



Rapport

Date de la séance du CE : 16 septembre 2026
Direction : Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
N° d'affaire : 2026.GSI.644
Classification : Non classifié

Loi portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (LiLAMAM) ; révision partielle

Table des matières

1.	Synthèse	1
2.	Contexte	2
3.	Caractéristiques du projet	3
4.	Commentaire des articles	4
4.1	Loi portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (LiLAMAM)	4
4.2	Loi sur les soins hospitaliers (LSH)	6
5.	Place du projet dans le programme gouvernemental de législature et dans d'autres planifications importantes	7
6.	Répercussions financières	7
7.	Répercussions sur l'organisation et le personnel	8
8.	Répercussions sur les communes	8
9.	Répercussions sur l'économie	8
10.	Résultat de la procédure de consultation	8
11.	Proposition	8

1. Synthèse

Le 24 novembre 2024, le peuple a accepté la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹. À terme, toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) seront par conséquent financées uniformément. La première étape (qui n'inclut pas les prestations de soins) de cette modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2028, et la seconde (qui les inclut), le 1^{er} janvier 2032.

Cette modification du droit fédéral a des répercussions directes et d'envergure sur les cantons, et nécessite l'adaptation de diverses législations cantonales.

La modification de la LAMal se déroulant en deux temps, l'adaptation du droit cantonal doit elle aussi s'effectuer en deux étapes. La présente révision porte sur la première étape.

Dans le cadre de cette révision, seules des adaptations relevant de la technique législative seront apportées dans un premier temps, de sorte que la première étape de la réforme du financement uniforme des prestations (EFAS) puisse être mise en œuvre au 1^{er} janvier 2028 dans le canton de Berne.

2. Contexte

Dans le modèle de financement actuel de l'AOS, les mécanismes de financement diffèrent selon qu'il s'agit de prestations hospitalières, ambulatoires ou de soins. Alors que les prestations hospitalières, notamment les soins à l'hôpital avec nuitée, font l'objet d'une prise en charge conjointe des cantons et des assureurs-maladie (la part des premiers étant d'au moins 55 % et celle des seconds d'au maximum 45 % des coûts), les prestations ambulatoires sont entièrement à la charge des caisses-maladie. Quant aux prestations de soins, elles sont régies par un système de financement distinct, auquel contribuent les assureurs-maladie, les cantons et les patientes et patients. Les cantons sont responsables du financement des coûts résiduels prévu par la loi.

Ce système de financement peut induire des incitations inopportunes. Remplacer des prestations hospitalières par des prestations ambulatoires permet généralement de réduire le coût global des soins. Dans ce scénario, les cantons ne participent pas au financement, avec à la clé une diminution de leurs dépenses, tandis que les assureurs-maladie assument l'entier des coûts des prestations ambulatoires. En dépit de la diminution des coûts globaux qu'il entraîne, le transfert des prestations du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire peut dès lors se traduire pour les assureurs-maladie par une augmentation de leurs dépenses.

La structure de financement en place fait en outre obstacle au développement de soins coordonnés et intégrés. Les considérations financières peuvent peser davantage que cela n'est souhaitable du point de vue de la politique sanitaire, car les coûts et les bénéfices des différentes prestations comme ceux des modèles de soins sont répartis inégalement entre les cantons et les assureurs-maladie.

C'est dans ce contexte qu'a été adoptée sur le plan fédéral la réforme du financement uniforme des prestations, qui vise à harmoniser les modèles de financement distincts prévus jusqu'ici par la LAMal pour les différentes formes de prestations. À terme, une même logique de financement doit prévaloir pour l'ensemble des prestations, qu'elles soient dispensées en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Les cantons devront donc participer au financement des prestations ambulatoires.

