

La planification hospitalière selon la LAMal

21^{ème} journée de droit de la santé – Université de Neuchâtel

Guy Longchamp

Docteur en droit, avocat

Chargé d'enseignement à l'Université de Neuchâtel

AVOCATS -& CONSEILS

- I. Principes généraux
- II. Aspects formels
- III. Planification hospitalière cantonale
- IV. Liste hospitalière avec mandat de prestations
- V. Conclusion

I.

Principes généraux

1. Contexte (1)

- Les exigences relevant de la « planification » ont été introduites dans la LAMal;
- Elles concernent les hôpitaux (art. 39 al. 1 LAMal);
- Elles valent également pour les EMS (art. 39 al. 3 LAMal).

1. Contexte (2)

- Le planification hospitalière doit contribuer à:
 - une meilleure coordination des fournisseurs de prestations;
 - une utilisation optimale des ressources;
 - une maîtrise des coûts.

1. Contexte (3)

- La planification hospitalière doit contribuer à:
 - une meilleure coordination des fournisseurs de prestations;
 - une utilisation optimale des ressources;
 - une maîtrise des coûts.

1. Contexte (4)

- La planification hospitalière doit permettre de concentrer l'offre, « concentration qui permet à son tour une **amélioration de l'efficience et de la qualité**, but de la révision du système de financement hospitalier » (TAF C-401/2012 du 28 janvier 2014 consid. 9.2).

1. Contexte (5)

- Sur le principe, les gains résultant de l'efficiency d'un hôpital ne sont pas (plus depuis le 1^{er} janvier 2012) contraires à la LAMal (TAF C-1698/2013 du 7 avril 2014).
- Passage d'un financement par établissement hospitalier à un financement par prestations/cas, afin de renforcer la concurrence entre les hôpitaux (FF 2004 4932; ATF 138 II 418 consid. 3.5.2).

2. Compétences fédérale et cantonale (1)

- Principe de la force dérogatoire du droit fédéral
 - Le droit fédéral prime d'emblée et toujours le droit cantonal dans les domaines que la Constitution ou une loi place dans la compétence de la Confédération et que celle-ci a effectivement réglementés (ATF 120 Ia 303 consid. 2c/aa).

2. Compétences fédérale et cantonale (2)

- Constat
 - Les cantons ne sont pas en droit de désigner, dans une convention, une loi ou un arrêté par exemple, ce qu'il faut entendre par hôpital et établissement médico-social en dérogation aux principes posés par le droit fédéral.

2. Compétences fédérale et cantonale (3)

- Exemple:
 - La notion de « **structures de soins de jour et de nuit** » (art. 25a LAMal). L'introduction d'une telle notion ne doit pas être considérée comme un nouveau fournisseur de prestations et encore moins une volonté d'ancrer un devoir de planification des cantons (TAF C-1104/2012 du 30 mai 2014 consid. 3.3.2).

2. Compétences fédérale et cantonale (4)

- Principe de subsidiarité
 - Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales (art. 39 al. 2bis LAMal).

2. Compétences fédérale et cantonale (4)

- La **planification hospitalière (art. 39 al. 1 lit. d et e LAMal; art. 39 al. 3 LAMal)**, de même que la construction et l'exploitation d'établissements de soins appartiennent au domaine de la santé publique qui est du ressort des **cantons**.

3. Acteurs concernés (1)

- Lors de l'élaboration de la planification et de la liste hospitalière, le canton dispose d'un **large pouvoir d'appréciation.**

3. Acteurs concernés (2)

- Toutes les institutions hospitalières doivent être prises en considération, y c. les organismes privés et ce « de manière adéquate » (TAF C-401/2012 du 28 janvier 2014 consid. 10.2-10.3; ATF 138 II 425 consid. 3.9.1);
- Il n'existe aucun droit à figurer sur une liste hospitalière.

3. Acteurs concernés (3)

- Les conséquences sont lourdes pour les hôpitaux qui ne figurent pas sur la liste hospitalière d'un canton;
- Il s'agit d'une conséquence des effets du système voulu par la LAMal, et pas d'une violation de la liberté économique p. ex. (art. 27 Cst).

3. Acteurs concernés (4)

- L'amélioration de l'efficacité et de la qualité passe notamment par une **concurrence** entre établissements hospitaliers intéressés à être admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (TAF C-401/2012 du 28 janvier 2014 consid. 10.1).

3. Acteurs concernés (5)

- Les impératifs liés à l'exécution d'une planification hospitalière ne doivent pas interférer sur les rapports entre **assureurs et assurés** quant à l'étendue de leurs droits et obligations respectifs (art. 41 et 44 LAMal).

3. Acteurs concernés (6)

- Libre choix / limitation (implicite) du choix en fonction de la prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins.
 - Le séjour dans un **hôpital non répertorié** n'ouvre droit à aucun remboursement de l'assureur-maladie sociale (cf. ATF 138 II 423 consid. 3.8.1; ATF 133 V 581 consid. 3.3).

II.

Aspects formels

1. Qualification juridique des décisions de planification cantonales

- Selon la jurisprudence, les listes hospitalières contiennent autant des éléments d'une règle de droit que des éléments d'une décision (TAF C-1104/2012 du 30 mai 2014 consid. 2.2).

2. Qualité pour recourir

- Reconnue :
 - Aux destinataires des décisions (sous forme d'arrêtés p. ex): cliniques, EMS, etc.;
 - En principe pas aux médecins membres d'un conseil d'administration d'une clinique, sauf s'il s'agit d'un recours dans le cadre d'un contrôle normatif d'un loi cantonale (TF 2C_796/2011 du 10 juillet 2012; *contra* TAF C-426/2012 du 5 juillet 2013 consid. 1.4.4) **ni aux assurés.**

3. Importance du droit d'être entendu (1)

- Principe fondamental inscrit à l'art. 29 al.2 Cst;
- Les cantons doivent assurer la transparence en matière de planification:
 - Accès garanti aux documents de planification (statistiques, rapports, etc.)

