



Berne, le 25 mai 2022

Potentiel d'amélioration du financement hospitalier et obstacles au libre choix de l'hôpital

Rapport du Conseil fédéral

en réponse au postulat 21.3962 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 23 juin 2021

Table des matières

Liste des abréviations.....	2
Résumé	3
1 Contexte	5
1.1 Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier	5
1.2 Postulat 21.3962 CSSS-CN.....	5
2 Potentiel d'amélioration du financement hospitalier.....	6
2.1 Planification hospitalière	6
2.2 Économicité et transparence.....	9
2.3 Qualité	11
3 Obstacles au libre choix de l'hôpital.....	15
3.1 Tarifs de référence pour les hospitalisations hors du canton de résidence	15
3.2 Autres obstacles au libre choix de l'hôpital.....	18
4 Conclusions	21
5 Bibliographie.....	22

Liste des abréviations

ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AOS	Assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFQ	Commission fédérale pour la qualité
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
Cst.	Constitution fédérale (RS 101)
DFI	Département fédéral de l'intérieur
GPPH	Groupes de prestations pour la planification hospitalière
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
MHS	Médecine hautement spécialisée
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OCP	Ordonnance 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 (RS 832.104)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PIG	Prestations d'intérêt général
TFA	Tribunal fédéral des assurances

Résumé

Potentiel d'amélioration du financement hospitalier

L'évaluation de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier a identifié un potentiel d'amélioration dans plusieurs domaines, notamment la planification hospitalière cantonale, l'économicité et la transparence, les informations sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires ainsi que les tarifs de référence pour les hospitalisations extracantonales. Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'identifier les déficits de mise en œuvre avec les acteurs concernés et de l'informer à ce propos. Le présent rapport montre quelles mesures ont été prises pour exploiter ce potentiel d'amélioration.

La coopération intercantonale en matière de planification hospitalière s'est encore accrue. Toutefois, le potentiel de coopération et de coordination n'est toujours pas épuisé. Avec une modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102, RO 2021 439), en vigueur depuis début 2022, les critères de planification ont été développés, créant ainsi de bonnes conditions pour continuer d'intensifier la coopération et la coordination intercantionales en matière de planification. Ces critères et les mesures liées à la modification de la LAMal visant à renforcer l'économicité et la qualité ont en outre amélioré les bases permettant de mieux prendre en compte à l'avenir l'aspect de la qualité dans la planification hospitalière.

En 2020, la Confédération et les cantons ont publié pour la première fois les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux et des maisons de naissance suisses. La Confédération et les cantons ont ainsi rempli leur obligation de publier des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale. Dans le domaine de l'économicité et de la transparence, un premier pas important a été fait pour exploiter le potentiel d'amélioration. En parallèle, il manque encore en particulier des règles et des principes plus précis pour que le calcul des tarifs puisse se faire de manière uniforme. Mais ceux-ci seront introduits par une modification de l'OAMal et ont déjà fait l'objet d'une consultation. Sur la base des réponses reçues, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) procède actuellement à une nouvelle analyse en concertation avec les parties prenantes.

Dans le domaine de la qualité, il faut partir du principe qu'avec la modification de l'OAMal portant sur les critères de planification et la mise en œuvre de la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité, de bonnes bases ont pu être créées pour pouvoir poursuivre le développement de la qualité au niveau national, notamment en ce qui concerne le développement d'indicateurs de qualité uniformes pour tout le pays, l'observation approfondie de l'évolution de la qualité et l'accès public aux informations sur la qualité.

Le potentiel d'amélioration du financement hospitalier n'est pas encore totalement exploité. Cependant, plusieurs mesures ont été prises et devraient améliorer la situation. Il convient d'attendre leur mise en œuvre. En outre, les bases juridiques et les processus requis sont en place pour assurer le développement continu du financement hospitalier et l'exploitation du potentiel d'amélioration. Dans l'ensemble, aucune intervention dans le financement hospitalier ne s'impose au-delà des activités en cours.

Obstacles au libre choix de l'hôpital (postulat 21.3962)

Le présent rapport doit en outre répondre au postulat 21.3962 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN). Celui-ci charge le Conseil fédéral de montrer comment il est possible d'éliminer les obstacles qui entravent le libre choix de l'hôpital et de garantir une certaine concurrence entre les hôpitaux répertoriés des cantons.

L'un des objectifs de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier était d'étendre le choix de l'hôpital pour les assurés, dans le but notamment de renforcer encore la concurrence intercantonale entre les hôpitaux et de réduire les coûts. Depuis lors, les assurés peuvent choisir librement, pour les traitements hospitaliers, entre les hôpitaux admis dans leur canton de résidence ou dans le

canton où se situe l'hôpital. En cas de traitement hors canton, les cantons doivent prendre en charge les mêmes coûts que ceux d'un traitement comparable dans le canton de résidence. Les cantons fixent à cet effet ce qu'on appelle des tarifs de référence. L'évaluation de cette révision de la LAMal a notamment montré qu'il existe encore des obstacles dans ce domaine. Il s'agit en particulier des tarifs de référence qui, dans certains cantons, correspondent au tarif le plus bas pour un traitement comparable. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) recommande de fixer le tarif de référence sur la base d'une moyenne des tarifs pratiqués dans chaque canton. La motion 18.3388 CSSS-N « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables », transmise par le Parlement, demande que les traitements hospitaliers auxquels l'assuré choisit librement de se soumettre hors de son canton soient rémunérés au tarif maximal de la liste des hôpitaux de son canton de résidence, pour un traitement comparable dans un hôpital du même type, mais au maximum au tarif de l'hôpital qui fournit le traitement.

Dans le cadre du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, le Conseil fédéral proposera au Parlement, probablement en 2022, une modification de la LAMal selon laquelle le tarif de référence sera basé sur le tarif le plus élevé pour un traitement hospitalier comparable dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Cela renforcera la concurrence et freinera l'évolution des coûts : si les assurés choisissent un hôpital hors canton qui est moins cher que l'hôpital le plus cher du canton de résidence, les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) diminueront si l'hôpital le plus cher du canton de résidence ne sera plus nécessaire pour garantir l'approvisionnement en soins à moyen terme. C'est pourquoi le tarif le plus élevé de la liste des hôpitaux du canton de résidence pour un traitement comparable peut être fixé comme le tarif de référence.

Ce dernier point mis à part, aucune mesure législative n'est requise. En effet, il est possible d'obtenir les autres améliorations souhaitées, notamment la possibilité de choisir l'hôpital sur la base d'informations pertinentes et compréhensibles, sans modifier la loi.

1 Contexte

1.1 Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

La révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La plupart des mesures qu'elle contient sont mises en œuvre depuis 2012.

De 2012 à 2019, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mené une évaluation approfondie de ladite révision (OFSP 2019) qui a identifié un potentiel d'amélioration dans différents domaines. Le 3 juillet 2019, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de l'évaluation et chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de relever les lacunes de mise en œuvre avec les acteurs concernés et de lui en faire rapport. En juin 2021, l'OFSP a contacté par courrier les acteurs (cantons, assureurs et association des hôpitaux suisses H+) en leur demandant de décrire les mesures qu'ils avaient prises pour exploiter le potentiel d'amélioration du financement hospitalier. Un échange avec les acteurs a eu lieu le 24 septembre 2021.

Le ch. 2 présente les déficits de mise en œuvre identifiés dans l'évaluation ainsi que les mesures que la Confédération, les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations ont prises ou prévoient de prendre afin d'exploiter le potentiel d'amélioration du financement hospitalier. Sur cette base, le Conseil fédéral dresse au ch. 4 un bilan de la mise en œuvre et tire ses conclusions quant aux mesures requises en matière de financement hospitalier.

1.2 Postulat 21.3962 CSSS-CN

Le 23 juin 2021, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN) a déposé le postulat 21.3962 « Éliminer les obstacles faits au choix de l'hôpital en dehors du canton de domicile ». Celui-ci a été adopté par le Conseil national le 16 septembre 2021.