La réforme simplifie également les mécanismes de financement : les assureurs-maladie prendront en charge l'ensemble des prestations. De leur côté, les cantons ne verseront plus leur part légale de financement directement aux différents fournisseurs de prestations hospitalières, mais aux assureurs eux-mêmes. Cette nouvelle règle permet de regrouper les flux financiers et de procéder au financement des prestations selon un mécanisme uniforme, tout en conservant le cofinancement par les cantons.

La réforme sera mise en œuvre en deux étapes : à partir du 1^{er} janvier 2028, le modèle de financement sera le même pour les prestations ambulatoires et hospitalières. Et à partir du

1^{er} janvier 2032, les prestations de soins seront intégrées à ce dispositif. Dans l'intervalle, elles continueront d'être financées selon le modèle actuel.

En résumé, EFAS apporte un changement de système en matière de financement des soins. Alors que le système actuel est caractérisé par des mécanismes de financement qui diffèrent selon qu'il s'agit de prestations ambulatoires, hospitalières ou de soins, l'approche d'EFAS est celle d'une intégration accrue, avec des flux de financement uniformes, indépendamment du contexte dans lequel les prestations sont fournies. L'objectif est d'accroître la transparence, d'améliorer les incitations et de renforcer les conditions propices à l'adéquation, à la qualité et à l'économicité des soins.

3. Caractéristiques du projet

Les cantons sont tenus d'adapter leur législation et l'organisation de l'exécution aux nouvelles dispositions du droit fédéral. La présente révision vise à adapter les bases juridiques cantonales aux règles d'EFAS et à assurer les conditions permettant une exécution à la fois conforme au droit et efficace. Elle porte sur la mise en œuvre de la première étape de la modification de la LAMal, qui concerne les prestations ambulatoires et hospitalières. Son entrée en vigueur est prévue le 1^{er} janvier 2028. Les adaptations relatives aux prestations de soins prévues par la réforme seront apportées dans un deuxième temps.

Dans le nouveau droit, le versement de la contribution cantonale devra être réglementé conformément à l'article 60 du projet de révision de la LAMal (ci-après « pLAMal »). L'alinéa 4 de cette disposition prévoit que les cantons fixent pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, le taux de la contribution cantonale. Ce taux se monte à 26,9 % au moins. Une disposition transitoire s'applique cependant pour les quatre premières années suivant l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal. Les pourcentages minimaux ainsi définis pour cette période sont les suivants :

2028	2029	2030	2031	Dès 2032
25,0 %	24,5 %	24,5 %	24,5 %	26,9 %

La mise en œuvre de la deuxième étape d'EFAS est fixée au 1^{er} janvier 2032. À partir de cette date, les prestations de soins seront donc elles aussi intégrées dans le nouveau modèle de financement.

La présente révision établit que le taux de la contribution du canton de Berne correspond au taux minimal prévu par la LAMal pour l'année concernée.

L'adaptation des dispositions cantonales régissant le financement au nouveau régime de financement d'EFAS est au cœur de cette révision. Alors que le canton cofinance aujourd'hui essentiellement les prestations hospitalières, il participera à l'avenir au financement de toutes les prestations visées par EFAS, conformément aux prescriptions du droit fédéral. Le financement des prestations doit obéir à un mécanisme uniforme, que celles-ci soient dispensées en ambulatoire ou en milieu hospitalier.

Le projet de loi définit les compétences et les procédures en matière de calcul, de versement et de contrôle des contributions cantonales. Il crée également les bases nécessaires permettant de maintenir la collaboration entre le canton, les assureurs-maladie et d'autres parties prenantes dans le nouveau système de financement.

Il inclut en outre des dispositions transitoires grâce auxquelles les prestations délivrées sous le régime de financement en vigueur seront décomptées et traitées correctement après le 1^{er} janvier 2028.

Enfin, les nouvelles dispositions de la LAMal imposent plusieurs modifications de la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH)², auxquelles il sera procédé au moyen d'une modification indirecte de cette loi. D'une part, plusieurs renvois à des dispositions de la LAMal doivent être actualisés, sans pour autant apporter de différence quant au fond. D'autre part, le droit de recours cantonal (art. 81 LSH) n'a plus lieu d'être, puisque le canton ne finance plus directement les prestations. Il convient donc d'abroger la disposition en question.

