



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

PAR COURRIEL

Office fédéral de la santé publique OFSP
Monsieur Pascal Strupler
Directeur
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Courriel : tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 17 août 2020

Consultation : modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), de l'ordonnance du 3 juillet 2002 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) ainsi que de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA)

Monsieur le Directeur,
Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 12 février 2020 de Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset.

Le Conseil d'Etat remercie le DFI pour l'invitation à prendre position concernant l'objet susmentionné. Les modifications de l'OAMal ainsi que l'OCP ont soulevé de nombreuses interrogations. Notre prise de position a été élaborée dans l'esprit de l'analyse de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Elle se subdivise, de manière analogue au projet de la CDS, en deux parties : critères de planification et tarification.

Critères de planification

Il a été constaté que le bénéfice entre les nouvelles dispositions proposées et celles de l'ordonnance en vigueur demeure relativement modeste. La révision restreint fortement la marge de manœuvre des cantons en matière de planification au travers de directives fédérales précises. A notre avis, la Confédération empiète ainsi de manière disproportionnée sur les compétences des cantons. De plus, les critères de planification détaillés proposés et le droit de recours prévu par le Conseil fédéral pour les associations d'assureurs dans le cadre du premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts rendraient les listes cantonales des hôpitaux et des EMS très vulnérables.

De façon générale :

1. Il manque des éléments permettant d'harmoniser la planification hospitalière à l'échelle nationale, notamment au niveau du système de groupes de prestations au sein des trois domaines de prise en charge que sont les soins aigus somatiques, la psychiatrie et la réadaptation. Les cantons pourraient par conséquent appliquer des systèmes différents, ce qui supprimerait probablement la base commune pour des planifications et des mandats de prestations concertés.
2. Le projet ne tient pas suffisamment compte de la révision de la LAMal, qui vise à renforcer la qualité et l'économicité, ni des dispositions correspondantes de l'ordonnance y relative. Or, la mise en œuvre de cette révision de la LAMal est prioritaire.
3. Dans le contexte de lutte contre le Coronavirus, il sera nécessaire d'examiner les leçons pouvant être tirées dans le domaine de la planification hospitalière. Une révision de l'OAMal en matière de planification hospitalière devrait tenir compte de cette analyse.

Ainsi, tant le contenu des modifications relatives aux critères de planification des hôpitaux et des EMS dans l'OAMal que le moment choisi pour leur mise en œuvre ne sont pas acceptables pour les cantons.

Le canton de Fribourg rejette par conséquent le projet de révision concernant les critères de planification.

Tarification

Le projet relatif à la tarification est quant à lui dépourvu de base constitutionnelle et il remet en cause la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires. Par ailleurs, à travers les dispositions de l'ordonnance, il limite la compétence légale des cantons consistant à examiner les tarifs négociés sous l'aspect de leur économicité, à les approuver et, le cas échéant, à les fixer.

Il n'est pas nécessaire que la Confédération participe, elle aussi, à la formation des prix en déterminant des principes de tarification. Au travers de la modification de l'ordonnance, la Confédération entend restreindre la marge de manœuvre des partenaires tarifaires et limiter les compétences des cantons, sans aucune nécessité en l'espèce. Elle le fait par ailleurs sans analyser les répercussions sur l'autonomie tarifaire et les soins médicaux.

En définissant que le benchmark doit correspondre au maximum au 25e percentile, la Confédération limite considérablement la marge de manœuvre en vue des négociations tarifaires. En effet, il est fort probable qu'à l'avenir, aucun assureur n'approuvera un tarif se situant au-delà de la valeur du benchmark. Cela signifierait qu'à long terme, le pilotage des soins hospitaliers se fonderait uniquement sur le critère des coûts.

Le Conseil d'Etat considère que l'harmonisation de la procédure de calcul des coûts par cas et coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité est par contre l'un des rares éléments du projet méritant d'être soutenu. En effet, si les partenaires tarifaires, les cantons et la Surveillance des prix calculent à l'avenir les coûts d'exploitation déterminants pour la référence en se fondant sur les mêmes bases de données, cette manière de procéder gagnera en efficacité par rapport à la pratique actuelle et aboutira très probablement à des résultats intermédiaires plus fiables et incontestés lors de la tarification.

Mais sur ce point précisément, la Confédération se montre inutilement réticente, étant donné qu'elle recourt à une disposition facultative, laissant ainsi les acteurs libres d'utiliser ou non les comparaisons entre hôpitaux selon l'art. 49 al. 8 LAMal.

Dans le contexte actuel de lutte contre le Coronavirus, les hôpitaux sont confrontés à une situation difficile. Le renforcement des capacités nécessaires au traitement des patients atteints de COVID-19 a généré d'importants coûts dans certains établissements. Par ailleurs, les hôpitaux ont enregistré des pertes de revenu considérables suite à l'interdiction des interventions électives prononcée par le Conseil fédéral pour la période du 13 mars au 26 avril 2020. À ce jour, il n'est pas encore possible d'estimer de quelle manière cette crise se répercutera sur la situation financière des hôpitaux.