Texte déposé

Le Conseil fédéral est chargé de montrer comment les obstacles qui, à l'heure actuelle, entravent le libre choix de l'hôpital peuvent être éliminés et comment une certaine concurrence entre les hôpitaux répertoriés des cantons peut être garantie.

À cet égard, les objectifs législatifs du nouveau système de financement hospitalier devront être mis en œuvre, notamment les aspects suivants :

- Les hôpitaux et les cliniques doivent figurer uniquement sur la liste du canton siège.
- Pour les interventions non urgentes, les assurés doivent avoir accès à tous les hôpitaux répertoriés de Suisse et recevoir aussi bien de leur canton de domicile que de leur caisse-maladie la même contribution que celle qui leur serait accordée si l'intervention se déroulait dans leur canton de domicile

Le postulat est traité au ch. 3 du présent rapport et les conclusions qu'en tire le Conseil fédéral sont exposées au ch. 4.

2 Potentiel d'amélioration du financement hospitalier

Le présent chapitre expose les déficits de mise en œuvre identifiés lors de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ainsi que les mesures que la Confédération, les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations ont prises ou prévoient de prendre afin de pouvoir exploiter le potentiel d'amélioration du financement hospitalier.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a pour objectif premier de freiner la croissance des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire en encourageant en particulier la concurrence entre les fournisseurs de prestations et en renforçant la liberté de choix des assurés. Les assurés doivent cependant continuer d'avoir accès à des soins de haute qualité. Un ralentissement de la croissance des coûts dans le domaine hospitalier stationnaire doit également contenir la croissance des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans son ensemble.

L'évaluation a montré que, dans l'ensemble, les mesures de la révision vont dans la direction souhaitée. Si elle n'a pas fait apparaître de nécessité de modifier la loi, elle a toutefois abouti à la conclusion que l'impact potentiel de la révision n'a pas encore été pleinement atteint. Un potentiel d'amélioration a notamment été identifié dans les domaines suivants : la planification hospitalière (ch. 2.1), l'économicité et la transparence (ch. 2.2) et la qualité (ch. 2.3). Par ailleurs, les conditions-cadre des cantons pour l'extension du choix de l'hôpital devraient être optimisées. Une intervention s'impose notamment au niveau des tarifs de référence pour les hospitalisations hors canton. Celle-ci est abordée au ch. 3, puisque les tarifs de référence sont étroitement liés au choix étendu de l'hôpital et au postulat 21.3962 CSSS-CN.

2.1 Planification hospitalière

Les dispositions légales relatives à la planification hospitalière accordent une grande marge de manœuvre aux cantons. L'évaluation a montré que ceux-ci mettent en œuvre différemment les critères de planification fixés par l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), notamment en ce qui concerne l'économicité et la qualité. S'il est vrai que les cantons coordonnent leurs activités conformément à la loi, le but de la révision n'était toutefois pas seulement plus de coordination, mais aussi de renforcer la coopération intercantonale afin de garantir un approvisionnement en prestations stationnaires qui ne s'arrête pas aux frontières cantonales.

2.1.1 Coopération intercantonale et planification suprarégionale de l'approvisionnement en soins

L'évaluation a identifié un potentiel d'optimisation dans la coopération intercantonale et la planification suprarégionale des soins. La loi encourage certes une plus grande collaboration intercantonale, mais ne la prescrit que dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS)¹. Les résultats de l'évaluation montrent que les surcapacités représentent pour les cantons un défi politique plutôt que législatif. Le rapport final de l'évaluation recommande de dépasser le caractère intracantonal de la planification hospitalière actuelle, en vue de réduire les surcapacités et de promouvoir la spécialisation et le développement de la qualité. Pour ce faire, les cantons devraient viser une régionalisation de la planification (au sens d'une planification suprarégionale de l'approvisionnement en soins). Une coordination des planifications hospitalières sur le plan temporel faciliterait plus encore la coordination intercantonale.

¹ Les cantons se sont engagés à planifier ensemble la MHS dans le cadre de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS, CDS 2008).

Mesures au niveau fédéral

Le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OAMal² qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Elle développe les critères de planification (art. 58 ss OAMal) et permet aux cantons de mieux coordonner leurs planifications. Dans le cadre de la coordination de leurs planifications (visée à l'art. 39, al. 2, LAMal), les cantons doivent désormais prendre en compte le potentiel de concentration des prestations par-delà leurs frontières, en vue de renforcer l'économicité et la qualité de la fourniture des prestations hospitalières, objectif central d'une planification selon la LAMal. Un exemple pour cela est de concentrer les prestations de certains groupes de prestations dans un canton plutôt que de les fournir en parallèle dans les deux cantons. Dans cet esprit, chaque canton doit coordonner sa planification avec ceux pour lesquels la coordination des mesures de planification peut avoir pour effet de renforcer l'économicité et la qualité des prestations fournies dans les hôpitaux. Plus les cantons synchroniseront leur planification, plus ils auront de marge de manœuvre pour utiliser de manière optimale le potentiel de soins extracantonal, par exemple grâce à une plus grande flexibilité dans la concentration des groupes de prestations ou dans la création d'offres supracantoniales.

Mesures des cantons

La coopération intercantonale dans le domaine de la planification hospitalière est un processus de long terme. Depuis la fin de l'évaluation en 2019, on observe néanmoins plusieurs avancées. Ainsi, les cantons de Suisse orientale ont adopté une déclaration d'intention concernant la collaboration dans la planification de l'approvisionnement en soins hospitaliers en Suisse orientale³. Deux cantons (Bâle-Ville et Bâle-Campagne) ont adopté pour la première fois une liste commune d'hôpitaux pour 2021. Plusieurs cantons échangent régulièrement sur des questions relatives à la planification hospitalière et forment des groupes de travail communs. Il en est aussi qui gèrent des hôpitaux en commun. Cependant, certains cantons, comme Uri ou le Tessin, indiquent qu'une planification suprarégionale des soins n'a pour eux que peu de sens, notamment en raison de leur situation géographique.

Le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), élaboré par le canton de Zurich, est désormais utilisé par tous les cantons pour la planification des soins aigus⁴. Ainsi, tous les cantons suivent les recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Cela garantit une certaine uniformisation des exigences en matière de planification hospitalière et peut constituer une bonne base pour des coopérations plus poussées. Le concept de GPPH ne couvre pour l'instant que les soins aigus. Il manque encore une systématique uniformément valable à l'échelle nationale pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, mais des travaux à ce sujet sont en cours à la CDS. S'agissant d'un concept uniforme pour la réadaptation, la difficulté tient au fait que la compréhension du terme « réadaptation » diffère entre les cantons, surtout entre la Suisse romande et la Suisse alémanique. Là aussi, des travaux sont en cours à la CDS pour aboutir à une notion de réadaptation uniforme pour tous les cantons et développer une systématique uniforme en matière de planification.

2.1.2 Critères de qualité dans la planification hospitalière

Au moment de l'évaluation, les dispositions de l'OAMal laissaient une grande marge de manœuvre aux cantons en ce qui concerne la prise en compte des critères de qualité dans la planification hospitalière. Aussi, à la question de savoir si les cantons tenaient compte de ces critères, et dans quelle mesure, des différences considérables entre les différents cantons sont apparues. Pour justifier leur retenue à les appliquer, quelques cantons ont invoqué un manque de clarté dans la sélection de ces critères et

² RO 2021 439

³ Déclaration d'intention signée par les cantons des Grisons, de Saint-Gall, de Thurgovie, de Glaris et des deux Appenzell.

⁴ Certains cantons ont légèrement adapté le concept (p. ex. le canton de Berne, dont les ajustements ont été repris par d'autres cantons).

dans leur interprétation. Selon l'évaluation, il est cependant nécessaire de donner une définition uniforme aux indicateurs de qualité valables pour la planification hospitalière et d'uniformiser l'utilisation qui en est faite notamment dans le cadre de comparaisons entre établissements. De plus, il faudrait prévoir des contrôles et des sanctions pour le cas où les hôpitaux ne respectent pas les directives. Subsidiairement, la Confédération pourrait fixer des normes de qualité uniformes si la mise en œuvre par les cantons s'avérait insuffisante.