4. Commentaire des articles

4.1 Loi portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (LiLAMAM)

Article 9a

Le nouvel alinéa 1 précise que le canton de Berne participe aux coûts de l'AOS à hauteur du taux minimal prévu par le droit fédéral pour l'année concernée. La contribution cantonale est ainsi adaptée à la nouvelle systématique de la LAMal. Grâce à ce renvoi dynamique, les modifications apportées au droit fédéral peuvent être reprises sans que cela requière de modifier la loi ou l'ordonnance.

L'alinéa 2 autorise le Conseil-exécutif à relever la part cantonale au-delà du taux minimal. Cette disposition offre la latitude requise pour pouvoir réagir si nécessaire à des évolutions financières ou de politique sanitaire. L'augmentation du taux exige cependant que le Grand Conseil ait préalablement approuvé les ressources nécessaires dans le budget. Le délai de préavis de neuf mois est inscrit dans le droit fédéral (art. 60, al. 4 pLAMal).

Article 9b

L'article 9b est adapté à la nouvelle systématique de la LAMal. Le nouveau droit prévoit qu'au lieu d'autoriser les dépenses concernant la rémunération forfaitaire des traitements hospitaliers, la DSSI autorise celles concernant la contribution cantonale visée à l'article 60 pLAMal.

Article 9c

Cet article précise qu'en application du nouvel article 60, alinéa 12 LAMal, la contribution cantonale est versée à l'institution commune LAMal, et non plus directement aux fournisseurs de prestations. L'institution commune repose sur l'article 18 LAMal. La révision de la LAMal suppose la modification ou l'introduction des alinéas 2^{sexies}, 2^{octies} et 5 de cet article. Il en résulte pour l'institution commune de nouvelles compétences, notamment celles de calculer et de prélever les contributions cantonale et fédérale conformément à l'article 60 LAMal, et de les répartir entre les assureurs.

² RSB 812.11

Article 9d

L'alinéa 1 crée la base légale permettant au canton de contrôler les prestations fournies. La révision de la LAMal prévoit la possibilité pour les cantons de recourir contre les décisions des assureurs relatives à la prise en charge des coûts. S'il veut pouvoir en faire usage efficacement, le canton de Berne doit être en mesure de vérifier les factures des fournisseurs de prestations à la charge de l'AOS.

Aux alinéas 3 et 4, l'obligation de collaborer imposée jusqu'ici aux hôpitaux et aux maisons de naissance répertoriés est étendue à l'ensemble des fournisseurs de prestations qui exercent à la charge de l'AOS. Ces derniers doivent mettre à la disposition de la DSSI ou des tiers mandatés toutes les données nécessaires à la vérification des prestations.

L'alinéa 3 en vigueur énonce que les hôpitaux et les maisons de naissance répertoriés mettent à la disposition du service compétent de la DSSI ou des tiers mandatés selon l'alinéa 2, dans les délais et sous une forme pseudonymisée, toutes les données nécessaires à la vérification des factures adressées à la patientèle.

Le nouveau droit n'exige plus expressément la forme pseudonymisée. Le principe général veut que les données soient anonymisées afin d'exclure tout recoupement avec d'autres personnes que les fournisseurs de prestations, à moins que des informations nominatives soient indispensables à l'accomplissement des tâches. Il s'applique d'autant plus qu'en l'occurrence, il est question de données sensibles. Lorsque l'accomplissement des tâches l'exige, il est cependant possible de remettre des données non anonymisées. C'est bien le cas ici. Il s'agit, dans ce contexte, de vérifier le domicile civil de la patientèle et, par conséquent, la compétence du canton de Berne. Il faut également contrôler les factures, afin de détecter les doublons, les chevauchements et les facturations à double. Or de telles vérifications exigent des données nominatives.