Soucieux de préserver la stabilité de nos structures de prise en charge, il serait irresponsable, dans le présent contexte et avec le niveau de connaissances actuelles, de prendre une décision sur un thème d'une telle portée que représente l'indemnisation des hôpitaux selon de nouveaux tarifs.

En conséquence, le canton de Fribourg rejette également le présent projet de révision concernant les dispositions relatives à la tarification.

En vous remerciant du travail effectué, nous vous adressons, Monsieur le Directeur, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Au nom du Conseil d'Etat :

Anne-Claude Demierre, Présidente



Danielle Gagnaux-Morel, Chancelière d'Etat

L'original de ce document est établi en version électronique

Annexe

—

Formulaire – Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification) : procédure de consultation

Prise de position de la CDS relative à la modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification et tarification)

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

Avis donné par

Nom / société / organisation : Direction de la santé et des affaires sociales

Abréviation de la société / de l'organisation : DSAS

Adresse : Route des Cliniques 17, 1700 Fribourg

Personne de référence :

Téléphone : 026'305'29'04

Courriel : dsas@fr.ch

Date : 29.07.2020

Remarques importantes :

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire et de ne remplir que les champs gris !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **20 mai 2020** aux adresses suivantes : Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

Nous vous remercions de votre collaboration!

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

Table des matières

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	3
Commentaires concernant les différents articles du projet de la modification et leurs explications	5
Autres propositions	20
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	22

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Adaptation des critères pour la planification des hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux</i>, chapitre I., 1., dernière phrase :</p> <p>« <i>Planifier conjointement signifie déterminer la demande dans le domaine de prestation concerné en fonction de la population résidente commune et tenir compte des établissements sur le territoire commun lors de la détermination de l'offre.</i> » Nous refusons une définition aussi étroite de la planification conjointe de différents cantons. Les cantons doivent pouvoir opter entre différentes variantes de planification conjointe. La deuxième partie de la phrase en question est par ailleurs fautive. La planification doit toujours tenir compte de tous les établissements intéressés ou pertinents en matière de soins et non seulement des établissements implantés dans les cantons planificateurs.</p>
	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Adaptation des critères pour la planification des hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux</i>, chapitre I. 2., deuxième phrase.</p> <p>« <i>Afin d'élargir le libre choix, la participation des cantons au financement n'est plus supprimée dans le cas des traitements sans indication médicale comme dans l'ancien droit, si les hôpitaux ou maisons de naissance figurent sur la liste du canton où ils se situent mais non sur la liste du canton de résidence du patient</i> »</p> <p>Cette affirmation est incorrecte. Dans le cas de traitements sans indication médicale, le canton n'est en aucun cas obligé de participer au financement. Il s'agit ici d'un recours à des prestations qui ne sont pas vitales d'un point de vue médical et dispensées dans un établissement qui ne figure pas sur la liste cantonale.</p>
	<p>En ce qui concerne les directives détaillées sur ce que le canton doit examiner en matière d'exigences de qualité, il convient de retenir que la responsabilité d'une prestation de bonne qualité relève de l'hôpital et ne saurait être assumée par le canton. Les cantons ne peuvent pas examiner chaque aspect dans ses moindres détails – le cas échéant, sur place – comme la teneur de l'ordonnance tend à le suggérer.</p>
	<p>Nous constatons que les cantons sont obligés, en vertu de l'art. 58f, al. 5, de formuler des exigences par groupe de prestations. Dans le même temps, l'ordonnance ne prévoit pas d'obligation d'appliquer un système de groupes de prestations uniforme. Nous attirons l'attention sur le fait que cela laisse aux cantons une ouverture d'appliquer différents systèmes, ce qui supprime toute base pour des mandats de prestations uniformes et des planifications conjointes. Dans cette perspective, le but du projet, à savoir que la révision « ... <i>réduit les disparités entre les concepts de planification des différents cantons...</i> » est manqué. Cela soulève de nouvelles questions quant à l'application des dispositions qui se réfèrent aux</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

	groupes de prestations.
	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Dispositions sur la détermination des tarifs</i>, chapitre I, section 2.1, deuxième et quatrième paragraphes</p> <p>Dans son stade actuel de développement, la structure tarifaire TARPSY accuse – dans une mesure encore plus grande que SwissDRG – des limites considérables quant à la représentation de la durée de séjour, ce qui restreint la comparabilité des cliniques psychiatriques. La qualité des données sur les coûts et les prestations doit également être améliorée. C'est pourquoi nous considérons qu'un benchmarking pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la psychiatrie – avec la même phase de transition et le même critère de l'efficacité que dans les soins aigus – n'est pas approprié. Une concrétisation du critère de l'efficacité ne devrait intervenir, si tant est qu'elle le doive, que pour la structure tarifaire SwissDRG et non pour le « modèle de rémunération de type DRG ».</p> <p>Cette remarque s'applique, à notre avis, également au domaine de la réadaptation, qui disposera bientôt aussi d'une structure tarifaire nationale uniforme, ST Reha, qui répondra aux critères de définition spécifiés (type DRG).</p>
	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Dispositions sur la détermination des tarifs</i>, chapitre I, section 2.1, dernier paragraphe</p> <p>Le choix du 25^e percentile est inintelligible, d'autant plus que le Tribunal administratif fédéral a soutenu dans ses arrêts des valeurs de référence jusqu'au 50^e percentile. Si le 25^e percentile est fixé comme limite supérieure, cela doit également être justifié. Cela vaut de même pour la prescription selon laquelle la valeur de référence doit être définie par rapport au nombre de fournisseurs de prestations.</p> <p>Avant de poursuivre le projet de révision, la Confédération doit au moins mener une analyse d'impact de la réglementation.</p>

