

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie concernant le développement des critères de planification ainsi que l'ajout de principes pour le calcul des tarifs

Monsieur le conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous consulter sur la procédure de consultation citée en titre. Nous sommes en mesure de nous prononcer comme suit à son sujet.

Nous avons pris connaissance des propositions de modifications de l'OAMal et de l'OCP (critères de planification et tarification) qui nous ont été soumises par le DFI le 12 février 2020 et dont le délai de réponse a été reporté au 2 septembre 2020. Notre prise de position se fonde en grande partie sur celle de la Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS), dont nous rejoignons l'essentiel de l'analyse et avis sur ce projet de révision. Elle se subdivise en deux parties, « Critères de planification » et « Tarification », de manière analogue au projet, **et nous amène à rejeter les deux projets jugés inopportuns et à certains égards même inadmissibles.**

Critères de planification

En ce qui concerne la partie du projet consacrée à la planification des hôpitaux et des Établissement médico-sociaux (EMS), nous constatons que le bénéfice entre les nouvelles dispositions proposées et celles de l'ordonnance en vigueur demeure relativement modeste. De fait, la présente révision s'avère substantielle et restreint fortement la marge de manœuvre des cantons en matière de planification au travers de directives fédérales précises. Nous estimons que la Confédération empiète ainsi de manière disproportionnée sur les compétences des cantons.

Suite aux critères de planification détaillés proposés et au 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, les listes cantonales des hôpitaux et des EMS deviendraient très vulnérables, ce qui pourrait avoir d'importantes conséquences juridiques sur lesdites listes ainsi que sur les hôpitaux pertinents pour garantir la prise en charge.

Vous trouverez nos remarques détaillées sur la partie générale et sur les différentes dispositions dans la grille de réponse ci-jointe. En tant qu'autorité exécutive cantonale, nous avons évalué les dispositions concernées tant du point de vue politique que sous l'angle de leur applicabilité et de leur utilité. Nous estimons que celui-ci nécessitera un remaniement conséquent afin qu'il puisse être mis en œuvre avec succès.

Nous souhaitons par ailleurs aborder ici encore quelques points d'ordre général :

1. Nous constatons qu'il manque dans le projet quelques éléments susceptibles de contribuer à une véritable harmonisation des planifications hospitalières. Nous pensons notamment au système de groupes de prestations uniforme 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 toute base commune pour des planifications et des mandats de prestations concertés.

2. Le projet ne tient selon nous 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. D'ailleurs, tout comme la CDS, nous considérons que la mise en œuvre de cette révision de la LAMal est prioritaire. Une adaptation des critères de planification hospitalière selon l'OAMal devrait alors au moins se fonder sur ce projet et respecter l'agenda en question.
3. Dans le contexte de lutte contre le coronavirus, qui nous occupe depuis le mois de février, la révision proposée doit être considérée sous un nouveau jour. Lorsque nous procéderons à l'analyse de la gestion de la crise, il faudra également examiner les leçons pouvant être tirées dans le domaine de la planification hospitalière. Pour l'instant, il est toutefois encore beaucoup trop tôt pour le faire. Une révision de l'OAMal en matière de planification hospitalière devrait tenir compte de cette analyse.

Pour toutes ces raisons, nous aboutissons à la conclusion que 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 Conseil d'État neuchâtelois rejette par conséquent le projet de révision concernant les critères de planification dans l'OAMal.

Tarification

Le Conseil d'État neuchâtelois estime que le projet relatif à la tarification est dépourvu de base constitutionnelle et qu'il remet en cause la primauté des négociations entre les partenaires tarifaires. Il le juge même inadmissible en ce sens qu'il viole l'autonomie cantonale non seulement dans le domaine sanitaire, mais également dans les domaines social et environnemental interdisant de facto la prise en considération des législations cantonales spécifiques et en conduisant du même coup à un nivellement par le bas dans ces domaines. Nous pensons ici en particulier aux exigences fixées par les cantons dans les domaines des allocations familiales, du financement de l'apprentissage et de la formation, de celui des crèches et structures parascolaires ou encore en matière énergétique et environnementale. Ces exigences sont en général inscrites dans les législations cantonales et peuvent être à la source de coûts pour les institutions ; elles doivent donc être dûment prises en considération et reconnues autrement que comme sources d'inefficacité pour les établissements auxquels elles s'imposent.

