

02.402

Initiative parlementaire

Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats

du 13 février 2002

Monsieur le Président
Mesdames, Messieurs,

Conformément à l'art. 21^{quater} al. 3 de la loi sur les rapports entre les conseils (LREC), nous vous soumettons le présent rapport que nous adressons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission recommande l'approbation du projet de loi ci-joint.

13 février 2002

Au nom de la commission:

Le Président, Bruno Frick

Rapport

1 Rappel des faits

Lors de sa séance des 12/13 février 2002, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil des Etats a décidé à l'unanimité moins une abstention de présenter, par le biais d'une initiative de commission, une loi fédérale urgente pour régler à titre transitoire la question du financement des hôpitaux. Cette décision a été précédée d'une longue phase de réflexion au cours de laquelle la commission s'est penchée sur la question de l'obligation pour les cantons de verser une contribution de base pour les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, sans prévoir d'intervention officielle du législateur.

La question de savoir s'il fallait recourir à une loi fédérale urgente a été débattu pour la première fois par la CSSS lors d'une séance du 9 avril 2001, lorsque tout espoir d'entente entre les cantons et les assureurs-maladie semblait définitivement hypothéqué. La commission ajourna néanmoins sa décision d'user d'une éventuelle initiative de commission et chargea sa sous-commission LAMal d'intervenir à titre de médiateur dans la discussion entre les cantons et les assureurs. Le 28 mai 2001, la sous-commission invitait les parties contractantes à débattre. Les représentants des cantons comme ceux des assureurs-maladie manifestèrent leur volonté de parvenir à un accord dont la durée de validité s'étendrait jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la 2^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Par la suite, la Commission a été régulièrement tenue informée de l'état des négociations au cours de ses séances.

Après l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) en date du 30 novembre 2001 sur la question de savoir si les cantons doivent ou non contribuer aux coûts de traitements hospitaliers dispensés aux assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, arrêt clairement favorable aux assurances, et dans la mesure où les parties contractantes ne parvenaient toujours pas à s'entendre sur un règlement transitoire, la Commission invita une nouvelle fois les partenaires à s'exprimer devant elle. Compte tenu du refus des cocontractants d'envisager un accord, la Commission en arriva à la conclusion que le législateur devait intervenir pour éclaircir la situation juridique en attendant l'entrée en vigueur de la 2^e révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Elle laissa aux parties contractantes le soin de négocier une solution forfaitaire pour l'année 2001, se réservant le droit de revenir sur leur décision en cas de non-accord. Il apparaît en effet peu judicieux de convenir d'une réglementation pour une période limitée dans le temps avant d'avoir réglé les questions financières importantes ayant trait au passé.

2 Les grands axes du projet

2.1 Pont de la situation

Les prestations fournies dans les hôpitaux sont financées par plusieurs sources. La loi fédérale sur l'assurance-maladie, entrée en vigueur en 1996, prévoit que l'assurance obligatoire des soins couvre au maximum 50 pourcent des coûts imputa-

bles dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (art. 49, al. 1). L'assurance complémentaire rémunère les hôpitaux pour les frais supplémentaires occasionnés par le séjour d'un assuré en division privée ou semi-privée, pour la prise en charge par le médecin-chef ainsi que pour la garantie du libre choix du médecin. Les autres coûts d'exploitation des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, y compris les frais d'investissement, sont supportés par le canton ou, éventuellement, par la commune.

Après l'entrée en vigueur de la LAMal, les cantons et les assureurs-maladie se trouvèrent en désaccord sur l'interprétation à donner à l'obligation pour les cantons de contribuer ou non aux frais d'hospitalisation des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Les cantons étaient d'avis que leur devoir de contribution se limitait aux seuls assurés de base, alors que les assureurs exigeaient des cantons qu'ils versent également une contribution de base pour les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire.

Les 16 et 19 décembre 1997, le Tribunal fédéral des assurances a déjà rendu un premier jugement sur l'obligation pour les cantons de contribuer aux coûts dans ce domaine. Il a décidé que les cantons ont l'obligation de contribuer aux coûts du traitement hospitalier fourni dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis en dehors du canton de résidence de l'assuré lorsque ce traitement est médicalement justifié, et ce, indépendamment du type de division dans lequel l'assuré a effectivement séjourné. Le TFA ne s'est pas prononcé sur l'obligation pour le canton de contribuer aux coûts du séjour hospitalier en division privée ou semi-privée dans le canton de résidence de l'assuré.

