été clarifiée. Dans la mesure où le TFA y a répondu par l'affirmative, la demande contenue dans l'initiative est en grande partie satisfaite. Une obligation de contribution plus étendue de l'assurance-maladie sociale, à savoir une contribution à tous les traitements hospitaliers indépendamment du fait que l'établissement corresponde ou non à la planification, entraînerait des coûts additionnels, mais rendrait aussi l'instrument de la planification hospitalière inefficace dans la pratique. Pour ces raisons, le Conseil fédéral a recommandé, dans son message du 14 juin 1999 (FF 1999 7987), le rejet de l'initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“. Alors que le Conseil national a suivi les recommandations du Conseil fédéral

et également recommandé le rejet de l'initiative, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a décidé de repousser aussi longtemps que nécessaire la discussion concernant l'initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“ afin qu'elle puisse avoir lieu en même temps que celle concernant la présente révision partielle.

Initiative populaire „pour des coûts hospitaliers moins élevés“

L'initiative populaire „pour des coûts hospitaliers moins élevés“ a été déposée le 10 septembre 1998 avec 106 776 signatures valables (FF 1998 4355). Cette initiative populaire vise à modifier l'art. 117, al. 2, Cst. Comme l'indique le titre de l'initiative, celle-ci vise à réduire les coûts hospitaliers en Suisse. Pour atteindre cet objectif, elle propose pour l'essentiel de limiter le régime obligatoire de l'assurance-maladie à la seule couverture des frais d'hospitalisation et que les assurés aient la possibilité de conclure une assurance pour l'hospitalisation dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie ou indépendamment de celle-ci, selon le droit des assurances privées. Les cantons sont tenus de veiller, si nécessaire avec d'autres cantons, à ce que leurs habitants disposent du nombre de lits nécessaires dans les trois divisions: commune, demi-privée et privée. La participation aux coûts doit être supprimée pour les assurés. Pour les assurés hospitalisés en division commune, l'assurance-maladie ou l'assureur privé sont tenus de verser au canton, par jour et par personne, une indemnité de 250 francs indexée selon l'indice des prix à la consommation. Ce montant comprend toutes les prestations hospitalières (telles que les opérations, les médicaments, les radiographies et le transport du patient à l'hôpital).

L'initiative „pour des coûts hospitaliers moins élevés“ compromet les deux objectifs majeurs de la loi sur l'assurance-maladie, à savoir le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts. L'acceptation de cette initiative signifierait un recul important de la politique sociale actuelle qui vise à garantir des soins de santé appropriés, de haute qualité, et à couvrir les besoins en soins de toute la population. C'est pourquoi le Conseil fédéral a recommandé, dans son message du 8 septembre 1999, de rejeter l'initiative populaire „pour des coûts hospitaliers moins élevés“ (FF 1999 9005). Le Conseil national tout comme le Conseil des Etats ont suivi cette recommandation.

Initiative populaire „La santé à un prix abordable“

L'initiative populaire „La santé à un prix abordable“ („initiative santé“) du Parti Socialiste Suisse (PSS) a été déposée le 9 juin 1999 avec 108 081 signatures valables (FF 1997 IV 1277). Elle exige la refonte du texte de l'art. 117 Cst. et demande qu'un nouveau mode de financement de l'assurance obligatoire des soins soit inscrit dans la Constitution. Le financement serait assuré par des recettes à affectation fixe provenant de la taxe sur la valeur ajoutée et, dans une proportion au moins équivalente, par des cotisations des assurés. Ces cotisations dépendraient du revenu des assurés et de leur fortune, et tiendraient compte de leurs charges familiales. Il devrait être en outre mentionné dans la Constitution que la Confédération et les cantons veillent à maîtriser efficacement les coûts de la santé. La Confédération réglemente la médecine de pointe et coordonne les planifications sanitaires des cantons. Elle détermine le prix maximum des prestations à la charge de l'assurance, édicte les dispositions concernant les autorisations accordées aux fournisseurs de prestations et veille aussi à un contrôle efficace de la qualité. Le Conseil fédéral a rejeté l'initiative „La santé à un prix abordable“ dans son message du 31 mai 2000 (FF 2000 3931) sans contre-proposition. Il entend conserver le système des primes par tête dans

lequel la compensation s'effectue au travers de la réduction de primes. Il est d'avis que différentes exigences de l'„initiative santé“ ont pu et peuvent encore être satisfaites dans le cadre de projets de modification de la législation en suspens qui vont dans le sens désiré – entre autres avec la présente révision partielle.

1.2.2 Interventions parlementaires

Motion (Hochreutener) – Raggenbass „Financement des hôpitaux. Révision“

Dans sa motion concernant le financement des hôpitaux déposée le 21 janvier 1998 (98.3012), reprise par le Conseiller national Raggenbass, l'auteur de la motion propose une révision fondamentale du financement des hôpitaux. Il demande une modification de la loi sur l'assurance-maladie: premièrement, la concurrence entre les hôpitaux publics et privés doit être renforcée sur des bases équitables; deuxièmement, les traitements ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers doivent être mis sur le même plan et, troisièmement, les incidences sociales du changement dans le système doivent être amorties afin que l'on n'assiste pas à une flambée des primes. A ces fins, le Conseil fédéral doit procéder aux modifications nécessaires de la LAMal. Il faut donner aux cantons la possibilité, s'ils remplissent certaines conditions liées à des obligations légales et financières, de renoncer au financement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics et d'appliquer la règle du financement des coûts totaux. L'intervention a été classée le 24 mars 2000. Toutefois l'intervention demandant une réforme du financement des hôpitaux – objet de la présente révision partielle – les propositions faites par l'auteur de la motion peuvent malgré tout être étudiées dans ce contexte.

Postulats des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats et du Conseil national pour la suppression des subventions directes allouées aux hôpitaux par les cantons

Dans une initiative déposée le 9 septembre 1998 (98.302), le canton de Soleure demandait que la loi sur l'assurance-maladie soit modifiée de manière à ce que l'exploitation des hôpitaux ne puisse plus être financée par les cantons. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a demandé de ne pas donner suite à cette initiative mais de transmettre la question sous forme de postulat. La Commission était d'avis qu'au fond l'initiative du canton de Soleure présentait un intérêt dans le cadre de la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie concernant le financement des hôpitaux; elle estimait qu'un renforcement de la concurrence, découlant de l'obligation de procéder au calcul des coûts totaux liée à la suppression des subventions directes, était un élément positif. Elle a salué également l'égalité de traitement visée par l'initiative entre les hôpitaux publics et privés ainsi que l'égalité de traitement entre les patients résidant dans le canton et ceux résidant hors du canton. La Commission a déposé, le 1^{er} février 1999, un postulat priant le Conseil fédéral d'examiner, dans le cadre de la 2^e révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, les répercussions d'une suppression du subventionnement direct des hôpitaux par les cantons sur la santé publique et si une éventuelle modification dans ce sens de l'art. 49, al. 1, LAMal pourrait être proposée. Le 8 mars 1999, le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à accepter le postulat (99.3007); celui-ci a été transmis le 15 mars 1999 par le Conseil des Etats (BO 1999 E p. 176). La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a transmis le 26 mars 1999 un postulat (99.3154) visant le même objectif et portant sur les

mêmes questions. Le Conseil fédéral s'est déclaré prêt le 19 avril 1999 à accepter le postulat; ce dernier a été transmis par le Conseil national le 31 mai 1999 (BO 1999 N p. 808).

Motion Gysin Remo „Encouragement des traitements ambulatoires et semi-hospitaliers“

La motion visant à encourager les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers, déposée le 25 novembre 1996 (96.3561), demande que les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers dispensés dans des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics soient subventionnés à hauteur de 50 % au moins; il y aurait en outre lieu de régler par voie d'ordonnance que les traitements hospitaliers qui auraient pu être prodigués sous forme de traitements ambulatoires ou semi-hospitaliers soient définis comme „part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité“. Dans sa prise de position du 19 février 1997, le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à examiner la demande de l'auteur de la motion – que l'on peut considérer en premier lieu comme une incitation à une meilleure coordination entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers des hôpitaux subventionnés – et à prendre en considération les mesures possibles. Il a recommandé de transformer la motion en postulat. L'intervention a été transmise par le Conseil national le 21 mars 1997 sous forme de postulat (BO 1997 N p. 514).

Motion Vermot „Spitex. Réglementer l'activité des associations“

Dans une motion déposée le 26 juin 1998 (98.3344), l'auteur invite le Conseil fédéral à modifier, dans le cadre de la première révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, différentes conditions-cadres s'appliquant au domaine Spitex. Elle demande que soient fixés des critères de qualité et d'économicité des prestations ainsi que des critères pour la formation du personnel, qu'une planification cantonale soit aussi élaborée pour les organisations de soins à domicile et que le financement s'effectue selon le modèle des divisions communes des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. La solution proposée par l'auteur de la motion aurait entraîné une modification essentielle du système de financement que le Conseil fédéral ne voulait pas proposer peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi; dans sa prise de position du 2 septembre 1998, il a donc refusé de tenir compte de la motion dans le cadre de la première révision partielle. Le Conseil fédéral était néanmoins d'avis que la proposition pouvait être examinée dans le cadre du projet relatif au financement des hôpitaux; c'est pourquoi il a demandé que la motion soit transformée en postulat. La motion a été transmise sous forme de postulat par le Conseil national le 9 octobre 1998 (BO 1998 N p. 2174).

Motion Gysin Remo „Liste des hôpitaux au niveau de la Confédération“

La motion déposée le 3 octobre 1996 (96.3494) demande que soit établie une vue d'ensemble au plan suisse des planifications hospitalières cantonales et régionales et que soit élaborée une planification au niveau de la Confédération des grands centres hospitaliers et de la médecine de pointe.

Le Conseil fédéral estime que, dans le système de l'actuelle répartition des compétences et des tâches entre la Confédération et les cantons, ceux-ci disposent des instruments adéquats pour réaliser une planification. Aussi craint-il qu'une planification au niveau de la Confédération aille à l'encontre de la responsabilité effective et de la collaboration concrète entre les fournisseurs de prestations, les cantons et les

assureurs. C'est pourquoi, il a demandé la transformation de la motion en postulat. Etant donné qu'une évaluation des listes cantonales n'était pas possible en raison notamment des nombreux recours concernant les listes d'hôpitaux qui étaient pendants devant le Conseil fédéral à cette époque, l'auteur a maintenu la motion. Elle a été transmise au Conseil des Etats avec la décision du Conseil national du 8 octobre 1998 (BO 1988 N p. 2127). Après avoir entendu la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, dont l'audition révèle qu'aucune mesure supplémentaire émanant de la Confédération ne s'avère nécessaire en raison de l'importante pression financière visant à la réduction des surcapacités et la collaboration inter-cantonale, et se référant aux éléments de planification à l'échelle suisse dans le domaine de la médecine de pointe proposés dans le cadre de la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons (cf. ch. 6), la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats est arrivée à la conclusion, lors de sa séance du 30 mars 1999, qu'on œuvre à tous les niveaux dans le sens d'une collaboration régionale et cantonale. L'intervention a été transmise sous la forme d'un postulat le 17 juin 1999 (BO 1999 E p. 568).

Recommandation Plattner „LAMal. Planification hospitalière“

Le conseiller aux Etats Plattner a déposé, le 7 octobre 1999, une recommandation (99.3530) en relation avec différentes décisions du Conseil fédéral concernant des recours relatifs à la planification hospitalière des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Elle recommande au Conseil fédéral de revoir ses décisions concernant l'admission des offres hospitalières privées ou semi-privées dans les listes cantonales fixant les catégories d'hôpitaux, d'exposer aux cantons et au public la politique qu'il entend poursuivre et de statuer rapidement à l'avenir sur les recours contre les planifications cantonales. Dans sa prise de position par rapport à la recommandation, le Conseil fédéral a indiqué qu'il revoit en permanence sa pratique en matière de recours et qu'il l'adapte lorsque cela est nécessaire; il a souligné que les pratiques différentes existant d'un canton à l'autre en matière de planification pourraient éventuellement nécessiter à l'avenir d'autres directives fédérales. Se référant aux décisions déjà publiées ainsi qu'aux contraintes qui prolongent souvent la procédure, le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à accepter la recommandation le 23 février 2000; cette dernière a été transmise le 8 mars 2000 par le Conseil des Etats (BO 2000 E p. 48).

1.2.3 Première révision partielle de la LAMal

Le 21 septembre 1998, le Conseil fédéral a adopté son message relatif à la première révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie, dont les éléments essentiels sont la maîtrise des coûts et la solidarité. Le principe de solidarité devait être renforcé en facilitant le changement d'assureur pour les assurés. Selon la proposition du Conseil fédéral, la maîtrise des coûts devait être encouragée en élargissant les compétences des cantons pour l'établissement de budgets globaux. Les cantons pourraient désormais établir au besoin des budgets globaux pour toutes les catégories de fournisseurs de prestations tant dans le domaine hospitalier que pour les soins ambulatoires. Cet élargissement des compétences n'a pas été discuté de manière définitive au Parlement; ce point a été reporté et doit être traité dans cette révision partielle (cf. ch. 2.1.2).

Une proposition du Conseiller national Raggenbass visant à assurer une meilleure maîtrise des coûts et à limiter l'augmentation du volume des prestations a été acceptée. Le Conseil fédéral devra désormais fixer des critères de qualité et d'économicité des prestations auxquels devront répondre les fournisseurs de prestations pour pouvoir adhérer à une convention tarifaire. Lors de l'élimination des divergences, la demande transmise par le Conseil national a été rejetée. La demande d'une majorité de la Commission visant à habiliter le Conseil fédéral à subordonner l'admission d'un médecin à l'assurance-maladie sociale à la preuve du besoin pendant une période limitée a finalement été acceptée (art. 55a LAMal). Le Conseil fédéral peut limiter, pendant une période limitée à trois ans, l'admission de fournisseurs de prestations selon les art. 36 à 38 LAMal à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins; il fixe les critères y relatifs.

Les deux Chambres ont ensuite transmis une motion (00.3003) de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national dans laquelle elles prient le Conseil fédéral d'examiner la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine des soins ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers, et de présenter les modifications de la LAMal qui s'imposent dans le projet de financement des hôpitaux. La question de la suppression de l'obligation de contracter sera donc reprise dans le cadre de la présente révision partielle (cf. ch. 1.4 et 2.3).

1.2.4 Politique de la Suisse en matière de santé

Le 5 juillet 2000, le Conseil fédéral a pris acte de la note de discussion du Département fédéral de l'intérieur concernant la politique nationale en matière de santé. L'un des trois thèmes à traiter contenu dans cette note est l'élaboration de critères en vue d'une planification de l'offre, en relation avec la planification et la coordination de la médecine de pointe. Un autre thème porte sur l'„Empowerment“ de la population qui est d'une importance capitale en relation avec la suppression de l'obligation de contracter. Le troisième thème retenu a trait à la santé mentale au sens large. Bien que deux des trois thèmes traités dans le cadre de la politique nationale en matière de santé soient également en lien avec cette révision partielle, les résultats du projet concernant la politique nationale en matière de santé ne seront pas attendus explicitement pour l'adoption de ce message. Le Conseil fédéral se charge néanmoins de coordonner les travaux.

1.3 Procédure de consultation relative à la proposition du Conseil fédéral concernant une révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux

La proposition du Conseil fédéral concernant la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux a été mise en consultation au printemps 1999. La proposition prévoyait essentiellement les éléments suivants: contrairement à ce qui a cours dans le système actuel, il s'agit de rémunérer les prestations et non plus de couvrir les coûts. Dans un premier temps, ceci peut se faire, par exemple, par des forfaits par cas ou par division. Ces forfaits liés à la prestation sont pris en charge par les assureurs-maladie et les cantons selon un mode de partage des „coûts“ préalablement défini. Cette manière de faire vise à ce que les partenaires tarifaires ne

cherchent pas à déplacer des parts de financement mais plutôt à réduire les coûts globaux. Ce type de rémunération doit être indépendant de la classe dans laquelle le patient est hospitalisé et de la catégorie d'assurance dont il dispose, dans la mesure où le traitement hospitalier est dispensé sur indication médicale dans un hôpital figurant sur la liste et correspondant à la planification. Cette rémunération doit couvrir également les coûts d'investissement. Les prestations semi-hospitalières, c'est-à-dire les traitements durant généralement moins de 24 heures et nécessitant une infrastructure hospitalière, doivent être assimilées à des prestations hospitalières. Comme le domaine hospitalier, celui des soins semi-hospitaliers doit être soumis à une planification établie par un ou plusieurs cantons.

Les prises de position qui ressortent de la procédure de consultation sont divergentes et fonction des différents intérêts financiers en jeu. Les cantons, en particulier, veulent éviter une charge financière plus lourde induite par la nouvelle réglementation du financement des hôpitaux. Divers cantons ont proposé que le financement des hôpitaux soit de nouveau élaboré sur le modèle de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents. Les hôpitaux pourraient ainsi continuer à réaliser des recettes supplémentaires par le biais des assurances complémentaires. Ils désirent néanmoins conserver le système de planification des hôpitaux, qui leur confère la possibilité de gérer l'admission des hôpitaux à pratiquer à la charge de l'assurance des soins obligatoires et de la limiter. L'extension de l'obligation de planifier au domaine semi-hospitalier des hôpitaux a, dans l'ensemble, plutôt été rejetée, et des réserves ont été émises concernant la suppression de la notion de division commune. Les modifications proposées pour la comptabilité analytique et les statistiques n'ont pas non plus reçu un accueil très positif.

Le changement de système proposé, soit le passage à un financement des prestations pour remplacer la couverture des coûts en vigueur actuellement, a rencontré le plus d'assentiment. Ce passage d'un financement des établissements au financement des prestations a toutefois été rejeté par quelques participants à la consultation. Certaines organisations ont par ailleurs demandé un changement fondamental du système et exigé que les hôpitaux ne soient à l'avenir plus cofinancés par les cantons et les assureurs-maladie, mais que tous les moyens financiers ne passent plus que des assureurs-maladie aux fournisseurs de prestations (système moniste), le cas échéant par le biais d'un pool.

1.4 Suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire

La motion mentionnée plus haut sous ch. 123 demande au Conseil fédéral d'examiner l'abandon de l'obligation de contracter dans les domaines ambulatoire, semi-hospitalier et hospitalier, et de présenter les modifications de la LAMal qui s'imposent dans la présente révision.

Eu égard à la réglementation en vigueur, qui fait qu'ils sont de fait obligés de conclure une convention tarifaire avec tous les fournisseurs de prestations admis au sens de la loi, les assureurs-maladie n'ont en principe aucun moyen d'arrêter l'augmentation du volume des prestations liée à la progression constante du nombre de fournisseurs de prestations admis. Le 14 juin 2000, le Conseil fédéral a mis en consultation une proposition visant à supprimer l'obligation de contracter. Cette proposition prévoyait un modèle tendant à limiter la suppression de cette obligation au secteur

ambulatoire, car dans le domaine hospitalier, on dispose de divers instruments (compétence cantonale d'introduire un budget global, planification en matière d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux) pour réguler les quantités et pour maîtriser les coûts. Par contre, le domaine ambulatoire des hôpitaux devait être soumis aux dispositions concernant la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire. Il s'agissait en effet d'éviter que la distinction opérée entre domaine hospitalier et domaine ambulatoire ne désavantage les fournisseurs de prestations indépendants par rapport aux hôpitaux.

Selon ce modèle, les assurés ne pouvaient plus choisir, dans le secteur ambulatoire, que parmi les fournisseurs de prestations avec qui leur assureur avait conclu une convention tarifaire et qui, par conséquent, étaient habilités à pratiquer pour ce dernier. Une obligation d'informer les assurés était imposée aux assureurs et aux fournisseurs de prestations chacun dans son domaine. Les assureurs et les fournisseurs de prestations bénéficiaient d'une liberté contractuelle étendue et pouvaient choisir librement leurs partenaires contractuels dans le double respect de la garantie de l'approvisionnement en soins et des critères – à définir par le Conseil fédéral – concernant le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations. Les cantons devaient avoir une marge de manœuvre suffisante leur permettant, en cas de pénurie dans l'approvisionnement en soins, de prendre les mesures qui s'imposent pour assurer ce dernier.

Les résultats de la procédure de consultation ont mis en évidence qu'un grand nombre de participants sont en principe favorables à un renforcement de la notion de concurrence dans la LAMal et donc aussi à l'idée de supprimer l'obligation de conclure une convention tarifaire. Mais ils font part de leur scepticisme quant au modèle proposé ou même le jugent inadapté et impossible à mettre en pratique. Parmi les critiques émises, relevons le fait qu'un trop grand transfert de pouvoir vers les assureurs se dessinait et que les critères de sélection pour le choix des fournisseurs de prestations étaient trop imprécis. Les cantons se sont opposés avec véhémence à ce que la Confédération définisse la garantie de l'approvisionnement en soins. On a par ailleurs redouté un alourdissement de la charge administrative dû à l'information des assurés et une avalanche de recours découlant de la possibilité de présenter au gouvernement cantonal une demande d'adhésion à une convention tarifaire. Quelques-uns des participants favorables à l'introduction d'un modèle de contrat ouvert à la concurrence voulaient l'étendre également au domaine hospitalier et semi-hospitalier. Ces dernières raisons ont amené notamment les fournisseurs de prestations et quelques organisations d'assurés et de consommateurs à rejeter le modèle. Leur critique a surtout porté sur la suppression du libre choix du médecin et sur le manque de transparence concernant le choix de fournisseurs de prestations. Quelques participants ont en outre exigé une uniformisation et un contrôle des normes au niveau fédéral. En résumé, on peut dire que, pour autant que l'idée et le modèle aient rencontré quelque acceptation, aucun des points proposés, à l'exception de l'obligation des assureurs d'informer les assurés, n'a recueilli une approbation sans restriction. Au contraire, un grand nombre de réserves ont été émises quant à la mise en pratique du modèle et à son efficacité du point de vue des coûts.

1.5

Autres points révisés

Le Conseil fédéral saisit cette occasion pour introduire, dans le cadre du présent projet, certains points, dont la réglementation s'impose. Certains concernent des problèmes d'application ou des imprécisions qui sont apparus après l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie et qui doivent être résolus rapidement. D'autres sont liés à un jugement de l'instance judiciaire suprême qui a mis en évidence l'absence de bases légales pour une disposition d'ordonnance, rendant nécessaire la création de celles-ci.