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

Commentaires concernant les différents articles du projet de la modification et leurs explications					
nom/ société	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
	58b			<p>Le rapport explicatif affirme : « <i>Par ailleurs, les comparaisons réalisées dans le cadre de la détermination des besoins doivent notamment permettre de s'orienter en fonction de ce qui se fait de mieux, et donc autoriser un benchmarking, contrairement à la poursuite des tendances existantes.</i> »</p> <p>Dans le cadre de la détermination des besoins, il n'est pas nécessaire d'évaluer ou de comparer les fournisseurs de prestations. Cette affirmation est donc fautive et il convient de la biffer.</p>	Biffer la phrase.
	58b	2		<p>La planification ne doit pas seulement déterminer l'offre sollicitée dans des établissements qui ne figurent pas à la liste des hôpitaux. Les « grandes » planifications hospitalières détermineront sans exception l'offre complète, à savoir celle des hôpitaux répertoriés et celle des hôpitaux conventionnés également.</p>	« Ils déterminent l'offre utilisée dans des <u>hôpitaux répertoriés et dans des établissements</u> qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée. »
	58d	1		<p>Il conviendrait d'ajouter au commentaire que les cantons gardent la marge de manœuvre actuelle dans l'évaluation de l'économicité selon l'art. 58d, al. 1, même si le Conseil fédéral devait décider la modification de l'art. 59c ss concernant la tarification.</p>	
	58d	2		<p>Cette disposition concernant l'évaluation du caractère économique des établissements médico-sociaux ne peut</p>	

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				<p>actuellement être mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'AOS ne participe aux coûts des soins que par un montant fixe par degré de soins selon l'OPAS, lequel ne couvre pas en soi les coûts (sauf dans le domaine plutôt marginal des soins aigus et de transition). Le canton et/ou les communes étant dans l'obligation de se charger des frais de soins non couverts via le financement résiduel et ces frais pouvant être liés à certains mandats de prestations supplémentaires, cette disposition entame la compétence en matière de soins des cantons sans qu'un intérêt de nature plus globale de la Confédération ou de l'AOS soit en jeu. Cela étant, il conviendrait de laisser aux cantons le soin d'effectuer ou non un examen de l'économicité dans les EMS et d'en déterminer les modalités. • Les trois instruments d'évaluation des soins requis, assortis chacun de plusieurs versions, ne sont pas harmonisés ; en conséquence, les évaluations des degrés de soins requis entre des EMS utilisant différents instruments ne sont pas comparables. • De plus, la gradation des soins requis selon l'art. 7a, al. 3, OPAS ne suffit pas afin de reproduire le degré de gravité de manière adéquate. Des EMS plus onéreux peuvent tout à fait être économiques dès lors qu'ils traitent des patients nécessitant des soins particulièrement exigeants et qu'ils ont besoin d'un personnel hautement qualifié (p. ex. soins palliatifs ; sclérose en plaques, SLA ou la prise en charge de patient·e·s ventilé·e·s). Le degré de soins ne représente pas non plus la part des traitements et la part des soins de base. La comparaison de l'économicité se complique en outre parce que le degré de soins le plus élevé n'est pas plafonné en ce qui concerne les soins requis (220 	
--	--	--	--	---	--

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				minutes et plus). Il conviendrait de développer une méthode dans ce but afin d'obtenir une comparaison appropriée du caractère économique.	
58d	3+4			<p>Dans ces deux alinéas, il est question de l'obligation des cantons d'examiner si les exigences minimales sont respectées. Cela reviendrait à abandonner la procédure actuelle qui engage les fournisseurs de prestations à déclarer s'ils remplissent ou non les exigences minimales lorsqu'ils briguent un mandat de prestations. Après avoir obtenu un mandat de prestations, les hôpitaux sont aujourd'hui obligés par les cantons de signaler s'ils ne sont plus en mesure de remplir les exigences requises.</p> <p>La responsabilité de fournir une prestation de bonne qualité doit continuer d'être du ressort des hôpitaux. Il est absolument irréalisable de s'écarter de ce principe, ce pourquoi le canton de Fribourg rejette ce changement.</p>	<p>« Lors de l'évaluation de <u>Afin d'évaluer</u> la qualité des hôpitaux, <u>ceux-ci sont tenus de déclarer au canton</u> il faut examiner si notamment les exigences minimales suivantes sont respectées pour l'ensemble de l'hôpital : »</p> <p>Modification analogue de l'al. 4</p>
58d	3			<p>Rapport explicatif, p. 9, alinéa 3 :</p> <p>les cantons estiment que la qualité des structures et des processus est également déterminante.</p>	<p>« <u>Les critères de</u> L'examen du critère de la qualité se fonde notamment sur des résultats de mesures et la preuve doit <u>doivent</u> être suffisamment discriminants, justiciables et vérifiables. »</p>
58d	3			<p>Rapport explicatif, p. 9, alinéa 3 :</p> <p>Cette disposition ne concerne que l'admission en matière du droit des assurances sociales mais non l'admission en matière de police sanitaire.</p>	<p>« L'al. 3 comporte une liste non exhaustive et concrétise le critère de la qualité dans le cadre de l'admission <u>en matière du droit des assurances sociales</u> des fournisseurs de prestations <u>aux fins de décompte à la charge de l'assurance-maladie obligatoire</u>. S'ils sont admis, ils doivent satisfaire aux exigences de qualité de la LAMal. »</p>
58d	3			<p>Rapport explicatif, p. 9, alinéa 4 :</p> <p>Nous attirons l'attention sur le fait que la révision LAMal mentionnée n'a pas conduit à une adaptation des exigences de</p>	