3. Importance du droit d'être entendu (2)

- La simple violation du droit d'être entendu de la décision entraîne l'annulation de la planification cantonale concernant le destinataire (recourant), au motif notamment que l'autorité de recours ne jouit d'aucun pouvoir de contrôle de l'opportunité.

4. Autorité de recours

- En principe, l'autorité de recours est le **Tribunal administratif fédéral** contre les actes de planification cantonaux; il peut s'agir du **Tribunal fédéral**, lorsque la décision attaquée est une loi cantonale (contrôle normatif abstrait – ATF 138 II 398)
 - Risque de décisions contradictoires

II.

Planification hospitalière cantonale

1. Principes (1)

- Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les hôpitaux doivent correspondre à la **planification établie par un canton** (ou, conjointement, par plusieurs cantons) afin de **couvrir les besoins en soins hospitaliers**.

1. Principes (2)

- La planification en vue de couvrir les besoins en soins **garantit** aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social (art. 58a al. 1 OAMal).

2. Besoins en soins hospitaliers (1)

- Le Conseil fédéral a édicté des critères de planification uniformes en prenant en considération la **qualité** et le **caractère économique** (art. 39 al. 2ter LAMal; art. 58b et suivants OAMal)

2. Besoins en soins hospitaliers (2)

- La Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (CDS) a édicté le 14 mai 2009 des **Recommandations sur la planification hospitalière.**

2. Besoins en soins hospitaliers (3)

- Les cantons doivent déterminer les besoins selon une démarche vérifiable:
 - Données statistiquement justifiées;
 - Comparaisons;
 - Si la démarche n'est pas vérifiable, la planification cantonale est annulable.

2. Besoins en soins hospitaliers (4)

- Comme 1^{ère} démarche, les cantons doivent, dans l'ordre:
 - Analyser les besoins par domaine;
 - Examiner leur évolution en tenant compte des facteurs démographiques, épidémiologiques et médico-techniques
 - Tenir compte du flux des patients;
 - Evaluer l'offre;
 - Opérer le choix des hôpitaux.

2. Besoins en soins hospitaliers (5)

- Lors de l'évaluation et du choix de l'offre (art. 58b al. 4 OAMal), les cantons doivent en particulier prendre en compte:
 - Le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations;
 - L'accès des patients au traitement dans un délai utile;
 - La disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

2. Besoins en soins hospitaliers (6)

- Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité (art. 58b al. 5 OAMal), les cantons doivent notamment prendre en considération:
 - L'efficience de la fourniture de prestations;
 - La justification de la qualité nécessaire;
 - Dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

2. Besoins en soins hospitaliers (7)

- Sous l'angle économique [pas forcément politique], les cantons n'ont aucun intérêt à maintenir des structures inappropriées ou superflues (Message LAMal – nouveau financement hospitalier, FF 2004 5321).

2. Besoins en soins hospitaliers (8)

- Types de planification:
 - Planification liée aux prestations (art. 58c lit. a OAMal);
 - Planification liée aux prestations ou aux capacités (art. 58 lit. B OAMal);
 - Planification liée aux capacités (art. 58c lit. C OAMal).

IV. Liste hospitalière avec mandat de prestations

1. Importance de la liste hospitalière (1)

- Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un hôpital doit figurer sur une liste hospitalière cantonale ou extra-cantonale (art. 41 al. 1bis LAMal).

1. Importance de la liste hospitalière (2)

- Pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un hôpital **doit** figurer sur une liste hospitalière cantonale ou extra-cantonale (art. 41 al. 1bis LAMal).
- La liste hospitalière est le **résultat** de la planification (TAF C-426/2012 du 5 juillet 2013 consid. 3.3.1).

2. Obligation d'admission (1)

- Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (art. 41a al. 1 LAMal).

2. Obligation d'admission (2)

- Pour les assurés hors-canton, l'obligation d'admission (art. 41a al. 2 LAMal) ne s'applique que:
 - Si elle est basée sur des mandats de prestations ou;
 - En cas d'urgence.

3. Listes et mandats de prestations

- Les hôpitaux sont inscrits sur la liste hospitalière pour garantir l'offre correspondant aux besoins pré-établis. (art. 39 al. 1 lit. e LAMal; art. 58b et 58e OAMal);
- Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations/mandat (art. 58e al. 2).

4. Service d'urgence

- Une obligation de disposer d'un service d'urgence peut être une condition posée par le canton (art. 58e al. 3 2^e phrase OAMal).

V.
Conclusions

1. Complexité du processus

- Les enjeux d'ordre politique, économique et juridique sont complexes;
- La planification hospitalière doit permettre de maîtriser les coûts, tout en garantissant un accès aux soins hospitaliers de qualité «dans un délai utile».

2. Responsabilités du planificateur

- En cas de mauvaise planification, le canton pourrait voir sa responsabilité engagée:
 - Retard dans le traitement;
 - Attente d'un lit disponible (p. ex. passage d'un hôpital à un EMS retardé) -> l'assuré n'a pas de moyens pour contester la planification hospitalière cantonale de manière abstraite, mais seulement dans un cas concret.

AVOCATS - & CONSEILS

Guy Longchamp, avocat
Chargé d'enseignement à l'Université de Neuchâtel

Avocats & Conseils
2bis, rue du Centre
Case postale 192
1025 Saint-Sulpice

021 510 20 30
glo@avocatsconseils.ch