Lors de la procédure de consultation mentionnée au ch. 1.4, le Conseil fédéral a également soumis à la discussion deux de ces points, à savoir les obligations financières des assurés et le droit de recours des cantons de résidence contre les tiers responsables. Une majorité de participants à la procédure se sont déclarés en principe favorables à ces propositions. En ce qui concerne le droit de recours des cantons de résidence, les assureurs privés ont été les seuls à se montrer critiques, en faisant remarquer qu'un droit de recours n'était pas licite lorsqu'il s'agissait de subventions; c'est pourquoi ils ont rejeté la disposition. Quelques cantons ont fait remarquer que cette mesure ne devait pas faire du canton un coassureur. Comme nous l'expliquerons encore ci-dessous, on ne parlera plus à l'avenir de subventions allouées à l'objet „hôpital“, mais le canton sera considéré comme un agent payeur au même titre que l'assureur (cf. ch. 3). Pour ce qui est des obligations financières des assurés, tout le monde a reconnu l'existence du problème. Plusieurs cantons et organisations, la jugeant contre-productive, se sont toutefois prononcés contre la suspension des prestations en cas de non-paiement des primes. Par ailleurs la procédure d'annonce aux autorités d'aide sociale a aussi fait l'objet de critiques.

1.6

Propositions de réformes par des experts

En relation avec sa décision de rejeter l'„initiative santé“ du PSS (cf. plus haut ch. 1.2.1), le Conseil fédéral a mandaté, le 17 novembre 1999, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) afin qu'il examine des modèles susceptibles d'améliorer le système de financement de l'assurance obligatoire des soins, avec comme condition que le principe du système actuel de primes par tête et de réduction de primes soit conservé. Deux experts (lic. rer. pol. S. Spycher, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Berne; Prof. R. E. Leu, Institut d'économie politique de l'Université de Berne) ont reçu mandat d'établir, en collaboration, un rapport succinct présentant des alternatives pour le financement de l'assurance obligatoire des soins et pour le financement des hôpitaux, qui conservent le principe du système actuel des primes par tête et de la réduction des primes tout en permettant de mieux réaliser les objectifs de la LAMal (solidarité, maîtrise des coûts, qualité élevée). Le Conseil fédéral s'est fondé sur ce rapport d'experts pour décider des lignes directrices concernant le financement.

En résumé et compte tenu des conditions formulées dans le mandat, les experts proposent une réforme par étapes touchant les domaines suivants:

„Renforcement de la solidarité entre riches et pauvres“

Si la solidarité entre les riches et les pauvres doit être renforcée, la solution la plus aisée est, selon les experts, d'améliorer le système de réduction de primes existant et éventuellement de l'étendre. La Confédération pourrait, par exemple, prescrire de

manière obligatoire que la charge découlant des primes ne doit pas dépasser 8 % du revenu imposable. Cette valeur limite pourrait ensuite être abaissée les années suivantes éventuellement par étapes. Des lacunes (au niveau de l'application) pourraient en outre être comblées.

Si l'on cherche à renforcer de manière plus importante la solidarité entre riches et pauvres, il faudrait adopter un système de financement moniste. Un fonds qui serait alimenté par les subventions que les cantons versaient jusqu'ici pour les séjours hospitaliers jouerait ici un rôle capital. Des recettes fiscales supplémentaires pourraient également être injectées dans ce fonds afin d'augmenter la part des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins financée par les impôts. Les versements du fonds aux assureurs-maladie devraient se faire de manière prospective et neutre du point de vue de la concurrence.

On pourrait également imaginer la création d'un pool pour les hauts risques financé par les impôts. Seraient pris dans ce pool des assurés dont le traitement engendre des frais particulièrement élevés.

„Renforcement de la solidarité entre bien-portants et malades“

Se basant sur la politique de concurrence, les experts estiment qu'une réforme de la compensation des risques – qui ne fonctionne pas de manière satisfaisante selon eux – s'impose. Une telle réforme mettrait tous les assurés sur pied d'égalité et augmenterait la concurrence, ce qui aurait pour effet de réduire les coûts. La solidarité entre les bien-portants et les malades serait également renforcée, car une meilleure compensation des risques fait que les assureurs ayant un nombre d'assurés „chers“ au-dessus de la moyenne reçoivent des sommes plus importantes. De plus, ces „mauvais risques“ changeant plus rarement d'assureur, ils bénéficieraient aussi indirectement d'une meilleure compensation.

„Renforcement de la maîtrise des coûts, de la concurrence et augmentation de l'efficience“

Outre l'amélioration de la compensation des risques, les experts voient dans un changement du financement des hôpitaux, la réforme cruciale nécessaire pour augmenter le degré d'efficacité économique du financement de l'assurance obligatoire des soins. Le fil conducteur de la réforme doit être le désir (a) d'une égalité de traitement entre les prestations hospitalières et semi-hospitalières et les prestations ambulatoires, et (b) d'éliminer les distorsions de concurrence entre les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux privés.

Parallèlement au changement des règles de financement, d'autres réformes à court et moyen terme ont paru importantes aux experts afin d'augmenter l'impact économique des objectifs de la LAMal, et notamment la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire.

Réforme en deux phases

Les étapes de la réforme proposée par les experts exigent un large consensus entre les divers acteurs de la politique de la santé. Estimant qu'un tel consensus n'existe pas à l'heure actuelle, ils ont divisé la réforme en deux phases: d'une part des mesures qui peuvent être mises en œuvre à court ou moyen terme et, d'autre part, des mesures qui pourraient être discutées à plus longue échéance.

Parmi les premières mesures susceptibles d'être mises en œuvre figurent:

- La fixation d'une valeur limite obligatoire pour la réduction de primes s'inscrivant dans le cadre de la politique sociale.
- La fixation d'un calendrier pour l'abaissement éventuel de cette valeur limite.
- La modification de la compensation des risques.
- La modification du financement des hôpitaux selon la proposition mise en consultation par le Conseil fédéral au printemps 1999.
- La suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire.

Les experts pensent que les mesures suivantes pourraient être réalisées dans une perspective à plus long terme:

- La création d'un système de financement moniste avec la mise en place d'un fonds.
- Le transfert dans ce fonds des subventions cantonales pour les séjours hospitaliers et semi-hospitaliers.
- Un éventuel financement du fonds par les impôts.
- La création d'un pool pour les hauts risques.

Le Conseil fédéral a pris connaissance des propositions des experts lors de sa séance du 6 mars 2000.

2 Grandes lignes du projet

2.1 Lignes directrices

Principes de base

Les principes de base et les motifs plaidant en faveur d'une révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie sont énoncés dans le message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998 (FF 1999 727), qui fixe les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et propose une révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie.

Il faut néanmoins souligner une fois encore le but de la révision partielle proposée dans le domaine du financement des hôpitaux: il ne s'agit pas d'un changement fondamental des mécanismes de la loi au sens d'une modification de système. Il est trop tôt pour envisager une telle modification, les nouveaux mécanismes n'ayant pas encore pu pleinement développer leurs effets étant donné le trop court laps de temps écoulé depuis leur entrée en vigueur et en particulier en raison de la période transitoire accordée pour la planification hospitalière. En ce sens, cette révision partielle a également pour objet d'autres modifications qui visent à faire en sorte que les divers éléments du système fonctionnent sans difficulté majeure. Outre l'élimination des imprécisions contenues dans la loi, il s'agit plus particulièrement d'orienter les incitations de manière plus cohérente vers l'objectif visé qui est la maîtrise des coûts. Ceci implique l'abandon du principe de couverture de coûts implicitement contenu dans la loi; il devra être remplacé par le financement des prestations. Le financement des hôpitaux et la maîtrise des coûts ont d'ailleurs fait l'objet de plusieurs interventions parlementaires. Dans ses réponses, le Conseil fédéral a toujours soutenu qu'avant de prendre en considération une modification fondamentale du

système – telle que la suppression complète des subventions accordées aux hôpitaux – il faut attendre que le système de la LAMal ait déployé ses effets.

Elimination durable des imprécisions

L'objectif prioritaire de la présente révision partielle est de lever de manière durable les ambiguïtés mentionnées plus haut sous ch. 1.1.3 qui sont apparues après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie. En tant qu'alternative à un règlement ponctuel allant dans le sens de la poursuite des accords existant entre les cantons et les assureurs avec un délai plus long que celui convenu actuellement, la présente révision partielle propose un règlement définitif, qui inclut également les questions en suspens portant sur la contribution au traitement hospitalier dans le canton pour les assurés bénéficiant d'une couverture en demi-privé ou privé.

Maintien du système de financement dual des hôpitaux

Cette révision doit permettre d'appliquer strictement les principes inscrits dans la loi; toutefois, il ne s'agit en aucun cas de remettre en cause le système. C'est la raison pour laquelle certaines variantes n'ont pas été prises en considération, telles que la transformation des hôpitaux publics en entreprises indépendantes ou même leur privatisation. De plus, ceci représente en premier lieu une question liée à la forme d'organisation prévue au niveau cantonal et communal. Il n'est pas non plus question de proposer ici un système de financement moniste – en d'autres termes un système dans lequel tous les moyens passent des assureurs aux fournisseurs de prestations, le cas échéant par le biais d'un fonds. Les conditions-cadres ainsi que le consensus nécessaires pour passer à un système moniste ne pouvant être réalisés à court ou moyen terme, le Conseil fédéral estime, tout comme les experts, qu'un système de rémunération à partir d'une source unique ne pourra éventuellement se concrétiser qu'à long terme. Les mesures prévues dans la présente révision partielle contribuent néanmoins à ce que l'introduction d'un système moniste puisse être envisagée un jour.

Pas de retour à la loi sur l'assurance-maladie et accidents de 1911

La procédure de consultation concernant la proposition du Conseil fédéral relative à la révision partielle de l'assurance-maladie dans le domaine du financement des hôpitaux effectuée au printemps 1999 a mis en évidence que divers cantons veulent éviter en premier lieu les charges financières supplémentaires induites par ce nouveau règlement du financement des hôpitaux. Les cercles des cantons proposent d'élaborer le financement des hôpitaux en se référant à celui de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents. Ainsi les hôpitaux continueraient à réaliser des recettes supplémentaires par le biais des assurances complémentaires, ce qui profiterait de nouveau aux cantons sous l'angle de la couverture du déficit. Ils voudraient néanmoins maintenir la planification des hôpitaux, élément introduit avec la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, qui leur permettrait de gérer et de limiter l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Toutefois, dans un tel système, les assurances complémentaires prendraient une importance encore plus grande que ce n'est le cas aujourd'hui. Le Conseil fédéral estime que ce modèle pose problème car il maintiendrait les ambiguïtés existantes en ce qui concerne le financement des prestations. Il augmenterait (encore) le manque de transparence. Tout retour, même partiel, du système actuel vers les mécanismes de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents est diamétralement opposé aux objectifs pre-

miers d'une assurance-maladie sociale énoncés sous le ch. 1.1.3. Les idées partant de réflexions purement financières et visant à créer, dans l'assurance obligatoire des soins également, deux ou plusieurs catégories d'assurés conduisent inévitablement à une rupture du système de solidarité sur lequel se fonde l'assurance-maladie et à des augmentations de coûts impossibles à contrôler car n'obéissant pas aux lois du marché.

Fixation d'une part de financement fixe des cantons et des assureurs dans le domaine hospitalier

Avec l'obligation de s'assurer (art. 3 LAMal) et le catalogue correspondant des prestations obligatoires (art. 24 LAMal), la loi sur l'assurance-maladie garantit à toutes les personnes domiciliées en Suisse l'accès à une large gamme de prestations médicales. De plus, en cas de traitement hospitalier, les prestations ne sont plus limitées dans le temps. Ces mesures garantissent à toutes les personnes assurées – sans réserve – un accès identique aux mêmes prestations. Les prestations supplémentaires doivent être assurées en plus, de manière facultative, et avec des primes en conséquence, selon les règles du droit des assurances privées. Ce principe s'applique aussi bien aux traitements médicaux ambulatoires ou semi-hospitaliers qu'aux traitements hospitaliers.

Ces nouvelles dispositions ont également des effets sur le financement du secteur hospitalier. En 1998, l'indemnisation des prestations de soins des hôpitaux dispensés dans un cadre hospitalier par l'assurance obligatoire des soins s'est montée à 3,6 milliards de francs, ce qui correspond à 25,5 % des dépenses de l'assurance obligatoire des soins pour des prestations prévues par la loi (Office fédéral des assurances sociales: Statistique de l'assurance-maladie 1998, Berne 1999, p. 47). Du montant d'environ 10,8 milliards de francs affecté au secteur hospitalier, quelque 2,8 milliards sont à la charge des assurances complémentaires et 4,3 milliards (y compris les coûts d'investissement) à la charge des pouvoirs publics. Le tableau 1 en annexe révèle un recul de la part des pouvoirs publics au financement des hôpitaux depuis le début des années 90, cette part (coûts d'investissement inclus) passant de 35,5 % en 1991 à 29,7 % en 1998 (N. Siffert, R. Rossel et al.: Analyse des effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, Berne 2000, tableau 5.4.1; les différences minimales par rapport à la première statistique citée proviennent du fait que les valeurs de départ prises pour ces données reposent sur des estimations). Si, en 1998, les collectivités publiques avaient contribué au financement des hôpitaux dans les mêmes proportions qu'en 1991, les dépenses supplémentaires auxquelles elles auraient dû faire face se monteraient à environ 1,4 milliard de francs. La présente révision partielle vise à mettre fin à ce recul insidieux de la participation des pouvoirs publics au financement des hôpitaux afin d'éviter que le déplacement continu de la charge financière vers l'assurance-maladie, et le transfert sur les primes par tête qui l'accompagne, puisse progressivement induire des effets de redistribution lourds de conséquence. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral propose le passage à un système de financement à parts égales, qui repose non pas sur le transfert des coûts à l'autre partie concernée mais sur une réduction des coûts globaux. Un règlement de ce type atténue en outre le conflit d'intérêts au niveau des cantons qui résulte de leur double fonction d'exploitants d'hôpitaux et d'autorité devant approuver les tarifs. Le niveau de couverture des coûts n'étant plus un facteur pour la détermination des tarifs, l'évaluation des conventions tarifaires par l'autorité d'approbation sera réduite au contrôle du respect du principe d'équité et à la question de savoir si les

tarifs sont supportables du point de vue économique. De plus, l'approbation des tarifs ne sera plus empreinte de motivations politiques.

2.1.1 Thèmes non inclus dans la révision

Budgets globaux dans le secteur ambulatoire

Dans son message du 21 septembre 1998 relatif à la révision partielle de l'assurance-maladie (FF 1999 727), le Conseil fédéral a proposé d'introduire l'établissement de budgets globaux dans le secteur ambulatoire en tant que mesure ordinaire (par les cantons) ainsi qu'en tant que mesure extraordinaire (sur demande des assureurs) afin de maîtriser les coûts. Lors des débats parlementaires, le Conseil des Etats tout comme le Conseil national se sont accordés pour dire que la possibilité d'établir des budgets globaux au niveau cantonal dans le secteur ambulatoire ou semi-hospitalier n'était pas encore au point, notamment en raison du mode de fonctionnement encore trop imprécis et du manque de bases statistiques. C'est pourquoi cette mesure extraordinaire sera examinée de manière plus approfondie lors d'une prochaine révision.

Le Parlement et le Conseil fédéral s'accordent cependant sur le fait qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts dans le domaine de la maîtrise des coûts et qu'il faut pour cela élaborer de nouvelles mesures et développer de nouveaux instruments. Dans le cadre des consultations concernant la première révision partielle, le Parlement s'est opposé à l'introduction du budget global dans le domaine ambulatoire et a décidé, en revanche, d'ouvrir le débat sur la suppression de l'obligation de contracter dans le cadre de la présente révision. Le Conseil fédéral a pris acte de cette décision, tout comme de la remarque concernant le manque de bases statistiques. C'est pourquoi, conformément au mandat que lui a confié le Parlement, il présente, dans cette révision partielle, un projet de suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire; comme il l'a fait jusqu'à présent, il œuvrera, dans la mesure de ses possibilités, pour favoriser le développement des statistiques nécessaires, en particulier dans le domaine ambulatoire, afin que l'on dispose de chiffres probants pouvant servir par la suite de base pour l'introduction de budgets globaux dans les secteurs ambulatoire ou semi-hospitalier.

Compensation des risques

Sous l'ancienne loi fédérale du 13 juin 1911 (RS 8 281) sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA), on avait pu observer une désolidarisation croissante dans l'assurance-maladie sociale du fait que des assurés jeunes changeaient de caisse-maladie pour passer dans une caisse plus avantageuse, ce qui a eu pour effet de diviser les collectifs de risque des caisses-maladie en assurés jeunes et assurés âgés. C'est la raison pour laquelle une compensation des risques entre les caisses-maladie a été introduite le 1^{er} janvier 1993 avec les mesures urgentes contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie (AF du 31 décembre 1991). Dans son message du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 77) relatif à la révision de l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a également proposé pour la nouvelle loi sur l'assurance-maladie une compensation des risques limitée à une durée de dix ans, qui devait permettre d'améliorer la solidarité entre les assurés et de lutter contre la sélection des risques. La base légale pour la compensation des risques a été créée sous la forme de l'art. 105 LAMal.

La compensation des risques dans l'assurance des soins obligatoire est destinée à compenser les différences de coût des assurés en fonction de leur sexe et de leur âge. Les assureurs ayant des effectifs de jeunes et d'hommes supérieurs à la moyenne (c'est-à-dire „de bons risques“) doivent soutenir ceux ayant plutôt des effectifs de femmes et de personnes âgées (c'est-à-dire „de mauvais risques“), ce qui permet d'équilibrer la structure de risques et de contrer une sélection ciblée des risques.

Le Conseil fédéral a proposé, dans son message du 21 septembre 1998 relatif à la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (FF 1999 727), des modifications visant à accroître la transparence de la LAMal et à introduire des éléments d'incitation qui améliorent son fonctionnement. C'est dans cet esprit que le Conseil fédéral a proposé, dans le cadre de la compensation des risques, les bases légales introduisant une obligation de verser un intérêt moratoire et un délai de péremption lié au nouveau calcul de la compensation des risques en raison de l'annonce tardive de la remise de données incorrectes.

Les améliorations de la compensation des risques portant sur la procédure mentionnées plus haut n'ont pas été contestées au cours des débats parlementaires. Le Conseil national a toutefois demandé que l'on ajoute de nouveaux critères (p. ex. le risque d'hospitalisation) pour le calcul de la compensation des risques, afin d'éviter une extension de la désolidarisation dans l'assurance-maladie sociale. Cependant, lors de l'élimination des divergences, l'opinion qu'il était prématuré de modifier ou de compléter la compensation des risques sans connaître suffisamment les effets que de telles modifications pourraient induire a prévalu.

Il ressort de la première analyse des effets de la compensation des risques (cf. ch. 1.1.4) que celle-ci a déjà donné de bons résultats, notamment parce que son application est relativement simple. Le rapport recommande toutefois d'inscrire la compensation des risques dans la loi avec une durée illimitée et d'examiner une adaptation de la formule de compensation. L'OFAS a suivi cette recommandation et a donné un mandat pour une seconde étude sur les effets de la compensation des risques visant à clarifier si et, le cas échéant, de quelle manière ces effets pouvaient encore être améliorés.

La deuxième analyse des effets de la compensation des risques (cf. ch. 1.1.4) a montré qu'il existe plusieurs possibilités d'améliorer éventuellement la compensation des risques entre les assureurs-maladie. Ont été proposés, par exemple, un développement prospectif ou l'ajout de critères de calcul supplémentaires, mais aussi la création d'un pool pour les hauts risques.

Pour l'instant le Conseil fédéral considère que la compensation des risques fonctionne bien dans sa forme actuelle, avec les améliorations concernant les procédures apportées lors de la première révision partielle de la LAMal. Il est également d'avis qu'une éventuelle amélioration de la compensation des risques ne doit pas se faire de manière précipitée. Le Conseil fédéral renonce donc pour l'instant à proposer un complément à la compensation des risques, dans le sens d'un ajout de nouveaux critères. En revanche, il propose de supprimer la limitation de la durée de la compensation des risques (détails sous ch. 3).

Financement des prestations dans le domaine des soins

Le conseiller national Rychen a déposé le 6 mars 1997 une initiative parlementaire (97.402) demandant des mesures temporaires contre l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Aux termes de cette initiative, un arrêté fédéral

urgent doit prévoir des restrictions des prestations de l'assurance obligatoire des soins prévues dans la loi sur l'assurance-maladie pour les soins dispensés à domicile et dans des établissements médico-sociaux ainsi qu'un moratoire pour l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations. Le Conseil national a décidé, le 20 juin 1997, de donner suite à l'initiative (BO 1997 N p. 1441). La proposition de restreindre la prise en charge des frais de soins à domicile a été retirée par l'auteur de l'initiative en février 1999, celui-ci estimant que cet objectif était atteint depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1998, de l'adaptation de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31). S'agissant des soins prodigués dans un établissement médico-social, l'auteur de l'initiative a cependant maintenu sa demande de suppression de la prise en charge des coûts par l'assurance-maladie: selon la demande modifiée de l'initiant, du 4/5 février 1999, l'assurance obligatoire des soins ne doit prendre en charge que le coût des soins à hauteur de la moitié des coûts fixés par convention tarifaire.

La proposition de financer la moitié des coûts des soins dispensés dans un établissement médico-social fixés contractuellement n'est pas comparable à la solution proposée par le Conseil fédéral dans le cadre de la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie mise en consultation au printemps 1999. Certes, cette dernière prévoit, un mode fixe de partage des coûts, en règle générale en deux, pour le financement des forfaits liés aux prestations lors de séjours hospitaliers. Toutefois, les soins prodigués dans des établissements médico-sociaux n'étant pas placés dans le même contexte que ceux dispensés dans des hôpitaux, dans la mesure où leurs objectifs sont différents et que, de ce fait, les institutions ne sont pas financées de la même manière, le Conseil fédéral estime que le versement d'une contribution couvrant la moitié des coûts fixés par convention tarifaire pour les établissements médico-sociaux doit être rejeté. Il est d'avis qu'un règlement analogue pour le financement des prestations des hôpitaux et des établissements médico-sociaux n'est pas opportun dans le contexte actuel. L'initiative parlementaire a été classée sur demande de la Commission du Conseil national en date du 24 mars 2000 (BO 2000 N p. 439), mais il est demandé au Conseil fédéral d'élaborer, dans un délai d'une année, un concept pour le financement du domaine des soins. Ce concept doit partir du principe que les tâches de l'assurance-maladie, des cantons et des communes doivent être délimitées; la question du financement sera ensuite examinée sur cette base. Dans cette optique le Conseil fédéral estime qu'il est également indiqué d'inclure dans les éléments pris en considération les prestations complémentaires de l'AVS/AI et la prestation d'assistance prévue dans le cadre de la 4^e révision de l'AI. La même chose s'applique au financement des soins extra-hospitaliers repris dans la motion Vermot (98.3344). Un concept de soins devrait comprendre à la fois les soins dispensés dans un établissement médico-social et les soins prodigués à domicile.