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				<p>qualité, contrairement à ce qu'affirme le rapport explicatif. La mise en œuvre du projet générera cependant des mesures portant sur la mesure, le développement de la qualité, etc.</p> <p>Il faut également souligner que les conventions de qualité mentionnées ne seront pas nécessairement uniformes dans toute la Suisse, étant donné qu'elles sont négociées par les différentes fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs. Il est impératif d'éviter que les différences prennent une ampleur telle que des comparaisons de la qualité à l'échelle nationale deviennent impossibles.</p> <p>Des données sur la qualité qui soient comparables dans toute la Suisse sont indispensables pour les cantons dans le cadre de la planification hospitalière. En conséquence, en vue de la modification de l'OAMal en lien avec le projet de renforcement de la qualité, nous demandons que les fédérations des assureurs soient tenues de négocier avec les fournisseurs de prestations des conventions qualité uniformes dans le domaine stationnaire.</p> <p>Le rapport explicatif laisse en suspens la question de savoir comment traiter d'éventuelles contradictions entre les directives cantonales de planification et les conventions qui, le cas échéant, ne seraient pas uniformes. Dans ce cadre, il faut que les exigences des cantons priment dans tous les cas les exigences formulées dans les conventions.</p>	
	58d	3	a.	<p>Cette exigence – à la différence des exigences figurant aux lettres <i>b</i> à <i>f</i> – ne se réfère pas à l'ensemble de l'hôpital mais aux différents groupes de prestations et s'oppose ainsi à la formulation contenue à l'al. 3 « pour l'ensemble de l'hôpital ». Une optique axée sur les groupes de prestations n'est pas nécessairement judicieuse et priverait dans une large mesure les établissements de leur compétence en matière de planification du personnel. D'après les expériences de certains cantons, il s'est avéré que des directives plus détaillées sur la dotation en</p>	

