



Evaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global

Markus Weber, service Evaluation et recherche (E+F), OFSP
Christian Vogt, section Tarifs et fournisseurs de prestations I (TARLE I), OFSP

Version du 13 mai 2015

Tables des matières

1	Introduction	1
2	Objet de l'évaluation	2
3	But de l'évaluation	4
4	Grandes questions d'évaluation dans les six domaines thématiques	5
5	Contexte général et modèle d'effets	7
6	Rapport de synthèse et questions centrales	9
7	Limites de l'évaluation	10
8	Calendrier	11
9	Organisation du projet	12
10	Valorisation	12
11	Bibliographie, lois et sites Internet	13
	Annexe 1 : Données requises et données disponibles	14
	Annexe 2 : Groupes d'accompagnement par domaine thématique	16

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Politique de la santé, Evaluation et recherche, evaluation@bag.admin.ch,
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html?lang=fr>

1 Introduction

Les Chambres fédérales ont adopté le 21 décembre 2007 la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans les domaines du financement hospitalier et de la compensation des risques. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La plupart des mesures sont mises en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012, notamment les nouvelles règles de financement dans le domaine du financement hospitalier.¹

Le nouveau financement hospitalier a pour principaux éléments le financement dual-fixe des prestations hospitalières, la planification cantonale des hôpitaux selon les critères de qualité et d'économie, une plus grande liberté de choix de l'hôpital et l'introduction de forfaits liés aux prestations, fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale. Les nouvelles règles et principes de financement hospitalier visent essentiellement à freiner l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). La compensation affinée des risques (indicateur supplémentaire : « le séjour en hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente ») a pour but de réduire les incitations à la sélection des risques par des assureurs.

L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit que l'OFSP procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de la LAMal. Il est prévu de réaliser des études scientifiques de 2012 à 2019 dans six domaines thématiques. Le Conseil fédéral a accordé, le 25 mai 2011, les fonds nécessaires à la première étape (2012-2015) d'une telle évaluation. En 2015, à mi-parcours, un rapport intermédiaire a été établi,² les besoins de connaissances restants ainsi que les possibilités de mise en œuvre ont été examinés en vue de la deuxième étape de l'évaluation (2016-2019) et les fonds correspondants ont été sollicités. Le Conseil fédéral les a accordés le 13 mai 2015.

Selon le projet d'évaluation des effets de révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier approuvé par le Conseil fédéral, des études sont prévues sur les thématiques suivantes :

- Domaine thématique 1 : Part des systèmes de rémunération forfaitaire avant 2012 (étude de base) (première étape uniquement)
- Domaine thématique 2 : Effets de la révision sur les coûts et le financement du système suisse de soins
- Domaine thématique 3 : Effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers
- Domaine thématique 4 : Effets de la révision sur la structure du marché hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins
- Domaine thématique 5 : Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux
- Domaine thématique 6 : Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques (première étape uniquement)

Le présent document poursuit un double objectif : définir une conception commune des buts et des possibilités de l'évaluation, et poser les bases d'un rapport de synthèse à la fin de l'évaluation en 2019. Les études menées dans les six domaines thématiques devraient suivre le même modèle et les rapports établis de manière uniforme afin de permettre une synthèse de l'ensemble des résultats.

¹ Deux mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (« planifications cantonales des hôpitaux conformément aux critères de planification » et « transparence en matière de qualité des prestations médicales ») sont mises en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2009. Les autres mesures sont appliquées depuis le 1^{er} janvier 2012.

² Le rapport intermédiaire est disponible sur la page Internet de l'OFSP dédiée à l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux (cf. chap. 11).

2 Objet de l'évaluation

2.1 Financement hospitalier

Les *mesures* de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier décrites ci-dessous visent à inciter les hôpitaux à plus de concurrence entre eux, à augmenter leur efficacité et à maîtriser la hausse des coûts. Les cantons doivent élaborer leur planification hospitalière en fonction des critères d'économicité et de qualité. Ces mesures portent sur les prestations stationnaires des hôpitaux fournies dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation.

- I. *Financement dual-fixe des prestations hospitalières* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012) : le nouveau régime de financement soumet aux mêmes conditions-cadres les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Ainsi, il n'y a en principe plus de différences entre les hôpitaux publics, les hôpitaux subventionnés par les pouvoirs publics et les hôpitaux privés. Les prestations des hôpitaux admis dans la planification cantonale (hôpitaux dits répertoriés) sont remboursées par les cantons et les assureurs-maladies dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (les cantons remboursent au minimum 55 % et l'AOS au maximum 45 %) selon une clé de financement fixe, en tenant compte des coûts d'investissement (coûts d'utilisation des immobilisations). Les cantons dont la moyenne des primes pour adultes était inférieure à la moyenne suisse au 1^{er} janvier 2012 ont jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour fixer leur part au financement à au moins 55 % (cf. art. 49a LAMal et al. 5 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007).
- II. *Planification cantonale des hôpitaux conformément aux critères de planification et distinction entre les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2009) : les principes de base de la planification hospitalière des cantons reposent sur les critères de planification de qualité et d'économicité. Les cantons ne participent au remboursement des prestations que pour les hôpitaux répertoriés. Les assureurs-maladie peuvent conclure avec des hôpitaux non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS (hôpitaux dits conventionnés). Les critères de qualité et d'économicité doivent être pris en compte dans les planifications hospitalières cantonales au plus tard à partir du 31 décembre 2014. S'agissant de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons décident d'une planification nationale (cf. art. 39 et 49a LAMal et al. 3 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007). En signant la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) le 1^{er} janvier 2009, les cantons se sont engagés à planifier et à attribuer ensemble les prestations hautement spécialisées.
- III. *Libre choix de l'hôpital* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012) : en cas de traitement hospitalier, l'assuré a toujours le libre choix entre les établissements figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). Le remboursement par le canton de résidence ne se limite toutefois plus aux prestations des hôpitaux situés dans le canton de résidence des assurés. En cas de traitement hospitalier hors canton, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence (cf. art. 41, al. 1^{bis}, LAMal). Le traitement hospitalier hors canton fondé sur une indication médicale, pour lequel le canton de résidence prenait déjà en charge, avant la révision, une différence éventuelle entre le tarif de l'hôpital répertorié hors canton et le tarif applicable au traitement correspondant dans un hôpital répertorié du canton de résidence, constitue l'exception. Par rapport à la situation antérieure à la révision, la participation financière des patients aux traitements hospitaliers stationnaires hors canton n'est donc plus que marginale et la charge financière des assurances complémentaires est considérablement allégée.

- IV. *Forfaits liés aux prestations fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012) : les prestations hospitalières sont désormais remboursées dans toute la Suisse au moyen de forfaits liés aux prestations. Cette rémunération forfaitaire comprend aussi les coûts d'utilisation des immobilisations (cf. art. 49 et 49a LAMal ainsi qu'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal du 21 décembre 2007). Dans le domaine des soins aigus, la rémunération se fait conformément au système tarifaire SwissDRG convenu entre les partenaires tarifaires.³ Celui-ci est constitué de *cost-weights* uniformes au plan national pour chaque groupe de diagnostics et de prix de base spécifiques à l'hôpital. Pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, les premières propositions pour des modèles de forfaits liés aux prestations ont été présentées. Des structures tarifaires uniformes doivent être introduites dans ces domaines à l'échelle nationale en 2018.⁴
- V. *Engagement des fournisseurs de prestations en faveur d'une plus grande transparence concernant la qualité des prestations médicales* (mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2009) : Les fournisseurs de prestations sont tenus de relever des indicateurs de qualité concernant les prestations médicales et de les communiquer (cf. art. 22a LAMal). L'OFSP les publie. Il s'agit ainsi d'assurer la transparence concernant la qualité des prestations et de renforcer la concurrence.

2.2 Compensation affinée des risques

- VI. *La compensation affinée des risques* (mise en œuvre depuis la compensation des risques 2012) vise à contrer la sélection des risques pratiquée par les assureurs, c'est-à-dire à faire en sorte que les assureurs soient moins tentés de ne recruter que des clients en bonne santé et de dissuader les malades de s'affilier chez eux. Le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un EMS l'année précédente est désormais également pris en compte dans le calcul, en plus des indicateurs précédents de l'âge et du sexe (cf. l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie [OCOR]). Le 15 octobre 2014, le Conseil fédéral a décidé d'affiner davantage encore la compensation des risques au 1^{er} janvier 2017.⁵ Une évaluation éventuelle des effets de cette nouvelle formule serait réalisée en dehors de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

³ DRG signifie *Diagnosis Related Groups* (groupes de cas liés au diagnostic).

⁴ Cf. www.swissdrg.org

⁵ En mars 2014, le Parlement a décidé de modifier la compensation des risques. Dans l'ordonnance (OCOR), le Conseil fédéral peut désormais définir des indicateurs de morbidité supplémentaires appropriés et en tenir compte dans la compensation des risques. Les coûts des médicaments l'année précédente seront pris en compte comme indicateur supplémentaire dès l'année de compensation 2017.

3 But de l'évaluation

L'art. 32 OAMal définit les grandes lignes de l'évaluation :

¹ L'OFSP, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.

² Ces études ont pour objet l'influence de la loi sur la situation et le comportement des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Elles servent notamment à examiner si la qualité et le caractère économique des soins de base sont garantis et si les objectifs de politique sociale et de concurrence sont atteints.

³ En vue de l'exécution de ces études, l'OFSP peut faire appel à des instituts scientifiques et nommer des groupes d'experts.

Une étude préliminaire et de faisabilité (Pellegrini et al., 2010) a été réalisée pour préparer l'évaluation. Sa première partie décrit la révision de la LAMal et ses effets potentiels sur le système de santé. La deuxième recense les données disponibles et les relevés prévus. La troisième partie examine la faisabilité d'une évaluation de la révision de la LAMal et conclut par l'affirmative. Enfin, la dernière partie propose un programme d'évaluation. Celui-ci dégage les principales questions à poser et décrit seize études en tout, qui, selon leur importance, leur degré de priorité et la charge de travail impliquée, relèvent d'une variante minimale, d'une variante standard ou d'une variante complète. Chaque étude porte sur un champ thématique spécifique, plus ou moins approfondi selon les variantes.

Le 25 mai 2011, le Conseil fédéral a approuvé la réalisation de la variante minimale de l'évaluation, qui comprend six domaines thématiques. Les différentes études seront réalisées entre 2012 et 2018, et leurs principaux résultats feront l'objet d'une synthèse en 2019. Elles doivent montrer comment la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a été mise en œuvre et avec quels effets, et en particulier à quel point les mesures mises en place ont contribué à atteindre les *objectifs visés par la révision en matière de politique sociale et de politique de la concurrence*, à commencer par la maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. De plus, elles doivent montrer à quel point ces mesures contribuent à la réalisation des deux autres objectifs de la LAMal, à savoir la garantie de l'accès à des soins de qualité et la solidarité entre les assurés.

Comme on le voit au chap. 2, la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a des conséquences considérables pour tous les acteurs du système suisse de santé, qu'ils soient touchés directement ou indirectement par la révision. C'est pourquoi divers acteurs ont déjà lancé leurs propres projets d'évaluation, ou adapté leurs relevés à la nouvelle situation. On trouvera sur la page Internet de l'OFSP consacrée à l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier une vue d'ensemble régulièrement mise à jour des activités de recherche de tiers (cf. chap. 11).

4 Grandes questions d'évaluation dans les six domaines thématiques

Les domaines thématiques de l'évaluation sont esquissés ci-après. On trouvera sur la page Internet de l'OFSP consacrée à l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier une vue d'ensemble à jour des études achevées et des études en cours par domaine thématique (cf. chap. 11).

Domaine thématique 1 (première étape uniquement) :

Part des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012 (étude de base)

But : fournir les informations de base nécessaires aux études des autres domaines thématiques.

Question centrale : Avec quel type de forfaits les hôpitaux facturaient-ils leurs prestations avant 2012, et quelles étaient les parts des cantons à la couverture des coûts des prestations hospitalières ?

Domaine thématique 2 :

Effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins

But : évaluer les effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins. Ce domaine thématique considère les conséquences de la révision en termes monétaires.

Questions centrales : La révision aboutit-elle à une maîtrise de l'augmentation des coûts dans le domaine des prestations hospitalières et dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) ? Induit-elle à l'intérieur de l'AOS des transferts de coûts entre les différentes catégories de fournisseurs de prestations (également entre le secteur ambulatoire et le secteur stationnaire des hôpitaux) ? Quelle est son influence sur les contributions des cantons et des assureurs à la rémunération des prestations hospitalières ? A-t-elle pour effet de décharger les assurances complémentaires ?

Hypothèses : Les mesures mises en place par la révision réduisent les surcapacités dans les cantons et accroissent la pression concurrentielle sur les hôpitaux. Cela permet de maîtriser la hausse des coûts dans le domaine des soins stationnaires, et de stabiliser les coûts dans les secteurs de soins situés en amont et en aval. Les parts respectives des cantons, de l'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires au remboursement des prestations se stabilisent. Au final, les mesures mises en place par la révision ont pour effet de stabiliser le rapport entre les primes et les recettes fiscales dans le financement des soins hospitaliers et aboutissent à une maîtrise de la hausse des coûts.

*Domaine thématique 3 :
Effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers*

But : évaluer les effets de la révision sur la qualité des prestations hospitalières dans les secteurs des soins somatiques aigus, de la psychiatrie et de la réadaptation.

Questions centrales : Comment la qualité des prestations hospitalières stationnaires évolue-t-elle au fil du temps et quels rapports observe-t-on en termes de durée et de contenu entre l'évolution de la qualité et la mise en œuvre des mesures de la révision ? Quelle est l'influence de ces mesures sur les interfaces propres au secteur stationnaire et sur les interfaces entre ce secteur et les secteurs situés en aval ?

Hypothèses : La révision aboutit à une plus grande efficacité dans la fourniture des prestations stationnaires et à un accroissement de la pression concurrentielle, la qualité des structures, des processus et des résultats restant au moins égale, et contribue ainsi à la garantie de soins de haute qualité.

*Domaine thématique 4 :
Effets de la révision sur la structure du marché hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins*

But : évaluer les effets de la révision sur le paysage hospitalier et sur la couverture des soins.

Questions centrales : Quelles modifications la révision induit-elle dans le domaine de la garantie de l'approvisionnement en soins ? A-t-elle une influence sur l'évolution des planifications hospitalières cantonales et sur d'éventuels processus de concentration dans le paysage hospitalier ? Quelle est l'évolution des conditions-cadres cantonales pour les hôpitaux entre concurrence et planification (gestion des capacités) ? Quelle est l'influence de la révision sur l'éventail des prestations et la capacité de rendement des hôpitaux ? Comment ceux-ci et les prestations effectivement fournies évoluent-ils ?

Hypothèses : Les cantons planifient selon les besoins, conformément aux critères de planification fondés sur la qualité et l'économicité et établissent la liste des hôpitaux. La mise en œuvre fonctionne et la garantie de l'approvisionnement en soins est assurée. Les assureurs négocient les conventions avec les hôpitaux non répertoriés. Les hôpitaux répertoriés respectent leur obligation d'admettre des assurés AOS domiciliés dans le canton et des assurés AOS domiciliés dans un autre canton. Les assurés choisissent pour leur séjour hospitalier un hôpital parmi les hôpitaux suisses répertoriés. Cantons et assureurs assument leur part de remboursement des prestations fournies par des hôpitaux répertoriés d'un autre canton. Les mesures mises en place par la révision stimulent la concurrence entre les hôpitaux, améliorent la transparence de la planification et favorisent la coordination entre les cantons. Elles aboutissent par ailleurs, dans le paysage hospitalier, à une spécialisation et à une concentration qui ne s'arrêtent pas aux frontières cantonales. Elles produisent un accroissement de la qualité et de l'efficacité dans la fourniture des prestations.

*Domaine thématique 5 :
Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux*

But : évaluer les effets de la révision et de l'accroissement de la concurrence qu'elle incite (pression sur les coûts et sur la qualité) sur le comportement des hôpitaux.

Questions centrales : Les hôpitaux ressentent-ils l'intensification de la concurrence voulue par le législateur à travers la révision de la loi ? La révision de la LAMal sur le financement hospitalier a-t-elle accru la pression sur les coûts et sur la qualité dans les hôpitaux et renforcé la prise en compte des aspects économiques ? Quels ajustements structurels et procéduraux visant soit à améliorer l'efficacité, soit à accroître ou tout au moins préserver la qualité existante, peut-on observer dans les hôpitaux ? Dans quelle mesure la révision se traduit-elle par des transferts de prestations entre les différents fournisseurs de prestations et les différentes catégories de fournisseurs de prestations (type d'hôpital, ambulatoire/stationnaire/suivi post-opératoire, établissements publics ou privés, etc.) ? Dans quelle mesure la révision a-t-elle débouché sur des incitations erronées (notamment des incitations à l'augmentation du volume des prestations) et quelles sont les conséquences de telles incitations sur le comportement des hôpitaux ?

Hypothèses : La révision aboutit à un accroissement de la concurrence entre les hôpitaux. La pression sur les coûts et sur la qualité occasionnée aboutit à un changement de comportement des hôpitaux. Celui-ci se manifeste en particulier par des ajustements structurels et procéduraux dans les hôpitaux, visant soit à améliorer l'efficacité, soit à accroître ou tout au moins préserver la qualité existante. Les incitations erronées n'ont qu'une incidence limitée sur le comportement des hôpitaux.

*Domaine thématique 6 (première étape uniquement) :
Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques*

But : évaluer les effets de la nouvelle compensation des risques sur la sélection des risques, les primes et le paysage assurantiel.

Questions centrales : Quelle influence la nouvelle compensation des risques a-t-elle sur le comportement des assureurs en matière de sélection des risques ? Entre quels groupes de compensation des risques observe-t-on les plus grands transferts financiers ? Quelle influence la nouvelle compensation des risques a-t-elle sur l'évolution des primes et du paysage assurantiel ?

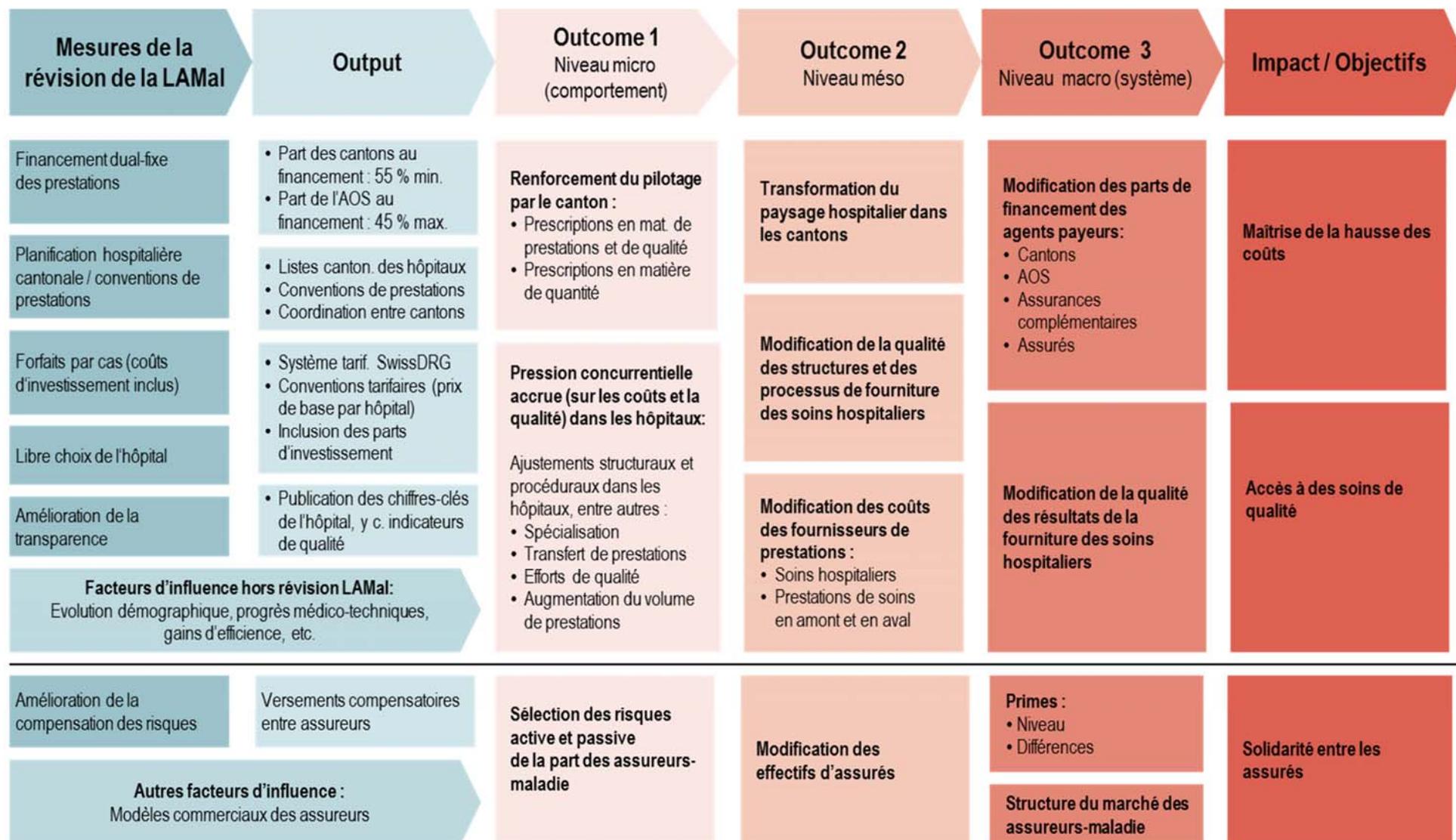
Hypothèses : La nouvelle compensation des risques réduit l'incitation pour les assureurs à pratiquer la sélection des risques. Les effectifs d'assurés et les primes s'harmonisent dans l'ensemble et le marché des offreurs d'assurance de base se concentre. La solidarité entre assurés AOS se renforce.

Restriction : En 2014, la compensation des risques a été affinée, avec effet au 1^{er} janvier 2017, et les activités d'évaluation dans ce domaine thématique ont été suspendues en 2014. Un rapport sur les effets de la compensation affinée des risques décidée déjà fin 2007 est disponible sur le site Internet de l'OFSP consacré à l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (cf. chap. 11). Une évaluation éventuelle des effets de la nouvelle formule de compensation serait réalisée en dehors de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

5 Contexte général et modèle d'effets

Le modèle d'effets qui suit illustre schématiquement le système des effets qui constitue la base théorique de l'évaluation de la révision de la LAMal. Il montre comment les mesures de la révision devraient idéalement agir, et postule donc un lien causal entre les prescriptions et mesures inscrites dans la loi et les effets qui s'ensuivent. Le modèle d'effets fait la distinction entre les mesures de la révision, l'output (résultats immédiats des mesures, en général à l'intersection entre mesures et destinataires), l'outcome (effets chez les destinataires directs) et l'impact (effets en ce qui concerne les objectifs visés par la LAMal).

Le modèle d'effets de la révision de la LAMal



6 Rapport de synthèse et questions centrales

Les résultats des études dans les différents domaines thématiques seront regroupés et mis en perspective en 2015 dans un rapport intermédiaire et en 2019 dans un rapport de synthèse final. Ce rapport de synthèse parachèvera l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Il est essentiel que, s'agissant des objectifs, de l'examen des effets et de la rédaction des rapports, toutes les études soient conçues de manière à contribuer à répondre aux *questions centrales* suivantes :

1. Quels sont les effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (première étape uniquement : et dans celui de la compensation des risques) ?
2. Quels sont les effets de la révision sur les acteurs principaux du système de santé concernés, à savoir les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations et les assurés ?
3. En quoi la révision contribue-t-elle à l'atteinte des objectifs principaux de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence, à savoir la maîtrise de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, la garantie de l'accès à des soins de qualité et la solidarité entre les assurés ?
4. A quel point la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est-elle adéquate, autrement dit, dans quelle mesure permet-elle d'arriver à maîtriser la hausse des coûts dans l'AOS ?
5. Dans quels domaines une action s'impose-t-elle ?

Le rapport intermédiaire se réfère et le rapport de synthèse final se réfèrera également aux résultats des recherches menées par d'autres institutions et ayant trait aux thèmes de la révision. On trouve sur la page Internet de l'OFSP consacrée à l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier une vue d'ensemble régulièrement mise à jour des activités de recherche de tiers (cf. chap. 11). Le rapport de synthèse intermédiaire y est également publié.

7 Limites de l'évaluation

Les études prévues dans les six domaines thématiques et la synthèse doivent fournir une analyse des principaux effets de la révision et répondre aux questions centrales. Cependant, en raison de l'arrêté du Conseil fédéral du 25 mai 2011, ces effets ne seront étudiés qu'au moyen de la variante minimale (cf. chap. 3). Par conséquent, on ne pourra répondre que de façon marginale aux questions qu'auraient approfondies les études des variantes standard ou complète. C'est pourquoi certaines concessions s'imposent pour quelques-unes des questions importantes :

1. Les ressources étant limitées, l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier se limitera aux *soins stationnaires (soins somatiques aigus, réadaptation et psychiatrie)*. Les effets sur d'autres fournisseurs de prestations intervenant en amont ou en aval et qui sont indirectement touchés par la révision, comme les services ambulatoires ou les EMS, ne pourront être intégrés qu'en marge de l'analyse.
2. L'introduction de structures tarifaires nationales uniformes dans les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie est retardée (introduction probable seulement en 2018). Les effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie ne sont donc étudiés qu'en marge, dans le cadre de cette évaluation.
3. Une évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur des *groupes de patients vulnérables*, p. ex. sur la qualité des soins dispensés aux enfants, aux personnes âgées, aux malades chroniques ou aux personnes souffrant d'atteintes multiples, ne sera possible que dans certains domaines restreints.
4. On ne pourra répondre que de façon marginale à certaines questions concernant l'*accès aux prestations de santé et à des soins de qualité*. Il ne sera guère possible, par exemple, d'étudier l'accès de la population aux prestations hospitalières extracantonales. L'évaluation n'examinera pas non plus explicitement si les hôpitaux procèdent à une sélection des risques ou font preuve d'une inégalité de traitement à l'égard de certains groupes de patients.
5. Le *point de vue des assurés* sur la révision ne fait pas l'objet d'une étude spécifique, mais il doit être inclus comme élément de la qualité des résultats, p. ex. en tant que degré de satisfaction des patients, dans les études du domaine thématique 3, ou illustré par les dépenses des assurés en matière de santé dans les études du domaine thématique 2. Il n'est pas spécifiquement prévu de considérer d'autres aspects dans le cadre des six domaines thématiques.
6. La *mise en œuvre de la révision dans les cantons* ne fait pas l'objet d'une étude spécifique.

Il faut par ailleurs se rappeler que la complexité de l'objet étudié (voir le modèle d'effets au chap. 5) ne permettra que de manière restreinte la mise en évidence de *causalités*, au sens scientifique strict, entre les mesures prises et leurs effets. Il importera cependant de montrer les corrélations de la manière la plus claire et la plus plausible possible.

8 Calendrier

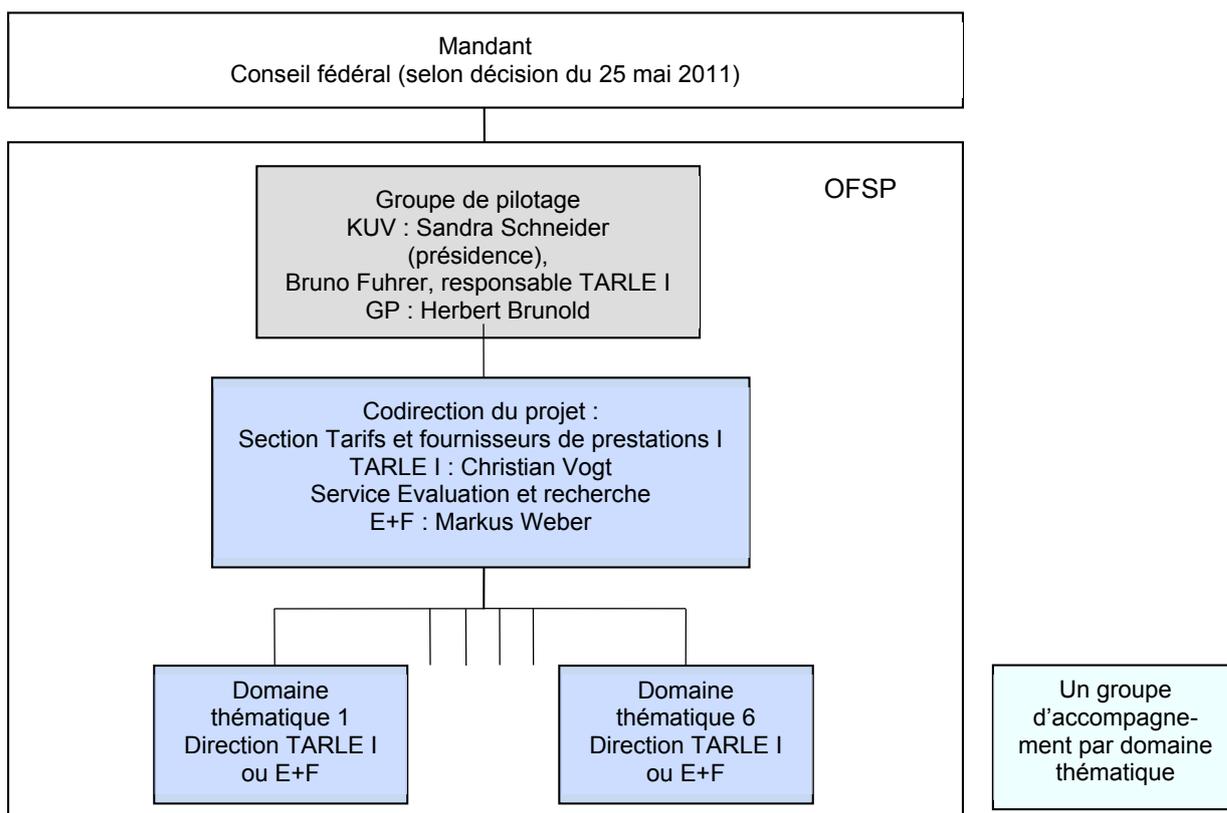
La planification de la conception et de la réalisation des études dans les différents domaines thématiques et pour l'établissement du rapport intermédiaire et du rapport de synthèse se présente comme suit :

Domaine thématique	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1. Part des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012 (étude de base)								
2. Effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins								
3. Effets de la révision sur la qualité des soins hospitaliers	E P	E P	E P					
4. Effets de la révision sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins				E P				
5. Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux								
6. Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques								
Rapport de synthèse intermédiaire et proposition au Conseil fédéral relative aux ressources à allouer 2016 - 2019								
Rapport de synthèse								

Etude préliminaire

E P

9 Organisation du projet



1. Le Conseil fédéral est le mandant de l'évaluation.
2. Au sein de l'OFSP, le **groupe de pilotage** représente le mandant. Il est responsable de la réalisation de l'évaluation, et prend les décisions stratégiques nécessaires.
3. La **codirection du projet**, assumée par Christian Vogt, section TARLE I, et Markus Weber, du service E+F, est responsable de la conception du projet global et de sa mise en œuvre, controlling et communication inclus.
4. Pour chaque domaine thématique, une direction est responsable du domaine concerné.
5. Pour chaque domaine thématique, un groupe d'accompagnement est créé (cf. Annexe 2 : Groupes d'accompagnement par domaine thématique).

10 Valorisation

Les résultats des études dans les six domaines thématiques seront coordonnés du point de vue du contenu et du calendrier. La direction de l'OFSP et le Secrétariat général du Département fédéral de l'intérieur (SG-DFI) seront régulièrement informés de l'avancement des travaux. Des conclusions seront tirées à l'achèvement des études partielles, du rapport intermédiaire et du rapport de synthèse final. Il est prévu de publier et de diffuser les différents rapports de recherche, le rapport intermédiaire et le rapport de synthèse final. La communication d'informations internes à l'OFSP, la diffusion de communiqués de presse et d'informations destinées aux acteurs de la politique de la santé sont prévues à intervalles réguliers. Les cahiers des charges des différentes études et les rapports seront publiés au fur et à mesure sur Internet.