Le nouvel article 9d LiLAMAM doit permettre au canton de contrôler les factures adressées à la patientèle. Le canton étant tenu, avec l'application d'EFAS, de participer financièrement à l'ensemble des coûts de l'AOS, il doit également pouvoir procéder à un contrôle ponctuel de toutes les factures de la patientèle. Pour s'acquitter de cette tâche, le service compétent de la DSSI et les tiers mandatés doivent avoir accès à des données qui ne sont pas anonymisées ni pseudonymisées. Les informations nominatives sont en effet indispensables pour retracer et vérifier les prestations médicales et les décomptes correspondants.

Dans sa nouvelle teneur, cet article prévoit que l'accès aux données personnelles est limité à celles qui sont nécessaires à l'accomplissement des tâches.

L'alinéa 5 fait l'objet d'une adaptation rédactionnelle afin de s'appliquer à tous les fournisseurs de prestations.

Article 9f

Les possibilités de sanctions dont dispose le service compétent de la DSSI sont alignées sur celles prévues par la LAMal. Le nouveau droit lui permet de prononcer un avertissement ou une amende de 20 000 francs au plus.

Article 10

L'alinéa 1 est adapté aux nouvelles dispositions de la LAMal et réglemente la prise en charge des coûts liés aux traitements hospitaliers effectués dans un établissement situé hors du canton. La LAMal demande que le canton de résidence autorise ces traitements lorsque les conditions sont remplies.

L'alinéa 2 énonce la condition à laquelle l'autorisation est accordée.

L'alinéa 3 précise que par son autorisation, le canton confirme que le traitement remplit les conditions de prise en charge des coûts prévues par la LAMal. À noter encore que les conditions d'octroi de l'autorisation doivent également être remplies au moment de l'hospitalisation, et pas uniquement au moment où l'autorisation est accordée. En effet, si la personne change de canton de résidence entre l'octroi de l'autorisation et l'hospitalisation, l'autorisation n'est plus valable, car le canton qui l'a accordée n'est plus compétent.

L'alinéa 4 prévoit qu'il revient à la DSSI d'autoriser ces dépenses.

L'alinéa 5, enfin, établit une norme de délégation permettant au Conseil-exécutif de définir la procédure.

Ajout du titre « Disposition transitoire de la modification du JJ.MM.2027 »

Article T2-1

Une disposition transitoire est introduite, qui précise que les dispositions de l'ancien droit continueront de s'appliquer aux situations antérieures à l'entrée en vigueur des présentes modifications. Il s'agit d'une part de s'assurer qu'aucune lacune ne se produira lors du changement de système, et d'autre part de veiller à ce que toutes les parties concernées sachent avec certitude quelles règles s'appliquent à quelles situations.

4.2 Loi sur les soins hospitaliers (LSH)

Article 58

L'article 58 est abrogé, car il n'est plus conforme aux nouvelles dispositions du droit fédéral. Il convient toutefois de noter que la prise en charge des traitements hospitaliers visée par la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)³ n'est pas concernée par cette abrogation. La prise en charge des frais des traitements dispensés en milieu hospitalier visés à l'article 14, alinéa 1 LAI reste celle prévue à l'article 14^{bis} LAI.

Article 59

Cette disposition fait l'objet d'une légère adaptation rédactionnelle. Dans sa nouvelle teneur, elle précise également que les indemnisations visées dans cet article sont versées en sus de celles prévues par la LAMal, autrement dit indépendamment de celles-ci. Ce point est réaffirmé à l'alinéa 2. L'article 59 est la base légale permettant de promouvoir les soins ambulatoires.

³ RS 831.20

Article 71

Le renvoi à la LAMal est actualisé.

Article 76

Le renvoi à la LAMal est actualisé.