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				<p>personnel ne sont guère applicables. Il est important que – là où cela est utile et nécessaire – le canton puisse émettre des directives sur la disponibilité du personnel pour l'ensemble de l'hôpital ou certains domaines de prestations et ce, comme bon lui semble aussi bien pour le personnel médical que pour le personnel infirmier.</p> <p>Remarque : l'art. 58f, al. 5, let. b. formule aussi des exigences en lien avec le personnel spécialisé. Il y a ainsi une certaine redondance par rapport à l'art. 58d, al. 3, let. a.</p>	
	58d	3	a.	<p>Le rapport explicatif mentionne aussi le <i>Advance Care Planning</i> en lien avec le thème de la dotation en personnel (let. a). Or, ces deux éléments n'ont pas grand-chose à voir l'un avec l'autre. En conséquence, il convient de ne pas mentionner ACP en cet endroit.</p>	
	58d	3	a.	<p>En ce qui concerne la dotation en personnel, le rapport explicatif mentionne des normes de référence nationales et internationales dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales. Soulignons à ce sujet qu'il n'existe actuellement pas encore de normes de référence nationales et que celles-ci s'appliqueraient sans doute à l'ensemble de l'hôpital et non à quelques groupes de prestations (cf. remarque plus haut).</p> <p>Tant que les normes de référence nationales susmentionnées ne sont pas développées, il conviendrait de se rapporter aux exigences structurelles minimales concernant l'organisation et le personnel, recommandées dans la mise en œuvre de la stratégie NOSO, ces exigences minimales n'étant pas encore adoptées non plus.</p>	
	58d	3	c.	<p>L'existence d'une culture de la sécurité n'étant pas un critère discriminant, justiciable et vérifiable, il convient de le biffer.</p> <p>Nous refusons le critère du système de déclaration des erreurs.</p>	<p>« l'existence d'une culture de la sécurité, notamment l'application d'un système de déclaration des erreurs et des sinistres et l'affiliation</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				<p>Premièrement, un tel système n'existe pas à ce jour.</p> <p>Deuxièmement, la situation juridique par rapport à la protection de la confidentialité pour les personnes signalant les erreurs ainsi que des questions en matière de responsabilité restent à clarifier.</p> <p>Nous faisons en outre remarquer que si l'application d'un système de déclaration des erreurs sur l'ensemble du territoire est certes souhaitable, une véritable amélioration de la qualité ne sera obtenue que si l'utilisation du système est bien ancrée au sein de l'établissement. Cela n'est pas vérifiable par les cantons.</p>	à un réseau de <i>reporting</i> uniforme pour l'ensemble de la Suisse; »
	58d	3	c.	<p>Rapport explicatif, p. 10, alinéa 3</p> <p>Il n'est pas possible de standardiser la mesure de la culture de la sécurité. Une enquête menée auprès de groupes cibles sur des aspects de sécurité dans la culture d'un établissement ne correspond pas à la définition courante d'une mesure standardisée récurrente. La référence à une enquête menée au sein de l'USZ en 2011 est trop spécifique.</p>	« C'est pourquoi le canton évalue, selon l'al. 3, let. c, les résultats des mesures standardisées de la culture de la sécurité. Un instrument correspondant a déjà été utilisé par l'hôpital universitaire de Zurich. Les normes d'optimisation de la sécurité des patients introduites par l'évitement des confusions entre côtés, patients et procédures y ont été contrôlées à l'aide d'une enquête sur la culture de la sécurité. »
	58d	3	c.	<p>Rapport explicatif : « Les meilleurs résultats (de préférence le quartile le plus élevé) provenant des mesures servent de valeur initiale (standards minimaux) pour l'amélioration de la qualité. »</p> <p>Il convient de laisser aux cantons une marge de manoeuvre dans l'évaluation des critères de qualité et des résultats des mesures. Il faut supprimer toute affirmation de la Confédération portant sur un benchmark de la qualité.</p>	Biffer la phrase.
	58d	3	d.	<p>Si le canton peut vérifier qu'un système de management de la qualité est bien en place, il ne peut cependant examiner si le système est exploité de manière appropriée. Il incombe à l'hôpital d'exploiter un système approprié à son offre de prestations.</p>	

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				<p>Il convient de préciser cela dans le rapport explicatif.</p> <p>À préciser également que le système de management de la qualité doit être exploité pour l'hôpital dans son ensemble et notamment pour les processus fondamentaux / les processus proches des patients (système intégré dans l'ensemble de l'établissement).</p> <p>Que la Confédération se prononce dans le rapport explicatif sur les indicateurs susceptibles d'être utilisés dans le cycle PDCA va trop loin.</p>	
	58d	3	e.	<p>Rapport explicatif, p. 11, alinéa 1</p> <p>Il n'est pas possible de procéder à des mesures normalisées des standards mais le respect des standards peut s'évaluer au moyen d'indicateurs définis, tels que la consommation de désinfectants pour les mains dans une unité d'exploitation donnée.</p>	« À cet effet, les cantons évaluent les résultats des mesures standardisées. »
	58d	3	f.	<p>Ici, il conviendrait de renvoyer au format de la remise électronique des médicaments, prescrit dans le cadre des ordonnances DEP attendues pour 2020/2021. Il serait dès lors obligatoire d'utiliser ce format et il indiquerait en outre le champ d'application.</p> <p>Indépendamment de cette disposition d'ordonnance, on attend des hôpitaux qu'ils garantissent de manière générale la sécurité de la médication et ce, lors de la prescription, de la remise et de l'application et pas seulement lors de la prescription électronique.</p> <p>La formulation doit être harmonisée avec les notions contenues dans la loi sur les produits thérapeutiques (p. ex. en utilisant le terme « prescription » plutôt que le terme « ordonnance »).</p>	
Error! Reference source not	58d	4		<p>Répertorier les EMS et les maisons de naissance dans le même article viole l'unité de la matière d'une part et, d'autre part, ne tient pas compte des différences de ces fournisseurs de</p>	<p>Réglementer les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance dans des articles</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

found.				prestations.	séparés.
	58d	4	b.	À l'heure actuelle, il n'existe pas de mesures nationales de la qualité pour les maisons de naissance, à l'exception de la satisfaction de la clientèle, qui est mesurée ponctuellement.	Biffer la lettre b. pour les maisons de naissance.
	58d	4	d.	La Suisse ne connaît pas de système de management de la qualité (QM) pour les maisons de naissance. Les systèmes existants ne sont pas praticables pour les maisons de naissance et ne se laissent pas adapter à la taille et au type d'institution d'une maison de naissance. Il est par contre envisageable que les maisons de naissance développent un certificat d'ici la fin des dispositions de transitoires.	Biffer. Adapter éventuellement : « L'exploitation d'un système de management de la qualité <u>acquisition d'un certificat pour maisons de naissance ;</u> »
	58d	4	f.	Les sages-femmes ne sont pas autorisées à prescrire ou à remettre des médicaments. Elles ne peuvent les utiliser que dans des cas bien définis (cf. art. 52 de l'ordonnance sur les médicaments). Par conséquent, cette directive n'est ni utile ni adéquate. Pour les EMS, il faut tenir compte de la remarque relative à l'art. 58d, al. 3, let. f.	Biffer la let. f. pour les maisons de naissance. Pour les EMS : la formulation doit être harmonisée avec la loi sur les produits thérapeutiques (p. ex. en utilisant le terme « prescription » plutôt que le terme « ordonnance »).
	58d	6		Nous sommes d'accord avec les affirmations du rapport explicatif. Cependant, la norme légale proposée est incompréhensible dans la présente formulation.	« Dans le domaine hospitalier, il faut veiller à la mise à profit des synergies et <u>du potentiel de concentration des prestations</u> 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. »
	58d	7		Cette disposition est incompréhensible et, à notre avis, redondante.	Biffer.

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

	58d	8		<p>Nous saluons expressément cette disposition.</p> <p>Le caractère économique et la qualité ne devant pas être examinés selon l'éventail des prestations, il convient de biffer une partie de la phrase.</p>	<p>« L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur <u>l'évaluation</u> les résultats d'autres cantons, si <u>cette évaluation est</u> ces résultats sont d'actualité et pertinents eu égard à l'éventail de prestations à fournir. »</p>
	58e			<p>Rapport explicatif, p. 13</p> <p>Selon la LAMal, seuls les traitements médicalement justifiés sont à rémunérer. Il s'agit là de raisons médicales pour un traitement hospitalier fourni dans un hôpital non répertorié du canton de résidence (cf. art. 41, al. 3, LAMal).</p>	<p>Corriger cet alinéa.</p>
	58e	1	b.	<p>Contrairement à ce qu'affirme le rapport explicatif (p. 13, avant-dernier alinéa), cette disposition ne figure pas à l'art. 58d, OAMal actuellement en vigueur. De plus, les termes « potentiel relatif au caractère économique » et « potentiel relatif à la qualité » ne sont pas définis.</p> <p>La disposition n'étant pas réalisable par rapport à l'application concrète, nous demandons de la biffer.</p>	<p>Biffer.</p>
	58e	2		<p>Remarque générale : il n'est pas nécessaire de définir à l'échelle fédérale qui est concerné par la planification d'un canton. Ces références sont déjà contenues dans les recommandations de la CDS sur la planification hospitalière.</p> <p>Si la disposition est néanmoins retenue, il conviendrait de stipuler que les cantons voisins sont également concernés.</p>	<p>Biffer.</p> <p>éventuellement :</p> <p>biffer la lettre <i>d</i> et la remplacer par :</p> <p>« <u>les cantons voisins</u> »</p>
	58e	2	c.	<p>Une correction est nécessaire.</p>	<p>« les cantons pour la planification desquels les flux intercantonaux de patients, actuels ou attendus, en provenance du canton planificateur ou vers les établissements cantonaux <u>implantés dans le</u> du canton planificateur sont importants ; »</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

	58e	2	d.	Il n'est pas clair quelle est l'intention de la disposition et comment la mettre en œuvre.	Biffer.
	58f	3		La deuxième phrase prête à équivoque. On peut partir du principe qu'il s'agit là de l'idée formulée dans les recommandations de la CDS sur la planification hospitalière (recommandation 3 c) que chaque canton devrait veiller à la garantie des soins dans tous les domaines et groupes de prestations. C'est ce que nous approuverions. Si c'est bien le cas, il faut cependant modifier la formulation. Il faut qu'il soit absolument clair que cette disposition ne donne aucun droit à un hôpital de recevoir un mandat de prestations pour l'ensemble de l'éventail des prestations.	« <u>Le canton attribue au moins un</u> Des mandats de prestations sont attribués pour la totalité <u>des groupes de prestations à un hôpital répertorié ou extracantonal</u> de l'éventail de prestations des hôpitaux et des maisons de naissance. »
	58f	4		Cet alinéa ne permet pas de comprendre si les directives de planification hospitalière de la Médecine hautement spécialisée doivent ou non être respectées par les organes de la CIMHS à l'avenir. Une clarification serait ici indispensable.	
	58f	5		Étant donné que le rapport explicatif (p. 14, al. 6) attire l'attention sur la recommandation de la CDS d'appliquer un système de groupes de prestations GPPH uniforme et que ce système contient déjà les exigences figurant à l'art. 58f, al. 5, let. a.-g., on peut s'interroger sur l'utilité de l'art. 58f, al. 5. Éventuellement : Si cette disposition est retenue, il faudrait préciser qu'elle ne s'applique qu'aux soins aigus. Les critères ne sont pas applicables aux domaines de la psychiatrie et de la réadaptation.	Biffer. Éventuellement : « Les mandats de prestations attribués dans le cadre de la planification hospitalière cantonale <u>dans le domaine des soins aigus</u> déterminent, par groupe de prestations, lesquelles des exigences suivantes doivent être remplies : »
	58f	5	f		« garantie de la qualité, <u>par exemple</u> notamment

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

					discussion interdisciplinaire des cas ; »
	58f	6	c	Il s'agit là de sanctions et non d'« obligations » comme l'indique le préambule de l'art. 6. Mais comment l'interpréter ? Pourrait-on prévoir des tarifs dégressifs sur la base de cette disposition ?	
	58f	7		Cette disposition mentionne aussi le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41 a de la loi. Toutefois, il n'est pas clair comment interpréter ce passage et comment les cantons devraient concrètement le formuler en tant qu'exigence au sens d'une « interdiction des systèmes inadaptés d'incitations économiques ». En conséquence, il convient de biffer cette partie.	« ...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. »
	59c ^{bis}	1		<p>Il convient de simplifier l'alinéa 1 et d'y formuler le rôle prépondérant des partenaires tarifaires et des cantons (voir proposition).</p> <p>La présentation des traitements soit de l'intensité des traitements par TARPSY est insuffisante. La comparaison des coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité défavorise les cliniques qui prodiguent à leurs patientes et patients des traitements de courte durée mais intensifs et à des coûts journaliers logiquement plus élevés. Cela aurait pour conséquence que les traitements seraient moins intensifs et la durée du séjour serait prolongée. Au vu de ce scénario, il est indiqué de comparer en psychiatrie aussi les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité.</p>	<p>« ¹ Pour le calcul des tarifs dans un modèle de rémunération de type DRG, <u>les assureurs, respectivement l'autorité d'approbation compétente, calculent</u> une valeur de référence est calculée sur la base des coûts du fournisseur de prestations constituant la référence (<i>benchmark</i>). La valeur de référence est calculée comme suit:</p> <p>a. dans un premier temps, on calcule <u>ils calculent pour cela</u> les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité, déterminés selon l'art. 10a^{bis}, al. 3, de l'Ordonnance du 3 juillet 2002² 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: »</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

59c ^{bis}	1	a	<p>Il est essentiel de continuer à accorder une marge de manœuvre aux partenaires tarifaires et aux cantons dans le choix des données utilisées.</p> <p>L'attestation OPC ne remplacerait pas non plus un contrôle de plausibilité et ne constitue pas une garantie de la qualité des données.</p>	<p>Fin de la troisième phrase :</p> <p>« ...; ne sont pas utilisées les données qui:</p> <p>1. présentent <u>selon l'estimation des partenaires tarifaires ou des cantons</u> une qualité insuffisante pour déterminer les coûts par cas ou les coûts journaliers de manière transparente, ... »</p>
59c ^{bis}	1	b	<p>Le canton de Fribourg rejette clairement la fixation d'un percentile maximal utilisable. À notre avis, la fixation au 25^e percentile dans la disposition de l'ordonnance ne relève plus de la compétence du Conseil fédéral d'établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une gestion économique saine. Selon nous, elle ne respecte en outre pas la marge de manœuvre des cantons et l'autonomie tarifaire des parties contractantes.</p> <p>Avec le 25^e percentile proposé pondéré en fonction du nombre de fournisseurs de prestations, les maisons de naissance et les cliniques ayant une offre de prestations très restreinte ou une durée d'exploitation limitée (p. ex. semaine de 5 jours) reçoivent un poids excessif. Le canton de Fribourg rejette donc une pondération en fonction du nombre de fournisseurs de prestations (au lieu du nombre de cas).</p> <p>Si, contrairement à notre proposition, un critère de l'efficience doit également être inscrit dans l'OAMal pour le domaine TARPSY, il est alors impératif que les <i>coûts par cas</i> des hôpitaux soient pris en compte dans sa détermination.</p>	<p>« Dans un second temps, on sélectionne <u>comme une</u> 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 25^e percentile calculé sur la base du nombre de fournisseurs de prestations. »</p>
59c ^{bis}	2		<p>Du point de vue du canton de Fribourg, les données utilisées pour le benchmark constituent le seul élément dans la fixation des tarifs pour lequel une uniformisation par voie d'ordonnance a potentiellement un sens. Via la mise en œuvre de l'art. 49, al. 8, LAMal, les acteurs disposent depuis 2020 pour la première fois d'une vue d'ensemble à l'échelle nationale des coûts par cas</p>	<p>« 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 <u>est utilisée</u> 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</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