Un accord conclu le 7 juillet 1998 entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et l'ancien Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS, aujourd'hui Santéuisse) réglait l'obligation pour les cantons de contribuer aux coûts du traitement hors du canton de résidence dispensé à des assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Dans ce cadre, le CAMS s'est engagé à ce que les assureurs-maladie renoncent à réclamer en justice le remboursement des contributions dues pour le traitement à l'intérieur du canton de résidence d'assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, ce dans l'optique d'un règlement définitif de la question. La validité de cette convention de «non-belligérance» devait en principe s'étendre jusqu'à l'entrée en vigueur de la disposition déterminante révisée de la LAMal, au plus tard pendant jusqu'au 31 décembre 2000, avec possibilité de prolongation d'une année.

Dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2^e révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral, se référant aux arrêts du TFA, a proposé que l'assurance obligatoire des soins et le canton de résidence supportent chacun, à raison de 50%, le financement des prestations fournies lors d'un séjour à l'hôpital, à condition que l'hôpital en question fasse partie de la planification du canton de résidence de la personne assurée.

Par la suite, les assureurs-maladie marquèrent leur refus de prolonger la convention de non-belligérance. A son échéance, à la fin de l'an 2000, les chambres fédérales venaient juste d'entamer les délibérations sur le projet du Conseil fédéral relatif à la 2^e révision partielle de la LAMal. Il apparut rapidement que l'entrée en vigueur de la loi révisée nécessiterait encore un certain temps. Les cantons et les assureurs repri-

rent alors les négociations et préparèrent une solution transitoire qui échoua, faute du quorum des cantons.

2.2 Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 30 novembre 2001

Dans son arrêt du 30 novembre 2001, le TFA s'est prononcé pour la première fois sur la question de savoir si les cantons devaient ou non participer aux coûts de traitement hospitalier dispensé à l'intérieur du canton aux assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire. Un assureur-maladie, qui n'était pas partie à la convention de non-belligérance en son temps, avait engagé la procédure. Le TFA a alors confirmé l'obligation des cantons de contribuer également aux frais de traitement des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire, en division privée et semi-privée dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis à l'intérieur de leur territoire. Cette participation doit correspondre aux coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins pour le traitement des assurés en division commune de l'hôpital concerné. Il en ressort comme argument principal qu'au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal, la «division commune» ne dit rien sur le lieu physique de l'hôpital; la notion de «division commune» se rapporte bien plus à un concept fonctionnel. En cas de traitement hospitalier dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics de leur canton de résidence, tous les assurés, quelle que soit leur couverture d'assurance, ont donc droit à une participation du canton.

2.3 Des effets de l'arrêt du TFA rendu le 30 novembre 2001

Vu que jusqu'à présent les coûts du séjour hospitalier intracantonal en division privée ou semi-privée, à l'exception du montant de base versé par l'assurance obligatoire des soins, étaient supportés par l'assurance complémentaire, l'arrêt du TFA du 30 novembre 2001 implique pour les cantons une charge financière supplémentaire et un allègement pour l'assurance complémentaire. L'application immédiate et complète de la décision du TFA occasionnerait pour les finances cantonales une charge financière supplémentaire de l'ordre d'un peu plus de 700 millions à un peu moins de 1 milliard de francs. Cette surcharge est extrêmement problématique, car, la plupart du temps, ces contributions cantonales supplémentaires n'ont pas été inscrites au budget ni dans les plans financiers. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats estime donc qu'il faut rechercher une variante de co-financement atténuant les effets drastiques exposés ci-dessus, au sens d'une réglementation transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal révisée. La décision prise par la Haute Cour se fondait sur la loi et ne pouvait pas tenir compte de considérations de politique financière et sociale. Le législateur fédéral, en revanche, a une certaine responsabilité en la matière et veut donc procéder rapidement aux corrections nécessaires afin d'éviter d'autres différends entre les cantons et les assureurs-maladie.

Art. 1, al. 1

Pour réaliser une adaptation progressive à la mise en œuvre de la législation actuelle rendue nécessaire par l'arrêt du TFA, les cantons devraient verser, au cours d'une phase intermédiaire, un montant calculé comme un pourcentage défini de manière uniforme pour l'ensemble de la Suisse du tarif de l'assurance-maladie pour la division commune de l'hôpital dans lequel séjourne la personne assurée. Une telle solution transitoire présente les avantages suivants:

- les tarifs de chaque hôpital pour leur division commune sont connus, ce qui rend inutiles d'autres calculs;
- dans les cantons qui couvrent une part importante des coûts imputables selon le droit en vigueur, la contribution de ceux-ci au traitement des personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire est proportionnellement inférieure à celle qui est versée dans les cantons couvrant une part plus faible des coûts d'exploitation imputables;
- l'application des dispositions légales actuelles de la LAMal est rendue possible sans pour autant empêcher l'introduction ultérieure du financement des prestations.

Art. 1, al. 2

Compte tenu de la possible modification des tarifs au cours de séjours hospitaliers de longue durée et de la variation de la contribution des cantons qui correspond à un pourcentage différent du tarif déterminant pendant les années 2002, 2003 et 2004, le montant de la participation cantonale sera calculé sur la base du tarif en vigueur le jour de l'entrée à l'hôpital.

Art. 2, al. 1 et 2

Lorsqu'un assuré au bénéfice d'une assurance complémentaire séjourne à l'hôpital, trois parties assument le coût de son séjour: l'assurance obligatoire des soins («assurance de base»), l'assurance complémentaire et le canton de résidence. Ce faisant, le canton de résidence fournit à ses hôpitaux, sis sur son territoire, des contributions sous la forme de participation aux coûts d'exploitation ou d'une couverture du déficit des installations, même lorsque conformément à l'art. 42 LAMal, les hôpitaux dressent à l'assuré ou aux assureurs dans le cadre du système du tiers garant une facture qui comprend aussi bien les coûts à la charge de l'assurance de base que ceux à la charge de l'assurance complémentaire. Pour éviter d'inutiles transferts financiers entre les parties, les modalités de décompte doivent être clairement réglées. L'hôpital ventile sa facture en coûts à la charge de l'assurance de base et en coûts à la charge de l'assurance complémentaire. La contribution assumée par le canton est déduite des coûts à la charge de l'assurance complémentaire. La facture ainsi réduite est ensuite présentée aux assureurs. Cette procédure implique un changement de la méthode de décompte habituelle pratiquée à ce jour dans le secteur de l'assurance complémentaire, où, la plupart du temps, l'hôpital envoie sa facture à l'assuré. La facturation aux assureurs permet d'éviter aux assurés de devoir deman-

der au canton le remboursement de la contribution cantonale pour le séjour et le traitement à l'hôpital.

Art 2, al. 3

Si l'exécution des art. 1 et 2, al. 1 et 2, devait nécessiter une réglementation plus précise, le Conseil fédéral doit pouvoir édicter les dispositions d'application y relatives.

Art. 3, al. 1 et 2

Les al. 1 et 2 contiennent les dispositions finales d'usage pour une loi fédérale urgente. Cette loi a effet jusqu'au 31 décembre 2004 au plus tard. Il est permis de supposer que la 2^e révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie peut entrer en vigueur d'ici là. Cette révision prévoit, dans la version présentée par le Conseil des Etats, un règlement global du financement hospitalier, y compris des hôpitaux privés.

Si la 2^e révision partielle de la LAMal devait entrer en vigueur plus tôt, la loi fédérale serait alors abrogée avant. Si, au contraire, la révision ne devait pas entrer en vigueur d'ici au 1^{er} janvier 2005, le Parlement décidera d'une prorogation de la durée de validité.

L'entrée en vigueur intervient avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2002. Un avis de droit de l'Office fédéral de la justice du 8 février 2002¹ conclut à l'admissibilité d'une rétroactivité de cette ordre.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières et personnelles

Il n'y a aucune incidence financière ou personnelle à attendre pour la Confédération.

Pour les cantons en revanche, les répercussions financières sont considérables. Selon une estimation tirée de la publication «Coûts du système de santé» de l'office fédéral de la statistique (OFS), sur le degré de couverture des coûts du traitement hospitalier, l'assurance obligatoire des soins a payé, en 1999, 3,7 milliards de francs pour les traitements intervenant dans le cadre de la LAMal. Selon la Statistique des hôpitaux de l'OFS, dans les hôpitaux publics (qui fournissent 85 pourcent de tous les jours de soins), environ 80 pourcent de ces jours reviennent à la division commune et 20 pourcent aux divisions privée et semi-privée. On peut donc estimer que les cantons devraient verser, en cas de prise en charge à 100 pourcent, environ 630 millions supplémentaires; en cas de prise en charge à 80%, le montant serait de l'ordre de 500 millions; enfin, la somme à verser par les cantons se réduirait à 380 millions en cas de prise en charge à 60 pourcent. L'estimation présentée par l'OFS pour la couverture des coûts dans les différents cantons² permet de conclure que la relative surcharge financière des cantons affichera des différences considérables.

¹ Avis de droit à l'intention de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE), Office fédéral de la justice.

² Voir tableau en annexe.

Etant donné que ni les cantons ni les assureurs ne devront assumer de tâches supplémentaires et que seules les modalités de décompte devront être modifiées, il ne devrait pas non plus en résulter un besoin important en personnel supplémentaire.

4.2 Capacité d'exécution

Pour autant que les modalités de décompte et de rémunération puissent être changées, la loi peut être exécutée sans grande surcharge administrative.

4.3 Autres répercussions

Dans la mesure où les cantons doivent prendre en charge une part des coûts assumés jusqu'ici par l'assurance complémentaire, on peut s'attendre à ce que les primes de cette dernière baissent. Le contrôle du calcul des primes des assureurs-maladie qui pratiquent les assurances complémentaires privées incombe à l'office fédéral des assurances privées.

5 Compatibilité du projet avec le droit européen

Le droit européen (droit communautaire et droit du conseil de l'Europe) ne contient aucun règlement sur la participation des pouvoirs publics au financement des traitements hospitaliers. Les engagements pris en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et de l'Accord AELE révisé ne s'opposent pas à ce projet. Les principes d'égalité de traitement et d'entraide en matière de prestations sont ici déterminants. Les ressortissants communautaires assurés dans un Etat de l'UE, en Islande ou en Norvège, mais qui résident en Suisse (où ils paient également des impôts), doivent être traités aux tarifs suisses ayant cours à l'intérieur de leur canton de résidence. Comme il le fait pour ses propres résidents assurés en Suisse, le canton de résidence participe dans ces cas aux coûts du traitement. La part des coûts à supporter par l'assurance va à la charge de l'assurance étrangère. En revanche, les personnes qui résident dans un Etat de l'UE ou de l'AELE et qui sont traitées dans un hôpital suisse n'auront toujours à l'avenir aucun droit à une quelconque participation cantonale aux coûts des prestations. Il importe peu que ces personnes soient assurées dans le cadre de l'assurance-maladie suisse ou auprès d'une assurance-maladie étrangère, et qu'elles soient considérées comme ayant droit à l'entraide en matière de prestations; les tarifs qui s'appliqueront toujours ceux qui s'appliquent aux personnes assurées dans un autre canton.

6 Bases juridiques

6.1 Conformité à la Constitution et à la législation

La loi fédérale se fonde sur l'art. 117 de la Constitution.

L'art. 117 de la Constitution fédérale confère à la Confédération une large compétence pour légiférer en matière d'organisation de l'assurance-maladie. Les prescriptions en matière de financement hospitalier font également partie de cette compétence, ainsi que c'est déjà le cas dans le droit actuel.

6.2 Forme de l'acte législatif

La réglementation transitoire proposée doit être édictée sous la forme d'une loi fédérale urgente dont la durée de validité est limitée dans le temps. L'art. 165, al. 1 de la Constitution fédérale stipule que de telles lois fédérales peuvent être déclarées urgentes lorsque leur entrée en vigueur ne souffre aucun retard. Dans le cas d'espère, l'urgence temporelle résulte du fait, suite à la décision du TFA, la manière dont les coûts doivent être pris en charge dans la pratique est ambiguë; par ailleurs, les cantons, comme les hôpitaux et les assureurs-maladie, ont intérêt à ce qu'il existe une réglementation immédiatement efficace. Le fait d'attendre le délai de référendum (100 jours) conduirait à ne pas pouvoir appliquer la mesure immédiatement, ce qui se traduirait par une impossibilité de procéder aux paiements pour l'année 2002.

	Sans investissements				Avec investissements							
	Cantons		Assureurs		Total		Cantons		Assureurs		Total	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%
Vaud	404.3	53.16%	356.3	46.84%	760.6		421.7	54.21%	356.3	45.79%	778.0	
Valais	137.0	51.20%	130.6	48.80%	267.6		180.0	57.96%	130.6	42.04%	310.6	
Neuchâtel	121.6	56.22%	94.7	43.78%	216.3		161.2	62.99%	94.7	37.01%	255.9	
Genève	602.6	73.18%	220.9	26.82%	823.5		628.3	73.99%	220.9	26.01%	849.2	
Jura	47.3	48.09%	51.0	51.91%	98.3		46.8	47.82%	51.0	52.18%	97.8	
Suisse	3785.6	50.50%	3711.0	49.50%	7496.6		4624.8	55.48%	3711.0	44.52%	8335.8	

Office fédéral de la statistique: calcul reposant sur la statistique des coûts du système de santé, les données de santésuisse et la statistique des finances publiques.
 Les coûts de l'assurance-maladie se rapportent au canton de résidence des assurés, alors que les coûts des cantons – en principe – représentent les subventions versées par les cantons à leurs hôpitaux (net).