Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Modification du ...

Le Conseil fédéral suisse
arrête:

I

L'ordonnance du 27 juin 1995[1] sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit:

Art. 58a, al. 2

[2] La planification est périodiquement réexaminée.

Art. 58b Planification des besoins en soins

[1] Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. Ils prennent en compte les facteurs déterminants pour la prévision des besoins, tels que les évolutions démographique, médico-technique, épidémiologique et économique.

[2] Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.

[3] Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste afin que la couverture des besoins soit assurée. L'offre qui doit être garantie correspond aux besoins en soins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.

[4] Lors de la détermination de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:

a. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

[1] RS **832.102**

Art. 58d Évaluation du caractère économique et de la qualité

1 L'évaluation du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance s'effectue grâce à une comparaison des coûts ajustés selon le degré de gravité des prestations hospitalières à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

2 L'évaluation du caractère économique des établissements médico-sociaux s'effectue grâce à une comparaison des coûts des soins en cas de maladie, corrigés en fonction des besoins en soins des personnes assurées.

3 Lors de l'évaluation de la qualité des hôpitaux, il faut examiner si notamment les exigences minimales suivantes sont respectées pour l'ensemble de l'hôpital:

a. la dotation en personnel spécialisé en lien avec les groupes de prestations et la prise en compte d'une expertise adaptée aux besoins;

b. la participation aux mesures nationales de la qualité;

c. l'existence d'une culture de la sécurité, notamment l'application d'un système de déclaration des erreurs et des sinistres et l'affiliation à un réseau de *reporting* uniforme pour l'ensemble de la Suisse;

d. l'exploitation d'un système de management de la qualité;

e. l'application de standards professionnels;

f. la garantie de la sécurité de la médication, notamment grâce à la prescription et la remise électroniques des médicaments.

4 Lors de l'évaluation de la qualité des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance, il faut examiner si notamment les exigences minimales suivantes sont respectées pour l'ensemble de l'établissement médico-social ou de la maison de naissance:

a. la dotation en personnel spécialisé et la prise en compte d'une expertise adaptée aux besoins;

b. la participation aux mesures nationales de la qualité;

c. l'existence d'une culture de la sécurité, notamment l'application d'un système de déclaration des erreurs et des sinistres;

d. l'exploitation d'un système de management de la qualité;

e. l'application de standards professionnels, notamment l'existence d'un plan de traitement et de soins écrit;

f. la garantie de la sécurité de la médication lors de la prescription et de la remise des médicaments.

5 Les résultats de mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale peuvent être retenus comme critères de sélection lors de l'évaluation de la qualité des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance.

6 Dans le domaine hospitalier, il faut veiller à la mise à profit des synergies et le potentiel d'optimisation que présente la concentration des groupes de prestations pour le caractère économique et la qualité des prestations doit être pris en compte.

[7] La détermination des exigences par groupe de prestations dans les hôpitaux et les maisons de naissance fait partie intégrante de l'évaluation du caractère économique et de la qualité.

[8] L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur les résultats d'autres cantons, si ces résultats sont d'actualité et pertinents eu égard à l'éventail de prestations à fournir.

Art. 58e Coordination intercantonale des planifications

[1] Pour respecter l'obligation de planification coordonnée visée à l'art. 39, al. 2, LAMal, il faut notamment:

a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés;

b. évaluer le potentiel relatif au caractère économique et à la qualité des soins hospitaliers intercantonaux;

c. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés.

[2] Sont concernés par la planification d'un canton:

a. les cantons dans lesquels un ou plusieurs établissements extra-cantonaux figurant sur la liste du canton planificateur ou prévus d'y figurer sont situés;

b. les cantons sur la liste desquels figurent ou sont prévus de figurer un ou plusieurs établissements extra-cantonaux qui sont situés dans le canton planificateur;

c. les cantons pour la planification desquels les flux intercantonaux de patients, actuels ou attendus, en provenance du canton planificateur ou vers les établissements cantonaux du canton planificateur sont importants;

d. les cantons qui peuvent contribuer par leur planification à une amélioration du caractère économique et de la qualité de la fourniture de prestations dans le cadre des soins hospitaliers intercantonaux.

Art. 58f Listes et mandats de prestations

[1] La liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal répertorie les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58*b*, al. 3.

[2] Chaque établissement figurant sur la liste se voit attribuer un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal.

[3] Les listes spécifient pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations. Des mandats de prestations sont attribués pour la totalité de l'éventail de prestations des hôpitaux et des maisons de naissance.

[4] L'organe de décision intercantonal compétent détermine les domaines partiels de l'éventail de prestations et les exigences correspondantes dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

[5] Les mandats de prestations attribués dans le cadre de la planification hospitalière cantonale déterminent, par groupe de prestations, lesquelles des exigences suivantes doivent être remplies:

a. disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie;
b. disponibilité et formation postgrade des médecins spécialistes;
c. disponibilité et niveau d'exigence du service des urgences;
d. disponibilité et niveau d'exigence de l'unité de soins intensifs;
e. groupes de prestations liés en interne ou en coopération avec d'autres hôpitaux;
f. garantie de la qualité, notamment discussion interdisciplinaire des cas;
g. nombres minimums de cas;
h. autres critères selon le droit cantonal.

[6] Par ailleurs, les mandats de prestations peuvent notamment prévoir les obligations suivantes:

a. dans le domaine hospitalier somatique aigu: les volumes de prestations maximaux;
b. dans le domaine hospitalier de la psychiatrie et de la réadaptation ainsi que dans le domaine des établissements médico-sociaux: les volumes de prestations maximaux ou les nombres de lits maximaux;
c. les conséquences du non-respect des obligations.

[7] Les mandats de prestations des hôpitaux prévoient comme exigence l'interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques visant l'augmentation du volume des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou visant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'article 41*a* de la loi.

Art. 59c Tarification

[1] L'autorité d'approbation au sens de l'art. 46, al. 4, LAMal vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants:

a. le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;
b. le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations;
c. un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

[2] Dans le cas d'un modèle de rémunération de type DRG, les principes énoncés à l'al. 1 se rapportent au fournisseur de prestations qui constitue la référence au sens de l'art. 59*c*^{bis}, al. 1.

[3] Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1 n'est plus garanti. Dans le cas de

structures tarifaires à la prestation, elles doivent en outre vérifier s'il est possible de regrouper certaines des positions prévues pour les prestations. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications.

[4] L'autorité compétente applique les al. 1 à 3 par analogie, lors des fixations des tarifs selon les art. 43, al. 5, 47 et 48, LAMal et lors des adaptations de la structure tarifaire selon l'art. 43, al. 5bis, LAMal.

Art. 59cbis Calcul du tarif dans un modèle de rémunération de type DRG

[1] Pour le calcul des tarifs dans un modèle de rémunération de type DRG, une valeur de référence est calculée sur la base des coûts du fournisseur de prestations constituant la référence (*benchmark*). La valeur de référence est calculée comme suit:

a. dans un premier temps, on calcule les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité, déterminés selon l'art. 10*abis*, al. 3, de l'Ordonnance du 3 juillet 2002[2] sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), de tous les fournisseurs de prestations de Suisse décomptant leurs prestations selon le même modèle de rémunération; ne sont pas utilisées les données qui:

   1. présentent une qualité insuffisante pour déterminer les coûts par cas ou les coûts journaliers de manière transparente;

   2. ne peuvent pas être utilisées pour d'autres raisons démontrables.

b. dans un second temps, on sélectionne comme valeur de référence les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité du fournisseur de prestations qui correspond au maximum au 25e percentile calculé sur le base du nombre de fournisseurs de prestations.

[2] Pour le calcul de la valeur de référence, il est possible d'utiliser la comparaison entre hôpitaux visée à l'art. 49, al. 8, LAMal si celle-ci contient les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité appropriés et si ces coûts ont été certifiés par une attestation conformément à l'art. 9, al. 5bis, OCP.

[3] Les assureurs calculent la valeur de référence individuellement ou par association d'assureurs et présentent aux cantons les modalités de calcul avec les données correspondantes des fournisseurs de prestations en matière de coûts et de prestations.

[4] Des suppléments sont appliqués à la valeur de référence pour les fournisseurs de prestations fournissant des prestations supplémentaires qui remplissent les conditions suivantes:

a. Elles ne sont pas représentées de manière adéquate dans la structure tarifaire selon l'art. 49, al. 1, LAMal.

b. Il n'existe pas de convention selon l'art. 49, al. 1, LAMal prévoyant que les prestations peuvent être facturées séparément.

[2] RS **832.104**

c. Leurs coûts sont démontrés de manière transparente par le fournisseur de prestations.

d. Leurs coûts ne sont pas couverts par la valeur de référence.

[5] Des déductions sont appliquées à la valeur de référence, notamment pour les fournisseurs de prestations qui:

a. fournissent systématiquement moins de prestations que la structure tarifaire ne représente pas de manière adéquate;

b. ne mettent pas à disposition leurs données de coûts et de prestations pour le calcul de la valeur de référence selon l'al. 1, le font trop tard ou dans une qualité insuffisante.

[6] La déduction prévue à l'al. 5, let. b, correspond à un pourcentage garantissant que le fournisseur de prestations n'en tire aucun avantage. En cas de réitération, elle peut être augmentée et, dans des cas exceptionnels justifiés, suspendue pendant deux années d'exploitation au plus.

[7] Le tarif pour les forfaits résulte du prix de base multiplié par le coût relatif tiré de la structure tarifaire selon l'art. 49, al. 1, LAMal.

[8] Le prix de base résulte pour les fournisseurs de prestations dont les coûts ajustés selon le degré de gravité:

a. sont inférieurs à la valeur de référence: de la valeur de référence en tenant compte des éventuelles déductions selon l'al. 5;

b. sont supérieurs ou égaux à la valeur de référence: de la valeur de référence en tenant compte des éventuels suppléments et déductions selon respectivement les al. 4 et 5.

[9] Tous les trois mois, les assureurs et les fournisseurs de prestations publient ensemble une liste actualisée avec des informations par fournisseur de prestations et par assureur ou association d'assureurs sur:

a. les prix de base selon l'al. 7;

b. les procédures en cours selon les art. 47 et 53 LAMal.

II

Dispositions transitoires de la modification du ...

[1] Les listes des hôpitaux de soins somatiques aigus et des maisons de naissance doivent se conformer aux critères de planification selon la présente ordonnance dans un délai de quatre ans suivant l'entrée en vigueur de la modification du ....

[2] Les listes des hôpitaux psychiatriques et de réadaptation doivent se conformer aux critères de planification selon la présente ordonnance dans un délai de six ans suivant l'entrée en vigueur de la modification du ....

[3] Les listes des établissements médico-sociaux doivent se conformer aux critères de planification selon la présente ordonnance dans un délai de trois ans suivant l'entrée en vigueur de la modification du ....

[4] Le percentile utilisé pour la valeur de référence peut encore être supérieur à la valeur visée à l'art. 59*c*[bis], al. 1, let. b, jusqu'à l'année tarifaire 2023.

III

La modification d'autres actes est réglée en annexe.

IV

La présente ordonnance entre en vigueur le …

…. Au nom du Conseil fédéral suisse

Annexe
(Ch. III)

Modification d'autres actes

Les actes mentionnés ci-après sont modifiés comme suit:

1. Ordonnance du 3 juillet 2002[3] sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie:

Art. 9, al. 5bis

5bis La comptabilité analytique des hôpitaux et des maisons de naissance doit être accompagnée de l'attestation d'un organe de révision externe qui certifie que la comptabilité analytique établie ne s'écarte pas des dispositions de la présente ordonnance.

Art. 10abis Modalités de calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité dans un modèle de rémunération de type DRG

1 Les déductions suivantes doivent notamment être appliquées aux coûts énoncés dans la comptabilité analytique par unités finales d'imputation pour tous les cas DRG devant être affectés à l'assurance obligatoire des soins:

a. coûts des prestations qui ne doivent pas être prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire et qui sont néanmoins affectées aux unités finales d'imputation prises en compte pour le calcul du prix de base, notamment les prestations d'intérêt général comme la recherche et l'enseignement universitaire, ainsi que les coûts de personnel de sécurité, de relations publiques et de marketing;
b. coûts des prestations supplémentaires fournies aux patients et directement facturées à ces derniers;
c. coûts des cas DRG non évalués;
d. rémunérations supplémentaires;
e. coûts des honoraires des médecins pour les prestations fournies aux patients avec une assurance complémentaire;
f. coûts correspondant au standard pour les patients avec une assurance complémentaire;
g. charges d'intérêts effectives;
h. pertes sur débiteurs;

3 RS **832.104**

[2] Un supplément pour les intérêts sur l'actif circulant nécessaire à l'exploitation, basé sur le rendement annuel moyen des obligations de la Confédération d'une durée de 10 ans et avec un délai de paiement de 40 jours doit être appliqué aux coûts adaptés selon l'al. 1.

[3] Les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité se déduisent des coûts adaptés selon les al. 1 et 2, divisés par la somme des coûts relatifs nets de la version de la structure tarifaire de l'année civile de la comptabilité analytique.

2. Ordonnance du 20 décembre 1982[4] sur l'assurance-accidents:

Art. 15, al. 2 et 2bis

[2] Lorsque l'assuré entre dans une autre division que la division commune ou, pour des raisons médicales, dans un autre hôpital, l'assureur prend à sa charge les frais qu'il aurait dû rembourser conformément à l'al. 1 pour le traitement dans la division commune ou dans l'hôpital le plus proche qui soit approprié. L'hôpital ne peut prétendre qu'au remboursement de ces frais.

[2bis] Les raisons médicales selon l'al. 2 existent en cas d'urgence ou lorsque la prestation requise n'est proposée dans aucun hôpital conventionné selon l'al. 1.

[4] RS **832.202**