Article 81

Cet article est abrogé. Le droit de recours du canton est en effet supprimé, car selon la révision de la loi, il revient aux assureurs de faire valoir les droits visés à l'article 72, alinéa 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)⁴ (art. 60, al. 3 pLAMal).

Article 116

Le renvoi à la LAMal est actualisé.

Article 127

À l'alinéa 1, la lettre h est abrogée, car avec la révision de la LAMal, le droit de recours du canton disparaît.

Article 154a

Cet article est une nouvelle disposition transitoire qui permet au service compétent de la DSSI de continuer à exercer le droit de recours prévu à l'article 81 LSH après sa suppression, pour des faits qui se sont produits avant le 1^{er} janvier 2028, mais qui ne font naître un tel droit qu'après cette date.

5. Place du projet dans le programme gouvernemental de législature et dans d'autres planifications importantes

La présente révision partielle n'a pas de répercussions sur le programme gouvernemental de législature ni sur aucune autre planification importante, car les modifications qui en résultent visent exclusivement à mettre en œuvre les prescriptions fédérales.

6. Répercussions financières

La présente révision n'a pas de répercussions financières, car elle vise exclusivement à mettre en œuvre le droit fédéral. EFAS implique cependant une adaptation du modèle de financement en vigueur dans le domaine de l'AOS. Il est prévu que le canton participe dans une même mesure au financement de toutes les prestations de l'AOS (à l'exclusion des prestations de soins, dans un premier temps). Par ailleurs, il versera sa part à l'institution commune LAMal, et non plus directement aux fournisseurs de prestations.

⁴ RS 830.1

À l'heure actuelle, on estime, en recourant à la méthode de calcul recommandée par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), que l'introduction d'EFAS en 2028 entraînera des dépenses supplémentaires de plus de 200 millions de francs par an. Celles-ci figurent au budget 2027 et dans le plan intégré mission financement 2028-2030 adoptés par le Conseil-exécutif à l'intention du Grand Conseil (soit 218 millions de francs en 2028 et jusqu'à 247 millions de francs en 2030). Cette estimation sera régulièrement réexaminée à la lumière des nouvelles données disponibles. Les chiffres actualisés devront être pris en compte dans les processus de planification financière des prochaines années.

7. Répercussions sur l'organisation et le personnel

La présente révision partielle n'a de répercussions ni sur le personnel ni sur l'organisation. Ce n'est cependant pas le cas d'EFAS, qui aura d'importantes répercussions dans ces deux domaines et entraînera un surcroît de travail, en particulier lors de la préparation et au moment du passage au nouveau modèle de financement. Pour les cantons, la réforme sera synonyme de diverses tâches supplémentaires à assumer pour mettre en œuvre le nouveau modèle dans l'ensemble du secteur ambulatoire (prestations de soins exceptées). Il faudra également réorganiser tout le secteur financier pour l'adapter aux nouvelles règles de financement, et ajuster certaines solutions techniques. Il n'est pas encore possible d'estimer l'ampleur de ces répercussions.

8. Répercussions sur les communes

La présente révision n'a pas de répercussions sur les communes.

9. Répercussions sur l'économie

EFAS, qui implique une adaptation de la structure de financement et des mécanismes d'incitation, a une incidence sur les conditions économiques entourant le système de santé. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières a pour effet de supprimer certaines incitations inopportunes en place entre les différents domaines de soins. Le choix de la forme du traitement peut ainsi reposer davantage sur des critères médicaux. La révision de la LAMal favorise le transfert des prestations du domaine hospitalier vers le domaine ambulatoire, où elles peuvent généralement être fournies à moindre coût. À moyen et à long terme, il peut en résulter des gains d'efficacité et un ralentissement de la hausse des coûts dans le système de santé.

10. Résultat de la procédure de consultation

Le résultat de la consultation sera complété à l'issue de la procédure.

11. Proposition

Au vu des explications qui précèdent, le Conseil-exécutif invite le Grand Conseil à adopter la présente révision partielle de la loi portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire