



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Explications de H+

Modification de l'OAMal: nouveaux critères d'admission des fournisseurs de prestations et exigences uniformes pour la planification hospitalière

1. Contexte

En été 2020, H+ a pris position sur la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie relative au développement des critères de planification et au complément des principes de calcul des tarifs (modification OAMal I). L'association a clairement rejeté ces révisions d'ordonnances. Dans un avis de droit commandé par H+, l'étude d'avocats Vischer arrive à la conclusion «qu'avec son projet d'ordonnance le Conseil fédéral outrepassa sa compétence à plusieurs égards et que les réglementations prévues contredisent ou enterrent des objectifs fixés par la loi». H+ s'est élevée contre le carcan imposé aux cantons en matière de planification et a rappelé le principe de l'autonomie tarifaire. En outre, H+ a mis en garde contre les conséquences financières désastreuses et les risques de fermetures d'hôpitaux. Elle s'est en particulier opposée à la fixation de la valeur d'efficacité au 25^e percentile dans le cadre de la procédure obligatoire de Benchmarking. Avec succès: les articles de l'OAMal critiqués par H+ que sont la tarification (art. 59c) et le calcul du tarif dans un modèle de rémunération de type DRG (art. 59c^{bis}) ainsi que la modification de l'OCP (attestation pour la comptabilité analytique) et celle de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (prétention au remboursement des frais) n'ont pas été maintenus dans la présente révision.

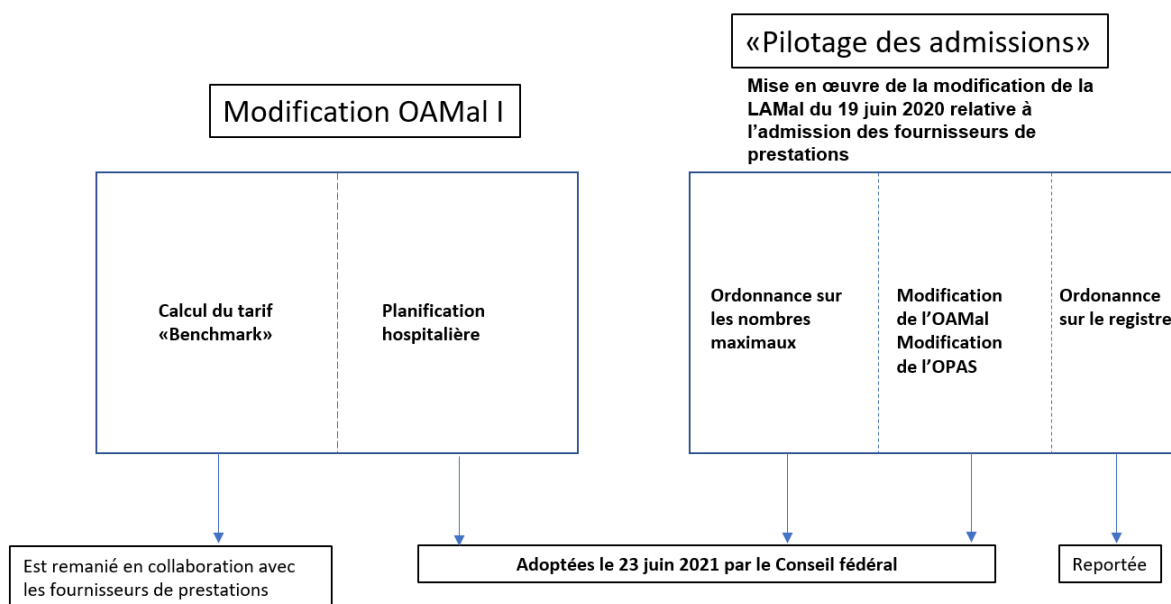
En hiver 2021, H+ a également pris position sur la modification de la LAMal relative à l'admission des fournisseurs de prestations.

- a. H+ a approuvé la majorité des modifications de l'OAMal et de l'OPAS, à une exception près: l'art. 58g nOAMal sur les exigences de qualité. H+ a déploré l'absence de coordination de l'introduction d'une nouvelle norme d'assurance de la qualité, faisant courir le risque d'enterrer des normes qualité non encore introduites ou venant de l'être. Dans le domaine de l'assurance qualité, cela laisse augurer d'un développement hors de contrôle des réglementations. C'est pourquoi H+ a demandé la suppression de cette disposition.
- b. H+ a commenté le projet concernant l'ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations AOS, en particulier eu égard à la conduite de ce registre. H+ a fait part de son scepticisme quant à la procédure prévue et a recommandé que le registre soit intégré aux flux de données existants. Cette intervention a manifestement été couronnée de succès, puisque ce projet a été sorti de la présente révision de l'OAMal.
- c. H+ a rejeté l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de fournisseurs de prestations en demandant qu'elle soit remaniée. Malheureusement, cette requête est restée sans effet. La réglementation approuvée le 23 juin 2021 prévoit que le nombre maximal soit dérivé du taux de couverture des besoins par région, à déterminer par les cantons.

2. Contenu de la modification de l'OAMal

Le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a adopté la législation d'application de la révision de la LAMal «Admission des fournisseurs de prestations». Celle-ci pose de nouvelles exigences en matière de qualité pour l'admissibilité de tous les fournisseurs dans le domaine ambulatoire, pour lesquelles les cantons seront compétents à l'avenir. En outre, la révision inclut la nouvelle réglementation de la limitation des admissions à pratiquer. Les cantons pourront décider eux-mêmes s'ils veulent restreindre le nombre de médecins par spécialités médicales ou dans des régions déterminées. Les critères et les principes méthodologiques ont été maintenant réglés dans l'OAMal: la fixation de ces nombres maximaux se base sur le calcul de taux régionaux de couverture des besoins en soins.

En outre, des exigences uniformes de planification hospitalière – tirées du 1^{er} volet de la révision de l'OAMal – afin d'augmenter la qualité des soins dans le domaine stationnaire et de maîtriser les coûts.



3. Entrée en vigueur

L'entrée en vigueur des nouvelles règles de fixation des nombres maximaux est intervenue au 1^{er} juillet 2021.

Les nouvelles dispositions de l'OAMal relatives aux critères d'admission entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

4. Modifications par rapport à l'ancienne OAMal et au projet mis en consultation

Des modifications par rapport à l'ancienne OAMal sont intervenues dans les domaines suivants:

- Les **critères de planification hospitalière basés sur la qualité et l'économicité** (art. 39 al. 2^{ter} LAMal) sont ancrés aux art. 58a à 58e de l'OAMal (SR 832.102) et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009. Sur la base des instruments développés dans le domaine de la planification et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral, **le Conseil fédéral a réexaminé les critères de planification et élaboré une modification de l'OAMal**. Les **exigences minimales actualisées sont ainsi fixées de manière transparente dans l'OAMal**. Elles doivent permettre aux cantons d'élaborer une planification conforme à la loi.
- La nouvelle réglementation de l'**admission des fournisseurs de prestations** doit permettre d'une part de renforcer les exigences en termes de qualité et d'économicité, que les fournisseurs admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins

(AOS) doivent remplir. D'autre part, un instrument plus efficient est mis à la disposition des cantons afin de maîtriser l'offre en prestations. Désormais, une procédure d'admission formelle, soumise à la surveillance des cantons, est introduite. Le législateur a également adapté les conditions d'admission des médecins.

- c. De plus, le législateur a inscrit à l'art. 55a LAMal **une nouvelle solution, non limitée dans le temps, pour restreindre le nombre d'admissions de nouveaux médecins**. Les cantons devront ainsi limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale et dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Le Parlement a chargé le Conseil fédéral de définir les critères et les principes méthodologiques applicables à cet effet. La réglementation adoptée le 23 juin 2021 prévoit que la **fixation de ces nombres maximaux se base sur le calcul de taux régionaux de couverture des besoins en soins**.

5. Domaine de validité

Les modifications (à l'exception des conditions d'admission à pratiquer) touchent tous les hôpitaux bénéficiant de mandats de prestations stationnaires, ainsi que, pour ce qui est des prescriptions de planification, les EMS pour l'évaluation de l'économicité et de la qualité. Pour l'attribution de mandats de prestations, les EMS sont soumis à des dispositions similaires à celles qui concernent les hôpitaux et les cliniques.

6. Détail des modifications

Les modifications significatives du point de vue de H+ par rapport à l'ancienne OAMal et au projet mis en consultation sont commentées ci-dessous.

6.1. Planification hospitalière (art. 58a – art. 58f OAMal)

H+ reconnaît la nécessité d'agir dans l'application de l'art. 39 al. 2^{ter} LAMal. Une adaptation de la LAMal à la jurisprudence et à la pratique des cantons était urgente, aussi et en particulier afin de garantir la sécurité du droit. Toutefois, H+ avait rejeté le projet durant la consultation pour de multiples raisons. H+ déplore que ses objections n'aient été pas du tout prises en compte dans la version définitive.

6.1.1 Art. 58b al. 1 OAMal

Dans la première étape de planification, sont calculés les besoins futurs en prestations médicales de la population d'un canton, ou de plusieurs cantons qui élaborent ensemble une planification. La simple hypothèse que l'offre existante peut être assimilée aux besoins à calculer ne remplit pas (plus) les exigences d'une planification conforme aux besoins. Dans ce sens, il est désormais précisé à l'al. 1 que les cantons doivent prendre en compte, pour le calcul des besoins, les facteurs qui influencent ces derniers. Ce sans préciser quels sont ces facteurs. Selon le rapport explicatif, il s'agit de facteurs démographiques, épidémiologiques, économiques, médico-techniques et autres. Les facteurs géographiques ne sont pas nommés, bien qu'ils soient d'une importance capitale dans le contexte du libre choix de l'hôpital et de la sécurité de l'approvisionnement.

6.1.2 Art. 58b al. 2 – 4 OAMal

Il est regrettable que la planification des besoins soit encore et toujours liée aux établissements et pas aux prestations.

6.1.3 Art. 58d OAMal

L'art. 58d contient des dispositions plus précises sur la mise en œuvre des critères de caractère économique et de qualité évoqués à l'art. 58b, al. 4, let. a, dans le cadre de la détermination de l'offre qui doit être garantie par la liste. En comparaison avec l'ancienne OAMal, les prescriptions relatives à l'«Évaluation du caractère économique et de la qualité» acquièrent davantage de

poids avec la modification de l'ordonnance car elles sont fixées dans un article indépendant (art. 58d) et non à l'al. 5 de l'art. 58b *Planification des besoins en soins*.

Le contrôle du caractère économique est assuré grâce à une comparaison de l'efficacité compte tenu, pour ce qui concerne les hôpitaux et les maisons de naissance, des coûts ajustés selon le degré de gravité (**al. 1**). On remarquera que la notion d'«*efficacité de la fourniture des prestations*» n'est ainsi plus utilisée dans la nouvelle version de l'OAMal.

Par rapport au projet, les modifications suivantes ont été apportées concernant les exigences minimales pour l'évaluation de la qualité des établissements (**al. 2**):

- a. L'établissement *dispose du personnel nécessaire qualifié*, au lieu de «la dotation en personnel spécialisé et la prise en compte d'une expertise adaptée aux besoins». Du point de vue de H+, cette modification doit être saluée car elle paraît moins contraignante.
- b. L'établissement *dispose d'un système de gestion de la qualité approprié*, au lieu de «la participation aux mesures nationales de la qualité». Ici également, on constate un rapprochement avec la relation entre les prescriptions cantonales et les futures conventions de qualité selon l'art. 58a LAMal, même si un QMS n'est pas exigé à l'art. 58a. En revanche, l'OFSP a souligné qu'un QMS devait être prévu dans les conventions de qualité. Un QMS est donc intégré au concept de développement de la qualité.
- c. L'établissement *dispose d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié* et doit avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, au lieu de «l'existence d'une culture de la sécurité» Ici également, on constate un rapprochement avec la relation entre les prescriptions cantonales et les futures conventions de qualité selon l'art. 58a LAMal. En même temps, l'interférence avec le domaine «Culture de l'apprentissage et de la sécurité» dans le concept de développement de la qualité est réduite, ce qui, du point de vue de H+, souligne l'importance de ce domaine dans le concept.
- d. L'établissement *dispose des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité*, au lieu de «l'exploitation d'un système de management de la qualité. Ici, l'ordonnance s'aligne sur l'art. 58a al. 2 let. a LAMal qui impose déjà des mesures de la qualité. Cela clarifie la position de l'OFSP selon laquelle l'admission par le canton doit être à la base du respect de la convention de qualité.

La disposition imposant *l'application de standards professionnels* (let. e initiale) a été supprimée sans autre. C'est un pas important du point de vue de H+, qui jure l'obligation de tout standard. En outre, les conventions de qualité sont renforcées en tant que base pour les pratiques à suivre. Une procédure de reconnaissance des mesures d'amélioration de la qualité est déjà prévue dans le concept de développement de la qualité.

- e. L'établissement *dispose de l'équipement garantissant la sécurité de la médication*, au lieu de «la garantie de la sécurité de la médication». Ici également, on constate un rapprochement avec la relation entre les prescriptions cantonales et les futures conventions de qualité selon l'art. 58a LAMal. En même temps, l'interférence avec le domaine «Sécurité de la médication» dans le concept de développement de la qualité est réduite, ce qui, du point de vue de H+, souligne l'importance de ce domaine dans le concept.

Il est incontesté qu'un haut niveau de qualité est indispensable pour la fourniture des prestations des hôpitaux. H+ déplore qu'une fois encore la réglementation porte sur la qualité des structures plutôt que sur celle des résultats. Il n'y a aucun lien de causalité avéré entre la première et la seconde. Les exigences minimales en matière de qualité des structures ne conduisent donc pas forcément à une meilleure qualité des résultats.

La distinction entre les hôpitaux et les maisons de naissance ainsi que les EMS dans l'évaluation du caractère économique et de la qualité est abandonnée.

Les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale peuvent être utilisés comme critères de sélection des établissements (al. 3). Ici également, on constate un rapprochement avec les futures conventions de qualité et la procédure de sélection prévue pour les hôpitaux et les cliniques dans le nouveau concept de qualité selon l'art. 58a LAMal.

L'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins (al. 4). Le potentiel de la concentration des prestations est à nouveau mentionné. Le rapport explicatif évoque «les potentiels relatifs au caractère économique et à la qualité, qui doivent être exploités au niveau de l'offre sur la base de mesures structurelles et organisationnelles». Il convient de prendre en considération que l'importance de la concentration de l'offre augmente avec les progrès médico-techniques et la spécialisation des prestations médicales tant dans le domaine MHS que dans les autres secteurs.

L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur des évaluations réalisées par d'autres cantons (al. 5). Cela signifie que la reprise de nombres minimums de cas (NMC) est autorisée. En appliquant le groupeur GPPH, de nombreux cantons reprennent les directives du canton de Zurich.

6.1.4 Art. 58e OAMal

L'obligation de mener une coordination des planifications cantonales ne repose pas sur une base légale. Des prescriptions aussi larges, vagues et éloignées de la pratique empiètent sur l'autonomie des cantons concernés et placeront ceux-ci devant des problèmes imprévus lors de l'application. En menant sa planification, un canton doit donner la priorité à la fourniture des soins stationnaires à sa population.

6.1.5 Art. 58f OAMal

La précision donnée à l'al. 3 (2^e phrase: *Des mandats de prestations sont attribués pour la totalité de l'éventail de prestations des hôpitaux et des maisons de naissance*) a été supprimée car elle était contraire à l'art. 39 LAMal.

Parmi les charges prévues pour les mandats de prestations des hôpitaux de soins somatiques aigus (al. 4), la garantie de la qualité a également été supprimée mais pas les nombres minimums de cas. En outre, les exigences en matière de planification hospitalière ne sont à ce stade pas durcies, de par la nouvelle formulation non contraignante qui a été adoptée. La résistance dans le cadre de la révision I de l'OAMal a donc ici également porté ses fruits. Les cantons peuvent certes prévoir des NMC à titre de conditions pour les hôpitaux de soins aigus mais, contrairement au projet mis en consultation, ces NMC ne «doivent» plus être remplis «par groupe de prestations».

6.2. Conditions d'admission (art. 30b, art. 38 – 56, art. 58g OAMal)

6.2.1 Art. 58g OAMal

Il est quelque peu gênant que les exigences en matière de qualité figurant déjà à l'art. 58d OAMal soient répétées à l'art. 58g de la même ordonnance. Les prescriptions énumérées pour l'évaluation de l'économicité et de la qualité servent à la réalisation d'une procédure formelle d'admission pour les cantons où l'activité est exercée. Ces conditions d'admission doivent garantir que des prestations de qualité et appropriées seront fournies.

A l'art. 58d, les critères de planification sont au centre. Ne sont admis sur la liste d'hôpitaux – respectivement n'obtiennent un mandat de prestations – que les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées à l'art 58d. Pour connaître l'offre en prestations à inscrire sur la liste, il faut déterminer les besoins en soins de santé de la population du canton et les mettre en regard de l'offre en prestations disponible. Lors de la sélection des établissements à inscrire sur la liste, les cantons doivent tenir compte des critères d'économicité et de qualité des prestations fournies, comme condition préalable à une fourniture de prestation peu coûteuse et de qualité. Cette distinction n'est pas heureuse d'un point de vue systémique.

6.3 Dispositions transitoires

Selon l'art. 2 des Dispositions transitoires, les listes d'hôpitaux de soins somatiques aigus devront respecter les critères de planification étendus dans un délai de quatre ans après l'entrée en vigueur de la modification. Pour les listes des secteurs de la psychiatrie et de la réadaptation le délai est de six ans.

Le droit d'exécution de la révision de la LAMal est moins préoccupant qu'annoncé. Les voix qui se sont élevées contre le projet mis en consultation – celles de H+ et de nombreux autres acteurs – ont porté leurs fruits. Les critères de planification ont été adoucis. Le contexte a été également clarifié. L'harmonisation/la complémentarité sont désormais possibles entre les critères d'admission liés à la qualité (art. 58d OAMal) et les mesures de développement de la qualité convenues entre les partenaires contractuels dans le cadre des conventions de qualité (art. 58a LAMal).

6.4 Nombres maximaux

En date du 19 juin 2020, le Parlement a prévu à l'art. 55a LAMal une nouvelle solution, non limitée dans le temps, pour restreindre le nombre d'admissions de nouveaux médecins. Les cantons auront ainsi la possibilité de limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale et dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Sont également soumis à cette limitation les médecins qui pratiquent dans le secteur ambulatoire d'un hôpital ou dans un établissement de soins ambulatoires. Lors de la consultation, H+ a qualifié d'extrêmement problématique la méthode proposée par le Conseil fédéral pour fixer ces nombres maximaux de cas. D'une part, les prestations ambulatoires des hôpitaux sont mises sur le même pied que celles fournies en cabinet médical, sans tenir compte des différents degrés de spécialisation. D'autre part, les cantons disposent d'une grande liberté dans la mise en œuvre, de telle sorte que le risque existe d'un foisonnement dans les cantons – malgré les principes et les méthodes uniformes prévus par la Confédération. On ne peut exclure que des hôpitaux, groupes hospitaliers ou domaines de prestations ne soient privilégiés. Une telle évolution est une entrave à une concurrence loyale entre les hôpitaux et met en question la qualité des soins ambulatoires qui en dépend. Les diverses

demandes de H+ n'ont pas été suivies. **La réglementation adoptée le 23 juin 2021 prévoit que la fixation des nombres maximaux de cas**

- repose sur un modèle de régression de l'offre en prestations médicales applicable pour l'ensemble de la Suisse, qui permettra de déduire le besoin par domaine de spécialisation et par région (volume de prestations ajusté au besoin) et
- soit en relation avec l'offre en médecins.

Cette fixation est du ressort des cantons qui peuvent prévoir un facteur de pondération pour les nombres maximaux. La coordination intercantonale est obligatoire, ainsi que la prise en compte des flux de patients.

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe, en tant que membres actifs, 208 hôpitaux, cliniques et EMS répartis sur 343 sites ainsi que 150 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers avec statut de membres partenaires. Les établissements de santé représentés par H+ emploient quelque 200'000 personnes.