Mesures au niveau fédéral

Dans le cadre de la modification de l'OAMal du 23 juin 2021, le Conseil fédéral a apporté des précisions sur les exigences minimales relatives à l'évaluation de la qualité des établissements. Les exigences minimales se réfèrent à la qualité des structures, des processus et des résultats. Elles doivent garantir que l'admission se fasse selon des exigences uniformes dans toute la Suisse, tout en contribuant à réduire le nombre d'événements indésirables. Par ailleurs, les résultats des mesures de qualité effectuées au niveau national peuvent servir de critères pour la planification hospitalière.

Mesures des acteurs

La CDS recommande d'utiliser le concept de GPPH du canton de Zurich pour la planification hospitalière. Ce concept comprend également des exigences (tant générales que spécifiques aux prestations) relatives à la qualité. Comme, entre-temps, tous les cantons l'appliquent, on peut s'attendre à ce qu'ils aient des exigences similaires en matière de qualité. La CDS a en outre formulé des recommandations spécifiques sur la qualité dans ses recommandations sur la planification hospitalière.

Tous les cantons imposent à leurs hôpitaux répertoriés de participer aux mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) (sous réserve de certains critères de dispense). Ainsi, grâce aux résultats des mesures uniformes effectuées dans toute la Suisse et aux critères de GPPH, les cantons disposent en principe de bases de décision uniformes. Plusieurs cantons prévoient des mesures si leurs hôpitaux ne remplissent pas les exigences qualitatives.

H+ et les fédérations d'assureurs élaborent actuellement, en application de l'art. 58a LAMal, une convention relative à la qualité qui oblige les hôpitaux à adopter des mesures d'amélioration de la qualité dans différents domaines. On attend de cette convention un renforcement du caractère obligatoire et une meilleure uniformité des critères de qualité de la mise en œuvre des mesures d'amélioration de la qualité. Potentiellement, les critères de qualité uniformes permettront d'élargir la base des comparaisons intercantionales entre les hôpitaux et pourront également être pris en compte dans le cadre de la planification hospitalière.

2.1.3 Bilan intermédiaire sur la planification hospitalière

La plupart des cantons coordonnent leur planification hospitalière avec leurs voisins, mais selon une intensité variable. Alors qu'une planification hospitalière intercantonale commune est déjà une réalité pour certains cantons ou qu'elle est en cours de réalisation, d'autres considèrent que les circonstances, géographiques notamment, rendent difficile une coordination intercantonale (ou une coordination plus poussée). Dans l'ensemble, les cantons se sentent différemment concernés par la nécessité d'une planification suprarégionale et y participent donc diversement. La coopération dans le domaine des soins aigus semble être la plus avancée ; quelques cantons collaborent également dans la planification de la psychiatrie. Si la planification hospitalière est un processus de long terme, on peut toutefois constater que la coopération intercantonale a progressé encore depuis 2019. Le Conseil fédéral persiste à penser que les cantons devraient exploiter encore davantage le potentiel que représente une coordination accrue des planifications cantonales pour l'aménagement d'un paysage hospitalier plus économique et de meilleure qualité. Le développement des critères de planification hospitalière (modification de l'OAMal

du 23 juin 2021, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022) a permis d'améliorer les conditions requises pour intensifier la coopération et la coordination intercantionales en matière de planification.

Quand bien même tous les cantons appliquent le concept de GPPH, ils le font, là aussi, avec une intensité variable, ce qui entraîne des différences dans l'importance accordée aux critères de qualité. Toutefois, les progrès réalisés dans la coordination de la planification hospitalière, tels que présentés ci-dessus, sont de nature à contribuer à une application plus uniforme des critères de qualité. Par voie de conséquence, on peut s'attendre à ce que les avancées réalisées dans la coordination intercantonale de la planification hospitalière conduisent elles aussi à une application plus uniforme des critères de qualité. Par ailleurs, les critères de planification hospitalière récemment développés et la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité permettront de faire de nouveaux progrès dans les années à venir.

2.2 Économicité et transparence

L'évaluation a montré que la qualité des données s'est améliorée au cours des dernières années et que de plus en plus de chiffres-clés sont disponibles pour évaluer les coûts des prestations hospitalières stationnaires. Cependant, en matière de transparence sur l'économicité, des lacunes subsistent en ce qui concerne l'étendue, la qualité et la disponibilité en temps réel de ces chiffres. Ceux qui pourraient être utiles pour la détermination des tarifs n'étaient pas entièrement comparables. Par conséquent, le calcul des tarifs n'était pas uniforme. Selon l'évaluation, il serait possible d'améliorer la transparence si des données et des méthodes uniformes étaient appliquées et si le critère d'économicité était concrétisé uniformément. Au moment de l'évaluation, aucune comparaison des coûts entre établissements n'avait encore été réalisée et publiée à l'échelle nationale.

2.2.1 Définition uniforme et méthodes de saisie et d'évaluation des PIG

La délimitation des coûts des prestations d'intérêt général (PIG) vise à améliorer la comparabilité des hôpitaux. Cette forme de financement va au-delà de la rémunération basée sur les prestations et applicable aux prestations de la LAMal, mais elle influence la situation financière des hôpitaux et peut en particulier entraîner des distorsions de concurrence lorsque les PIG ne sont pas clairement définies, que leur montant n'est pas compréhensible ou que les PIG en lien avec les prestations de la LAMal et leur financement ne sont pas clairement délimités. Le rapport final de l'évaluation recommande à cet égard que les cantons uniformisent autant que possible la définition et les méthodes de classement et d'évaluation des PIG, et qu'ils présentent de manière transparente les contributions financières qu'ils versent aux hôpitaux. Cela contribuerait à éviter que les comparaisons entre établissements soient faussées lors de la détermination des tarifs.

Réponses des acteurs

Les cantons ont en grande majorité indiqué s'appuyer sur les recommandations de la CDS concernant l'examen de l'économicité (CDS 2019b) et sur les outils de H+⁵. La plupart des cantons ont également fait savoir que les PIG étaient clairement distinguées des prestations de la LAMal et qu'elles étaient présentées en toute transparence. Néanmoins, certains cantons, H+ et Curafutura souhaiteraient des directives plus claires au niveau de la Confédération afin de garantir que la définition et le classement des PIG soient uniformes. Du point de vue de Santésuisse, la transparence en ce qui concerne les PIG

⁵ Notamment sur le modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation (ITAR_K), afin de calculer les coûts des prestations stationnaires selon la LAMal. De nombreux cantons exigent de leurs hôpitaux un certificat REKOLE, qui prouve que le classement des prestations et le calcul des coûts dans les comptes d'exploitation sont effectués selon une méthode uniforme. H+ est en train de réviser les directives relatives à la comptabilisation des PIG. Selon H+, les instruments garantiront à l'avenir que les PIG soient classées de manière détaillée.

doit encore être améliorée. Les hôpitaux devraient notamment déclarer leurs coûts de manière plus transparente et uniforme.

Mesures au niveau fédéral et bilan intermédiaire

Aucune mesure concrète n'a été prise au niveau de la Confédération pour améliorer la transparence en matière de PIG. Dans son rapport du 3 juillet 2019 en réponse à la motion 16.3623 CRESS-E « Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons » (Conseil fédéral 2019), le Conseil fédéral a montré qu'il n'y a pas lieu d'agir au niveau fédéral en ce qui concerne les PIG. Conformément à la répartition des compétences prévue par la Constitution fédérale (Cst. ; RS 101), l'approvisionnement en soins de santé est une tâche publique des cantons. S'agissant de la réglementation des PIG, la compétence de la Confédération se limite à créer les bases légales pour la séparation des coûts engendrés par ces prestations et, partant, des conditions pour une rémunération uniforme des prestations LAMal fournies de façon efficiente⁶. Il s'ensuit que la Confédération ne peut pas définir les PIG et que les cantons et les propriétaires des hôpitaux peuvent donc librement décider des mandats qu'ils octroient pour des PIG.⁷

Une délimitation adéquate est donc essentielle pour que les PIG n'influencent pas le calcul des tarifs des prestations au sens de la LAMal. Dans l'ordonnance 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 ; RS 832.104), la Confédération a créé les conditions juridiques pour délimiter les coûts et classer les prestations de manière uniforme. Dans l'exercice de leur compétence légale d'approuver ou de fixer les tarifs hospitaliers, les cantons doivent quant à eux s'assurer que les conventions tarifaires des hôpitaux respectent les exigences légales (art. 46, al. 4, LAMal).