Par ailleurs, à travers les dispositions de l'ordonnance, le projet 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 désormais 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 25^e 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, une évolution que les

cantons, à qui il incombe d'assurer que les soins répondent aux besoins et à une qualité de haut niveau, ne peuvent pas accepter.

Pour ce qu'il en est des autres remarques concernant les différentes dispositions et le rapport explicatif, nous renvoyons également pour la partie « Tarification » à la grille de réponse ci-jointe.

Nous aimerions cependant encore nous pencher sur deux points d'ordre général.

1. Le Conseil d'État neuchâtelois considère que l'harmonisation de la procédure de calcul des coûts par cas et coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité est 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.
2. Dans le contexte actuel de lutte contre le SARS-CoV-2, 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, nous considérons qu'il serait irresponsable, dans le présent contexte et avec le niveau de connaissances actuel, de prendre une décision sur un thème d'une telle portée que représente l'indemnisation des hôpitaux selon de nouveaux tarifs.

Le Conseil d'État neuchâtelois rejette par conséquent catégoriquement le projet de révision concernant les dispositions relatives à la tarification.

Nous vous remercions par avance de prendre en considération nos commentaires et nous tenons à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 31 août 2020

Au nom du Conseil d'État :

La présidente,
M. MAIRE-HEFTI

La chancelière,
S. DESPLAND

Annexe : ment.

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 : Service cantonal de la santé publique, République et canton de Neuchâtel

Abréviation de la société / de l'organisation : SCSP-NE

Adresse : Rue des Beaux-Arts 13, 2000 Neuchâtel

Personne de référence : Airelle Buff, Cheffe Office des hôpitaux

Téléphone : 032 889 52 04

Courriel : airelle.buff@ne.ch

Date : 26 août 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	6
Autres propositions	Erreur ! Signet non défini.
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	Erreur ! Signet non défini.

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
SCSP-NE	Les considérations générales sur le projet figurent dans la prise de position de la CDS sous forme de courrier.
SCSP-NE	<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>« 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. » 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 pas seulement des établissements implantés dans les cantons planificateurs.</p>
SCSP-NE	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Adaptation des critères pour la planification des hôpitaux, maisons de naissance et établissements médico-sociaux</i>, chapitre I. 1., deuxième phrase.</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 essentielles d'un point de vue médical et dispensées dans un établissement qui ne figure pas sur la liste cantonale.</p>
SCSP-NE	Il convient de se poser la question de fond de savoir dans quelle mesure toutes les dispositions s'appliquent à la MHS également. La MHS doit en principe respecter elle aussi la LAMal et l'OAMal etc. (directement ou par analogie). La question se pose avec d'autant plus d'acuité que la MHS est mentionnée explicitement à l'art. 58f, al. 4. Les mandats de prestations MHS ne concernant en outre que des interventions spécialisées, effectuées dans des hôpitaux ayant des mandats de prestations des cantons, les organes MHS partent du principe qu'ils ne sont pas tenus – et ne seraient d'ailleurs pas en mesure non plus – d'examiner séparément les exigences applicables à l'ensemble de l'hôpital telles qu'elles sont par exemple stipulées à l'art. 58d, al. 3. Il conviendrait de consigner cela dans les commentaires.
SCSP-NE	<p>L'ordonnance ne spécifie pas que les mandats de prestations sont à attribuer en lien avec les sites, ce que nous aurions approuvé.</p> <p>Notre justification repose sur les recommandations de la CDS sur la planification hospitalière du 25.5.2018 (explication relative à la recommandation 3e) :</p> <p>« Dans le contexte de la garantie des soins mais aussi du respect des directives de l'art. 39, al. 1, LAMal, il est indispensable que les mandats de prestations attribués et remplis soient liés au site et que la planification cantonale ne soit pas contournée au moyen de la transmission des mandats à un autre hôpital. Des coopérations entre hôpitaux sont possibles dans la mesure où l'environnement médical s'y prête. Les cantons</p>

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

	peuvent prévoir des obligations correspondantes dans les mandats de prestations, en particulier dans le cadre des exigences relatives aux différents groupes de prestations. Dans le cas des établissements hospitaliers comportant plusieurs sites, la décision de formuler des directives pour chaque site, respectivement de distinguer les exigences qui s'appliquent à l'institution de celles applicables aux sites, est laissée au canton. »
SCSP-NE	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. La tâche des cantons consiste à planifier et à surveiller. L'ordre précis de ces responsabilités ne doit pas être dilué par l'ordonnance, ce qu'il convient de clarifier (cf. commentaire sur l'art. 58d, al. 3 et 4).
SCSP-NE	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 pour appliquer différents systèmes, ce qui supprime toute base pour des mandats de prestations uniformes et des planifications conjointes. Nous estimons que le but du projet, à savoir que la révision « ... réduit les disparités entre les concepts de planification des différents cantons... », est manqué et qu'elle soulève de nouvelles questions quant à l'application des dispositions qui se réfèrent aux groupes de prestations.
SCSP-NE	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Dispositions sur la détermination des tarifs</i>, chapitre I, section 2.1, deuxième et quatrième paragraphes</p> <p>Concernant la réalisation de l'objectif de concurrence, le Tribunal administratif fédéral a constaté que des mesures s'imposent dans le domaine des hôpitaux de soins aigus et des maisons de naissance. En revanche, aucun arrêt n'a encore été rendu sur TARPSY. Le champ d'application de la modification proposée de l'OAMal est à cet égard trop large. 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>Si des prescriptions nationales uniformes pour le benchmarking devaient néanmoins être émises dans le domaine TARPSY, il convient de noter qu'un benchmarking uniquement sur la base des coûts journaliers n'est pas approprié pour calculer les coûts journaliers moyens d'une fourniture des prestations économique et efficace. La durée de séjour moyenne en psychiatrie est en effet très variable en raison de la diversité des concepts de traitement. Ces différences ne se reflètent pas dans les coûts journaliers.</p>

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

	<p>À noter également dans ce contexte que la réadaptation disposera bientôt aussi d'une structure tarifaire nationale uniforme, ST Reha, qui répond aux critères de définition spécifiés (type DRG).</p>
SCSP-NE	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Dispositions sur la détermination des tarifs</i>, chapitre I, section 2.1, dernier paragraphe</p> <p>Avant de poursuivre le projet de révision, la Confédération doit au moins mener une analyse d'impact de la réglementation. Et sur ce point, le projet est à nos yeux inadmissible tant il néglige l'autonomie des cantons dans de nombreux domaines relevant pourtant de leurs compétences.</p> <p>Réduire à une inefficacité économique la prise en considération des législations cantonales spécifiques précisant par exemple le niveau des allocations familiales, imposant aux employeurs de participer aux coûts de la formation professionnelle ou à ceux des crèches et structures d'accueil de l'enfance, respectivement des exigences en matière environnementale ou proposant le versement d'un salaire minimum est insoutenable et contribue à une violation grave des principes du fédéralisme.</p> <p>En outre, 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 (cf. commentaire et proposition CDS sur l'art. 59c^{bis}, al. 1, let. b).</p>
SCSP-NE	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Calcul des coûts et attestation</i>, chapitre II, section 2</p> <p>Les coûts par cas ne sont pas ajustés selon le case mix index (le degré de gravité moyen d'un hôpital), mais selon les différents degrés de gravité eux-mêmes (case mix). Il en va de même pour les coûts journaliers. En conséquence :</p> <p>« coûts par cas ajustés selon le case mix index (CMI) » → « coûts par cas ajustés selon le case mix »</p> <p>« coûts journaliers corrigés selon le Day Mix Index (DMI) » → « coûts journaliers corrigés selon le Day Mix »</p>
SCSP-NE	<p>Rapport explicatif, bloc <i>Calcul des coûts et attestation</i>, chapitre III, commentaires sur l'article 10a^{bis}</p> <p>« Maintien de la sécurité », exceptions : en font partie également le service du feu et les services isolés dans les hôpitaux (cf. Recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité du 27.6.2019, section 2.2.3, let. b).</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)
SCSP-NE	58b			<p>Le rapport explicatif affirme : « 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 <i>benchmarking</i>, contrairement à la poursuite des tendances existantes. »</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.
SCSP-NE	58b	2		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.	« Ils déterminent l'offre utilisée dans des <i>hôpitaux répertoriés</i> et dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée. »
SCSP-NE	58d	1		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.	
SCSP-NE	58d	1		Il conviendrait en outre d'ajouter au commentaire que le canton peut aussi tenir compte de la stabilité économique de l'hôpital dans le cadre de l'examen de l'économicité. Cela dans un souci de garantir à long terme la rentabilité et les soins.	
SCSP-NE	58d	1		Rapport explicatif, p. 8, alinéa 4 :	« Dans la MHS, la comparaison des coûts par cas des hôpitaux pertinents pour l'AOS et ajustés selon