2.2 Rectification des éléments qui vont à l'encontre de la maîtrise des coûts

Les coûts ont continué d'augmenter après l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie obligatoire. Après l'année de transition 1996, durant laquelle les changements du système ont été effectués, en particulier au niveau du catalogue des prestations dont

les lacunes ont été comblées, on a pu toutefois constater un ralentissement qui devrait persister selon les assureurs:

Année	Evolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (valeurs brutes)
1995	+ 4,6 %
1996	+ 10,2 %
1997	+ 5,5 %
1998	+ 6,7 %
1999	+ 4,1 %
2000	+ 3,1 %

Source:

1996–1999: Office fédéral des assurances sociales, Statistique de l'assurance-maladie, p. 47;
2000: selon les prévisions moyennes des assureurs-maladie pour le calcul des primes 2000.

L'augmentation des coûts dans le domaine des prestations liées à des traitements hospitaliers est beaucoup plus faible que celle, rapportée aux coûts globaux de l'assurance obligatoire des soins, indiquée ci-dessus dans le tableau. Dans le secteur hospitalier des hôpitaux, les coûts ont progressé de 1,2 % entre 1997 et 1998 (Office fédéral des assurances sociales: Statistique de l'assurance-maladie, 1998, Berne 1999, p. 48); sur la base des données fournies par les assureurs, on peut même admettre, pour la période précédente, un léger recul des dépenses liées aux traitements hospitaliers. Toutefois les dépenses qui n'apparaissent plus sous la rubrique „coûts hospitaliers“ n'ont été toutes économisées. Elles ont été en partie transférées au domaine ambulatoire et aux soins ambulatoires dispensés en milieu hospitalier ainsi qu'au secteur des soins en établissements médico-sociaux. Ces derniers domaines engendrant des coûts inférieurs à ceux du secteur hospitalier, l'évolution a eu un effet positif sur les coûts globaux de la santé mais pas sur les dépenses de l'assurance-maladie du fait du subventionnement des prestations hospitalières par les cantons.

De par le développement de méthodes moins invasives, la médecine tend de plus en plus à abandonner les traitements hospitaliers au profit de traitements ambulatoires; aussi, le nombre de lits superflus a augmenté progressivement. De plus, selon la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, les cantons avaient jusqu'au 1^{er} janvier 1998 pour élaborer une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, ainsi que les listes des établissements en résultant; la planification hospitalière comprend aussi la suppression des surcapacités. Ce sont notamment ces deux facteurs qui ont contribué à l'évolution des coûts dans le domaine hospitalier (voir plus haut). Les planifications hospitalières portant, selon les cantons, sur un horizon différent – jusqu'en 2000, 2005 ou 2010 – les mesures destinées à supprimer les surcapacités, introduites avec la planification, n'ont pas encore pu pleinement développer leurs effets.

La présente révision partielle vise entre autres – tout en conservant l'élément étatique de la planification hospitalière – à accorder plus de poids aux incitations basées sur l'économie d'entreprise qui tendent à la maîtrise des coûts. Ceci implique, d'une part, que la compétence en matière de décision et la charge financière soient assurées, respectivement supportées par le même organisme et que,

d'autre part, les critères de l'économie d'entreprise soient mieux appliqués dans le domaine hospitalier. Ceci confère aux décideurs plus de responsabilité mais signifie également un risque accru. Cet objectif est en contradiction avec le financement différencié tel qu'il est pratiqué actuellement – financement des investissements principalement par les cantons et financement dual des coûts d'exploitation – et n'est pas défendable du point de vue de l'économie d'entreprise. En effet, les investissements sont toujours liés à l'exploitation: ils ont une incidence sur les frais d'exploitation (offre de prestations, amortissements). De plus, avec l'apparition de nouvelles formes de financement, notamment le leasing, la frontière entre les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation est devenue floue. Une optique globale se justifie donc: les règles de financement doivent être les mêmes pour les coûts d'investissement et les coûts d'exploitation. Par ailleurs, pour pouvoir appliquer les critères de l'économie d'entreprise à la gestion des hôpitaux, il y a lieu d'exiger des instruments de gestion adéquats, et notamment une comptabilité analytique étendue.

Le principe de la couverture générale des coûts d'exploitation imputables repris implicitement de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents est en contradiction avec un système fondé sur la maîtrise de coûts: la plupart du temps, l'ensemble des pertes d'exploitation des hôpitaux publics sont supportées par les pouvoirs publics. De telles conditions-cadres incitent peu à penser selon des critères de l'économie d'entreprise. La présente révision partielle vise à renoncer complètement au système de couverture des coûts pour passer à un système de financement des prestations. Le principe de ce passage du financement des établissements au financement des prestations est déjà contenu dans les dispositions de nouvelle LAMal. Toutefois la tarification et la manière de facturer des hôpitaux et des assureurs-maladie devront désormais être strictement basées sur le financement des prestations.

2.3 Suppression de l'obligation de contracter dans le secteur ambulatoire

Conformément au mandat du Parlement, le Conseil fédéral a examiné la question de la suppression de l'obligation de contracter et a mis en consultation, comme exposé au ch. 1.2, un projet de loi portant sur le modèle de convention ouvert à la concurrence. Le scepticisme du Conseil fédéral quant à la possibilité d'application et à l'adéquation des mesures proposées a été confirmé par les résultats de la procédure de consultation. Durant la procédure de consultation, le Conseil fédéral a fait examiner la possibilité d'appliquer pratiquement le modèle proposé et a demandé que soit clarifiée la question de savoir si des critères fiables et acceptés pour le choix des fournisseurs de prestations existent. L'exemple d'autres pays, tel que décrit ci-dessous, a également été pris en considération.

Excursus: Admission et rémunération des médecins dans les systèmes d'assurance-maladie français et allemand

Pratiquement tous les pays d'Europe de l'Ouest connaissent à quelques détails près la même situation en ce qui concerne l'augmentation du nombre de médecins. La partie qui suit décrit brièvement les modalités d'admission dans deux pays qui n'ont pas de système de santé étatique mais qui connaissent un système d'assurance.

L'accès des médecins au système français de sécurité sociale est aménagé de façon libérale. Le médecin doit en premier lieu s'annoncer auprès de l'ordre des médecins qui lui octroie l'autorisation de pratiquer après avoir examiné ses qualifications professionnelles. Puis le médecin doit s'annoncer auprès de la „Sécurité Sociale“ afin que ses prestations soient prises en charge par l'assurance. Aucune condition supplémentaire n'est exigée. Un médecin ne peut pas être refusé par la „Sécurité Sociale“. Cependant, le praticien doit bien sûr se conformer à certaines règles concernant la facturation et la remise de renseignements. La rémunération des prestations par la „Sécurité Sociale“ se conforme au tarif conventionnel national. Il est permis de facturer un tarif plus élevé à la charge de l'assurance complémentaire des patients. Presque tous les praticiens français fonctionnent comme médecins conventionnés de la „Sécurité Sociale“.

Le système de rémunération des médecins de caisses en Allemagne a été réformé en plusieurs étapes. Le principe consiste comme avant en une rémunération à la prestation; les relations des prestations entre elles sont établies sur la base d'un „einheitlichen Bewertungsmaßstab“, la structure tarifaire. Les honoraires des médecins de caisses sont calculés dans le cadre d'une procédure en deux étapes. Dans un premier stade, les associations faîtières des assureurs-maladie et des médecins de caisse conviennent chaque année du montant de la rémunération globale. La répartition est de la compétence de l'association des médecins de caisses. Celle-ci répartit dans un deuxième stade la somme globale entre chaque médecin de caisses. La loi contient des dispositions relatives à la répartition entre les médecins des caisses. Les volumes de chacun dépendent du groupe de spécialistes auquel le médecin appartient et des qualifications supplémentaires qu'il possède. Le plafonnement du budget fixe les coûts de l'approvisionnement médical en milieu ambulatoire; une adaptation ultérieure n'est pas prévue. Avec l'introduction de la „loi de structure de santé 1993“, les tentatives pour maîtriser les coûts ont été renforcées. La rémunération globale par les caisses dans le domaine ambulatoire médical ne peut augmenter que proportionnellement à la somme globale des salaires. Les limitations à l'admission existant jusque-là ont été renforcées et la planification des besoins a été prise en compte de manière plus serrée de telle sorte que moins de médecins s'établissent. Une autorisation de pratiquer n'est délivrée par l'association des médecins de caisses du Land que s'il dispose d'un contingent de praticiens. Avec la „loi sur la réforme de l'assurance-maladie légale 2000“ (GVK-Gesundheitsreformgesetz 2000) du 22 décembre 1999 (BGBl. I p. 2626), qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, le Parlement allemand a décidé une modification du paragraphe 102 du Code Social V (SGB V; admission en fonction du besoin). Il en résulte que, à compter du 1^{er} janvier 2003, l'approvisionnement médical conventionné s'effectuera sur la base de pourcentages qui sont fixés dans la loi. La fixation de pourcentages est faite en fonction des groupes de médecins et règle la proportion de médecins de famille et de spécialistes (par. 102, al. 1, 2^e phrase, SGB).

Conditions-cadres requises pour la suppression de l'obligation de contracter

Malgré des recherches intensives, le Conseil fédéral est enclin à partager l'avis exprimé lors de la procédure de consultation, selon lequel l'introduction d'un modèle de contrat ouvert à la concurrence soulève de nombreuses questions et nécessite de plus amples éclaircissements. Comme alternative, le Conseil fédéral propose, à l'instar de ce qu'ont demandé différentes parties dans le cadre de la procédure de consultation, de renforcer les instruments de la LAMal existant dans le domaine de la régulation du volume des prestations, notamment en reprenant et en consolidant

l'instrument constitué par les formes particulières d'assurance et en augmentant les possibilités d'exclure un fournisseur de prestations du système de l'assurance-maladie, (cf. ch. 3). C'est pourquoi, le Conseil fédéral renonce à mettre en discussion dans le cadre de ce projet une proposition concrète visant à la suppression générale de l'obligation de contracter. Cependant, il propose que les fournisseurs de prestations exerçant dans le domaine ambulatoire et âgés de plus de 65 ans révolus soient tenus de conclure un contrat avec un ou plusieurs assureurs pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale.

La condition requise pour l'introduction d'un modèle de convention ouvert à la concurrence est la transparence du marché, soit l'information des assurés sur:

- les primes des assureurs,
- la qualité des prestations (qualité du résultat/Outcome) des fournisseurs de prestations entrant en ligne de compte pour un traitement,

de manière à ce qu'ils puissent s'assurer auprès de l'assureur qui répond, par son offre prix/prestation, de façon optimale ou très probablement, à leurs attentes sur le plan des traitements médicaux.

Les informations sur le niveau des primes et leur échelonnement dans les cantons sont disponibles. Des informations relatives à la qualité des prestations du corps médical n'existent cependant que de façon incomplète; un jugement systématique de la qualité du résultat (Outcome) des divers médecins n'est aujourd'hui déjà, en raison de l'absence d'une méthode d'évaluation communément reconnue, pas possible. Une première approche pour l'évaluation des prestations sera certes réalisée avec l'introduction de la structure tarifaire valable au plan suisse pour les prestations médicales (TarMed). Le TarMed crée de la transparence, en ce sens qu'il sera possible de savoir quel médecin a facturé une prestation donnée et combien de fois. Cela ne permet toutefois pas de tirer des conclusions sur la qualité du traitement et absolument pas sur la qualité du résultat (Outcome).

Pour qu'un modèle de convention ouvert à la concurrence puisse être introduit compte tenu des informations actuellement disponibles, des conditions-cadres devraient être créées pour la protection des assurés, de façon à garantir d'une part l'approvisionnement en soins médicaux pour l'ensemble de la population et d'autre part l'économicité et la qualité du système:

- la sécurité de l'approvisionnement: des directives de la Confédération et/ou des cantons sur l'approvisionnement adéquat en soins doivent être définies et pouvoir être imposées,
- la garantie de l'économicité et de la qualité des prestations: les parties à la convention doivent se mettre d'accord par contrat sur le contenu de ces notions et sur les critères destinés à leur évaluation (convention individuelle ou avec une fédération) et également garantir le respect des dispositions contractuelles. Une procédure doit être prévue en cas de non respect des dispositions contractuelles, avec pour conséquence, dans des cas extrêmes, l'exclusion du fournisseur de prestations de la convention (convention avec une fédération) ou la résiliation de la convention (convention individuelle).

Si le Parlement devait malgré tout maintenir sa position s'agissant de la suppression de l'obligation de contracter, le Conseil fédéral est toujours de l'avis que, dans le domaine hospitalier, le droit en vigueur prévoit déjà divers instruments (compétence cantonale d'introduire un budget global, planification en matière d'hôpitaux et

d'établissements médico-sociaux) pour réguler le volume des prestations et maîtriser les coûts. C'est pourquoi, la suppression de l'obligation de contracter devrait être limitée au secteur ambulatoire. Pour ce qui est du domaine hospitalier, le Conseil fédéral croit en la planification hospitalière des cantons. L'introduction de cet élément de régulation, qui intègre de surcroît dans sa conception la responsabilité des cantons pour ce qui est de l'approvisionnement médical de leur population (voir à cet égard JAAC 48.79), a déjà eu des effets sensibles sur l'évolution des coûts, dans le domaine hospitalier. En outre, le Conseil fédéral estime problématique un chevauchement de la planification cantonal et de la nécessité de conclure des conventions tarifaires avec les assureurs, étant donné le fait que les conséquences n'en sont pas prévisibles. C'est pourquoi, il met en garde contre une extension de la suppression de l'obligation de contracter au domaine hospitalier. Le Conseil fédéral se propose d'esquisser ci-après un modèle sur la manière dont pourrait se poser, d'un point de vue technique, la question de la suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire:

Principes de base

La suppression de l'obligation de contracter ne doit pas conduire à une limitation de l'obligation de prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins. Tous les assureurs reconnus demeurent tenus de rembourser l'ensemble des prestations prévues par la loi. Pour les assurés toutefois, le modèle de convention ouvert à la concurrence tend à substituer, comme modèle de base, une assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations à l'actuelle assurance de base ordinaire. Le libre choix du fournisseur de prestations disparaît, dans le sens où les assurés ne peuvent plus choisir, dans le secteur ambulatoire que parmi les fournisseurs de prestations avec lesquels leur assureur a conclu un contrat d'admission. De cette manière, les assureurs peuvent déterminer de manière unilatérale quels sont les fournisseurs admis pour l'assurance de base de leurs assurés. Les assureurs demeurent obligés quant à eux d'accepter sans réserve, dans le cadre du régime obligatoire, les personnes désireuses de s'affilier à eux. Cependant, pour remédier aux conséquences d'une concentration éventuelle de groupes de population auprès de quelques assureurs, il est nécessaire de continuer à appliquer la compensation des risques sans limitation de durée. C'est seulement ainsi que la compensation sociale entre les assurés pourra continuer à être garantie.

Information et possibilités de choix des assurés

Pour les assurés, cela signifie que l'assurance-maladie obligatoire perd de sa transparence. Afin que les assurés puissent aussi continuer, dans le modèle de convention ouvert à la concurrence, à choisir leur fournisseur de prestations, les assureurs seront contraints d'informer de manière très exacte leurs assurés respectifs sur les fournisseurs de prestations admis pour eux dans l'assurance obligatoire des soins et de leur garantir un droit de regard correspondant. En outre, pour garantir malgré tout aux assurés une stabilité relative en ce qui concerne leur assureur, les assureurs seront tenus de ne pas restreindre en cours d'année civile la liste des fournisseurs de prestations admis. Ainsi, dans le modèle de convention ouvert à la concurrence, pour que les personnes assurées puissent en tout temps partir du principe que leur assureur remboursera effectivement les prestations dispensées par un fournisseur de prestations, les fournisseurs de prestations seront tenus d'indiquer aux assurés pour quels assureurs ils sont habilités à fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le fournisseur de prestations qui omet d'informer n'a droit ni

à une rémunération de la prestation conformément à la LAMal, ni de réclamer des honoraires dans une procédure de droit civil, cela du fait qu'il n'a pas respecté l'obligation que lui impose son mandat d'informer l'assuré quant aux conséquences économiques du traitement.

Les assurés seront en revanche limités dans leur possibilité de choix: ils ne pourront plus choisir leur assureur seulement sur la base du montant des primes et éventuellement des prestations de service offertes. Le fait de savoir quels sont les fournisseurs de prestations avec qui chaque assureur est lié contractuellement constituera également un facteur décisif. Ainsi chaque assuré pourra choisir son assureur sur la base de la combinaison optimale à ses yeux entre la prime à payer et l'offre souhaitée, pour autant qu'il dispose d'informations suffisantes. On peut certes y voir un désavantage pour les assurés qui pourraient être contraints de changer d'assureur s'ils désirent continuer de consulter le médecin de famille qu'ils avaient jusque-là. Mais en même temps, les assurés seront tenus de comparer la qualité et les coûts des diverses offres. Il appartiendrait dès lors à une assurance complémentaire soumise aux règles du droit des assurances privées de proposer un choix plus large de fournisseurs de prestations ambulatoires.

Admission des fournisseurs de prestations

A la différence du système actuel, le seul fait de remplir les conditions d'admission (notamment sur le plan du personnel et de l'infrastructure) ne suffira plus à donner un droit d'accès au système de l'assurance-maladie. Au contraire, seuls les fournisseurs de prestations ayant conclu un contrat avec un assureur pourront facturer leurs prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale. On peut penser que ces contrats seront conclus avec des fournisseurs de prestations individuels ou avec des fédérations. Le point central est que les contrats doivent impérativement concrétiser des critères d'admission pour les fournisseurs de prestations, tels le caractère économique et la garantie de la qualité. Le modèle de convention ouvert à la concurrence accorde une importance accrue à l'autonomie contractuelle. Pour cette raison, les conditions essentielles seront fixées pour l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le principe du droit actuel selon lequel les fournisseurs de prestations doivent remplir les conditions énoncées aux art. 36 à 40 demeure inchangé. Un des objectifs de la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire est que les assureurs – abstraction faite des traitements intervenant dans des cas d'urgence – ne rémunèrent plus que les prestations des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu un contrat. C'est pourquoi la lettre b de cet alinéa stipule qu'un fournisseur de prestations doit impérativement avoir conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs reconnus pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Si un fournisseur de prestations ne bénéficie pas d'un contrat avec un assureur, ce dernier ne doit pas rémunérer les prestations fournies par le fournisseur de prestations au titre de l'assurance obligatoire des soins. Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 39 LAMal ne devraient toutefois être libérés de l'obligation de conclure un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie reconnus que pour les prestations fournies en milieu hospitalier et semi-hospitalier. La raison en est qu'il faut éviter de fausser la concurrence entre les prestations ambulatoires fournies en milieu hospitalier et celles fournies dans un cabinet privé.

Dans un système fondé sur un modèle de convention ouvert à la concurrence, fournisseurs de prestations et assureurs doivent en principe pouvoir choisir librement leurs partenaires contractuels. Pour les uns comme pour les autres, la seule restriction au libre choix du partenaire contractuel réside dans la garantie pour les assurés de pouvoir disposer des soins nécessaires. Si, du fait de l'absence ou de la dénonciation de contrats, cette garantie pour les assurés devait être considérée comme menacée, l'assureur ou le fournisseur de prestations peut faire appel au canton, celui-ci pouvant aussi prendre de lui-même les mesures nécessaires (art. 45 LAMal).

L'art. 43, al. 6, LAMal prévoit par ailleurs que les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. En appliquant un modèle de convention ouvert à la concurrence, les critères du caractère économique et de la qualité, tels qu'ils sont aussi concrétisés aux art. 56 et 58 LAMal, se trouvent renforcés dans leur application. Ce n'est que par la concrétisation et l'application de tels critères dans les contrats d'admission qu'un choix parmi les fournisseurs de prestations sur la base de critères objectifs est garanti. Seul un fournisseur de prestations correspondant aux exigences de qualité et appliquant avec succès les mesures de garantie de qualité, peut fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Celui qui ne remplit pas ces exigences ne doit pas non plus pouvoir être admis à pratiquer à un tarif réduit.

Prise en charge des coûts dans les cas d'urgence

La prise en charge des coûts dans les cas d'urgence continuera à relever de l'art. 41, al. 2, LAMal. De cette manière, dans le modèle de convention ouvert à la concurrence, les personnes assurées auront, elles aussi, la garantie que leur assureur leur remboursera les coûts liés à un traitement d'urgence, même si le fournisseur de prestations concerné n'a pas conclu de contrat d'admission avec leur propre assureur. Seul un autre fournisseur de prestations remplissant les conditions d'admission de l'art. 35 LAMal et lié par un contrat à un ou plusieurs autres assureurs reconnus peut entrer en considération. Le tarif applicable en l'occurrence sera également le tarif conclu entre les partenaires tarifaires ou le tarif fixé par le gouvernement cantonal en application de l'art. 47 LAMal. Si ce fournisseur de prestations peut appliquer plusieurs tarifs, il établit sa facture selon le tarif de son choix puisqu'il s'agit dans tous les cas de tarifs approuvés. Les assureurs peuvent éviter ces tarifs différenciés en concluant des conventions tarifaires autant que possible sur une grande échelle.

Garantie du traitement

On peut partir du principe que les fournisseurs de prestations ont intérêt à pratiquer dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, tant il est vrai que l'expérience montre qu'elle constitue pour eux un large réservoir de patients. En particulier eu égard à la densité relativement élevée de fournisseurs de prestations en Suisse, les assureurs pourront et voudront conclure un contrat d'admission avec un nombre suffisant de fournisseurs de prestations de manière à pouvoir garantir à leurs assurés les soins médicaux de base et donc les prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Si, du fait de circonstances extraordinaires, aucun contrat d'admission ne devait toutefois voir le jour entre les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs), et qu'ainsi le traitement des assurés au sens de la LAMal ne pourrait plus être assuré

dans un ou plusieurs secteurs de prestations ou dans certaines spécialités, le gouvernement cantonal, après avoir entendu les fournisseurs de prestations et les assureurs, serait appelé à prendre des mesures temporaires pour garantir malgré tout la conformité du traitement des assurés avec les dispositions de la loi et le respect de la protection tarifaire. C'est là une sorte de clause de dernier recours, dans le but de rétablir une situation normale le plus rapidement possible. Cette mission de maîtrise des situations de crise entre dans la sphère de compétence traditionnelle des cantons dans le domaine de la santé.

Cette possibilité pour les cantons de garantir la fourniture des soins médicaux est déjà prévue dans la LAMal pour faire face à une éventuelle récusation massive des fournisseurs de prestations (cf. à ce propos FF 1992 I 159). Vu que l'absence de contrat d'admission risque d'entraîner les mêmes problèmes pour les assurés, il faut aussi donner aux gouvernements cantonaux en relation avec la suppression de l'obligation de contracter la même possibilité de garantir l'accès aux soins médicaux pour la population dans des cas extrêmes. Cela correspond notamment à la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons fixée dans la Constitution fédérale (art. 3 Cst.). Cependant, la concurrence ne doit pas amener le gouvernement cantonal à désigner un nombre excessif de fournisseurs de prestations en arguant d'une couverture insuffisante des besoins en soins. Dans son appréciation, le gouvernement cantonal doit donc tenir compte aussi bien des conditions préétablies par le Conseil fédéral que des standards en vigueur en matière de soins médicaux. On souligne ainsi que, parallèlement à la planification, il faut prendre en considération le fait que les soins médicaux évoluent rapidement du fait du progrès constant des techniques médicales. De plus, l'appréciation de la situation de l'approvisionnement en soins par le gouvernement cantonal ne doit pas se limiter au territoire cantonal. On peut par exemple imaginer le cas où un canton dispose d'un effectif insuffisant de fournisseurs de prestations ayant conclu un contrat d'admission, mais que le canton voisin dispose, lui, d'un nombre suffisant de fournisseurs de prestations déjà sous contrat avec les mêmes assureurs. Il en résulte qu'il revient également aux assureurs de conclure des contrats suprarégionaux, afin de garantir l'approvisionnement en soins pour leurs assurés.

Absence de convention

En cas de suppression de l'obligation de contracter dans le domaine ambulatoire, les prescriptions de la LAMal sur l'absence de convention ne seront plus applicables qu'au domaine hospitalier et semi-hospitalier. Comme, dans le domaine ambulatoire, l'existence d'un accord d'admission entre l'assureur et le fournisseur de prestations est une condition préalable pour que ce dernier puisse pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, le gouvernement cantonal n'est tenu d'intervenir que lorsque le traitement des assurés n'est pas garanti dans le domaine ambulatoire (art. 45 LAMal) ou lorsqu'un fournisseur de prestations ou un assureur demande, pour des raisons d'approvisionnement en soins, que soit désigné un fournisseur de prestations admis et que soit fixé un tarif (art. 47, al. 1, LAMal). La compétence de fixer un tarif en situation de régime sans convention, actuellement impartie au gouvernement cantonal, doit être maintenue. Pour le traitement ambulatoire, il faut compléter cette disposition par l'obligation, en cas d'existence d'un contrat d'admission, mais d'absence de convention tarifaire, de fixer un tarif.

Les dispositions correspondantes qui pourraient être proposées se présentent sous la forme suivante:

Art. 7a (nouveau) Information des assurés

¹ Les assurés ont en tout temps le droit de consulter auprès de l'assureur la liste des fournisseurs de prestations ou d'exiger des renseignements concernant ladite liste. L'assureur doit en outre indiquer à temps et de manière complète à ses assurés les fournisseurs de prestations avec lesquels il a conclu un contrat d'admission pour pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et les aviser de chaque changement intervenant dans la liste.

² Aucun fournisseur de prestations ne peut être radié de la liste au cours de l'année civile.

Art. 35, al. 1 et 1^{bis} (nouveaux)

¹ Sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui:

- a. qui remplissent les conditions énoncées aux art. 36 à 40, et
- b. qui, pour autant qu'ils exercent dans le secteur ambulatoire, ont conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs-maladie reconnus.

^{1bis} Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de choisir leur partenaire contractuel, à condition que:

- a. la fourniture de soins médicaux soit garantie;
- b. le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations soient assurés (art. 56 et 58);
- c. lors de la conclusion du contrat, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les cartels ne soient pas violées.

Art. 41, titre médian, al. 1 et 2, let. a

Principe

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les tarifs convenus contractuellement. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans les hôpitaux ou les institutions de soins semi-hospitaliers qui figurent sur la liste du canton où réside l'assuré.

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

- a. par un fournisseur de prestations avec lequel l'assureur a conclu un contrat, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;

Art. 41a (nouveau) Devoir d'information des fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations doivent donner aux assurés, avant le traitement, le nom des assureurs pour lesquels ils peuvent fournir des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 45, al. 2 et 3 (nouveaux)

² Si un fournisseur de prestations ou un assureur fait valoir que, sans une admission, la fourniture de soins médicaux serait insuffisante pour les traitements ambulatoires, le fournisseur de prestations ou l'assureur concerné peut exiger du gouvernement cantonal l'admission en vertu de l'art. 35, al. 1.

³ Le gouvernement cantonal tient compte des standards modernes en matière de fourniture de soins médicaux lors de l'appréciation de celle-ci. L'offre à l'extérieur du canton doit également être prise en considération.

Art. 47, al. 2

² Si, malgré le contrat d'admission, il n'existe entre l'assureur et le fournisseur de prestations aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire de l'assuré ou pour le traitement hospitalier et semi-hospitalier de l'assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton dans lequel le fournisseur de prestations est établi de façon permanente fixe le tarif.

2.4 Choix de l'hôpital

Selon la loi actuelle, l'assurance-maladie laisse à l'assuré le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie (art. 41, al. 1, LAMal). Dans le cas de traitements hospitaliers, ceci signifie que les fournisseurs de prestations doivent également correspondre à la planification. Les hôpitaux privés ou les divisions privées doivent être pris en considération de manière adéquate par les cantons dans la planification (art. 39, al. 1, LAMal). Il s'ensuit que l'on peut, en principe, choisir parmi les hôpitaux figurant sur la liste. L'introduction de la planification hospitalière a donc eu des effets sur le choix des fournisseurs de prestations. La question concernant les hôpitaux que les assurés sont habilités à consulter a cependant été interprétée de manière différente par les cantons et les assureurs après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Dans sa décision du 30 août 1999 (cf. Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 5/1999, p. 462), le TFA a considéré que l'art. 41 LAMal garantit à l'assuré le libre choix de l'établissement hospitalier, mais que son al. 1 limite la prise en charge des coûts par l'assureur. La présente révision partielle vise à formuler clairement que les assurés ont le droit de choisir parmi tous les hôpitaux indiqués dans la liste du canton de résidence.

2.5

Prise en charge des coûts

Actuellement la répartition de la prise en charge des coûts dépend du lieu où s'effectue le traitement et du statut juridique de l'institution hospitalière. Dans le cas d'un traitement hospitalier, l'assureur-maladie doit prendre à sa charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence de l'assuré. Est réservé le recours à un fournisseur de prestations extra-cantonal dans le cas d'une urgence médicale ou si la prestation médicale nécessaire n'est pas offerte dans les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière du canton de résidence. Cette situation découle de la structure fédéraliste du système de santé. Le canton de résidence prend en charge la différence entre les tarifs dans le cas de traitements hospitaliers en dehors du canton. Cependant, une couverture médicale optimale devrait prendre en considération la palette des prestations offertes à l'assuré et non pas les limites du canton: aussi, dans le cadre de la présente révision, la signification réduite des frontières cantonales sera prise en compte. La prise en charge des coûts en cas de traitement extra-cantonal doit se faire selon les mêmes règles que pour un traitement dans un hôpital sis dans le canton de résidence dans la mesure où l'institution, respectivement sa division, est conforme à la planification et donc correspond à un besoin. Avec l'abandon du principe de couverture des coûts et le passage à un système de financement des prestations (cf. ch. 2.1 „Lignes directrices“), l'application des mêmes règles de financement aux traitements dispensés dans un hôpital privé non subventionné se justifie également, à condition qu'il corresponde à la planification déterminante. Le Conseil fédéral rejette une obligation de prise en charge des coûts de l'assurance-maladie plus étendue, telle qu'elle est demandée dans l'initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“. Le choix totalement libre de l'établissement hospitalier et l'obligation de prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins également lors de traitements effectués dans des hôpitaux qui ne figurent pas dans la planification établie par un ou plusieurs cantons induirait une charge financière supplémentaire pour l'assurance obligatoire des soins qu'il est impossible d'évaluer. La planification hospitalière, principal instrument de la maîtrise des coûts dans le secteur hospitalier, perdrait de surcroît de son efficacité. Une autre raison pour le rejet de ladite initiative populaire réside dans le fait que la suppression des surcapacités dans le secteur hospitalier, introduite avec la planification, n'est pas encore achevée (cf. message du Conseil fédéral; FF 1999 7987).

2.6

Egalité de traitement pour les prestations hospitalières et semi-hospitalières

De par les développements de la médecine, certaines prestations qui s'effectuaient jadis dans un cadre hospitalier, particulièrement les interventions chirurgicales, sont actuellement réalisées sous forme de traitements ambulatoires ou semi-hospitaliers. Il en résulte des chevauchements entre secteurs qui se modifient sans cesse. Aussi, afin de clarifier cette situation, toutes les prestations fournies dans un hôpital, qui nécessitent une infrastructure hospitalière, seront, avec cette révision partielle, soumises au même régime de financement. Lors de la procédure de consultation, cette restriction a été contestée, et il a été demandé que les prestations ambulatoires soient mises sur le même pied d'égalité. Or, étant donné que précisément les prestations ambulatoires ne nécessitent pas une infrastructure hospitalière et que, de ce fait, il

s'en suit une égalité de traitement pour des activités analogues pratiquées au sein ou hors de l'hôpital, nous estimons que la délimitation proposée se justifie.

2.7 Planification hospitalière

La loi a introduit la planification hospitalière dont la réalisation incombe aux cantons. La répartition des tâches décrite au ch. 1.2 reste donc en vigueur. La prise en compte dans la planification hospitalière et l'inscription sur les listes des hôpitaux sont des conditions préalables à l'admission en tant que fournisseur de prestations, qui permet une prise en charge des prestations par l'assurance-maladie sociale. Selon un avis confirmé par le Tribunal fédéral des assurances, pour que les coûts soient pris en charge, il importe peu que le traitement hospitalier ait lieu en division commune, en division privée ou en division semi-privée. La planification des besoins doit par conséquent tenir compte de toutes les capacités hospitalières et une différenciation par divisions n'est pas pertinente. Cela renforce ainsi un instrument de maîtrise des coûts prévu dans la loi. Dans sa jurisprudence actuelle, le Conseil fédéral a fixé des exigences différentes concernant les capacités pour l'assurance de base („la division commune“). En revanche, pour les patients couverts par des assurances complémentaires, il est parti du principe que, dans ce secteur, la maîtrise des coûts doit être atteinte au moyen de la concurrence. C'est pourquoi les activités des divisions privées et semi-privées des hôpitaux privés et des hôpitaux publics ne sont prises en charge par l'assurance-maladie que si ces établissements peuvent démontrer qu'ils répondent aux exigences de l'art. 39, al. 1, let. a à c, LAMal en ce qui concerne le personnel et les infrastructures, ce qui s'effectue régulièrement en relation avec l'autorisation d'exploitation délivrée par le canton (voir le condensé de la jurisprudence dans: Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 3/1999, KV 72, p. 211 ss et 4/1999, KV 84, p. 356 ss). La présente révision partielle vise à modifier cette pratique et à passer à une gestion quantitative par une planification dans laquelle la couverture d'assurance n'a pas d'importance. C'est la raison pour laquelle nous proposons d'établir explicitement que la planification hospitalière cantonale ou supracantonale, et donc aussi les listes hospitalières, doivent se référer à toutes les prestations à fournir selon la LAMal. De plus, en raison de l'affectation du traitement semi-hospitalier au domaine hospitalier, l'obligation de planification doit s'étendre aux institutions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers. En revanche, dans le domaine de la médecine de pointe, la planification peut se faire à l'échelon national (voir les explications sous ch. 6 concernant la nouvelle péréquation financière).

2.8 Prestations

L'assurance obligatoire des soins couvre, dans le domaine hospitalier, le traitement médical et le séjour en division commune d'un hôpital. On a introduit la notion de „division commune“ dans la loi afin de définir l'étendue des prestations de l'assurance-maladie des soins. Les arrêts du Tribunal fédéral des assurances évoqués

au ch. 1.1.3 ont confirmé ce point de vue pour le nouveau droit également. Ainsi une notion utilisée dans l'ancien droit pour caractériser un produit d'assurance a été reprise dans le nouveau droit. Toutefois, comme il ressort des considérations du TFA que le séjour physique dans la division commune n'est pas nécessaire pour une prise en charge des coûts par les assureurs, la notion de „division commune“ ne convient pas pour définir les prestations de l'assurance obligatoire des soins. L'étendue des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins était fondée sur des considérations objectives et économiques telles qu'elles ont été définies jusqu'ici par la notion de „division commune“; cette notion peut donc être supprimée, et on peut, à la place, fixer que le séjour à l'hôpital fait partie du catalogue de prestations couvertes par la loi. Les coûts des prestations supplémentaires, telles que le séjour sans indication médicale dans une chambre à un ou deux lits ou le libre choix du médecin à l'hôpital, doivent être couverts par des assurances complémentaires.

La suppression proposée de la notion de „division commune“ rend de plus superflue une différenciation en fonction du lieu du séjour des assurés. Dans l'optique des arrêts du TFA déjà mentionnés, la tarification doit s'appliquer non seulement à l'hospitalisation hors du canton mais aussi à l'hospitalisation intracantonale. A l'avenir le seul élément déterminant pour la prise en charge des coûts aussi bien par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics sera que le fournisseur de prestations soit apte à traiter la maladie et qu'il soit admis.

2.9 Tarifs

Ce projet de révision est centré sur le domaine tarifaire. L'introduction de tarifs liés à la prestation et la fixation du mode de partage des coûts – ceux-ci étant liés aux prestations – visent à redéfinir les incitations dans le sens de la maîtrise des coûts. Dans le domaine hospitalier et semi-hospitalier des hôpitaux, le système de tarification au moyen de forfaits doit en principe être maintenu ou introduit. L'adoption d'un système de financement lié aux prestations permettra une meilleure comparaison des produits des hôpitaux pour des prestations définies. Une amélioration de la transparence contribuera également à renforcer la concurrence entre les fournisseurs de prestations.

2.10 Renforcement des instruments de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire

Dans son message sur la 1^{re} révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (FF 1999 725), le Conseil fédéral a déjà dit qu'il considérerait l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, mais aussi l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise à option comme des instruments efficaces, propres à contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie. Comme il l'explique au ch. 2.3, le Conseil fédéral perçoit l'encouragement de formes particulières d'assurance, comme le modèle du médecin de famille ou les HMO (modèles dits „gatekeeper“) comme un instrument de maîtrise des coûts. Etant donné que les personnes assurées s'adressent systématiquement d'abord à leur médecin de famille, lequel exerce à des coûts relativement avantageux, l'accès aux spécialistes coûteux est réduit, et cela met fin au „tourisme médical“. Le modèle du médecin de famille interdit également

les traitements multiples, à savoir le fait que plusieurs médecins traitent la même personne pour une seule et même affection.

En Suisse, quelque 400 000 assurés ont actuellement opté pour le modèle du médecin de famille. La majorité de ces modèles sont récents (ils datent de 1997 et 1998). Les premières expériences réalisées avec ce type d'assurance font état d'un potentiel d'économies des coûts d'environ 10 à 20 % (G. Mathis, F. Herren: *Hausarzt-Netzwerke in der Schweiz: erste breitflächige Auswirkungen*, Managed Care 1998, 1, p. 8 ss). Pourtant, si l'on généralisait le modèle „gatekeeper“, on ne pourrait pas tabler sur des économies de coûts de 20 % à l'avenir. Premièrement, l'estimation du potentiel d'économies résulte d'une courte période d'essai; la pertinence de ce résultat est donc limitée. Deuxièmement, il convient de tenir compte des circonstances particulières qui ont rendu ce résultat possible. D'une part, les médecins qui participent à l'expérience du modèle du médecin de famille représentent une sélection de généralistes motivés et qui assument aussi une part des responsabilités économiques. D'autre part, on peut partir de l'idée que, considéré, sous l'angle du risque, le profil des personnes assurées correspond plutôt à une sélection négative.

Si l'on appliquait le modèle du médecin de famille à l'ensemble du système d'assurance, tant les médecins que les patients devraient modifier leurs comportements pour que les économies de coûts attendues deviennent une réalité. On ne peut avancer avec une certitude absolue que les bons résultats enregistrés par le modèle du médecin de famille pour ce qui touche à l'efficacité des coûts et à la qualité du traitement se maintiennent dans l'hypothèse d'une généralisation du système „gatekeeper“ à tous le système de l'assurance-maladie obligatoire. D'une part, il faut partir du fait que les médecins auraient affaire à un éventail qualitativement différent de patients requérant en partie des traitements plus exigeants. D'autre part, les généralistes devraient faire face à un nombre plus important d'assurés à traiter, ce qui aurait un impact sur le temps qu'ils pourraient consacrer à une personne assurée. En conséquence, il faudrait s'attendre à des changements dans la composition du corps médical, dans la mesure où ce dernier répondrait à l'augmentation de la demande en médecins généralistes. Etant donné l'impossibilité d'estimer les effets d'un remaniement complet de système sur l'approvisionnement en soins et sur la qualité du traitement, l'introduction généralisée du système „gatekeeper“ a été écartée. Pour augmenter cependant les possibilités de choix des assurés, les assureurs devraient être contraints d'offrir partout en Suisse des formes particulières d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Cette mesure permet de garantir que chaque personne assurée a la possibilité d'opter pour un tel modèle d'assurance.

Malgré différentes réserves, le Conseil fédéral a en outre décidé de supprimer l'obligation pour les assureurs de conclure une convention tarifaire avec les fournisseurs de prestations qui ont atteint l'âge de 65 ans révolus. A la différence de la réglementation actuelle, le seul fait de remplir les conditions d'admission des art. 36 à 38 ne suffira plus à leur donner un droit d'accès au système de l'assurance-maladie. Au contraire, seuls ceux d'entre eux qui auront conclu un contrat avec un ou plusieurs assureurs pourront facturer leurs prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale. Cette modification se justifie par le fait qu'avec le temps, les facultés intellectuelles ou mentales, de même que l'évolution des connaissances et de la technique, sont susceptibles de s'altérer. A partir d'un certain âge, le risque existe en effet que ces capacités soient diminuées au point de ne plus être compatibles avec la sécurité que doit assurer le médecin, ni, plus généralement, avec la confiance dont ce dernier jouit, de sorte qu'il n'est plus en mesure d'exercer sa profession de manière

parfaitement irrécrochable. Pour remédier à ce risque, plusieurs systèmes sont concevables. On peut opter pour une méthode subjective, consistant à examiner de cas en cas, périodiquement à partir d'un certain âge, si les intéressés peuvent continuer à exercer leur charge, ou choisir une méthode objective, consistant à appliquer à tous une limite unique. Dans le cas d'espèce, il est décidé de confier aux assureurs le soin de déterminer si, à compter de l'âge de 65 ans révolus, âge ou la plupart des personnes prennent leur retraite et ont droit aux rentes de l'AVS, les fournisseurs de prestations qui désirent continuer leur activité dans le secteur ambulatoire remplissent encore des critères d'admission tels que le caractère économique et la garantie de la qualité. A relever, s'agissant des médecins, que, selon les statistiques 1999 de la FMH, les médecins âgés de plus de 65 ans et exerçant en pratique privée ne représentaient qu'environ 7 % du total (13 622) des médecins exerçant en pratique privée en Suisse. Par ailleurs, il convient de tenir compte du fait que les médecins exerçant en pratique privée ne pratiquent pas tous leur profession à la charge de l'assurance-maladie sociale. Pour ce qui est des autres fournisseurs de prestations, les données sur leur structure d'âge font défaut.

2.11 Autres points sur lesquels porte la révision

Base légale pour le droit de recours du canton de résidence

Le canton de résidence subventionne actuellement aussi bien les séjours hospitaliers dans le canton (art. 49 LAMal) que les traitements hospitaliers effectués hors du canton de résidence (art. 41, al. 3, LAMal). Mais tandis que les contributions selon l'art. 49 LAMal sont alloués indirectement au travers du subventionnement des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, l'obligation qu'a le canton de résidence de prendre en charge la différence conformément à l'art. 41, al. 3, LAMal est traitée également selon la jurisprudence du TFA comme une obligation relevant du droit des assurances sociales, assimilée à l'obligation qu'ont les assureurs de prendre en charge les coûts (ATF 123 V 290 ss; 310 ss). La rémunération directement liée aux prestations par le canton de résidence représente en tous les cas une conséquence de la nouvelle forme de rémunération des prestations hospitalières. C'est la raison pour laquelle les deux sortes de prestations devront être soumises au droit de recours contre des tiers responsables, proposition également soutenue par une majorité des participants à la procédure de consultation (cf. ch. 15). La création d'une base légale est donc nécessaire, car l'art. 126 OAMal est dépourvu d'une base légale suffisante selon un jugement de principe rendu le 18 octobre 1999 par le Tribunal fédéral, pour fonder un droit de recours du canton de résidence (voir ATF 126 III 36 ss).

Médicaments importants pour le traitement des maladies rares (médicaments orphelins)

Il arrive souvent que des médicaments importants pour le traitement des maladies rares ne soient pas enregistrés en Suisse parce qu'un enregistrement ne présente pas un intérêt financier suffisant pour les entreprises pharmaceutiques du fait de l'exiguïté du marché suisse. L'enregistrement d'un médicament est, selon l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal, une condition nécessaire à l'inscription sur la liste des spécialités tenue par l'OFAS, inscription qui constitue la condition pour qu'un médicament soit remboursé par l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, on arrive à une situation paradoxale qui fait que l'assurance obligatoire des soins ne rembourse pas les médi-

caments nécessaires aux patients atteints de maladies rares, soit une catégorie de personnes particulièrement défavorisée qui doit, pour cette raison, bénéficier d'une protection appropriée. Le Conseil fédéral a reconnu que la première barrière au remboursement des médicaments appelés médicaments orphelins (Orphan Drugs) est l'autorisation de mise sur le marché suisse, et il a prévu dans son projet de nouvelle loi sur les agents thérapeutiques certaines simplifications pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments orphelins (voir à ce sujet le message du Conseil fédéral du 1^{er} mars 1999; FF 1999 3151). La simplification des conditions d'autorisation pour la mise sur le marché des médicaments orphelins prévues dans le projet de loi sur les agents thérapeutiques doit avoir des effets aussi rapidement que possible dans l'assurance-maladie sociale. L'admission simplifiée par l'Institut des agents thérapeutiques est donc la condition pour un enregistrement sur la liste des spécialités, enregistrement qui permet la prise en charge des coûts des médicaments orphelins par les assureurs-maladie. C'est pourquoi, le Conseil fédéral propose de compléter l'art. 52, al. 1, let. b, de la loi sur l'assurance-maladie dans le sens que la liste des spécialités contient également des médicaments importants pour les maladies rares.

Base légale pour l'exécution des obligations financières des assurés envers les assureurs

L'exécution des obligations financières des assurés envers les assureurs (versement des primes selon l'art. 61 ss LAMal et participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal) ainsi que les conséquences de l'inexécution ne sont pas réglées de manière formelle dans le droit en vigueur, et la loi ne charge pas le Conseil fédéral d'édicter des dispositions plus précises à ce sujet ni en ce qui concerne le changement d'assureur. Selon l'art. 96 LAMal, le Conseil fédéral est toutefois chargé de l'exécution de la loi et il doit édicter des dispositions à cet effet.

Une base légale formelle pour l'obligation de payer des primes et les conséquences de leur non-paiement doit être créée dans le cadre de la présente révision, car il est indispensable, pour le financement de l'assurance obligatoire des soins et l'application de la loi, que les assurés s'acquittent de l'obligation de payer des primes et de participer aux coûts. La création d'une base légale se justifie également car, selon la jurisprudence du TFA concernant l'art. 9, al. 3, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) un changement d'assureur est autorisé, en dépit des arriérés de paiement concernant les primes et la participation aux coûts, faute d'une base légale formelle (cf. TFA 125 V 266 ss).

3 Partie spéciale

Art. 13, al. 2, let. f (nouvelle)

Afin d'augmenter l'offre des formes particulières d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations, les assureurs se verront imposer une nouvelle obligation, dans le sens qu'ils seront obligés de proposer de telles formes d'assurance dans l'ensemble de leur domaine d'activité. Dans le cas où des assureurs ne rempliraient pas cette condition, il est possible, lorsque des demandes sont déposées par de nouveaux assureurs, de ne pas délivrer d'autorisation à pratiquer l'assurance-maladie. S'agissant des fournisseurs de prestations admis, cette autorisation pourrait

leur être par la suite retirée, s'ils n'apportent pas la preuve à l'autorité de surveillance, dans un délai déterminé, qu'ils proposent les modèles précités. Dans la mesure où elle contribue à ne pas rendre cette tâche inutilement compliquée pour les assureurs de petite taille, la collaboration avec d'autres assureurs est autorisée.

Les assurés doivent ainsi avoir la possibilité de se comporter en étant conscients des coûts et de se décider pour une limitation du choix du fournisseur de prestations. Dans les faits, cette limitation sera cependant dépendante avant tout de la question de savoir si les fournisseurs de prestations seront prêts à conclure un nombre plus élevé d'accords de ce type avec les assureurs. Les assureurs disposent aujourd'hui déjà de la possibilité, dans le cadre de l'application de l'art. 41, al. 4, LAMal, de choisir unilatéralement des fournisseurs de prestations avantageux et de proposer à leurs assurés des modèles d'assurance ad hoc.

Art. 21, al. 4

L'exécution par les cantons de leur devoir de planification ainsi que l'évaluation de l'évolution des tarifs s'effectuent sur la base de données. L'Office fédéral de la statistique collecte des données sur les hôpitaux à l'intention de l'OFAS, conformément à l'art. 30 OAMal. Les art. 21 et 23 LAMal ont été modifiés suite à l'adaptation de la législation sur les assurances sociales aux exigences de la loi sur la protection des données (message du Conseil fédéral du 24 novembre 1999; FF 2000 219; modification du texte légal dans FF 2000 3358). A cet égard, il faut relever que l'art. 84a, al. 2, let. f, LAMal, prévoit aussi la possibilité que soient communiquées aux cantons les données collectées par la Confédération sur les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. L'extension proposée de l'obligation de planifier au secteur semi-hospitalier rend nécessaire un ajout à l'art. 21, al. 4, en relation avec la prise en compte, lors de la collecte des données, des institutions des soins semi-hospitaliers. En outre, la notion de degré de couverture des coûts est supprimée du fait de la refonte de l'art. 49 LAMal.

Art. 25, al. 2, let. e

Au ch. 28, nous avons déjà indiqué que la notion de „division commune“ devait être supprimée. Cela ne signifie absolument pas que le séjour hospitalier doit être pris en charge indépendamment des coûts qu'il occasionne. Compte tenu des conditions générales de la prise en charge des coûts selon l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et économicité des prestations) et du caractère économique des prestations exigé par l'art. 56 LAMal, il est clair que la prise en charge des coûts d'un séjour hospitalier nécessaire doit se limiter à la mesure exigée par le but du traitement, et ce relativement à l'hébergement, au traitement et aux soins prodigués. Les prestations supplémentaires, comme le séjour dans une chambre à un ou à deux lits indépendamment de l'état de santé, demeurent exclues du domaine de la LAMal et doivent être assurées par le biais d'une assurance complémentaire, soumise au droit des assurances privées. Ce principe est en accord avec le système prévu de financement lié aux prestations qui définit et délimite clairement les responsabilités en matière de financement et les parts prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, les pouvoirs publics et, le cas échéant, l'assurance complémentaire.

Art. 25, al. 2, let. f

Les traitements semi-hospitaliers ne seront pas seulement prodigués dans des institutions de soins semi-hospitaliers, mais pourront également être proposés par des hôpitaux. Nous proposons, à des fins de clarification, de modifier le texte allemand en ce sens.

Art. 35, al. 1

Le modèle de convention ouvert à la concurrence accorde une importance accrue à l'autonomie contractuelle. Pour cette raison, les conditions essentielles seront fixées pour l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le principe du droit actuel selon lequel les fournisseurs de prestations doivent remplir les conditions énoncées aux art. 36 à 40 demeure inchangé. Un des objectifs de la suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire pour les fournisseurs de prestations âgés de plus de 65 ans révolus est que les assureurs – abstraction faite des traitements intervenant dans des cas d'urgence – ne rémunèrent plus que les prestations des fournisseurs de prestations âgés de plus de 65 ans révolus avec lesquels ils ont conclu un contrat. C'est pourquoi la let. b de cet alinéa fixe qu'un fournisseur de prestations âgé de plus de 65 ans révolus doit impérativement avoir conclu un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs reconnus pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Si un fournisseur de prestations de plus de 65 ans révolus ne bénéficie pas d'un contrat avec un assureur, ce dernier ne doit pas rémunérer les prestations fournies par le fournisseur de prestations au titre de l'assurance obligatoire des soins. Dans un système fondé sur un modèle de convention ouvert à la concurrence, fournisseurs de prestations et assureurs doivent en principe pouvoir choisir librement leurs partenaires contractuels. Pour les uns comme pour les autres, la seule restriction au libre choix du partenaire contractuel réside dans la garantie pour les assurés de pouvoir disposer des soins nécessaires. Si, du fait de l'absence ou de la dénonciation de contrats, cette garantie pour les assurés devait être considérée comme menacée, l'assureur ou le fournisseur de prestations peut faire appel au canton, celui-ci pouvant aussi prendre de lui-même les mesures nécessaires (art. 45 LAMal).

L'art. 43, al. 6, LAMal prévoit par ailleurs que les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. En appliquant un modèle de convention ouvert à la concurrence pour les fournisseurs de prestations âgés de 65 ans révolus, les critères du caractère économique et de la qualité, tels qu'ils sont aussi concrétisés aux art. 56 et 58 LAMal, se trouvent renforcés dans leur application. Ce n'est que par la concrétisation et l'application de tels critères dans les contrats d'admission qu'un choix parmi les fournisseurs de prestations de plus de 65 ans sur la base de critères objectifs est garanti. Seul un fournisseur de prestations âgé de plus de 65 ans correspondant aux exigences de qualité et appliquant avec succès les mesures de garantie de qualité, peut fournir des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Celui qui ne remplit pas ces exigences ne sera pas non plus admis à pratiquer à un tarif réduit.

Art. 35, al. 2, let. i

En référence à l'art. 25, al. 2, let. f, LAMal, la formulation allemande concernant les institutions de soins semi-hospitaliers doit également être modifiée sur ce point.

Art. 39, al. 1, let. d et e, et al. 2 et 3

Il subsiste des incertitudes quant à l'étendue de l'obligation de planification imposée aux cantons fixée dans ces dispositions. L'intention étant d'appliquer la même règle de financement (cf. art. 49, al. 3, LAMal) au traitement de tous les assurés, nous proposons de mentionner explicitement, afin de clarifier la situation, que la planification doit porter sur toutes les personnes soumises à la LAMal. Ceci s'applique aussi aux groupes de patients dont la prise en charge médicale doit, le cas échéant, s'effectuer par une institution active au plan national sise hors du canton. Il ne sera donc plus permis de faire une distinction entre les assurés selon leur couverture d'assurance, ce qui se passe souvent dans la pratique. En outre, il faut souligner une fois encore qu'un canton ne peut planifier de manière à couvrir les besoins en soins que s'il connaît les flux de patients et peut coordonner ses capacités avec celles des cantons voisins.

La subdivision de la liste hospitalière en catégories sert à la description de l'offre des spécialités médicales. La définition des tâches qu'un hôpital doit accomplir dans le cadre de la planification cantonale est définie notamment par le biais du mandat de prestations. Le terme de mandat de prestations a été souvent mal compris, comme s'il existait un lien impératif entre l'existence d'un mandat et une obligation d'indemnisation. Ce n'était pas le sens voulu, mis en évidence par la jurisprudence du Conseil fédéral (cf. la décision du Conseil fédéral du 26 mars 1997, dans Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 4/1997, KV 8, p. 220 ss). Il s'agit en fait d'une palette de prestations attribuée à un hôpital par le biais d'un mandat de prestations, et que c'est en fonction de cela que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux. Ainsi compris, le mandat de prestations ne peut en aucun cas constituer une obligation financière pour le canton. Si, en vertu d'un rapprochement entre les art. 39 et 49, al. 3 du projet, tant l'assurance-maladie que les cantons contribuent à rémunérer les prestations fournies par les hôpitaux qui figurent sur la liste des hôpitaux, cela s'apparente de très près à la rémunération d'un mandat, d'un point de vue financier. Il n'est plus nécessaire de compléter la disposition, car la question de la rémunération générale d'un hôpital pour l'accomplissement de son mandat ne se pose plus, si ce sont les prestations qui sont financées et non plus les établissements (objets). D'ailleurs on ne peut pas parler, dans un tel système, de „subventionnement des hôpitaux privés“ dans la mesure où seules sont subventionnées les prestations fournies par un hôpital privé dans le cadre de l'exécution du mandat de prestations fixé par le canton.

Art. 39, al. 4 (nouveau)

Vu l'assimilation ou en d'autres termes la mise sur pied d'égalité des traitements semi-hospitaliers et des traitements hospitaliers (pour les détails cf. art. 49, al. 1, LAMal) en ce qui concerne le règlement du financement, nous proposons une extension relative à la planification, afin que la planification et l'inscription sur la liste constituent, comme cela est déjà le cas pour les hôpitaux, la condition nécessaire pour l'admission des institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers (art. 35,

al. 1, let. i, LAMal). Ce n'est que dans ces conditions que le canton participant au financement des prestations peut s'acquitter de ses responsabilités en matière d'extension ou de réduction et d'entretien des infrastructures et exercer sa tâche de gestion et de coordination.

Art. 41, al. 1

L'assuré peut porter son choix dans le secteur hospitalier sur tous les hôpitaux et institutions des soins semi-hospitaliers qui figurent sur la liste du canton de résidence.

Art. 41, al. 2, let. b

Il faut profiter par ailleurs de clarifier le rapport entre les al. 2 et 3 de l'art. 41 et retenir uniquement, dans l'al. 2, que la personne assurée a le droit de choisir un autre fournisseur de prestations si elle ne peut recourir, pour un traitement déterminé ou en cas d'urgence, à un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence. En résumé, il en résulte que l'assurance-maladie prend en charge les coûts de traitement hospitalier ou semi-hospitalier si le choix se porte soit sur un fournisseur de prestations figurant sur la liste du canton de résidence et apte à traiter la maladie, soit, pour des raisons médicales, sur un autre fournisseur de prestations qui ne figure pas sur la liste du canton de résidence. Dans ce dernier cas également, comme nous nous trouvons dans un système d'assurance autonome, seul un fournisseur de prestations admis selon les règles légales est autorisé à facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie.

Art. 41, al. 3

Cette disposition, dans sa teneur actuelle, oblige le canton de résidence à verser une contribution dans le cas où un traitement n'était pas proposé ou n'était pas indiqué dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics. Les arrêts du TFA que nous avons évoqués ont clarifié la question de savoir dans quelle mesure l'obligation de contribution dépend du lieu du séjour des assurés. Nous proposons dans l'art. 49 d'étendre la règle de financement à toutes les divisions des hôpitaux et à tous les types d'hôpitaux. Le renvoi à l'art. 49 sert à harmoniser les art. 49 et 41. Il doit donc être désormais clairement exposé que le canton de résidence doit prendre en charge la part des coûts due en vertu de l'art. 49 non seulement dans le canton, mais aussi hors du canton, indépendamment de l'inscription d'un hôpital sur sa propre liste. L'obligation de compensation du canton de résidence en cas de traitement ambulatoire fait d'ailleurs l'objet d'un recours auprès du TFA.

Art. 49, titre médian

Comme il est prévu d'appliquer le même régime de financement aux domaines hospitalier et semi-hospitalier, le titre de l'art. 49 doit être adapté en conséquence.

Art. 49, al. 1

Jusqu'ici les tarifs déterminants pour l'assurance-maladie sociale étaient fixés sur la base des coûts d'exploitation imputables. La loi prévoit actuellement que le degré de couverture par l'assurance-maladie sociale des tarifs des hôpitaux publics ou sub-

ventionnés par les pouvoirs publics pour les habitants du canton se monte à 50 % au maximum des coûts d'exploitation imputables de la division commune. La manière de couvrir le solde ne fait l'objet d'aucune prescription. On part néanmoins du principe que, vu leurs obligations en matière d'approvisionnement en soins, les cantons contribuent également pendant l'exploitation au financement de l'infrastructure hospitalière qu'ils ont créée ou encouragée, et en particulier en couvrent les déficits. Il s'ensuit que les cantons financent les institutions comme des objets. Certes, des mandats de prestations sont définis pour les institutions dans les planifications cantonales. L'indemnisation des institutions n'est toutefois pas fonction de leurs prestations, mais des coûts d'exploitation imputables. Aussi, la direction de l'établissement cherche en premier lieu à atteindre l'objectif fixé par le budget et n'est pas intéressée par le caractère économique de la fourniture des diverses prestations.

Afin de corriger l'incitation économique actuel, il y a lieu de passer du système de financement des établissements (objets) à un système basé sur le financement des prestations. A cet égard, on peut envisager divers types de forfaits. On pourrait ainsi avoir les forfaits classiques par cas basés sur des diagnostics (DRG = Diagnosis Related Group) où l'indemnisation fixée de manière prospective se fait en fonction du diagnostic posé (p. ex. une appendicite). Pour les cas qui ne pourraient être classifiés dans une catégorie en fonction du diagnostic, on pourrait plutôt envisager des forfaits selon les soins prodigués, pour lesquels la rémunération couvre toutes les étapes du traitement, comme c'est le cas pour les Patient Management Categories (PMC). Pour les affections polymorbides (et pour les patients de longue durée), par exemple, il est difficile d'établir des forfaits par cas, ceux-ci ne tenant pas suffisamment compte de l'évolution de la maladie, ni des moyens différents mis en œuvre pour chaque cas particulier, qui peut être lié à un traitement médical donné. Dans de tels cas, ainsi que dans la phase transitoire, la différenciation pourrait s'obtenir en recourant au système des forfaits par division. De tels systèmes de rémunération présentent l'avantage d'amener l'argent là où la prestation est effectivement fournie. Ce qui importe pour toutes ces formes de rémunération, c'est qu'elles reposent sur des systèmes de classification uniformes, afin de permettre des comparaisons à l'échelle nationale et une rémunération intercantonale simple, ce qui implique l'application de règles uniformes au plan suisse. Les domaines de prestations doivent pouvoir être subdivisés en différentes catégories de rémunération afin que des systèmes de forfaits différents (p. ex. forfaits par cas, forfaits par division) puissent être appliqués en parallèle pour des prestations différentes, également dans un domaine bien délimité (p. ex. la gynécologie). La coexistence de ces différentes formes de rémunération adaptées aux prestations doit aussi permettre d'éviter que certains traitements soient divisés et imputés sous plusieurs rubriques. Par analogie avec le système prévu par l'art. 43, al. 5, LAMal pour les tarifs à la prestation, il appartient en premier lieu aux partenaires tarifaires d'élaborer des structures correspondantes. Le Conseil fédéral n'interviendra que si cela n'a pas été fait dans le délai qu'il aura fixé (cf. la disposition transitoire ci-après).

Comme cela a été dit plus haut, le projet de révision vise notamment à renforcer, dans le mode de financement du secteur hospitalier, les éléments susceptibles de contribuer à la maîtrise des coûts. L'introduction de la participation aux coûts à l'hôpital poursuivait le même but. Cette mesure devait rendre les assurés plus conscients des coûts et permettre de maîtriser la consommation de prestations médicales non nécessaires. Les assurés ne devaient plus être incités à subir un traitement hospitalier, lorsqu'un traitement ambulatoire ou semi-hospitalier était également envi-

sageable. Cependant, la limite souvent fluctuante entre traitements hospitalier et semi-hospitalier dans le domaine des activités opératoires a eu pour conséquence que l'incitation visant à satisfaire à l'objectif de maîtrise des coûts n'a pas suffisamment été suivie d'effets. La tendance qui s'est dessinée dans les faits a plutôt été celle d'une hospitalisation en particulier de patients dépourvus de couverture d'assurance complémentaire. En conséquence, la marge de manœuvre que la loi laisse aux partenaires tarifaires dans l'aménagement des soins semi-hospitaliers n'est qu'insuffisamment ou pas du tout mise à profit. C'est pour simplifier la délimitation et dans le but de définir des incitations pertinentes que nous proposons d'appliquer à l'avenir au traitement semi-hospitalier le régime de financement du domaine hospitalier. Parallèlement, l'obligation de planifier est également étendue aux institutions des soins semi-hospitaliers, si bien que, dans le cadre de la planification, la frontière existante sous l'angle des traitements entre les secteurs hospitalier et semi-hospitalier devrait s'estomper.

Les partenaires tarifaires en particulier ont des avis divergents sur l'interprétation et la délimitation des notions d'„hospitalier“, de „semi-hospitalier“ et d'„ambulatoire“. Le terme de „traitement semi-hospitalier“ qualifie en particulier le traitement et les soins médicaux prodigués dans des cliniques dites de jour ou de nuit, ou encore dans des institutions de type „one-day-surgery“; une caractéristique-type est le séjour en clinique qui a lieu une ou plusieurs fois et qui est, en principe, de plus courte durée que „24 heures sur 24“ (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991; FF 1992 I 149 s.). Tout comme le traitement hospitalier, le traitement semi-hospitalier nécessite une infrastructure hospitalière, ainsi qu'une surveillance et des soins liés au traitement dans un cadre hospitalier. Un traitement ambulatoire, en revanche, ne requiert ni surveillance, ni soins dans un cadre hospitalier et peut de ce fait en principe aussi être effectué dans un cabinet privé à l'extérieur de l'hôpital. La durée en principe inférieure à 24 heures du traitement semi-hospitalier peut constituer un critère de délimitation par rapport à un traitement hospitalier. Pour certaines interventions, cela peut également avoir pour conséquence la conclusion de forfaits par cas indépendamment du caractère du séjour dans une institution et par là la diminution de l'incitation à prolonger les séjours hospitaliers. Lors de la conclusion de conventions entre partenaires tarifaires sur des forfaits et des forfaits par cas pour les traitements hospitaliers et semi-hospitaliers, des principes se dessineront dans la pratique pour délimiter les secteurs hospitaliers, semi-hospitaliers et ambulatoires. Un problème de délimitation existe en rapport avec les examens qui peuvent être réalisés aussi bien en milieu ambulatoire qu'en milieu hospitalier, mais seulement avec une infrastructure hospitalière. Comme on manque encore, dans l'ensemble de ce domaine, d'une pratique éprouvée et que les écarts sont grands entre les régions, la définition sera maintenue à l'échelon de l'ordonnance. Cette option présente l'avantage de permettre de tenir plus facilement compte de changements éventuels rendus nécessaires, au fil du temps, par les développements de la médecine.

Art. 49, al. 2

Cet alinéa reprend la possibilité, prévue jusqu'à maintenant également par l'art. 49, al. 2, LAMal, d'une tarification séparée de certaines prestations diagnostiques et thérapeutiques spéciales, rarement fournies et demandant des moyens importants (p. ex. des mesures complexes ou le recours à une coûteuse technologie de pointe). Les coûts de telles prestations supplémentaires ne seront donc facturés qu'aux assu-

rés qui les occasionnent effectivement. Les prestations sont cependant soumises aux mêmes règles de financement (voir l'art. 49, al. 3, ci-après).

Art. 49, al. 3

La règle de financement de l'art. 49, al. 1, a pour conséquence qu'il existe aujourd'hui peu de marge de manœuvre pour s'entendre sur les tarifs des traitements hospitaliers, en ce sens que les coûts imputables pour la tarification sont déterminés et que la marge de négociation est réduite à la délimitation exacte des coûts imputables et des surcapacités, ainsi qu'au niveau du degré de couverture des coûts. La part des cantons au financement des hôpitaux ayant encore diminué après l'entrée en vigueur la LAMal – elle se monte actuellement sur le plan suisse à environ 50 % – la marge de manœuvre, disponible au moment de l'entrée en vigueur de la loi, est aujourd'hui minime. La couverture des coûts est en outre garantie indépendamment du rapport coûts/prestations, ce qui est en contradiction avec l'idée de concurrence de la loi.

C'est pourquoi les tarifs ne correspondront plus à une part de la couverture des coûts imputables mais à la rémunération des prestations fournies par l'hôpital. Ces rémunérations devront être prises en charge à parts égales par les assureurs et par le canton de domicile de l'assuré. Pour des raisons de politique sociale, les cantons doivent toutefois avoir la liberté de financer séparément certaines prestations, définies de manière prospective, telles que les surcapacités voulues ou le service des urgences. A l'avenir, les coûts d'investissement devront également être inclus dans le financement, ceci avant tout parce qu'une séparation stricte des coûts d'exploitation et des coûts d'investissements donne une image, dans le cadre du financement des hôpitaux, qui ne correspond pas à la pratique de l'économie d'entreprise. Toutefois, la rémunération n'englobera aucune part des coûts relevant de la formation et de la recherche. L'interdiction explicite de prendre en compte dans le calcul du tarif la part de coûts résultant d'une surcapacité est supprimée. Cela n'implique pas pour autant que cela soit possible dans le futur; au contraire, les tarifs devront être calculés à l'avenir également de manière économique (art. 43, al. 4, LAMal).

Cette réglementation fixe l'obligation de financement des cantons dans la loi. Parallèlement, cette nouvelle règle de financement sera étendue aux organismes privés, parce qu'il faut partir du principe que, lorsqu'elles sont inscrites sur les listes cantonales, les institutions privées sont nécessaires pour couvrir les besoins en soins de la population. Cette réglementation place ainsi la totalité des capacités destinées à couvrir les besoins hospitaliers sous le même régime de financement. Elle permet, d'une part, l'égalité de traitement entre tous les hôpitaux nécessaires à la couverture des soins de la population et évite, d'autre part, des distorsions de concurrence qui se manifestent lorsqu'une partie seulement des institutions reçoit des subventions des pouvoirs publics à titre de rémunération pour le mandat qui leur est confié.

La suppression proposée de la notion de „division commune“ conduit à supprimer également la différenciation selon le lieu du séjour des assurés. A la suite des arrêts du TFA cités plus haut, le même système doit aussi être appliqué à l'hospitalisation intracantonale. A l'avenir, la prise en charge des coûts tant par les assureurs-maladie que par les pouvoirs publics dépendra uniquement de la question de savoir si le fournisseur de prestations est admis et apte à traiter la maladie.

Art. 49, al. 5

La notion de „division commune“ sera également supprimée ici. On constate en outre que grâce au système d'assurance autonome, les prestations des hôpitaux prévues par la présente loi seront intégralement rémunérées selon la règle de financement définie aux al. 1 et 2 de l'art. 49. Les factures supplémentaires qui sortent de ce cadre, comme les honoraires supplémentaires pour des prestations médicales prodiguées lors d'un séjour en division privée, sont donc exclus, pour autant qu'il s'agisse de prestations couvertes par la loi. Il est ainsi tenu compte du principe de la protection tarifaire (art. 44 LAMal) dans le domaine hospitalier. Il va de soi qu'il est possible, comme pour le séjour, d'assurer les prestations non couvertes dans le cadre de la LAMal selon le droit des assurances privées.

Art. 49, al. 6

La notion de „semi-hospitalier“ sera supprimée en raison de la proposition visant à affecter le traitement semi-hospitalier au domaine hospitalier.

Art. 49, al. 7

Pour encourager l'esprit de concurrence et une gestion basée sur des principes d'économie d'entreprise, les hôpitaux devront travailler davantage selon les lois du marché. C'est pourquoi, il faut insister dans cette disposition sur le fait que les hôpitaux, comme les institutions des soins semi-hospitaliers, doivent disposer des instruments de gestion nécessaires. L'actuel art. 49 LAMal mentionne dans son al. 6 la comptabilité analytique et la statistique des prestations en tant qu'instruments pour le calcul des coûts et le classement des prestations. La signification de cet alinéa est toutefois différente selon la version que l'on consulte. Alors que la version allemande parle de „Kostenstellenrechnung“, la version française se réfère à la „comptabilité analytique“ et la version italienne à la „contabilità analitica“. Si l'on part de la définition du terme utilisé en français et en italien, ce dernier comprend la comptabilité par coûts par nature [Kostenartenrechnung], par centres de coûts [Kostenstellenrechnung] et par unités finales d'imputation [Kostenträgerrechnung]), c'est-à-dire la „Kostenrechnung“. Il n'est pas contesté que les buts de la loi ne sauraient être atteints par le seul biais d'une „Kostenstellenrechnung“. Pour parvenir à une séparation claire entre les coûts des prestations couvertes par la LAMal et ceux des prestations supplémentaires non couvertes, des bases plus complètes sont avant tout nécessaires. En raison de la teneur actuelle des versions en français et en italien et en vue d'une réalisation judicieuse des objectifs poursuivis par la loi, il apparaît d'une part indiqué de remplacer, dans la version allemande, le terme de „Kostenstellenrechnung“ par celui de „Kostenrechnung“. D'autre part, il est nécessaire de laisser une marge de manœuvre suffisante et de permettre un jugement global de la gestion de l'entreprise et pas seulement une manière de voir limitée à la comptabilité analytique et à la statistique des prestations. Avec l'introduction de la notion d'„instruments de gestion“, les exigences sont fixées de manière plus large et laissent de la place pour un développement futur.

Dans la version actuelle, on ne parle que d'hôpitaux. Etant donné qu'à l'avenir les institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers devront être soumises au même régime de financement, elles seront traitées de manière analogue aux hôpitaux en ce qui concerne la gestion de l'entreprise.

Art. 49, al. 8

Les exigences fixées selon l'art. 49, al. 7 en matière de gestion de l'entreprise pour les institutions prodiguant des soins semi-hospitaliers, sont également valables en ce qui concerne les comparaisons entre institutions. Dans ce cas également les deux types d'institutions doivent être placées sur pied d'égalité. De plus, les versions en français et en italien du texte de la loi ne correspondent pas à la version en allemand. Dans le texte en français, on parle de „comparaison des frais d'exploitation“, alors que la version en allemand indique „Betriebsvergleiche“, c'est-à-dire des comparaisons entre institutions; le texte en italien mentionne quant à lui „studio comparativo delle gestioni ospedaliere“. En raison du fait que seul le jugement global de la gestion de l'entreprise permet de tirer des conclusions appropriées et que de surcroît les coûts d'investissements seront nouvellement inclus dans le calcul des tarifs, tant la version en français (nouveau: „comparaisons entre institutions“) que la version en italien (nouveau: „comparazioni tra istituti“) doivent être adaptées.

Art. 50

Compte tenu de la nouvelle numérotation des alinéas de l'art. 39, la référence à l'al. 3 sera remplacée par celle figurant à l'al. 4.

Art. 51, al. 1

Il y a également lieu dans ce nouvel article de placer sur pied d'égalité les institutions des soins semi-hospitaliers avec les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. De plus, il faut également adapter ici la référence à l'art. 49 en tenant compte de la numérotation de celui-ci.

Art. 52, al. 1, let. b

A la suite de la motion „Maladies rares et médicaments orphelins (98.3550)“ déposée par le Conseiller national Scheurer, le 3 décembre 1998, plusieurs simplifications ont été prévues dans le projet de loi sur les agents thérapeutiques en ce qui concerne l'autorisation de mise sur le marché des médicaments orphelins (Orphan Drugs). Figurent, parmi ces mesures, selon le message du Conseil fédéral du 1^{er} mars 1999 relatif à la loi sur les agents thérapeutiques, une autorisation de mise sur le marché facilitée (p. ex. la prise en considération des dossiers d'examen établis dans un autre pays, des décisions d'autorités étrangères ou des expériences de médecins spécialisés dans ce domaine) et la possibilité de renoncer à la perception d'émoluments. La demande de l'auteur de la motion ayant ainsi été prise en compte, le Conseil national a classé la motion Scheurer le 19 mars 1999. Les dispositions d'application de la loi sur les agents thérapeutiques doivent encore être élaborées. De plus, l'utilisation de nouveaux médicaments prometteurs mais non encore admis pour le traitement de ces maladies peut être autorisée pendant une durée limitée si ces médicaments présentent un intérêt pour des patients touchés par des maladies qui mettent leur vie en danger. Même si l'autorisation de mise sur le marché est facilitée, il reste cependant que l'on ne peut exiger le dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché des médicaments orphelins. A cela s'ajoute le fait que la Suisse ne peut pas reprendre les systèmes d'incitation tels que ceux qui ont été créés par l'Union européenne sur la base du Règlement (CE) N° 141/2000 du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins. Comme l'indique le Conseil fédéral dans sa prise de position au sujet de la motion Scheurer, la Confédé-

ration ne peut contribuer à l'encouragement, à la fabrication et à la commercialisation des médicaments orphelins que par le biais d'une participation de la Suisse à des projets de recherche de l'UE et par des changements au niveau de la loi sur les agents thérapeutiques qui visent à faciliter l'autorisation de mise sur le marché.

L'assurance obligatoire des soins ne rembourse pas les médicaments orphelins qui ne bénéficieraient pas d'une autorisation de mise sur marché, car il s'agit de médicaments qui ne figurent pas sur la liste des spécialités et de ce fait, ne constituent pas des prestations obligatoires. Les assureurs-maladie ne pourraient pas, même s'ils le désiraient, fournir des prestations à titre volontaire pour des médicaments orphelins, car aucune autre prestation que celles prévues dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ne peut être prise en charge (art. 34, al. 1, LAMal). Il est donc indispensable de compléter l'art. 52, al. 1, let. b, LAMal, en indiquant que la liste des spécialités doit également comprendre des médicaments importants pour des maladies rares. L'application de la disposition y relative doit s'effectuer en créant un chapitre à part dans la liste des spécialités et en renonçant à la perception d'émoluments.

Art. 53

En raison de la nouvelle numérotation de l'art. 49, les renvois correspondants seront adaptés.

L'ensemble de l'art. 53 LAMal relatif aux voies de recours fait actuellement l'objet d'un examen tout d'abord quant à sa compatibilité avec la Convention européenne des droits de l'homme, ensuite en relation avec la volonté de décharger le Conseil fédéral de ses fonctions juridictionnelles dans le cadre de la réforme de la justice et du projet de révision de la loi d'organisation judiciaire (RS 173.110). L'art. 53 LAMal pourrait donc être adapté à la suite de la présente révision de la LAMal.

Art. 59, al. 1

Une alternative à la suppression de l'obligation de contracter, qui a avant tout pour but d'exclure du cercle des fournisseurs de prestations les „moutons noirs“, est le renforcement des instruments déjà existants. Les expériences réalisées jusque-là en relation avec l'exclusion des fournisseurs de prestations d'après l'art. 59 montrent que ce moyen n'est utilisé qu'avec beaucoup de retenue. Il y a avant tout deux raisons à cela. D'une part, cela peut avant tout s'expliquer par les moyens importants que doivent mettre en œuvre les assureurs pour apporter la preuve de manquements graves aux dispositions de la LAMal par les fournisseurs de prestations. D'autre part, la pratique des tribunaux en relation avec la question de la polypragmasie, c'est-à-dire du traitement non économique (art. 56 LAMal), est également réservée. Pour apporter la preuve de cette dernière, on recourt aujourd'hui la plupart du temps à une méthode statistique comparative, critiquée par les fournisseurs de prestations, qui consiste à comparer la moyenne des coûts de traitement des médecins exerçant la même spécialité avec une population de patients comparable.

Pour parvenir à un renforcement de l'instrument de l'art. 59, nous proposons que l'exclusion d'un fournisseur de prestations puisse être demandée par un assureur ou une fédération d'assureurs, après un avertissement préalable approprié.

Art. 59, al. 2 (nouveau)

Il s'agit d'une énumération exemplative et partant non exhaustive, d'où l'utilisation de l'adverbe „notamment“. Elle comprend les principaux et les plus graves manquements aux exigences des art. 56 et 58 LAMal tels qu'ils apparaissent en l'état actuel de la législation. Il y a lieu de considérer que ces manquements ne lèsent pas seulement les patients en tant que consommateurs individuels par le biais de la participation aux coûts et de la franchise, mais également en tant que membres d'une mutuelle de risques, et partant portent atteinte au système d'assurance-maladie sociale dans son intégralité. Selon l'al. 2, constituent notamment des raisons graves au sens de l'al.1 la polypragmasie (let. a), l'inexécution ou à la mauvaise exécution du devoir d'information selon l'art. 57, al. 6 (let. b), l'obstruction aux mesures de contrôle de qualité prévues à l'art. 58 (let. c), le non-respect de la protection tarifaire au sens de l'art. 44 (let. d), la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56, al. 3 (let. e) et la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité (let. f).

Art. 59, al. 2, let. a (nouvelle)

Selon l'art. 56, al. 1, LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Si le fournisseur de prestations enfreint cette obligation, il y a polypragmasie, soit surconsommation médicale, et donc non-respect du principe du caractère économique du traitement consacré par la LAMal. Selon une jurisprudence constante du TFA, on peut conclure à la polypragmasie „lorsqu'un nombre important de factures du même médecin à un assureur-maladie sont en moyenne considérablement plus élevées que les notes d'honoraires de médecins exerçant leur activité dans le même rayon géographique et ayant une clientèle à peu près égale, sans que les particularités qui influencent la moyenne puissent être invoquées“ (RJAM 1982 p. 131). Pour cela, on recourt à la méthode statistique qui consiste à comparer la moyenne des frais de traitements d'un médecin suspect de polypragmasie avec la moyenne des frais de traitements de ses confrères exerçant dans les mêmes conditions. Cette méthode implique que le matériel de comparaison soit suffisamment semblable, que la comparaison s'étende sur une période suffisamment longue pour éliminer les différences fortuites et que les relevés statistiques s'effectuent selon les mêmes critères. La jurisprudence du TFA n'a pas seulement posé que la méthode statistique était suffisante à elle seule pour trancher de l'existence ou de l'absence de polypragmasie, mais elle a fini par considérer le résultat élevé obtenu par le médecin non plus simplement comme un indice, mais comme un mode de preuve de polypragmasie. Le dépassement de la moyenne statistique ne doit pas être considéré comme un élément constitutif de la polypragmasie mais uniquement comme un moyen de preuve. L'existence d'un indice statistique des frais des traitements moyens considérablement plus élevés chez le médecin suspect d'exercice non économique que chez ses confrères et consœurs de l'échantillon comparatif vaut preuve de polypragmasie selon le TFA.

Art. 59, al. 2, let. b (nouvelle)

La LAMal attribue au médecin-conseil un rôle important pour le contrôle des prestations et des frais. Sa position y a été renforcée par rapport à l'ancienne loi (LAMA). Ainsi, pour pouvoir être désignés, les médecins-conseils doivent satisfaire non seulement aux conditions d'admission prévues à l'art. 36 LAMal comme tout

autre médecin, mais il doit également avoir pratiqué dans un cabinet médical ou avoir exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins. (art. 57, al. 1). L'art. 57, al. 6, prescrit que les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches. Le rôle de ces derniers consiste à donner leurs avis à l'assureur sur des questions médicales, ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs et notamment à examiner si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (al. 4). Dans la mesure où un fournisseur de prestations ne satisfait pas ou qu'imparfaitement à son obligation d'information à l'égard du médecin-conseil, celui-ci se voit dans l'impossibilité de remplir le mandat qui lui incombe de par la loi et de s'assurer ainsi du caractère économique et de la garantie de la qualité du traitement fourni à l'assuré. En ce sens, l'inexécution ou la mauvaise exécution de cette obligation porte une grave atteinte au système de l'assurance-maladie sociale.

Art. 59, al. 2, let. c (nouvelle)

L'art. 58, al. 1, prescrit que le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge et qu'il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions. Faisant usage de cette disposition, le Conseil fédéral a prescrit à l'art. 77 OAMal que les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. L'al. 3 de l'art. 58 stipule en outre que le Conseil fédéral détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses. En ne se soumettant pas aux conceptions ou aux programmes élaborés par ses confrères ou son association professionnelle en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité ou aux mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations, le fournisseur de prestations rend impossible le contrôle de la garantie de la qualité et du caractère économique des prestations qu'il fournit. Il porte de ce fait non seulement gravement atteinte au système de l'assurance-maladie sociale mais surtout ne permet pas un contrôle de la qualité des prestations qu'il fournit à ses patients, ce au détriment de leur santé.

Art. 59, al. 2, let. d (nouvelle)

La protection tarifaire au sens de l'art. 44 signifie que les fournisseurs de prestations doivent premièrement, lors de la facturation, respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente et deuxièmement qu'ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal. Ce dernier point est important pour les assurés, notamment dans le système du tiers garant où les assurés sont les débiteurs de la rémunération, mais aussi dans le système du tiers payant où l'assureur est le débiteur direct, les assurés ne risquant alors pas de recevoir une facture supplémentaire pour des prestations accordées selon la LAMal. Le système uniforme de protection tarifaire est destinée à sauvegarder l'égalité de traitement des assurés. En ne respectant pas les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente pour les prestations fournies en

application de la LAMal, lesquels sont censés couvrir les coûts des prestations fournies, le fournisseur de prestations s'enrichit non seulement illégitimement, mais porte aussi gravement atteinte au système de l'assurance-maladie sociale, en particulier au principe de l'égalité de traitement entre assurés. En effet, dans la mesure où elles n'auraient pas les moyens de payer le supplément, les personnes à faible revenu ne pourraient pas se faire soigner et n'auraient ainsi pas accès au système d'assurance-maladie sociale qui garantit un accès aux soins adéquats à toutes les personnes domiciliées en Suisse, qu'elles soient jeunes ou âgées, riches ou de condition économique modeste.

Art. 59, al. 2, let. e (nouvelle)

L'art. 56, al. 3, prescrit que le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat (let. a) ou de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens ou des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (let. b). En ne le faisant pas, le fournisseur de prestations s'enrichit illégitimement au dépens de l'assuré dans le système du tiers garant ou de l'assureur dans le système du tiers payant et porte ainsi également gravement atteinte au système d'assurance-maladie sociale.

Art. 59, al. 2, let. f (nouvelle)

L'art. 42, al. 3, stipule que 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 pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. En manipulant frauduleusement des décomptes ou en produisant des attestations contraires à la vérité, le fournisseur de prestations ne permet pas à l'assureur de vérifier le calcul de la rémunération et surtout le caractère économique des prestations qu'il fournit. A relever que ces agissements sont également réprimés par l'art. 251 du code pénal du 21 décembre 1937 (RS 311.0) comme faux dans les titres.

Art. 61a (nouveau)

Il ressort de l'expérience des assureurs-maladie, que les arriérés de primes et autres ont fortement augmenté depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et qu'il existe un rapport de causalité entre la multiplication des cas d'arriérés de paiement et le principe établi par l'art. 9, al. 2, OAMal, qui subordonne la possibilité de suspension à l'engagement d'une procédure de poursuite et à l'existence d'un acte de défaut de biens contre l'assuré en demeure. Les chiffres des assureurs confirment que les arriérés de paiement augmentent chaque année dans des proportions jugées problématiques. Compte tenu de cette tendance et vu la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances concernant l'art. 9, al. 3, OAMal (selon le TFA, l'absence de base légale formelle rend possible le changement d'assureur sans égard aux arriérés de primes ou de participation aux coûts), il est judicieux de fixer dans la loi une disposition réglant l'obligation de payer les primes et les conséquences en cas de retard.

Complétant l'art. 61, l'art. 61a prévoit une procédure de rappel écrite que l'assureur doit engager contre les assurés en demeure avant de suspendre ses prestations à l'égard de ces derniers. Le fait que la procédure de rappel ne donne lieu à aucun

paiement constitue une condition suffisante pour la suspension des prestations. La procédure de poursuite n'en est pas pour autant laissée de côté; comme le prévoit déjà le droit actuel, cette dernière est applicable pour l'encaissement des primes échues ou la participation aux coûts. La deuxième phrase de l'al. 2 garantit que les autorités cantonales soient informées suffisamment tôt des arriérés de paiement des assurés en demeure. Cette disposition sert en outre à protéger l'assuré. L'al. 3 correspond à la réglementation de l'art. 9, al. 2, 2^e phrase, OAMal. Il est ainsi garanti qu'un retard de paiement n'entraîne pas de lacune dans la couverture d'assurance. L'al. 4 apporte une autre nouveauté en ce sens qu'il prévoit que les assurés en demeure ne pourront plus échapper à la suspension des prestations en changeant d'assureur au moment opportun, et se faire ainsi payer des prestations avant d'avoir réglé leurs arriérés, contrairement aux assurés en demeure qui n'auront pas changé d'assureur. Cette conséquence du retard de paiement se justifie à deux titres: premièrement, parce que depuis les arrêts du TFA du 29 juin 1999 relatifs à l'art. 9, al. 3, OAMal (dont un arrêt publié dans: Office fédéral des assurances sociales: Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents, RAMA 5/1999, p. 444 ss et ATF 125 V 266 ss), il est possible de changer d'assureur même en cas d'arriérés de paiement et, deuxièmement, parce que, en l'état actuel du droit, les primes et les participations aux coûts qui ne peuvent être encaissées qu'avec un très grand retard voire pas du tout ont pris des proportions telles qu'elles ne peuvent pas être absorbées sans causer de problèmes. Cette disposition protège la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés.

Art. 62, al. 3

Du fait du déplacement du contenu de l'art. 105, il y a lieu de se référer à l'art. 66a.

Art. 66a (nouveau)

Comme mentionné plus haut, le Conseil fédéral ne veut pas compléter la compensation des risques avec de nouveaux critères, mais souhaite supprimer la limitation de la durée de la compensation des risques fixée dans l'actuel art. 105, al. 4. La raison d'une telle mesure est avant tout le renforcement des formes particulières d'assurance. Ces dernières impliquent le danger d'une sélection des risques, si des groupes précis d'assurés affluaient auprès d'un assureur, ce qui aurait pour effet de déséquilibrer à nouveau la structure des risques des assureurs. C'est la raison pour laquelle, le caractère social du système ne peut être préservé, également à long terme, que par le biais d'une compensation de ce risque. Pour que la compensation des risques puisse être transférée dans le droit ordinaire, la réglementation y relative ne devra plus mentionner dans les dispositions transitoires, mais figurera dans le Chap. 5 „Financement“.

Art. 79, al. 2^{bis} (nouveau)

L'art. 79 LAMal accorde un droit de subrogation à l'assureur contre les tiers responsables conformément aux dispositions correspondantes des autres lois régissant les assurances sociales. Dans le domaine hospitalier, en raison de la répartition des coûts prévue à l'art. 49, al. 3, LAMal, le financement des prestations de l'assurance-maladie est également assurée par des recettes fiscales. Si le canton de résidence – soit le canton qui finance – n'avait pas le droit de réclamer auprès des tiers respon-

sables la part des coûts qu'il a couverte indépendamment du lieu du traitement, lesdits tiers deviendraient les bénéficiaires de la protection tarifaire selon l'art. 44, al. 1, et des avantages tarifaires de l'assurance-maladie sociale. De cette manière, le contribuable supporterait une partie des dommages-intérêts, ce qui ne se justifie pas (cf. sur la question: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, Eugster, Berne 1999, N 401).

Le Conseil fédéral considère qu'il serait choquant que, du fait du mode de répartition des coûts dans le domaine hospitalier, des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par l'impôt. Il propose donc d'ajouter à l'art. 79 un al. 2^{bis} qui confère également au canton de résidence le droit de recours qui est accordé aux assureurs contre les tiers responsables pour les contributions qu'il verse en vertu des art. 49, al. 1 et 3, et 41, al. 3, LAMal. Il renonce toutefois à prendre en compte les communes, car celles-ci ne sont pas mentionnées explicitement dans la LAMal.

Cette modification ne créera pas de nouveaux droits contre les tiers responsables, car on ne peut accepter que, en raison d'accords tarifaires conclus entre assureurs et fournisseurs de prestations, soient convenus des tarifs à la charge de l'assurance-maladie sociale pour les cas de responsabilité civile, qui soient plus élevés que les tarifs ordinaires.

Art. 104a, al. 2

En raison de la nouvelle numérotation de l'art. 49, le renvoi à l'al. 6 est remplacé par le renvoi à l'al. 7.

Art. 105

Cet article est biffé du fait du déplacement du contenu dans l'art. 66a (*nouveau*).

Dispositions transitoires

La nouvelle obligation imposée aux assureurs de proposer dans l'ensemble de leur domaine d'activité des formes particulières d'assurance nécessite un certain temps de préparation, car ces modèles ne bénéficient aujourd'hui que d'une diffusion limitée. Une période transitoire est donc nécessaire pour parvenir à la conclusion des contrats correspondants avec les fournisseurs de prestations. Par ailleurs, il est concevable de prévoir un délai d'adaptation de deux ans au maximum.

Les structures tarifaires pour les domaines hospitalier et semi-hospitalier proposées à l'art. 49, al. 1, ne peuvent être établies par les partenaires tarifaires dès l'entrée en vigueur de la modification de la loi. C'est pourquoi il semble opportun d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de fixer un délai d'introduction. Etant donné que les bases de calcul sur lesquelles reposeront les systèmes de forfaits en sont à des stades de développement inégaux dans divers domaines, l'introduction devra en plus pouvoir se faire par paliers. De plus, les investissements dont il n'a pas été tenu compte jusqu'à maintenant dans les tarifs, doivent être pris en considération dans le calcul des tarifs selon une méthode uniforme afin d'assurer un minimum de transparence et d'unité. Il appartiendra au Conseil fédéral de fixer cette méthode.

Pour éviter des répercussions abruptes, les parts de financement seront adaptées progressivement dans les cantons jusqu'à ce que l'on ait atteint une rémunération des prestations conforme à l'art. 49, al. 3, soit pour moitié par les assureurs et pour

moitié par le canton. En se basant sur les parts calculées dans le tableau 6 en annexe pour l'année 1998, la part de l'assurance-maladie à la rémunération ou, le cas échéant, celle du canton, sera relevée, par paliers de 1 %, jusqu'à ce qu'elle atteigne les 50 % prescrits.

4 Conséquences économiques

Cette révision partielle contient de nouvelles incitations ou renforce celles qui ont été introduites avec l'entrée en vigueur de la LAMal. Les effets économiques découlant à moyen terme des changements de comportement escomptés sont impossibles à quantifier avec précision. C'est pourquoi ce chapitre décrit les changements de comportements attendus plus qu'il ne les quantifie. Il n'a été possible d'évaluer que les transferts de charge entre les différents agents payeurs, en appliquant les nouvelles règles de financement aux secteurs hospitalier et semi-hospitalier sur la base des coûts actuels.

4.1 Nécessité et possibilité d'une intervention de l'Etat

Aménagement du système actuel

La révision du système de financement des hôpitaux n'entend pas remettre en cause les principes fondamentaux du système actuel. La révision vise à lever certaines ambiguïtés qui perturbent le fonctionnement de la loi et à renforcer plusieurs des mécanismes d'incitation à la maîtrise des coûts qui sont déjà inclus dans le système (cf. ch. 2.1). La simplification des règles de financement et le gain de transparence qui en résultera dans le secteur hospitalier permettra une meilleure prise de conscience des coûts effectifs et des responsabilités. Cette révision vise le court et le moyen terme. Dans une perspective à plus long terme, on peut fort bien discuter d'un changement de système dans le domaine du financement des hôpitaux, mais cela nécessite, d'une part, l'observation sur une période suffisamment longue des effets de la LAMal dans le domaine hospitalier et, d'autre part, suffisamment de temps pour construire un consensus politique sur un changement de système et pour le mettre en place. A cet égard, le système de réduction des primes pour les assurés de condition économique modeste a montré la grande difficulté à appliquer de manière efficace au niveau des cantons des principes pourtant approuvés lors de la révision de l'assurance-maladie.

Accès au marché

Dans le domaine de la santé, le marché est caractérisé par le fait que l'offre détermine largement la demande et que les prix ne jouent pas de rôle direct pour le consommateur/assuré. Pour des raisons de politique sociale, le système doit en outre garantir l'accès de l'ensemble de la population à une offre en soins de haut niveau. L'utilisation rationnelle des ressources plaide en faveur d'un rôle directeur de l'Etat en matière de planification des infrastructures (mise à disposition des capacités nécessaires en fonction des besoins effectifs, coordination intra et intercantonale). L'extension de la planification des cantons aux divisions (semi-)privées se justifie dès lors entièrement, car c'est la seule façon de limiter plus efficacement l'offre

globale dans les secteurs hospitalier et semi-hospitalier qui est aujourd'hui encore excédentaire.

En unifiant les règles de subventionnement et de rémunération pour tous les hôpitaux inscrits sur la liste cantonale, la modification proposée permettrait de placer hôpitaux publics et hôpitaux privés sur pied d'égalité. Dans le cadre de la LAMal, chaque hôpital pourra désormais se profiler sur le marché hospitalier et semi-hospitalier aux mêmes conditions.

Dans l'idéal, seules les règles du marché et de la concurrence devraient déterminer l'accès au marché. On pourrait alors regretter que la révision augmente la sphère d'influence de l'Etat par l'extension de sa participation au financement et l'importance accrue de la planification. La modification proposée introduirait toutefois, dans le cadre ainsi fixé, plus de concurrence au niveau de la fixation des tarifs. Dans un „marché“ où la demande est dans une large mesure induite par l'offre, dans lequel une grande partie des prix sont fixés par les autorités et où le consommateur ne paie pas directement les frais liés à la prestation consommée, il y a lieu d'adapter les règles de participation au „marché“ à cette situation particulière.

4.2 Impact sur les différents acteurs

Assureurs sociaux

Les calculs de l'Office fédéral de la statistique indiquent que la couverture des coûts d'exploitation des hôpitaux (publics ou privés) est supportée selon le régime en vigueur, en moyenne, à raison de 50 % par l'assurance-maladie sociale et de 50 % par les cantons. La situation varie selon les cantons. Si tous les cantons se tiennent à leur part de financement de 50 % des rémunérations, cette révision entraînera un transfert de charge dans la plupart d'entre eux (voir annexe, tableaux 5 et 6). L'assurance-maladie sociale aura également à prendre en charge sa part de 50 % aux dépenses d'investissement, ce qui représentera un autre transfert de charge des cantons vers l'assurance-maladie obligatoire de 400 millions de francs (annexe, tableau 2). L'assurance-maladie sociale sera par contre déchargée d'au moins 210 millions, mais plus vraisemblablement de 250 millions de francs dans le domaine des prestations semi-hospitalières (annexe, tableau 3), les cantons participant désormais aussi à leur financement à raison de 50 %. Au total, l'assurance-maladie sociale supportera des charges supplémentaires pour un montant de 150 millions de francs, ce qui représente, par rapport aux dépenses actuelles qui s'élèvent à 3571 millions de francs dans le domaine hospitalier (1998), une hausse de 4,2 %. En tenant compte des dépenses totales de l'assurance-maladie sociale (14 milliards de francs en 1998), cela représente en théorie une hausse du besoin de financement (reporté sur les primes) de l'ordre de 1 %.

A moyen terme, la révision permettra aux assureurs sociaux de jouer davantage sur les nouvelles règles de concurrence entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés (cf. ch. 4.1), ce qui, grâce au nouveau système de rémunération, leur permettra de passer à l'avenir des conventions tarifaires plus favorables. Les cantons en seront aussi bénéficiaires (ils financeront 50 % de la rémunération des prestations). Grâce à la concurrence entre fournisseurs de prestations, la hausse initiale des charges de l'assurance-maladie obligatoire devrait progressivement faire place à des économies.

Cantons

Les nouvelles règles de couverture des coûts d'investissement allègeront les cantons d'une charge d'environ 400 millions de francs. Les dépenses augmenteront de leur côté du fait des subventions versées aux divisions privées et semi-privées (et pour les prestations semi-hospitalières. Il pourrait en résulter une hausse des coûts à la charge des cantons d'un peu plus de 1 milliard de francs environ (cette estimation comporte toutefois de grosses incertitudes), soit, sur la base des coûts hospitaliers supportés par les cantons pour l'année 1998 (4300 millions de francs), une augmentation de l'ordre d'environ 27 %. Face à cette hausse relativement forte, il y a lieu de rappeler (cf. ch. 2.1) que les cantons auraient assumé un surplus de charge équivalent à 1400 millions de francs en 1998 s'ils avaient pris en charge la même part au financement des hôpitaux qu'en 1991. En outre, il faut mentionner que durant ces dernières années la part des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire a continuellement baissé, tendance dont il n'est pas possible de prévoir la fin. C'est pourquoi, il faut s'attendre à un transfert des coûts des assurés privés vers les cantons également indépendamment de la présente révision. De plus, les cantons bénéficieraient d'un allègement d'environ 320 millions de francs, du fait du mode de partage fixe des coûts.

La révision donne dans le même temps aux cantons un instrument plus efficace de planification hospitalière et semi-hospitalière (cf. ch. 27). La planification devrait permettre de réduire l'offre plus efficacement et de soulager ainsi les charges des cantons à plus long terme. Le nouveau modèle de rémunération à la prestation (cf. ch. 29) devrait provoquer une pression sur les prix, et partant conduire progressivement à une diminution des dépenses cantonales. En leur qualité d'arbitre tarifaire et de partie au financement, les cantons seront incités à faire pression pour que les tarifs correspondent à la réalité du marché et demeurent aussi peu élevés que possible pour un mandat de prestations donné. La révision n'exclut cependant pas l'éventualité qu'un canton ait à couvrir l'éventuel déficit d'un hôpital public par ses ressources fiscales, même si en principe cela ne devrait plus se produire.

Cette révision partielle introduit un droit de recours du canton contre les tiers responsables. Ce droit de recours vise à décharger les cantons du paiement d'une part des coûts de la santé induits par des tiers responsables.

Assureurs privés

Une part des frais des prestations hospitalières intracantonales imputables actuellement selon l'art. 49, al. 1, LAMal, est prise en charge par une assurance complémentaire. Les coûts de ces prestations, qui n'auront plus à être couverts par les primes de l'assurance complémentaire parce qu'ils seront également financés par des subventions (cf. ch. 3), sont évalués à environ 1200 millions de francs. Par rapport au chiffre d'affaires, évalué à 3100 millions de francs, cela représente une diminution de 38 %. Une diminution de même ampleur des primes pour les prestations de l'assurance complémentaire pourrait stimuler la demande pour ce produit (effet prix), mais il faut également tenir compte des effets de la révision sur l'assurance-maladie sociale et la charge fiscale (effet revenu).

Hôpitaux

Sur le plan du financement, la modification proposée met sur pied d'égalité les hôpitaux publics et les hôpitaux privés figurant sur la liste cantonale et modifie par conséquent les conditions de concurrence entre ces deux types d'hôpitaux. La recherche concentrée dans les hôpitaux publics et les éventuelles différences de conditions de travail qui règnent dans les hôpitaux publics et privés pourraient influencer sur la compétitivité des différentes institutions. Sous la pression de la concurrence, on peut cependant s'attendre à une convergence du rapport qualité-prix des prestations entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés à un niveau plus élevé.

Institutions des soins semi-hospitaliers

En prévoyant que les cantons subventionnent les prestations semi-hospitalières, la révision partielle élimine la différence artificielle du prix des prestations selon qu'elles étaient effectuées en milieu hospitalier ou semi-hospitalier. Il faut pourtant se demander si le fait qu'il n'y ait plus d'avantage pour le canton, du point de vue du financement, à ce qu'un traitement soit effectué en milieu semi-hospitalier – qui sera certes plus économique, mais qui devra selon la modification proposée également être subventionné – plutôt qu'en milieu hospitalier subventionné, n'équivaut pas, pour les hôpitaux publics, à une suppression de la principale incitation au développement de ce secteur. En revanche, au regard des coûts qu'il serait appelé à subventionner, le canton pourrait trouver un intérêt à ce que les traitements soient effectués en milieu semi-hospitalier.

Médecins

Le fait que le subventionnement des traitements hospitaliers sera étendu aux hôpitaux privés et aux divisions (semi-)privées ne devrait pas constituer un désavantage concurrentiel pour les traitements ambulatoires non subventionnés. La distinction entre les traitements hospitaliers ou semi-hospitaliers d'une part, et les traitements ambulatoires effectués dans un hôpital ou par un médecin en cabinet privé d'autre part, ressort de leur définition, notamment au regard de l'infrastructure hospitalière et de la surveillance nécessaires (cf. ch. 3). S'agissant de prestations différentes, les traitements hospitaliers ou semi-hospitaliers ne devraient dès lors pas entrer en concurrence avec les traitements ambulatoires.

Patients

Les expériences réalisées à l'étranger ont montré que la qualité des prestations est un critère de concurrence. Comme les mesures proposées visent à introduire davantage de concurrence et de transparence, on peut s'attendre à des gains de qualité dont profiteront les patients. Le risque existe cependant que la rémunération au moyen de forfaits conduise à une diminution des prestations ou de leur qualité. Pour réduire ce risque, il est nécessaire de procéder à un renforcement du contrôle et de l'assurance de qualité de tous les fournisseurs de prestations.

Assurés

L'augmentation des coûts de 1 % à la charge de l'assurance-maladie sociale induite par le changement des règles de financement dans le secteur hospitalier devrait conduire à une hausse des primes du même ordre de grandeur à court terme. Cepen-

dant, les économies escomptées à plus long terme devraient avoir un effet sur la maîtrise des coûts et de cette manière bénéficier aux assurés.

Les primes versées pour l'assurance complémentaire diminueront du fait des subventions publiques aux prestations qu'elles finançaient. L'assurance complémentaire sera à nouveau plus accessible aux assurés. Il n'est pas possible de prévoir quelles seront les répercussions financières des éventuels nouveaux produits développés dans le domaine des assurances complémentaires.

Contribuables (impôts)

La charge financière des cantons devrait augmenter d'environ 1200 millions de francs. Cela correspond à environ 2,5 % de la charge nette des cantons et communes (voir Administration fédérale des finances: Statistique des finances publiques 1998, Neuchâtel 1999). On ne peut prévoir à l'avance si le besoin de financement supplémentaire des cantons dans le domaine hospitalier et semi-hospitalier se traduira par une hausse d'impôt, ou plutôt par une réduction des dépenses ou une augmentation de l'endettement.

4.3 Conséquences pour l'économie dans son ensemble

Transferts de charges

Le tableau ci-dessous indique les transferts de charges résultant de l'application des mesures de financement hospitalier et semi-hospitalier proposées par cette révision. L'estimation se base sur les charges actuelles de ce secteur (approche statique) et ne prend pas en considération les effets déclenchés par la révision au niveau des incitations à la maîtrise des coûts (approche dynamique) à moyen terme.

Données en millions de francs	Cantons	LAMal assurance obligatoire	LCA assurance privée
Coûts hospitaliers totaux	4300	3700	3100
Transferts de charges			
Parts aux investissements	– 400	+ 400	
Parts aux soins semi-hospitaliers	+ 250	– 250	
Subventions privé, semi-privé	+ 1200		– 1200
Financement des prestations par moitié	selon le canton		

Les rémunérations en fonction des prestations dans le secteur hospitalier payeront également les coûts d'investissement des hôpitaux publics actuellement supportés par les cantons, ce qui constitue une charge supplémentaire pour l'assurance-maladie. L'extension des règles de financement au secteur semi-hospitalier entraîne toutefois un allègement de la charge de l'assurance-maladie. L'extension de l'obligation de contribution des cantons aux traitements hospitaliers dans le canton, respectivement aux traitements semi-hospitaliers des patients privés ou semi-privés entraîne une charge financière supplémentaire pour les cantons et éventuellement pour les communes, sans que la charge de l'assurance obligatoire des soins ne soit réduite dans une mesure correspondante. L'allègement touche plus particulièrement

les assurances complémentaires qui, pour les traitements intracantonaux, financent actuellement la part que les cantons devront prendre en charge dans le nouveau système pour compléter la contribution de l'assurance de base à la rémunération des prestations prévues par la loi.

Concurrence dans le secteur hospitalier et semi-hospitalier

L'augmentation de la concurrence sur le marché des soins hospitaliers et semi-hospitaliers devrait conduire à une diminution progressive des coûts de production de ces prestations (à qualité égale) et à une amélioration de la qualité des prestations. On peut supposer que la diminution des coûts de production se répercutera positivement sur l'évolution des primes et que les assurés affecteront au moins une partie du montant correspondant à des dépenses plus élevées dans le secteur privé de la santé (assurances complémentaires).

Par ailleurs, la charge financière supplémentaire que devront supporter les cantons ne peut que les inciter à faire meilleur usage de la planification hospitalière et semi-hospitalière en l'appliquant comme un véritable instrument de limitation de l'offre.

Charge fiscale et impact sur l'économie

L'accroissement de la charge fiscale des cantons qu'entraîne la révision partielle doit être replacée dans son contexte juridique: suite aux arrêts du TFA obligeant les cantons à participer aux coûts des traitements médicaux en division privée ou semi-privée lorsqu'ils sont effectués en dehors du canton de résidence, il n'est pas exclu que les cantons soient contraints par d'autres décisions juridiques d'appliquer le même principe pour des prestations en division privée ou semi-privée effectuées sur leur sol. L'augmentation à court terme de la charge fiscale des cantons est donc davantage imputable à une application stricte de la LAMal, dont on attend à terme une maîtrise des coûts de la santé, que la conséquence directe de la révision de la loi.

L'augmentation de la charge fiscale pesant sur les cantons se monte à environ 1000 millions de francs, ce qui représente une augmentation d'environ 2,5 % de leur charge nette. Chaque canton sera placé devant le même choix pour faire face à la hausse de ses dépenses: augmenter la fiscalité, réduire d'autres dépenses, augmenter son endettement. Selon la situation conjoncturelle et la situation financière de chaque canton, le choix pourra se porter sur l'une ou l'autre de ces variantes. La charge supplémentaire n'est pas négligeable, mais elle apparaît surmontable pour les cantons. Comme les perspectives économiques à moyen terme de l'économie suisse sont plutôt favorables, on peut même escompter que la croissance du substrat fiscal cantonal permette de couvrir au moins une partie de la charge supplémentaire sans relèvement majeur des impôts.

Les besoins supplémentaires de financement des cantons et de l'assurance-maladie sociale se montent à un milliard de francs (soit l'équivalent d'un tiers de point de TVA). Ce montant ne réduira cependant pas automatiquement le pouvoir d'achat des ménages puisque ceux-ci devraient bénéficier dans le même temps de réductions comparables dans le domaine des assurances complémentaires. Ces transferts de charges devraient par conséquent rester sans influence sur l'évolution conjoncturelle.

Equilibres sociaux et régionaux

La révision du système de financement des hôpitaux n'avait pas pour ambition primaire de renforcer le principe de solidarité inhérent à la LAMal ou de promouvoir un certain équilibre régional des prestations du secteur hospitalier et semi-hospitalier.

Elle y contribue cependant modestement en intégrant dans le système la contribution des cantons financée par les ressources fiscales, des prestations hospitalières selon la loi jusqu'alors financées en partie par l'assurance complémentaire, dont les primes sont fondées sur le risque individuel. Pour autant que la garantie de la qualité des prestations de l'assurance-maladie sociale soit assurée, cette révision contribue à ce que les personnes, qu'elles soient, du point de vue de leur situation économique, plus fortes ou plus faibles, bénéficie d'un accès égal à des soins médicaux de haute qualité.

5 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel

5.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel pour la Confédération

La charge financière supplémentaire de l'assurance-maladie qui pourrait avoir une incidence de 1 % sur les primes, aura éventuellement des effets sur les moyens nécessaires à la réduction de primes. La manifestation de cet effet dépend en premier lieu de la politique des cantons en matière de réduction de primes.

Etant donné que la Confédération ne se verra confier aucune nouvelle tâche, le surcroît de travail pourra être maîtrisé avec les ressources en personnel déjà demandées dans le message du 9 mars 1998 (FF 1999 729).

5.2 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel pour les cantons

Les effets financiers pour les cantons sont présentés au ch. 4.2. Ce qui a été mentionné plus haut sous ch. 51 en ce qui concerne la Confédération vaut également ici.

5.3 Conséquences pour l'assurance-maladie

Les conséquences pour l'assurance-maladie ont été décrites en détail sous ch. 4.2 et 4.3. La position des assureurs sera en principe renforcée par la présente révision partielle. Si les mesures prévues sont appliquées, elles auront à moyen et long terme des répercussions sur l'évolution des coûts.

La nouvelle péréquation financière a pour objet la dissociation des tâches, des compétences et des flux financiers entre la Confédération et les cantons, ainsi que la clarification des responsabilités entre ces deux niveaux étatiques. Dans le cadre des travaux afférents à la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons, on examine également une redistribution des tâches dans le domaine des assurances sociales. Le financement des hôpitaux n'est pas directement concerné par cette redistribution. En revanche, l'inscription dans la loi d'une planification et d'une répartition des tâches dans le secteur de la médecine de pointe à l'échelon suisse est un élément de la procédure de consultation sur la nouvelle péréquation financière, ce qui pourrait avoir des incidences sur le financement des prestations de la médecine de pointe. Dans le cadre de la procédure de consultation, le Conseil fédéral a pour l'essentiel mis en discussion l'élaboration d'un accord intercantonal ayant valeur légale. La rémunération des prestations se ferait à partir de forfaits par cas, ce qui correspond à la proposition faite dans la présente révision partielle. Le Conseil fédéral prévoit de prendre une décision concernant le contenu et la forme du projet global relatif à la nouvelle péréquation financière à la fin de l'année 2000, dans le cadre de l'approbation du message relatif à la nouvelle péréquation financière élaboré sur la base des résultats de la procédure de consultation.

Le projet figure déjà dans le rapport sur le programme de la législature 1999–2003 du 1^{er} mars 2000 (annexe 2, au par. 3.1 Sécurité sociale et santé publique, rubrique „Objets des Grandes lignes“, cf. FF 2000 2229).

Aux termes de l'art. 2 du Traité instituant la Communauté européenne (Traité CE), la Communauté a pour mission de promouvoir un niveau de protection sociale élevé. La libre circulation des travailleurs est consacrée à l'art. 39 (ex-art. 48). Elle requiert une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, ce que prévoit l'art. 42 (ex-art. 51) du Traité CE. Cet article n'envisage ni l'établissement d'un système autonome de sécurité sociale communautaire, ni l'harmonisation des systèmes nationaux. Seule une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale est prévue. Elle est mise en œuvre par le règlement du Conseil n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et par son règlement d'application n° 574/72 (codifiés par le règlement du Conseil n° 118/97, JOCE n° L 28 du 30.1.1997, p. 1; modifiés en dernier lieu par le règlement du Conseil n° 1399/1999, JOCE n° L 164 du 30.6.1999, p. 1). Fondamentalement, les Etats demeurent libres d'aménager leur régime de sécurité sociale comme ils l'entendent et de le modifier en fonction de leurs besoins. La Suisse entrera dans le système communautaire de coordination lors de l'entrée en vigueur des accords sectoriels conclus avec la Communauté (cf. message relatif à

l'approbation des accords sectoriels entre la Suisse et la Communauté européenne du 23 juin 1999, FF 1999 5440).

Dans sa recommandation du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale (JOCE n° L 245 du 26.8.1992, p. 49), le Conseil des Communautés européennes invite les Etats membres, en matière de maladie, notamment à assurer aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies. Mais les objectifs établis par la recommandation ne préjugent pas de la faculté de chaque Etat membre de fixer les principes et l'organisation de son système de santé.

8.2 Les instruments du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme, pour les droits économiques et sociaux. L'art. 12 consacre le droit à la sécurité sociale: les Etats parties s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à le maintenir à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus haut et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres Etats parties. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement en ayant refusé la ratification en 1987, ce traité ne lie pas notre pays.

La Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996 met à jour et adapte le contenu matériel de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Charte sociale révisée est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1999. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument.

Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du Code doit garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide, un stage peut être exigé et la durée des prestations servies en cas d'état morbide peut être limitée à 26 semaines par cas.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Le Code (révisé) élève les normes du Code européen de sécurité sociale, notamment par l'extension du champ d'application personnel, par l'octroi de nouvelles prestations et par l'augmentation du montant des prestations en espèces. Il introduit parallèlement une plus grande flexibilité en ce sens que les conditions de ratification ont été assouplies et que les normes sont formulées d'une manière suffisamment souple pour tenir compte au mieux des réglementations nationales. N'ayant été ratifié par aucun pays, le Code (révisé) n'est pas encore entré en vigueur.

Parmi les instruments du Conseil de l'Europe, il faut encore mentionner les recommandations suivantes du Comité des Ministres aux Etats membres:

- Recommandation n° R (80) 15 du 14 novembre 1980 concernant une meilleure distribution des soins médicaux à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux;
- Recommandation n° R (86) 5 du 17 février 1986 sur la généralisation des soins médicaux.

8.3 Compatibilité du projet avec le droit européen

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) n'établit pas de norme dans les domaines que traite la présente révision. Les Etats demeurent libres de déterminer ces aspects comme ils l'entendent.

9 Bases juridiques

9.1 Constitutionnalité

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

9.2 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 prévoit la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'édicter les dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Le présent projet l'habilite nouvellement à légiférer dans les domaines suivants: dispositions sur les instruments de gestion (art. 49, al. 7); réglementation des détails pour l'encaissement des primes, la procédure de rappel et les conséquences du retard dans le paiement des primes (art. 61a); droit de subrogation du canton de résidence (art. 79, al. 2^{bis}).

Financement des hôpitaux

Année	Ménages	Assurances sociales				Etat				Etranger	Total	
		Assureurs LAMal (y compris complémentaires)	Assurance Accidents LAA	AI-AVS	Assurance militaire	En tout	Confédération	Cantons	Communes			En tout
	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	mio. fr.	
1991	1187.9	5271.0	419.8	155.9	29.6	5876.2	0.6	3887.5	387.4	4275.5	693.4	12 033.0
1992	947.3	5894.1	489.9	174.5	28.0	6586.6	0.7	3910.7	445.6	4357.0	715.4	12 606.3
1993	575.8	6834.7	509.5	209.9	29.4	7583.5	0.0	3768.4	357.3	4125.7	565.3	12 850.3
1994	901.8	6825.1	482.6	219.8	23.1	7550.6	0.0	3812.4	301.0	4113.4	610.9	13 176.7
1995	665.7	7319.3	485.3	231.5	21.6	8057.7	0.0	3690.3	289.8	3980.1	657.7	13 361.2
1996	329.8	7981.3	485.4	237.0	19.5	8723.2	1.2	3882.3	356.4	4239.9	635.0	13 927.9
1997	248.3	8010.6	500.6	250.9	20.3	8782.4	1.4	3883.1	450.6	4335.1	817.0	14 182.8
1998	834.7	7755.1	552.9	252.0	20.1	8580.1	1.1	3876.1	515.4	4392.6	828.0	14 635.4
	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	48.8	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8	100.0
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	52.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7	100.0
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	59.0	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4	100.0
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	57.3	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6	100.0
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	60.3	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9	100.0
1996	2.4	57.3	3.5	1.7	0.1	62.6	0.0	27.9	2.6	30.4	4.6	100.0
1997	1.8	56.5	3.5	1.8	0.1	61.9	0.0	27.4	3.2	30.6	5.8	100.0
1998	5.7	53.3	3.8	1.7	0.1	58.9	0.0	26.5	3.5	30.0	5.7	100.0

Source: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale, Rapport de l'Office fédéral de la statistique à l'attention de l'Office fédéral des assurances sociales, Neuchâtel, mars 2000.

Tableau 2

Compte des investissements – Besoins financiers nets des cantons et des communes pour les hôpitaux en 1998
(En millions de francs)

Cantons	Total	Besoins financiers nets du canton			Besoins financiers nets des communes		
		Total	Hôpitaux	Hôpitaux psychiatriques	Total	Hôpitaux	Hôpitaux psychiatriques
Zurich	153.8	133.4	113.4	20.0	20.4	20.4	—
Berne	93.6	71.8	69.1	2.7	21.8	21.8	—
Lucerne	28.3	28.1	26.7	1.4	0.2	—	0.2
Uri	6.7	6.7	6.4	0.3	0.0	0.0	—
Schwyz	1.2	1.2	—	1.2	—	—	—
Obwald	0.3	0.3	0.3	—	—	—	—
Nidwald	1.3	1.3	1.3	—	—	—	—
Glaris	17.4	17.4	17.4	—	—	—	—
Zoug	5.1	5.1	2.3	2.8	—	—	—
Fribourg	15.5	12.5	10.1	2.4	3.0	3.0	—
Soleure	45.6	42.5	36.1	6.4	3.1	3.1	—
Bâle Ville	63.5	63.4	58.6	4.8	0.1	0.1	—
Bâle Campagne	50.2	50.2	44.9	5.3	—	—	—
Schaffhouse	2.0	2.0	2.0	—	—	—	—
Appenzell Rh. E.	12.9	12.8	10.6	2.2	0.1	0.1	—
Appenzell Rh. I.	0.3	0.3	0.3	—	—	—	—
Saint-Gall	24.3	24.2	23.8	0.4	0.1	0.1	—
Grisons	34.9	29.3	18.3	11.0	5.6	5.6	—
Argovie	54.7	54.6	47.0	7.6	0.1	0.1	—
Thurgovie	15.7	15.7	15.5	0.2	—	—	—
Tessin	27.2	0.4	—	0.4	26.8	26.8	—
Vaud	38.2	68.3	66.2	2.1	30.1	30.2	0.1
Valais	41.4	41.1	38.1	3.0	0.2	0.2	—
Neuchâtel	22.4	3.9	—	3.9	18.5	19.0	0.5
Genève	35.6	35.6	35.6	—	—	—	—
Jura	5.3	5.6	3.6	2.0	0.3	0.3	—
Suisse	797.2	727.5	647.4	80.1	69.7	69.9	0.2

Sources: Administration fédérale des finances et Office fédéral de la statistique

Tableau 3

Estimation de la part des coûts des traitements semi-hospitaliers

	Charges d'exploitation en 1000 fr.	Coût des traite- ments semi- hospitaliers en 1000 fr.	Coût des traite- ments semi- hospitaliers en % des charges
Argovie	__ 671 509	_20 593	3
Appenzell Rh. I.	__ 12 545	__ 0	0
Appenzell Rh. E.	__ 95 607	__ 0	0
Berne	_1 793 154	_34 294	2
Bâle-Campagne	__ 316 469	_8 722	3
Bâle-Ville	__ 938 794	_18 392	2
Fribourg	__ 293 264	__ 507	0
Genève	_1 122 764	_62 924	6
Glaris	__ 45 028	__ 536	1
Grisons	__ 341 538	_1 646	0
Jura	__ 110 844	__ 0	0
Lucerne	__ 487 537	_4 866	1
Neuchâtel	__ 294 168	_7 540	3
Nidwald	__ 28 984	__ 0	0
Obwald	__ 29 901	__ 0	0
Saint-Gall	__ 636 013	_8 430	1
Schaffhouse	__ 128 384	_3 837	3
Soleure	__ 278 216	_8 927	3
Schwyz	__ 103 001	__ 351	0
Thurgovie	__ 306 747	__ 0	0
Tessin	__ 501 939	_15 206	3
Uri	__ 36 610	__ 0	0
Vaud	_1 252 891	_83 145	7
Valais	__ 353 296	_16 029	5
Zoug	__ 121 112	__ 9	0
Zurich	_2 144 545	109 792	5
	12 444 860	405 746	3

Office fédéral de la statistique; estimations sur la base des premières exploitations de la statistique des hôpitaux; données incomplètes de 1998, non extrapolées.

La valeur de 3 % devrait plutôt sous-estimer la situation, étant donné que, d'une part, certains cantons subventionnent aujourd'hui déjà les traitements semi-hospitaliers et que, d'autre part, il faut considérer que certaines prestations semi-hospitalières des hôpitaux ne sont pas recensées comme telles. A cause de cela, pour l'estimation du déplacement du financement, la part des traitements semi-hospitaliers a été fixée à 4 %.

Prestations des assurances-maladie complémentaires par canton, en millions de francs

Total des prestations des assurances complémentaires: 3 153 mio.
(assureurs LAMal 2780 mio., assureurs non LAMal 373 mio.)

	Nb de jours hospitalisation	Jours d'hosp en %	Prestations
Argovie	943 791	7	210.32
Appenzell Rh. I.	30 779	0	6.86
Appenzell Rh. E.	163 081	1	36.34
Berne	2 026 986	14	451.71
Bâle-Campagne	408 163	3	90.96
Bâle-Ville	863 365	6	192.40
Fribourg	327 808	2	73.05
Genève	856 568	6	190.89
Glaris	45 668	0	10.18
Grisons	560 045	4	124.81
Jura	145 400	1	32.40
Lucerne	514 610	4	114.68
Neuchâtel	344 612	2	76.80
Nidwald	31 124	0	6.94
Obwald	33 771	0	7.53
Saint-Gall	768 944	5	171.36
Schaffhouse	168 808	1	37.62
Soleure	368 843	3	82.20
Schwyz	102 700	1	22.89
Thurgovie	416 212	3	92.75
Tessin	738 234	5	164.51
Uri	46 509	0	10.36
Vaud	1 103 979	8	246.02
Valais	516 677	4	115.14
Zoug	156 577	1	34.89
Zurich	2 466 695	17	549.70
	14 149 949	100	3153.30

Office fédéral de la statistique: estimations sur la base de la statistique des hôpitaux,
de la statistique de l'assurance-maladie et de la statistique des institutions d'assurance privées.

Tableau 5

Répartition des charges de l'hospitalisation entre assurance obligatoire des soins et les cantons

Estimation pour l'année 1998	millions de francs	
Coûts des hôpitaux selon la statistique des coûts du système de santé	14 635	
A déduire:		
Prestations à des résidents à l'étranger	-828	
Prestations payées par les ménages (après déduction des remboursements d'assureurs privés)	-462	
Prestations payées par les assureurs sociaux fédéraux (AA, AI, AM)	-825	
Prestations payées par les institutions d'assurance privées	-373	
Confédération	-1	
Coûts des hôpitaux à la charge des assureurs LAMal et des cantons	12 146	
Déduction des prestations ambulatoires payées par les assureurs LAMal	-1 303	
Coûts de l'hospitalisation à la charge des assureurs LAMal et des cantons	10 843	
Déduction des prestations des assureurs LAMal pour les assurances complémentaires d'hospitalisation	-2 780	
Coûts de l'hospitalisation à la charge de l'assurance obligatoire des soins et des cantons	8 063	
Déduction des subventions publiques d'investissement	-797	
Estimation des coûts imputables selon art. 49, al. 1, LAMal	7 266	100.00 %
dont charges des cantons	3 595	49.48 %
dont charges de l'assurance obligatoire des soins	3 671	50.22 %
Office fédéral de la statistique: estimations sur la base de la statistique des coûts du système de santé, de la statistique de l'assurance-maladie et de la statistique des institutions d'assurance privées.		

Degré de couverture des coûts du traitement hospitalier Calculs pour l'année 1998

Sans investissements

	Cantons		Assureurs		Total	
	mio fr.	en %	mio fr.	en %	mio fr.	
Zurich	395.0	38.71	625.5	61.29	1020.5	
Berne	490.7	50.81	475.0	49.19	965.7	
Lucerne	91.9	40.94	132.6	59.06	224.5	
Uri	13.6	48.68	14.3	51.32	27.9	
Schwyz	59.0	55.17	48.0	44.83	107.0	
Obwald	10.3	44.10	13.1	55.90	23.4	
Nidwald	13.9	52.16	12.8	47.84	26.7	
Glaris	18.7	51.08	17.9	48.92	36.6	
Zoug	32.0	47.16	35.8	52.84	67.8	
Fribourg	103.0	49.32	105.8	50.68	208.8	
Soleure	84.0	40.83	121.7	59.17	205.7	
Bâle Ville	233.8	59.07	162.0	40.93	395.7	
Bâle Campagne	123.7	47.00	139.5	53.00	263.1	
Schaffhouse	46.9	58.36	33.5	41.64	80.3	
Appenzell Rh. E.	20.9	47.83	22.8	52.17	43.6	
Appenzell Rh. I.	3.9	40.36	5.7	59.64	9.6	
St. Gall	176.3	48.09	190.3	51.91	366.5	
Grisons	97.7	53.85	83.8	46.15	181.5	
Argovie	192.6	47.73	210.9	52.27	403.5	
Thurgovie	64.9	36.69	112.0	63.31	176.9	
Tessin	116.4	36.83	199.7	63.17	316.1	
Vaud	335.6	45.00	410.1	55.00	745.6	
Valais	126.2	48.67	133.1	51.33	259.3	
Neuchâtel	116.5	46.54	133.8	53.46	250.3	

Avec investissements

	Cantons		Assureurs		Total	
	mio fr.	en %	mio fr.	en %	mio fr.	
Zurich	548.8	46.73	625.5	53.27	1174.3	
Berne	584.3	55.16	475.0	44.84	1059.3	
Lucerne	120.2	47.55	132.6	52.45	252.8	
Uri	20.3	58.64	14.3	41.36	34.6	
Schwyz	60.2	55.67	48.0	44.33	108.2	
Obwald	10.6	44.83	13.1	55.17	23.7	
Nidwald	15.2	54.31	12.8	45.69	28.0	
Glaris	36.1	66.86	17.9	33.14	54.0	
Zoug	37.0	50.83	35.8	49.17	72.8	
Fribourg	118.4	52.81	105.8	47.19	224.3	
Soleure	129.6	51.57	121.7	48.43	251.2	
Bâle Ville	297.3	64.73	162.0	35.27	459.3	
Bâle Campagne	173.8	55.49	139.5	44.51	313.3	
Schaffhouse	48.9	59.38	33.5	40.62	82.4	
Appenzell Rh. E.	33.8	59.75	22.8	40.25	56.6	
Appenzell Rh. I.	4.2	42.16	5.7	57.84	9.9	
Saint-Gall	200.5	51.31	190.3	48.69	390.8	
Grisons	132.6	61.29	83.8	38.71	216.4	
Argovie	247.3	53.97	210.9	46.03	458.3	
Thurgovie	80.6	41.84	112.0	58.16	192.5	
Tessin	143.6	41.83	199.7	52.17	343.3	
Vaud	373.8	47.68	410.1	52.32	783.8	
Valais	167.6	55.73	133.1	44.27	300.7	
Neuchâtel	138.9	50.93	133.8	49.07	272.7	

Tableau 6

Sans investissements

	Cantons		Assureurs		Total	
	mio fr.	en %	mio fr.	en %	mio fr.	
Genève	_578.9	76.05	_182.3	23.95	_761.1	
Jura	_48.5	49.65	_49.2	50.35	_97.7	
Suisse	3594.5	49.47	3671.0	50.53	7265.5	

Avec investissements

	Cantons		Assureurs		Total	
	mio fr.	en %	mio fr.	en %	mio fr.	
Genève	_614.4	77.12	_182.3	22.88	_796.7	
Jura	_53.8	52.24	_49.2	47.76	_103.0	
Suisse	4391.7	54.47%	3671.0	45.53	_8062.7	

Office fédéral de la statistique: Calculs sur la base de la statistique des coûts du système de santé, de chiffres du Concordat des assureurs-maladie suisses et de la statistique des finances publiques

Table des matières

1 Partie générale	697
1.1 Point de la situation	697
1.1.1 Financement de l'assurance obligatoire des soins	697
1.1.2 Législation en vigueur	699
1.1.3 Problèmes liés aux dispositions en vigueur	700
1.1.4 Premiers résultats de l'analyse des effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie	702
1.2 Demandes de révision	705
1.2.1 Initiatives populaires	705
1.2.2 Interventions parlementaires	707
1.2.3 Première révision partielle de la LAMal	709
1.2.4 Politique de la Suisse en matière de santé	710
1.3 Procédure de consultation relative à la proposition du Conseil fédéral concernant une révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux	710
1.4 Suppression de l'obligation de conclure une convention tarifaire	711
1.5 Autres points sur lesquels porte la révision	713
1.6 Propositions de réformes par des experts	713
2 Grandes lignes du projet	715
2.1 Lignes directrices	715
2.1.1 Thèmes non inclus dans la révision	718
2.2 Rectification des éléments qui vont à l'encontre de la maîtrise des coûts	720
2.3 Suppression de l'obligation de contracter dans le secteur ambulatoire	722
2.4 Choix de l'hôpital	730
2.5 Prise en charge des coûts	731
2.6 Egalité de traitement pour les prestations hospitalières et semi-hospitalières	731
2.7 Planification hospitalière	732
2.8 Prestations	732
2.9 Tarifs	733
2.10 Renforcement des instruments de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire	733
2.11 Autres points sur lesquels porte la révision	735
3 Partie spéciale	736
4 Conséquences économiques	752
4.1 Nécessité et possibilité d'une intervention de l'Etat	752
4.2 Impact sur les différents acteurs	753
4.3 Conséquences pour l'économie dans son ensemble	756

5 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel	758
5.1 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel pour la Confédération	758
5.2 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel pour les cantons	758
5.3 Conséquences pour l'assurance-maladie	758
6 Lien avec la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons	759
7 Programme de la législature	759
8 Relation avec le droit européen	759
8.1 Le droit de la Communauté européenne	759
8.2 Les instruments du Conseil de l'Europe	760
8.3 Compatibilité du projet avec le droit européen	761
9 Bases juridiques	761
9.1 Constitutionnalité	761
9.2 Délégation de compétences législatives	761
Annexe Tableaux	762
Loi fédérale (<i>projet</i>)	771

Message concernant la révision partielle de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	2001
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	08
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	00.079
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	27.02.2001
Date	
Data	
Seite	693-770
Page	
Pagina	
Ref. No	10 125 192

Die elektronischen Daten der Schweizerischen Bundeskanzlei wurden durch das Schweizerische Bundesarchiv übernommen.

Les données électroniques de la Chancellerie fédérale suisse ont été reprises par les Archives fédérales suisses.

I dati elettronici della Cancelleria federale svizzera sono stati ripresi dall'Archivio federale svizzero.