2.2.2 Bases et publication de comparaisons d'établissements à l'échelle nationale

Les cantons utilisent les coûts par cas par hôpital pour établir leurs listes des hôpitaux, pour attribuer des mandats de prestations et pour effectuer une analyse comparative (*benchmarking*) en vue de l'approbation ou de la fixation des tarifs. Les partenaires tarifaires et la Surveillance des prix en font aussi usage en vue des négociations tarifaires. Mais l'évaluation de la LAMal a révélé que ces *benchmarks* reposent sur différentes normes d'efficacité et différentes méthodes. Le rapport final de l'évaluation recommande que les cantons, les assureurs, les hôpitaux et la Surveillance des prix uniformisent la méthode utilisée. Par exemple, les cantons pourraient s'accorder sur une méthode de classement des prestations. Il faudrait en outre établir systématiquement des comparaisons entre établissements fondées sur la qualité, en particulier dans le cadre de la planification hospitalière.

En vertu de l'art. 49, al. 8, LAMal, le Conseil fédéral est tenu de faire procéder, en collaboration avec les cantons, à des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale, notamment en ce qui concerne les coûts et la qualité des résultats médicaux, et de les publier. Cette disposition n'était pas encore mise en œuvre au moment de l'évaluation. Les comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale nécessitent la participation des établissements et des cantons, et les données correspondantes doivent être disponibles.

Mesures

Les assureurs-maladie indiquent que les cantons reçoivent en partie des données de comptabilité analytique différentes, ce qui rend difficile la comparaison des coûts par cas dans toute la Suisse. S'agissant de cette comparaison, les cantons renvoient notamment aux recommandations de la CDS relative à l'examen de l'économie et à l'échange de données entre les cantons qu'ils ont établi en 2015. À cette fin, les données sur les coûts des hôpitaux plausibilisées par les cantons sont rassemblées dans un

⁶ Voir les dispositions de la LAMal sur les PIG (art. 49, al. 3, LAMal)

⁷ Voir l'avis du Conseil fédéral sur le postulat 18.3149 Frehner « Spécifier les prestations d'intérêt général ».

pool de données. Les cantons se servent de ce pool de données notamment dans le cadre du calcul des tarifs (*benchmarking*). C'est également sur lui que repose la publication des comparaisons entre établissements (coûts par cas des hôpitaux de soins aigus) faite par la Confédération et les cantons.

La Confédération et les cantons ont rempli leur obligation de publier des comparaisons entre hôpitaux à l'échelle nationale et ont publié ensemble pour la première fois en 2020 les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux et des maisons de naissance suisses⁸. En outre, depuis 2009, des indicateurs de qualité pour les soins aigus stationnaires sont publiés au niveau de la Confédération⁹. Ces indicateurs de qualité seront encore développés par la Commission fédérale de la qualité (CFQ) (voir ch. 2.3). Les chiffres publiés se limitent donc actuellement aux hôpitaux de soins aigus.

Une modification des dispositions pertinentes de l'OAMal et de l'OCP est prévue pour garantir une base d'orientation générale calculée de manière uniforme dans toute la Suisse, afin que par la suite, la détermination des prix de chaque hôpital se base sur les coûts. Ainsi, il sera possible à l'avenir de calculer de manière uniforme les coûts par cas qui sont pertinents pour un *benchmarking*. En 2020, un projet en ce sens a fait l'objet d'une consultation. Après évaluation des réponses à la consultation, la question des principes pour le calcul des tarifs a été retirée en vue d'une analyse approfondie avec les parties prenantes.

Bilan intermédiaire

En ce qui concerne les comparaisons entre établissements, un premier pas a été franchi avec la publication des coûts par cas. Mais il manque encore des règles uniformes pour le calcul des tarifs. Les compléments apportés aux principes réglant le calcul des tarifs dans le domaine stationnaire des hôpitaux et dans les maisons de naissance doivent garantir à l'avenir aux acteurs la possibilité de calculer les tarifs de manière transparente dans toute la Suisse selon une méthode uniforme, incluant une même norme d'efficacité.

2.3 Qualité

Selon l'évaluation, la révision de la LAMal a contribué à ce que davantage de chiffres-clés sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires soient disponibles pour le public. En outre, même indépendamment de cette révision, les acteurs ont intensifié leurs efforts en vue de mieux pouvoir évaluer la qualité. L'évaluation a toutefois identifié des lacunes concernant la portée et l'acceptation de ces chiffres, ainsi que leur disponibilité en temps réel. Une optimisation est nécessaire pour obtenir des critères de qualité valables et reconnus à l'échelle nationale, et pour que ceux-ci soient communiqués aux patients de façon compréhensible. Il manque en effet des indicateurs généralement reconnus, surtout pour ce qui est de la qualité des résultats. Par ailleurs, les comparaisons entre établissements opérées par les cantons pour leur planification hospitalière ne prennent pas encore assez systématiquement en considération la qualité (voir ch. 2.1.2 et 2.2.2). Enfin, les cantons et les assureurs devraient contrôler et appliquer plus fermement les exigences de qualité.

2.3.1 Indicateurs de qualité : développement et communication adaptée aux patients

Le rapport final de l'évaluation recommandait notamment que la Confédération encourage, en collaboration avec les fournisseurs de prestations et les cantons, l'élaboration d'indicateurs reconnus, en particulier pour la qualité des résultats. Par ailleurs, les informations sur la qualité qui étaient disponibles sur les portails comparatifs au moment de l'évaluation étaient peu compréhensibles pour les patients. Il fallait par conséquent préparer et communiquer ces informations d'une manière mieux adaptée aux

⁸ Voir la « [Publication des coûts par cas des hôpitaux](#) » sur le site internet de l'OFSP www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Traitements hospitaliers > Publication des coûts par cas des hôpitaux.

⁹ Voir les « [Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus](#) » sur le site internet de l'OFSP www.ofsp.admin.ch > Chiffres & statistiques > Hôpitaux : faits & chiffres > Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus.

patients. Les assurés, en tant que demandeurs de prestations hospitalières stationnaires, seraient ainsi mieux à même de jouer le rôle qui leur a été attribué pour le choix de l'hôpital (voir ch. 3.2). Le rapport final recommandait également d'encourager la communication d'indicateurs de qualité au niveau fédéral, en collaboration avec les fournisseurs de prestations, les organisations de patients et les cantons.

Mesures au niveau fédéral

L'OFSP publie déjà depuis 2009, au niveau national, les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus. Ces indicateurs devraient être développés par la CFQ, notamment en lien avec la mise en œuvre de la Stratégie en matière de qualité et de la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité, afin que tous les acteurs disposent d'indicateurs de qualité valables, systématiques et ciblés. Le Conseil fédéral a chargé la CFQ de poursuivre le développement des indicateurs de qualité (objectif annuel 2021-04). La poursuite de ce développement inclut aussi des indicateurs pour le domaine hospitalier. Dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, le maintien et le développement d'indicateurs en matière de qualité et de coûts peuvent aussi, le cas échéant, être contrôlés dans le cadre d'une étude prévue sur l'introduction des deux structures tarifaires hospitalières TARPSY et ST Reha¹⁰.

Mesures des acteurs

La grande majorité des cantons et des assureurs n'ont pas pris eux-mêmes de mesures en matière d'indicateurs de qualité¹¹. Ils renvoient en particulier aux bases existantes au niveau national (indicateurs de qualité de l'OFSP et mesures de l'ANQ). Quelques cantons publient des rapports de qualité afin de mettre des informations en matière de qualité à la disposition des assurés.