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

			<p>il y a lieu d'adapter</p> <p>La comparaison des coûts au niveau du domaine de prestations, soit de chaque groupe de prestations ou de plusieurs groupes de prestations, devrait être possible non seulement dans le domaine MHS. La concentration de certains domaines de prestations hors MHS sur certains fournisseurs de prestations sur la base du critère d'évaluation économicité ne devrait pas être exclue. En conséquence, il convient de modifier cette disposition.</p>	<p>le degré de gravité sur l'ensemble des domaines de prestations peut être <u>remplacée ou</u> complétée par une comparaison au sein <u>d'un domaine ou</u> d'un domaine partiel spécifique de la MHS, quand les conditions de la représentation selon la CIM et la CHOP et du nombre de cas suffisant sont notamment remplies. »</p> <p>Modification selon considérations ci-contre.</p>
SCSP-NE	58d	2	<p>Cette disposition concernant l'évaluation du caractère économique des établissements médico-sociaux ne peut actuellement être mise en œuvre et est rejetée par le canton de Neuchâtel, à l'instar de la CDS.</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 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. • Les trois instruments d'évaluation des soins requis, assortis chacun de plusieurs versions, ne sont pas harmonisés ; en conséquence, les évaluations des degrés 	<p>Biffer.</p>

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

				<p>de soins requis entre des EMS utilisant différents instruments ne sont pas comparables.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 minutes et plus). Il conviendrait de développer une méthode dans ce but afin d'obtenir une comparaison appropriée du caractère économique. 	
SCSP-NE	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 nous rejetons ce changement.</p>	<p>« Lors de l'évaluation de <u>Aux fins 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>
SCSP-NE	58d	3		<p>Rapport explicatif, p. 9, alinéa 3 :</p>	<p>« Les critères de <u>L'</u>examen du critère de la qualité se fonde notamment sur des résultats de mesures</p>

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

				les cantons estiment que la qualité des structures et des processus est également déterminante.	et la preuve doit <i>doivent</i> être suffisamment discriminants, justiciables et vérifiables. »
SCSP-NE	58d	3		<p>Rapport explicatif, p. 9, alinéa 4 :</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>	« 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. »
SCSP-NE	58d	3		<p>Rapport explicatif, p. 9, alinéa 4 :</p> <p>Cet alinéa fait référence à la révision de la LAMal en vue de renforcer la qualité et l'économicité. Nous considérons qu'il est indispensable que les présentes dispositions soient encore mieux harmonisées avec ce projet LAMal, notamment en ce qui concerne les dispositions transitoires. Il serait judicieux que les directives et instruments figurant à l'art. 58d, al. 3 soient réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de cette révision LAMal. Il est hors de question que les cantons soient obligés d'élaborer en amont de tels instruments, dans le but d'une mise en œuvre dans les délais, pour les déclarer ensuite contraignants.</p> <p>Nous attirons en outre l'attention sur le fait que la révision LAMal mentionnée n'a pas conduit à une adaptation des exigences de 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>Et finalement, 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</p>	

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

				<p>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. Tout comme la CDS, le canton de Neuchâtel demande que les exigences des cantons priment dans tous les cas les exigences formulées dans les conventions.</p>	
SCSP-NE	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 ».</p> <p>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 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>« la dotation en <u>disponibilité du</u> personnel spécialisé <u>nécessaire</u> en lien avec les groupes de prestations et la prise en compte d'une expertise adaptée aux besoins ; »</p>

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

				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.	
SCSP-NE	58d	3	a.	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.	
SCSP-NE	58d	3	a.	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). 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.	
SCSP-NE	58d	3	b.	Rapport explicatif (p. 10, alinéa 2) : il ne faut pas comparer les indicateurs mais la qualité des résultats. La même réflexion s'applique aussi à l'alinéa 3 à la page 12.	« ... afin de garantir la comparabilité de la qualité des résultats des indicateurs pour l'ensemble de la Suisse...»
SCSP-NE	58d	3	c.	L'existence d'une culture de la sécurité n'étant pas un critère discriminant, justiciable et vérifiable, il convient de le biffer. Nous refusons le critère du système de déclaration des erreurs. Premièrement, un tel système n'existe pas à ce jour. Deuxièmement, la situation juridique par rapport à la protection	« 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 <i>reporting</i> uniforme pour l'ensemble de la Suisse; »