			<p>ajustés selon le degré de gravité (bientôt aussi des coûts journaliers) pour la fixation des tarifs. Ceux-ci reposent sur des données qui ont été plausibilisées selon des critères (CDS) uniformes. Si cette comparaison entre hôpitaux n'est présentée que comme une source <i>possible</i> pour déterminer le critère de l'efficacité, l'hétérogénéité des données utilisées par les acteurs demeure. C'est pourquoi le canton de Fribourg propose que soit déclarée contraignante l'utilisation de la comparaison entre hôpitaux visée à l'art. 49, al. 8, LAMal pour autant que celle-ci contienne les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité appropriés. Il faudrait garantir au niveau du droit fédéral que la Surveillance des prix repose également sur ces données.</p> <p>Pour l'heure, n'envisager que la comparaison sur la base des coûts par cas (cf. remarque relative à l'art. 59c^{bis}, al. 1).</p> <p>Afin que la comparaison des établissements puisse servir aux négociations tarifaires, elle doit être publiée quatre mois au plus tard après le terme de l'année civile déterminante pour le relevé des données. Cela est à mentionner à la fin de l'al. 2.</p>	<p>conformément à l'art. 9, al. 5^{bis}, OCP. <u>La comparaison des établissements est publiée quatre mois au plus tard après le terme de l'année civile déterminante pour le relevé des données.</u> »</p>
	59c ^{bis}	3	<p>Cf. remarque relative à l'art. 59c^{bis}, al. 2 : le canton de Fribourg demande de déclarer contraignante l'utilisation de la comparaison d'établissements selon l'art. 49, al. 8, LAMal et d'éviter toute concurrence avec d'autres comparaisons d'établissements.</p>	<p>Biffer.</p>
	59c ^{bis}	4	<p>L'application de suppléments et de déductions par les assureurs (ou leurs communautés d'achat) et les autorités cantonales d'approbation et de fixation au sens d'une différenciation tarifaire en fonction des spécificités des différents hôpitaux doit demeurer une option.</p>	<p>« <u>Les assureurs ou leurs communautés d'achat et les cantons peuvent appliquer</u> des suppléments sont appliqués à la valeur de référence pour les fournisseurs de prestations fournissant des prestations supplémentaires qui remplissent les conditions suivantes: ... »</p>

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

	59c ^{bis}	5		« à la valeur de référence... » : reformulation comme pour l'art. 59c ^{bis} , al. 4	« <u>Les assureurs ou leurs communautés d'achat et les cantons peuvent appliquer</u> des déductions sont appliquées à la valeur de référence <u>qu'ils ont calculée</u> , notamment pour les fournisseurs de prestations qui:... »
	59c ^{bis}	5	a.	La formulation de la disposition n'est pas claire. On ne comprend pas dans quels cas des déductions sont possibles. De plus, il conviendrait de fixer, le cas échéant, le cadre quantitatif également.	Biffer ou préciser la let. a.
	II	1+2		<p>La plupart des cantons sont actuellement dans le processus de nouvelle planification hospitalière. La nouvelle ordonnance ne doit pas empêcher ces cantons de mener à bien leur planification comme prévu. Si les cantons devaient recommencer à zéro et attendre que les hôpitaux se préparent à répondre aux exigences avant que la procédure de candidature puisse débiter, cela entraînerait un grand retard. Les dispositions transitoires doivent en tenir compte.</p> <p>Nous voudrions également souligner que le contenu et le calendrier de cette révision doivent être coordonnés avec la modification de l'ordonnance sur la révision de la LAMal visant le renforcement de la qualité et de l'économicité.</p>	Adapter.
	II	3		<p>Dispositions transitoires, al. 3 : cf. remarque sur l'art. 58d, al. 2</p> <p>Le nombre d'EMS qu'il faudrait comparer est considérablement plus élevé que le nombre d'hôpitaux à comparer. Par conséquent, il convient de fixer le délai d'adaptation pour les EMS à cinq ans. Cela aussi en tenant compte du fait que l'art. 8b de la modification de l'OPAS du 2 juillet 2019 prescrit un nouvel instrument d'évaluation des soins requis, basé sur des études de</p>	« ³ Les listes des établissements médico-sociaux doivent se conformer aux critères de planification selon la présente ordonnance dans un délai de trois <u>cinq</u> ans suivant l'entrée en vigueur de la modification du... »

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

				temps scientifiquement reconnues et qu'il faudrait d'abord introduire avant de pouvoir effectuer une évaluation sur la base de cet instrument.	
	II	4		<p>Des clarifications méthodologiques supplémentaires sont nécessaires pour la définition du critère de l'efficience sous TARPSY. Selon la planification actuelle, ST Reha devrait être introduit en 2022. La phase de transition jusqu'en 2023 est beaucoup trop courte pour les deux domaines. Il convient donc de supprimer cet alinéa du projet de même que l'art. 59c^{bis}, al. 1, let. b.</p> <p>Si, contrairement à nos propositions, la nouvelle réglementation devait concerner également la psychiatrie et la réadaptation, il faudrait adapter ou différencier en conséquence les dispositions transitoires.</p>	Supprimer
	OCP art. 10a ^{bis}			<p>Nous souscrivons à la définition dans l'OCP d'une procédure uniforme. Se fonder sur la méthode recommandée par la CDS garantit la cohérence avec l'utilisation des comparaisons d'établissements selon l'art. 49, al. 8, LAMal proposée à l'art. 59c^{bis}, al. 2, P-OAMal et qui devrait être rendue obligatoire, selon le canton de Fribourg.</p> <p>Proposition de modification conformément à la remarque relative à l'art. 59c^{bis}, al. 1.</p>	« ³ Les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité se déduisent des coûts adaptés ... »

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

Autres propositions			
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation			

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			
Abréviation de la société / de l'organisation :			

Modification de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification hospitalière et principes de tarification): procédure de consultation

Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes

1. Désactiver la protection du document
2. Insérer des lignes avec « Copier – Coller »
3. Réactiver la protection du document

1 Désactiver la protection du document