De plus, diverses plateformes proposent des informations sur les hôpitaux. Celle de H+¹² comprend notamment des informations concernant l'offre de prestations des hôpitaux ainsi que la qualité (rapports de qualité). Celle de Santésuisse¹³ regroupe les indicateurs actuellement disponibles en Suisse concernant la qualité des traitements médicaux et la satisfaction des patients quant aux hôpitaux. L'ANQ publie sur son site Internet¹⁴ les résultats de ses mesures par hôpital.

Bilan intermédiaire

Mettre à la disposition des assurés des informations en matière de qualité qui soient adaptées aux patients et compréhensibles est une tâche exigeante. Bien que les acteurs poursuivent le développement de leurs plateformes existantes, un potentiel d'amélioration subsiste ici. La modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité offre une nouvelle base pour diffuser des informations sur la qualité. Certains efforts sont ainsi perceptibles, mais un potentiel d'optimisation demeure. Il est probable que la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité, les travaux de la CFQ et les efforts déployés par les acteurs amèneront de nouveaux progrès ces prochaines années, tant en ce qui concerne les indicateurs de qualité que la communication de ceux-ci adaptée aux patients. Étant donné que les bases légales pour de nouvelles améliorations existent, aucune mesure supplémentaire ne s'impose sur le plan législatif.

¹⁰ Cf. Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha (en allemand seulement) (BASS 2018).

¹¹ Quelques cantons ont indiqué qu'ils poursuivraient le développement des indicateurs de qualité (projet commun des cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Berne et Soleure).

¹² www.spitalinfo.ch

¹³ www.spitalfinder.ch

¹⁴ www.anq.ch

2.3.2 Suivi du développement de la qualité

Le rapport final de l'évaluation recommandait de continuer à observer de plus près l'évolution de la qualité des prestations hospitalières stationnaires, y compris les transitions vers le secteur post-hospitalier.

Mesures

Une série de mesures ont été prises pour poursuivre le développement de la qualité et observer l'évolution dans le secteur hospitalier stationnaire ainsi que lors de la transition vers le secteur post-hospitalier. Ces mesures sont notamment liées à la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité.

- De nombreux cantons indiquent qu'ils procèdent à un monitoring systématique de la qualité. Une partie d'entre eux exigent de leurs hôpitaux une stratégie en matière de qualité ou du moins un rapport périodique de qualité.
- Les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus de l'OFSP ont été élaborés au moyen d'une méthode d'analyse reconnue aux plans national et international, qui mesure le taux de mortalité de certaines opérations définies de manière très spécifique et garantit la comparabilité entre établissements. Ces indicateurs permettent aux hôpitaux de se comparer entre eux, par exemple dans le cadre de *peer reviews*, et d'engager au besoin des mesures d'amélioration. Il en résulte un effet positif sur la qualité des traitements hospitaliers stationnaires et, en fin de compte, sur la santé des patients.
- Le Conseil fédéral a fixé, en lien avec la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité, les objectifs annuels 2021 de la CFQ. Ces derniers comprennent les objectifs 2021-03 et 2021-04, en particulier, qui prévoient que la CFQ accomplisse des travaux de fond en vue d'établir une mesure et un suivi systématiques de la qualité (monitoring) au niveau national, et qu'elle élabore un concept de mesure et de suivi systématiques de la qualité concernant le développement d'indicateurs de qualité médicaux qui se réfèrent aussi au domaine des hôpitaux.
- Enfin, la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité prévoit des conventions relatives au développement de la qualité, conclues par les fédérations des fournisseurs de prestations et des assureurs, valables pour l'ensemble du territoire suisse (art. 58a LAMal). Les parties contractantes y définissent en particulier quelles mesures de la qualité elles effectuent et dans quelle mesure les résultats de celles-ci sont publiés, quelles mesures de développement de la qualité elles prévoient et comment elles vérifient la mise en œuvre des mesures d'amélioration. Ces conventions font actuellement l'objet de négociations¹⁵. Les conventions de qualité sont soumises pour approbation au Conseil fédéral et les parties contractantes l'informent annuellement, dans un rapport, sur l'état du développement de la qualité.
- Les partenaires tarifaires ont présenté un projet de concept de qualité avec leur demande d'approbation des structures tarifaires actuelles pour le domaine stationnaire. La Confédération les a invités à intégrer leur concept remanié, en tenant compte des prescriptions de l'art. 58a LAMal, dans la convention de qualité qu'ils doivent soumettre pour approbation d'ici au 1^{er} avril 2022. Cette convention doit en outre aborder expressément les « instruments et mécanismes destinés à garantir la qualité des prestations dans le cadre de l'application du tarif » mentionnés à l'art. 59d, al. 1, let. b, OAMal. La présentation d'une convention de qualité approuvée sera assimilée à l'avenir au respect de l'art. 59d, al. 1, let. b, OAMal.

¹⁵ Pour Curafutura, il faudrait effectuer, en plus des mesures de l'ANQ (indicateurs de processus et de résultats), un monitoring du développement de la qualité des prestations fournies par les hôpitaux dans huit domaines thématiques définis et en rendre les résultats publics.

- Dans la Stratégie du Conseil fédéral en matière de qualité, le champ d'action « Système centré sur le patient » vise à ce que les prestations soient coordonnées en fonction des besoins des patients. Les soins de base et les soins spécialisés sont souvent fournis aujourd'hui par des fournisseurs de prestations différents. Pour centrer les prestations sur le patient et développer le caractère intégré du traitement et des soins, il faut renforcer la concertation entre fournisseurs de prestations et procéder à un véritable changement de culture et d'organisation. Afin de jeter les bases permettant des mesures d'amélioration correspondantes, il convient notamment de mener des études examinant de façon systématique les obstacles qui entravent la coordination des prestations.
- La question des soins succédant à une hospitalisation en soins somatiques aigus, soins aigus et de transition compris, a été abordée dans le cadre des discussions relatives au financement des soins. Une étude en cours examine en particulier s'il y a lieu d'adapter l'instrument existant. En outre, les soins succédant à une hospitalisation peuvent être pris en considération dans le cadre de l'objectif 2021-03 de la CFQ « Travaux de fond en vue d'établir une mesure et un suivi systématiques de la qualité (monitoring) au niveau national ».

Bilan intermédiaire

Les acteurs ont entrepris diverses démarches en direction d'un monitoring systématique de la qualité. Les cantons recourent notamment pour cela à des chiffres-clés disponibles à l'échelle nationale (indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus, résultats des mesures de l'ANQ). Ces travaux ne sont toutefois pas encore suffisamment coordonnés. Par conséquent, les comparaisons dépassant les frontières cantonales constituent encore des exceptions. La modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité offre une bonne base pour que des indicateurs nationaux uniformes puissent être mieux établis et pour pouvoir recourir à ces indicateurs dans un monitoring systématique à l'échelle nationale. Elle oblige tous les acteurs à prendre des mesures pour continuer de garantir la qualité requise et l'améliorer encore.

3 Obstacles au libre choix de l'hôpital

Le choix étendu de l'hôpital pour les assurés en cas d'hospitalisation hors de leur canton de résidence est une mesure importante de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Il est mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012. Depuis lors, les assurés peuvent choisir librement, pour un traitement stationnaire, parmi les hôpitaux répertoriés, c.-à-d. figurant sur la liste des hôpitaux de leur canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital. En cas de traitement dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge la rémunération selon le tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.