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

				<p>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>	
SCSP-NE	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>	<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. »</p>
SCSP-NE	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. Le canton de Neuchâtel refuse résolument toute affirmation de la Confédération portant sur un benchmark de la qualité.</p>	<p>Biffer la phrase.</p>
SCSP-NE	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</p>	

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

				<p>l'hôpital d'exploiter un système approprié à son offre de prestations.</p> <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>	
SCSP-NE	58d	3	e.	<p>Nous saluons le principe d'exiger l'application de standards professionnels. Il convient cependant de donner toute latitude aux cantons de déterminer le nombre et le type de standards qu'ils envisagent d'examiner ainsi que la façon de procéder. Il faut clarifier cela dans le rapport explicatif.</p>	
SCSP-NE	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>	<p>« À cet effet, les cantons évaluent les résultats des mesures standardisées. »</p>
SCSP-NE	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</p>	

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

				<p>de la médication et ce, lors de la prescription, de la remise et de l'application et non 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>	
SCSP-NE	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 prestations.</p>	<p>Réglementer les établissements médico-sociaux et les maisons de naissance dans des articles séparés.</p>
SCSP-NE	58d	4		<p>Remarque générale</p> <p>Les exigences minimales à remplir pour l'évaluation de la qualité des maisons de naissance sont formulées sans tenir compte de la réalité.</p> <p>Dans le rapport explicatif, le texte concernant les hôpitaux a été copié tel quel pour les maisons de naissance, mais ce transfert n'est pas possible sans adaptation.</p>	
SCSP-NE	58d	4		<p>Dans l'optique des cantons, le seul critère de qualité à retenir pour les maisons de naissance serait que celles-ci puissent justifier des coopérations consignées par écrit avec les hôpitaux auxquels elles sont affiliées.</p>	<p>Intégrer une nouvelle lettre avec ce critère.</p>
SCSP-NE	58d	4	a.	<p>Rapport explicatif, p. 12, alinéa 2</p> <p>Ce passage va trop loin.</p>	<p>« En outre, ces dernières doivent garantir qu'elles intègrent l'expertise d'une manière adaptée aux besoins. Elles doivent par exemple démontrer qu'elles reconnaissent à temps les difficultés obstétriques ou pédiatriques et que l'expertise correspondante intervient à temps. Une étude correspondante en Allemagne montre que la méconnaissance du monitoring fœtal</p>

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

					(Cardiotocography, CTG) et les omissions des services d'un médecin en découlant constituent la plus importante constellation de risques.»
SCSP-NE	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. L'alinéa correspondant dans le rapport explicatif est à biffer, les cantons ne sont pas à même d'examiner la participation et les résultats.	Biffer la lettre b. pour les maisons de naissance.
SCSP-NE	58d	4	c.	Cf. remarque relative à l'art. 58d, al. 3, let. c. Des systèmes de déclaration des erreurs n'existant pas encore pour les EMS et les maisons de naissance, nous refusons cette disposition.	Biffer.
SCSP-NE	58d	4	c.	Rapport explicatif, p. 12, alinéa 4 L'alinéa correspondant sur la culture de la sécurité, les mesures standardisées et les mesures d'amélioration dans les maisons de naissance est à biffer (cf. remarque relative à l'art. 58d, al. 3, let. c.).	Biffer.
SCSP-NE	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> ; »
SCSP-NE	58d	4	e.	Disposition disproportionnée pour des maisons de naissance.	Biffer la let. e pour les maisons de naissance.

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

SCSP-NE	58d	4	f.	<p>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.</p> <p>Pour les EMS, il faut tenir compte de la remarque relative à l'art. 58d, al. 4 (?), let. f.</p>	<p>Biffer la let. f. pour les maisons de naissance.</p> <p>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 »).</p>
SCSP-NE	58d	5		<p>Voir remarque relative à l'art. 58d, al. 4, let. b. concernant les maisons de naissance.</p> <p>Observation concernant le rapport explicatif, p. 13, alinéa 3 : il n'existe pas de mesures ANQ pour les maisons de naissance et les EMS.</p>	<p>« 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, <u>et</u> des établissements médico-sociaux et des maisons de naissance. »</p>
SCSP-NE	58d	6		<p>Nous sommes d'accord avec les affirmations du rapport explicatif. Cependant, la norme légale proposée est incompréhensible dans la présente formulation.</p>	<p>« 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. »</p>
SCSP-NE	58d	7		<p>Cette disposition est incompréhensible et, à notre avis, redondante.</p>	<p>Biffer.</p>
SCSP-NE	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>
SCSP-NE	58e			<p>Rapport explicatif, p. 13, alinéa 3 du bas</p>	<p>Corriger cet alinéa.</p>

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

				<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>	
SCSP-NE	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>	Biffer.
SCSP-NE	58e	2		<p>Remarque générale : du point de vue du canton de Neuchâtel, il n'est en fait 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>
SCSP-NE	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>
SCSP-NE	58e	2	d.	<p>L'intention de la disposition et les conditions de sa mise en œuvre ne sont pas claires.</p>	Biffer.
SCSP-NE	58f			<p>Remarque générale : dans la mesure du possible, appliquer une terminologie uniforme et pertinente concernant les termes</p>	<p>Si possible, remplacer « la totalité de l'éventail de prestations » par « tous les groupes de prestations ».</p>

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

				« éventail de prestations », « domaines de prestations » et « groupes de prestations ».	
SCSP-NE	58f	3		<p>La deuxième phrase est équivoque.</p> <p>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.</p>	<p>Placer la 2^{ème} phrase dans un alinéa à part et la modifier comme suit :</p> <p>« <u>Le canton attribue au moins un</u> Des mandats de prestations <u>est</u> 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. »</p>
SCSP-NE	58f	4		<p>La planification hospitalière de la Médecine hautement spécialisée reposant sur la législation en matière d'assurance-maladie, ses directives de planification doivent également être respectées par les organes de la CIMHS dans la mesure du raisonnable. C'est ce qui a été confirmé régulièrement par la juridiction. Cet alinéa ne permet pas de comprendre si cela doit ou non demeurer applicable à l'avenir. Dans l'affirmative : toutes les nouvelles directives ne sont pas non plus applicables. Une clarification serait ici indispensable.</p>	
SCSP-NE	58f	4		Rapport explicatif, p. 14, alinéa 5	« ... que <u>l'organe de décision MHS</u> l'organe scientifique prend ses décisions en s'appuyant sur les exigences de la CIMHS...»
SCSP-NE	58f	4		Une correction est nécessaire.	« L'organe de décision <u>MHS</u> intercantonal compétent détermine <u>les domaines et</u> les domaines partiels de l'éventail de prestations et les exigences <u>et conditions</u> correspondantes dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. »

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

SCSP-NE	58f	5		<p>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.</p> <p>Éventuellement :</p> <p>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.</p>	<p>Biffer.</p> <p>Éventuellement :</p> <p>« 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 : »</p>
SCSP-NE	58f	5	a.	<p>L'exigence de la « disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie » ne s'applique pas à toutes les cliniques spécialisées.</p>	<p>Le rapport explicatif devrait explicitement souligner qu'il n'est pas nécessaire d'appliquer à toutes les cliniques toutes les exigences selon l'art. 58f, al. 5, let. a – h.</p>
SCSP-NE	58f	5	d.		<p>« disponibilité et niveau d'exigence de l'unité de soins intensifs <u>ou de l'unité de soins continus</u> ; »</p>
SCSP-NE	58f	5	f.		<p>« garantie de la qualité, <u>par exemple</u> notamment discussion interdisciplinaire des cas ; »</p>
SCSP-NE	58f	6	c.	<p>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 ?</p>	
SCSP-NE	58f	7		<p>Retenons comme remarque générale que l'interdiction de systèmes inadaptés d'incitations économiques ne peut produire qu'un effet limité aussi longtemps que le domaine de l'assurance complémentaire reste en l'état. Même avec une interdiction des bonus, un hôpital en tant qu'exploitation aura toujours l'incitation d'augmenter le volume des prestations aussi longtemps que</p>	