Le postulat 21.3962 de la CSSS-N « Éliminer les obstacles faits au choix de l'hôpital en dehors du canton de domicile », adopté par le Conseil national le 16 septembre 2021, charge le Conseil fédéral de montrer comment les obstacles qui entravent le libre choix de l'hôpital peuvent être éliminés et comment une certaine concurrence entre les hôpitaux répertoriés des cantons peut être garantie. À cet égard et selon la commission, les objectifs législatifs du nouveau système de financement hospitalier devraient être mis en œuvre ; en particulier, les hôpitaux et les cliniques devraient figurer uniquement sur la liste du canton où se situe l'établissement et, pour les interventions non urgentes, les assurés devraient avoir accès à tous les hôpitaux répertoriés de Suisse et recevoir aussi bien de leur canton de résidence que de leur assurance-maladie la même contribution que celle qui leur serait accordée si l'intervention se déroulait dans leur canton de résidence.

3.1 Tarifs de référence pour les hospitalisations hors du canton de résidence

Contexte

Depuis la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier déjà, les cantons sont tenus, si un assuré choisit d'effectuer un traitement dans un hôpital répertorié d'un autre canton, d'appliquer le tarif d'un de leurs hôpitaux répertoriés fournissant le traitement en question, appelé tarif de référence. Par contre, la loi ne règle pas la manière de fixer ce tarif de référence lorsque plusieurs hôpitaux répertoriés du canton de résidence fournissent le traitement considéré. Ainsi, le choix du tarif déterminant en tant que tarif de référence est aujourd'hui laissé en principe à l'appréciation des cantons. Mais fixer le tarif de référence à un niveau exagérément bas, comme le font certains cantons, peut compromettre le choix étendu de l'hôpital pour les assurés et la concurrence intercantonale souhaitée entre les hôpitaux.

L'évaluation de la mise en œuvre de cette révision de la LAMal a examiné de façon approfondie comment le choix étendu de l'hôpital a été appliqué et quels ont été les effets des mesures de la révision sur la concurrence. L'évaluation tend à indiquer que certains cantons fixent des tarifs de référence peu attractifs pour les assurés, basés par exemple sur le tarif le plus bas parmi les hôpitaux répertoriés du canton, entravant ainsi le choix étendu de l'hôpital et augmentant la probabilité que les assurés doivent verser un paiement complémentaire en cas d'hospitalisation hors du canton. Le recours au choix étendu de l'hôpital est restreint par ce fait. Selon le rapport final de l'OFSP sur l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les cantons devraient uniformiser et simplifier leurs pratiques à cet égard et suivre les recommandations de la CDS (cf. OFSP 2019).

Recommandations de la CDS

La commission « Application LAMal » de la CDS a publié, le 14 février 2019, des recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en-dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'art. 41, al. 3, LAMal (CDS 2019a). L'objectif de ces recommandations est d'obtenir au plan suisse une mise en œuvre aussi uniforme que possible de la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en-dehors de la liste hospitalière cantonale afin que les acteurs impliqués dans un séjour hospitalier ne soient pas confrontés

à des procédures différentes. Cela n'exclut toutefois pas que les autorités cantonales concernées prévoient dans la procédure des étapes supplémentaires adaptées à leurs besoins. Les cantons restent ainsi libres de fixer leurs tarifs de référence dans le cadre défini par les prescriptions légales ; les recommandations de la commission « Application LAMal » de la CDS n'ont pas pour eux de caractère contraignant.

Dans les cas où aucune raison médicale n'impose de choisir un établissement ne figurant pas sur la liste des hôpitaux du canton de résidence mais bien sur celle du canton dans lequel se situe l'hôpital, l'art. 41, al. 1^{bis}, LAMal exige que l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. La commission « Application LAMal » recommande d'utiliser en règle générale comme tarif de référence un tarif basé sur les tarifs pertinents des hôpitaux de la liste hospitalière du canton de résidence de la personne traitée, et pondéré par les flux de patients. Selon les recommandations de la commission, les tarifs de référence devraient être différenciés entre soins somatique aigus, psychiatrie et réadaptation, une différenciation supplémentaire étant possible.

Selon les recommandations de la commission « Application LAMal », les tarifs de référence devraient être fixés et publiés annuellement par le canton. La publication devrait avoir lieu au plus tard au début de chaque année, notamment sur le site Internet de la CDS. Les coûts devraient être répartis entre l'assurance-maladie et le canton de résidence selon la répartition en vigueur dans le canton de résidence de l'assuré.

Toujours selon les recommandations de la commission « Application LAMal » de la CDS, la fixation du tarif de référence devrait notamment se conformer à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 20 décembre 2006 [ATF K 144/05]. Le TFA avait conclu que le tarif de référence devait se déduire des tarifs des différents fournisseurs de prestations entrant en ligne de compte dans le canton de résidence. Ces tarifs devraient être pondérés en fonction des jours de soins facturés afin de refléter le « comportement de choix typique » des assurés du canton de résidence. Le tarif de référence ne pourrait pas être fixé au niveau le plus bas ou le plus élevé possible ; il conviendrait au contraire de créer un équilibre aussi approprié que possible (consid. 8). Se référer au tarif le plus élevé parmi les hôpitaux du canton de résidence entrant en ligne de compte aurait pour conséquence que les assurés résidant dans un canton aux tarifs élevés pourraient, sans avoir à supporter de conséquences financières, étendre leur droit de choisir à de nombreux, voire à tous les hôpitaux des autres cantons, même en l'absence de motifs médicaux. Or, pour le législateur, cette liberté de choix ne devait être accordée qu'en présence de motifs médicaux (consid. 6.2). Même en l'absence de risque de contournement de la planification hospitalière, il serait plus difficile de procéder à une planification « adaptée aux besoins » (consid. 6.3).

Cependant, l'arrêt du TFA cité par la commission « Application LAMal » de la CDS, rendu en 2006, se référait à la situation juridique précédant l'entrée en vigueur (au 1^{er} janvier 2009) de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, que le législateur a adoptée le 21 décembre 2007. Cette dernière avait pour objectifs principaux de renforcer la liberté de choix des assurés ainsi que la concurrence entre les hôpitaux, dans l'intention de promouvoir la qualité et l'économicité des prestations. Parallèlement, la révision a également réglé de manière plus détaillée les obligations des cantons dans le domaine de la planification hospitalière.

Indépendamment de la question de savoir dans quelle mesure les considérants du TFA restent d'actualité après la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, l'évaluation de cette dernière tend à indiquer que quelques cantons fixent pour les assurés des tarifs de référence basés sur le tarif le plus bas parmi les hôpitaux répertoriés du canton, du fait que les cantons sont libres de suivre ou non les recommandations de la CDS tant qu'ils respectent le cadre légal.

Motion 18.3388 et mise en œuvre dans le cadre du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts

De bas tarifs de référence pour les hospitalisations hors du canton de résidence constituent donc l'un des principaux obstacles au libre choix parmi les hôpitaux répertoriés en Suisse. Le Parlement, par la motion 18.3388 CSSS-N « Libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Pour des tarifs de référence équitables », dont le Conseil fédéral avait également recommandé l'adoption, a déjà chargé ce dernier d'adapter les bases légales du choix étendu de l'hôpital.

Dans le cadre du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts et afin de mettre en œuvre la motion 18.3388, le Conseil fédéral a élaboré et mis en consultation à l'automne 2020 une proposition visant à réglementer de façon plus précise la fixation des tarifs de référence par les cantons. Pour qu'ils ne soient pas fixés à un niveau trop bas, ce qui entraverait le libre choix des assurés, les tarifs de référence devraient se baser sur le tarif d'une prestation comparable fournie par un hôpital répertorié du canton concerné.

Une réglementation légale plus précise, comme le demandait également la motion 18.3388 qui a été adoptée par les Chambres fédérales, est susceptible de clarifier la fixation des tarifs de référence et de promouvoir davantage la concurrence entre les hôpitaux. Elle ne renforcerait ainsi pas que la liberté de choix des assurés, mais inciterait aussi davantage les fournisseurs de prestations à améliorer la qualité et à déployer des efforts en vue de maîtriser les coûts.