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

				l'assurance complémentaire prévoit des rémunérations lucratives pour des interventions.	
SCSP-NE	58f	7		Cette disposition mentionne aussi le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a 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 41a de la loi. »
SCSP-NE	59c	3		Le canton de Neuchâtel est fondamentalement favorable à la promotion des forfaits ambulatoires lorsque ceux-ci sont pertinents. Ils font également partie du volet I des mesures de maîtrise des coûts actuellement débattues au Parlement. Nous considérons qu'il est trop tôt pour que la Confédération introduise une disposition dans l'ordonnance à ce sujet.	Supprimer.
SCSP-NE	59c ^{bis}	1		Il convient de simplifier l'alinéa 1 et d'y formuler le rôle prépondérant des partenaires tarifaires et des cantons (voir proposition).	« 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: 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 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

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

					leurs prestations selon le même modèle de rémunération ; ne sont pas utilisées les données qui: »
SCSP-NE	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. En effet, leur utilisation d'un ensemble de données ne répondant pas à leurs exigences qualitatives minimales respectives (après corrections éventuelles) ou l'exclusion de ces données du benchmarking dépend de la mise à leur disposition d'un nombre suffisamment élevé d'hôpitaux représentatifs pour la comparaison de l'économicité.</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 (cf. donc notre commentaire et notre proposition sur l'art. 59c^{bis} al. 2).</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>
SCSP-NE	59c ^{bis}	1	b	<p>Le canton de Neuchâtel 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 saine gestion économique. Elle viole l'autonomie des cantons et conduirait inévitablement à un nivellement par le bas des conditions sociales et environnementales d'exploitation des institutions des soins (voir aussi commentaires généraux de la prise de position). Selon nous, elle ne respecte en outre pas la marge de manœuvre des cantons et l'autonomie tarifaire des parties contractantes.</p> <p>En outre, 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</p>	Supprimer.

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

			<p>restreinte ou une durée d'exploitation limitée (p. ex. semaine de 5 jours) reçoivent un poids excessif. Nous rejetons 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 non seulement les coûts journaliers mais aussi les coûts par cas des hôpitaux soient pris en compte dans sa détermination.</p>	
SCSP-NE	59c ^{bis}	2	<p>De notre point de vue, 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 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'efficience, l'hétérogénéité des données utilisées par les acteurs demeure. C'est pourquoi le canton de Neuchâtel 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>	« 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... »
SCSP-NE	59c ^{bis}	3	<p>Cf. remarque relative à l'art. 59c^{bis}, al. 2 : nous demandons 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>	Biffer.

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

SCSP-NE	59c ^{bis}	4		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.	« <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: ... »
SCSP-NE	59c ^{bis}	5		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.
SCSP-NE	59c ^{bis}	7 + 8		La formule de calcul résulte du modèle de base DRG et n'a pas besoin d'être spécifiée dans une ordonnance.	Supprimer.
SCSP-NE	59c ^{bis}	9	a.	Contrôler la référence. Les prix de base sont définis à l'alinéa 8 (et non 7).	« les prix de base selon l' al. 7 <u>l'al. 8</u> ; »
SCSP-NE	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.
SCSP-NE	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</p>	« 3 Les listes des établissements médico-sociaux doivent se conformer aux critères de planification selon la présente ordonnance dans un délai de

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

				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 temps scientifiquement reconnues et qu'il faudrait d'abord introduire avant de pouvoir effectuer une évaluation sur la base de cet instrument.	trois cinq ans suivant l'entrée en vigueur de la modification du... »
SCSP-NE	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
SCSP-NE	OCP art. 9	5 ^{bis}		<p>L'introduction d'une attestation OCP est d'une manière générale souhaitable.</p> <p>L'extension de la certification REKOLE au traitement de la présentation des unités finales d'imputation ITAR_K contribuerait encore davantage que l'attestation OCP à l'amélioration de la qualité des données. Lorsqu'ils vérifient la plausibilité des données ITAR_K dans le cadre de l'examen de l'économicité, les cantons constatent en effet régulièrement que REKOLE n'est pas mis en œuvre correctement par les hôpitaux (malgré le certificat).</p>	
SCSP-NE	OCP art. 10a ^{bis}			Nous souscrivons à la définition dans l'OCP d'une procédure uniforme pour le calcul des coûts par cas et des coûts journaliers ajustés selon degré de gravité. Se fonder sur la méthode recommandée par la CDS garantit la cohérence avec	« 3 Les coûts par cas ou les coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité se déduisent des coûts adaptés ... »

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

				<p>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 de l'avis du canton de Neuchâtel.</p> <p>Proposition de modification conformément à la remarque relative à l'art. 59C^{bis}, al. 1.</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.