L'objectif de la planification hospitalière des cantons est d'identifier et d'inscrire sur la liste des hôpitaux les établissements qui sont nécessaires pour garantir l'approvisionnement en soins. Pour autant que les autres exigences, comme la qualité des prestations par exemple, soient remplies, il faut en principe choisir les hôpitaux qui peuvent fournir des prestations données au prix le plus bas possible. Si les assurés sont plus nombreux à se faire traiter hors de leur canton de résidence dans des hôpitaux qui sont moins chers que l'hôpital répertorié le plus cher de leur canton de résidence pour la même prestation, les coûts à la charge de l'AOS diminueront si, de ce fait, l'hôpital répertorié le plus cher du canton de résidence n'est plus nécessaire pour garantir l'approvisionnement en soins.

Si les assurés sont plus nombreux à demander des prestations hospitalières dans des établissements des cantons voisins offrant des prestations de meilleure qualité ou moins coûteuses, les capacités nécessaires dans le canton de résidence pour garantir l'approvisionnement en soins diminueront. Les cantons doivent en tenir compte dans leur planification, au même titre que de l'évolution de la population, de la morbidité et d'autres éléments, comme l'un des facteurs d'évolution de la demande à évaluer préalablement. Pour garantir les capacités, il est nécessaire que les cantons coordonnent davantage entre eux leur planification. Même si des progrès ont été faits dans ce domaine, un potentiel d'amélioration demeure (voir ch. 2).

De l'avis du Conseil fédéral, rien ne s'oppose à ce qu'un tarif accepté à l'intérieur d'un canton soit aussi payé pour un traitement fourni par un hôpital d'un autre canton, si ce traitement est comparable et que le tarif appliqué par cet hôpital n'est pas dépassé. Cette réglementation a aussi pour effet que les cantons seront davantage incités à n'accepter pour des traitements comparables, même à l'intérieur du canton, que des *baserates* à un niveau garantissant l'approvisionnement en soins, parce que des tarifs plus élevés devraient aussi être accordés à tous les hôpitaux des autres cantons.

Projet mis en consultation

L'avant-projet mis en consultation prévoyait d'inscrire à l'art. 41, al. 1, AP-LAMal que les gouvernements cantonaux devaient fixer des tarifs de référence pour les traitements hospitaliers hors canton choisis par les assurés. Ces tarifs devaient se baser sur le tarif d'un traitement comparable fourni par un hôpital répertorié du canton de résidence. La motion 18.3388 demande que, pour le même « type d'hôpital », les traitements soient rémunérés au « tarif maximal » du canton de résidence de l'assuré, mais au plus au tarif de l'hôpital qui fournit le traitement.

Si, pour le Conseil fédéral, il est souhaitable que la concurrence soit renforcée autant que possible par le biais d'un tarif de référence se basant sur le tarif maximal d'une prestation comparable, il faut néanmoins que cette concurrence oppose, pour produire les effets souhaités, des prestations et des fournisseurs de prestations qui soient comparables. Le cadre offert par la notion de « type d'hôpital » (voir la motion) semble à la fois trop rigide et trop imprécis pour cela ; il importe donc de définir de manière plus détaillée ce qu'il faut comprendre par « traitement comparable ». Tout comme les tarifs hospitaliers en général (cf. art. 49 LAMal), le tarif de référence doit aussi se baser sur la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation assurée dans la qualité requise, de manière efficiente et avantageuse. L'avant-projet mis en consultation prévoyait que les assureurs et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération selon le tarif de référence, mais au maximum selon le tarif appliqué par l'hôpital fournissant le traitement. Dans tous les cas, la rémunération ne dépassera donc pas le tarif de l'hôpital traitant.

Le Conseil fédéral édicterait en outre des règles plus précises par voie d'ordonnance. Dans la réglementation, il importe de définir ce qu'il faut comprendre par « traitement comparable », ainsi que de déterminer comment et quand le tarif déterminant pour le tarif de référence sera calculé pour les traitements comparables. La simplicité, la transparence et la praticabilité administrative de la détermination du tarif de référence devront aussi jouer un rôle dans l'élaboration de la réglementation. Un délai transitoire approprié devrait de plus garantir que les cantons disposent de suffisamment de temps pour fixer pour la première fois les tarifs de référence selon les nouvelles règles.

Résultats de la consultation et prochaines étapes

Lors de la consultation relative au 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, 102 institutions se sont prononcées sur la modification de la LAMal proposée. La CDS et la plupart des cantons jugent le projet approprié, mais certains doutes subsistent néanmoins quant à sa faculté de produire un effet de maîtrise des coûts, et plusieurs cantons rejettent une mise en œuvre qui se référerait au tarif le plus élevé pour un traitement comparable à l'intérieur même du canton. Quelques cantons exigent que la mise en œuvre se réfère au tarif moyen ou même au tarif le plus bas pour un traitement comparable à l'intérieur du canton.

Diverses organisations de fournisseurs de prestations approuvent la proposition, sous réserve toutefois qu'une valeur de référence (*benchmark*) équitable pour la détermination du tarif soit fixée au niveau de l'OAMal. Quelques organisations redoutent qu'une concurrence accrue soumette aussi les hôpitaux à une plus forte pression sur les coûts. Quelques hôpitaux universitaires exigent pour eux un tarif de référence distinct, ou alors le tarif du canton où se trouve l'hôpital, sans quoi les cantons dépourvus d'hôpital universitaire pourraient continuer de fixer des tarifs de référence trop bas. Plusieurs hôpitaux demandent en outre, au lieu d'une réglementation jugée trop complexe, que le tarif du canton où se trouve l'hôpital soit repris dans tous les cas.

Un résumé des autres prises de position ainsi que les prises de position complètes émises se trouvent dans le rapport de l'OFSP du 28 avril 2021 sur les résultats de la consultation (OFSP 2021). Il est prévu que le Conseil fédéral soumette au Parlement une proposition de mise en œuvre dans le cadre du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. L'adoption du message par le Conseil fédéral est prévue pour 2022.

3.2 Autres obstacles au libre choix de l'hôpital

La fixation des tarifs de référence n'est pas le seul point qui puisse influencer sur la possibilité pour les assurés de choisir librement l'hôpital.

Informations sur la qualité adaptées aux patients

En premier lieu, il est utile, pour pouvoir choisir librement un hôpital, de disposer d'informations suffisantes concernant la qualité du traitement et d'autres caractéristiques importantes de l'hôpital sur lequel porter son choix. Si de meilleures comparaisons de qualité entre hôpitaux sont nécessaires pour encore renforcer le recours à la liberté de choix, il faut aussi que ces informations soient préparées et communiquées de manière mieux adaptée aux patients (voir aussi ch. 2.3.1). Les informations relatives à la qualité qui sont disponibles sur les portails comparatifs sont parfois peu compréhensibles pour les patients. Il importe par conséquent d'encourager la communication au niveau fédéral, en collaboration avec les fournisseurs de prestations, les organisations de patients et les cantons. La modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité offre de plus une nouvelle base pour diffuser des informations sur la qualité. Même si le développement des possibilités de comparaison se poursuit, un potentiel d'amélioration subsiste dans ce domaine. Cependant, de l'avis du Conseil fédéral, aucune mesure supplémentaire ne s'impose sur le plan législatif, car les bases légales pour de nouvelles améliorations existent.

Garanties de prise en charge des coûts

En deuxième lieu, en cas d'urgence ou lorsque des raisons médicales imposent le choix d'un hôpital ne figurant pas sur la liste du canton de résidence, le canton et l'assureur prennent en charge les coûts du traitement selon le tarif de l'hôpital fournissant le traitement. Si ce tarif est supérieur au tarif de référence du canton de résidence, une garantie de prise en charge des coûts est nécessaire. Les recommandations de la commission « Application LAMal » de la CDS prévoient que le canton désigne un service chargé de contrôler l'indication médicale et d'octroyer la garantie de prise en charge des coûts, et qu'il veille à ce que les demandes de garantie de prise en charge des coûts soient traitées rapidement. Si un traitement accéléré de la demande par le service cantonal compétent présente un avantage pour tous les intéressés, le médecin présentant la demande peut en faire mention dans les données médicales du formulaire. Le canton doit prévoir en outre, dans le cadre de l'indication des voies de droit, qu'en cas de rejet de la demande d'octroi de la garantie de paiement par le service cantonal compétent, non seulement la personne traitée mais aussi le médecin présentant la demande se voient accorder le droit de requérir une décision écrite du service cantonal. Une telle décision doit être motivée et comporter une indication des voies de droit. L'assuré peut faire opposition dans les 30 jours auprès du service cantonal compétent.

Ces recommandations de la commission « Application LAMal » de la CDS ne sont pas contraignantes pour les cantons ; cependant, les discussions sur les obstacles au libre choix de l'hôpital ne se sont pas focalisées jusqu'ici sur les différentes procédures cantonales d'octroi de la garantie de prise en charge des coûts en cas de traitement hors du canton lorsque des motifs médicaux l'exigent. La garantie de prise en charge des coûts joue du reste un rôle moins important si les tarifs de référence sont fixés sur la base du tarif maximal pour une prestation comparable dans le canton de résidence. La différence qui subsiste entre le tarif de référence dû dans tous les cas et le tarif du fournisseur de prestations sera encore moindre, voire disparaîtra dans bien des cas. C'est là une autre raison pour laquelle aucune mesure dans ce domaine ne s'impose pour l'instant sur le plan législatif.

Incitations financières pour les assurés

En troisième lieu, il convient de mentionner, dans le contexte de l'encouragement accru du libre choix de l'hôpital, que les assureurs ont aujourd'hui déjà la possibilité d'inciter financièrement les assurés à choisir un établissement relativement avantageux, comme le Conseil fédéral l'a relevé dans sa réponse à la motion 18.4181 « Davantage de concurrence d'un point de vue qualitatif et quantitatif dans le secteur hospitalier grâce à une liberté de choix pour les patients » déposée par le groupe libéral-radical. Les assureurs peuvent ainsi développer des modèles d'assurance dans lesquels les assurés, en accord avec leur assureur, peuvent limiter leur choix à des fournisseurs de prestations sélectionnés par l'assu-

reur en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 41, al. 4, et 62, al. 1 et 3, LAMal). L'assureur peut alors, grâce aux économies ainsi réalisées, accorder des rabais de prime aux assurés ou réduire, voire supprimer complètement, la participation aux coûts. Cette disposition s'applique aussi aux fournisseurs de prestations stationnaires. Avec le système actuel de financement des prestations hospitalières, dans lequel les assureurs prennent en charge seulement 45 % des coûts au maximum, les économies que peuvent ainsi réaliser les assureurs sont toutefois relativement modestes, ce qui réduit l'incitation à développer et à diffuser de tels modèles. Cette incitation pourrait être accrue par un financement uniforme des prestations au sens de la LAMal tel que discuté dans le cadre du traitement de l'lv. pa. 09.528 Humbel « Financement moniste des prestations de soins ».

4 Conclusions

Potentiel d'amélioration du financement hospitalier

L'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a identifié un potentiel d'amélioration dans plusieurs domaines, dont notamment la planification hospitalière cantonale, l'économicité et la transparence, l'information sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires ainsi que les tarifs de référence pour les hospitalisations hors du canton de résidence :

- En ce qui concerne la planification hospitalière, la coopération intercantonale a fait de nouveaux progrès. Grâce à la poursuite de leur développement, les critères de planification créent des conditions favorables à la poursuite de l'intensification de la coordination et de la coopération intercantionales dans ce domaine. Ils améliorent en outre, avec les mesures liées à la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité, les bases permettant de prendre à l'avenir davantage en considération l'aspect qualitatif dans la planification hospitalière.
- En ce qui concerne l'économicité et la transparence, la Confédération et les cantons ont respecté leur engagement de publier des comparaisons de coûts entre établissements à l'échelle nationale en publiant les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux et des maisons de naissance de Suisse. Une première étape a ainsi été franchie, mais il manque encore une réglementation plus précise permettant de garantir l'uniformisation du calcul des tarifs. Celle-ci devrait être instaurée par une modification de l'OAMal et de l'OCP qui a déjà été mise en consultation. L'OFSP analyse encore ce sujet en concertation avec les parties prenantes sur la base des réponses à la consultation.
- Dans le domaine de la qualité, il faut partir du principe que la modification de l'OAMal relative aux critères de planification et la mise en œuvre de la modification de la LAMal visant à renforcer la qualité et l'économicité ont jeté les bases permettant de poursuivre à l'échelle nationale le développement de la qualité et que les assurés disposeront ainsi à l'avenir d'informations plus compréhensibles concernant la qualité.

Depuis 2019, au niveau fédéral en particulier, une série de mesures ont été prises ou sont prévues pour pouvoir exploiter davantage le potentiel d'amélioration du financement hospitalier. Il convient d'attendre leur mise en œuvre. De plus, le cadre juridique existe et les processus nécessaires sont établis pour que le régime de financement hospitalier puisse continuer à se développer. Par conséquent, aucune démarche supplémentaire ne s'impose par rapport aux activités en cours dans ce domaine.

Obstacles au libre choix de l'hôpital

La possibilité pour les assurés de choisir librement, pour un traitement stationnaire, parmi les hôpitaux admis par leur canton de résidence ou par le canton où se situe l'hôpital était l'un des objectifs visés par la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. En cas de traitement hors du canton de résidence, les cantons doivent prendre en charge les mêmes coûts que ceux qu'ils auraient dû assumer si le traitement avait été fourni dans le canton de résidence. Cela doit permettre d'accroître encore la concurrence intercantonale entre hôpitaux et de réduire les coûts. L'évaluation de cette révision de la LAMal, entre autres, a montré que des obstacles existent encore dans ce domaine. Le principal obstacle consiste dans la fixation de tarifs de référence trop bas.

Le Conseil fédéral a identifié le potentiel d'optimisation du choix étendu de l'hôpital et a déjà entamé des démarches. Les adaptations nécessaires pour que les assurés puissent à l'avenir exercer leur liberté de choix de façon satisfaisante ont déjà été élaborées dans le cadre du 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Cette proposition d'adaptation de la LAMal, qui met en œuvre la motion 18.3388 transmise par le Parlement, permettra d'accroître encore la concurrence dans ce domaine et de freiner la croissance des coûts. Ainsi, de l'avis du Conseil fédéral, aucune démarche législative supplémentaire ne s'impose. En effet, les autres améliorations souhaitables, et notamment la possibilité de choisir l'hôpital sur la base d'informations parlantes et compréhensibles, peuvent être obtenues sans qu'il soit nécessaire de modifier la loi.

5 Bibliographie

- BASS (2018). Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha (en allemand seulement). Berne : Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS. Consultable à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports de recherche > Assurance maladie et accidents.
- CDS (2008). Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Berne : CDS. Consultable à l'adresse : www.gdk-cds.ch/fr > Médecine hautement spécialisée.
- CDS (2019a). Recommandations concernant la procédure relative aux contributions des cantons en cas de traitements hospitaliers en dehors de la liste hospitalière cantonale au sens de l'article 41, al. 3 LAMal. Berne : CDS. Consultable à l'adresse : www.gdk-cds.ch/fr > Documents.
- CDS (2019b). Recommandations CDS sur l'examen de l'économicité du 27.06.2019. Détermination des hôpitaux efficaces d'après l'art. 49, al. 1, LAMal. Berne : CDS. Consultable à l'adresse : www.gdk-cds.ch/fr > Documents.
- Conseil fédéral (2019). Transparence du financement hospitalier assuré par les cantons. Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion 16.3623 de la CSSS-CE du 5 juillet 2016. Berne. Consultable à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports du Conseil fédéral > 2019.
- OFSP (2019). Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral. Berne. Consultable à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > L'OFSP > Publications > Rapports d'évaluation > Assurance maladie et accidents > Révision de la LAMal, financement hospitalier.
- OFSP (2021). Rapport de l'OFSP du 28 avril 2021 sur les résultats de la procédure de consultation relative à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie : 2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts. Berne : OFSP. Consultable à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de la LAMal : 2^e volet de mesures visant à maîtriser les coûts > Liens.