11 Bibliographie, lois et sites Internet

Office fédéral de la santé publique (2012). Informations générales concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Office fédéral de la santé publique. (Dernière modification 27.4.2012.)
http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=fr&download=NHzLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2gZpnO2Yuq2Z6gpJCldX9,fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Office fédéral des assurances sociales (2001). Analyse des effets de la LAMal. Rapport de synthèse. Office fédéral des assurances sociales. <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/medieninformation/archiv/index.html?lang=fr&msgsrc=%2F2001/f/01121701.htm>

Pellegrini S., Widmer Th., Weaver F., Fritschi, T., Benett J. (2010). Etude de faisabilité et développement d'un concept pour une future évaluation, rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique, Berner Fachhochschule, Université de Zurich et Université de Genève.
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/07641/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (2015). Évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Résultats intermédiaires. Rapport de l'OFSP au Conseil fédéral. Berne : Office fédéral de la santé publique.
www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier

Bases légales / Commentaires

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)
- Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)
- Ordonnance du 3 juillet 2002 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)
- Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1)
- Message du Conseil fédéral du 15 septembre 2004 concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier)

Lien vers la page Internet de l'OFSP sur l'évaluation des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier :

www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung
www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier

Informations complémentaires :

Office fédéral de la santé publique, unité de direction Politique de la santé, service Evaluation et recherche, Markus Weber,
evaluation@bag.admin.ch

Annexe 1 : Données requises et données disponibles

Données requises et données disponibles par domaine thématique

Domaine thématique	Données requises / Sources de données	Données (définitives) disponibles pour les années :								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Part des systèmes de rémunération forfaitaires avant 2012 (Domaine thématique 1, étude de base)	Pool de données santésuisse	Nov. 2012	Nov. 2012	Nov. 2012						
	Statistique des hôpitaux OFS (KS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013						
	Statistique médicale des hôpitaux OFS (MS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013						
Effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins (Domaine thématique 2)	Pool de données santésuisse	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Mai 2013	Mai 2014	Mai 2015	Mai 2016	Mai 2017	Mai 2018
	Statistique des hôpitaux OFS (KS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique médicale des hôpitaux OFS (MS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Coûts et financement du système de santé OFS (COU)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique des coûts par cas liés au diagnostic (SwissDRG, OFS)	Avant 2013	Avant 2013	Mai 2013	Mai 2014	Mai 2015	Mai 2016	Mai 2017	Mai 2018	
	Statistique des institutions médico-sociales OFS (SOMED)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique de l'aide et des soins à domicile OFS (SPITEX)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique de l'assurance-maladie obligatoire OFSP	Avant 2013	Avant 2013	Été 2013	Été 2014	Été 2015	Été 2016	Été 2017	Été 2018	
	Subsides fédéraux aux cantons pour la réduction des primes OFSP	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Déc. 2012	Déc. 2013	Déc. 2014	Déc. 2015	Déc. 2016
	Chiffres-clés des hôpitaux suisses OFSP	Avant 2013	Avant 2013	Avril 2013	Avril 2014	Avril 2015	Avril 2016	Avril 2017	Avril 2018	
Event. : autres données, notamment des cantons et des hôpitaux										

Domaine thématique	Données requises / Sources de données	Données (définitives) disponibles pour les années :								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effets de la révision sur la qualité des prestations hospitalières (Domaine thématique 3)	Statistique des hôpitaux OFS (KS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique médicale des hôpitaux OFS (MS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Event. : autres données, notamment des cantons et des hôpitaux									
Effets de la révision sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins (Domaine thématique 4)	Statistique des hôpitaux OFS (KS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Chiffres-clés des hôpitaux suisses OFSP	Avant 2013	Avant 2013	Avril 2013	Avril 2014	Avril 2015	Avril 2016	Avril 2017	Avril 2018	
	Event. pool de données santé suisse	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Mai 2013	Mai 2014	Mai 2015	Mai 2016	Mai 2017	Mai 2018
	Event. : autres données, notamment des cantons et des hôpitaux									
Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux (Domaine thématique 5)	Statistique des hôpitaux OFS (KS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique médicale des hôpitaux OFS (MS)	Avant 2013	Avant 2013	Mars 2013	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Mars 2017	Mars 2018	
	Statistique des coûts par cas liés au diagnostic (SwissDRG, OFS)	Avant 2013	Avant 2013	Mai 2013	Mai 2014	Mai 2015	Mai 2016	Mai 2017	Mai 2018	
Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques (Domaine thématique 6)	Statistique de l'assurance-maladie obligatoire OFSP	Avant 2013	Avant 2013	Eté 2013	Eté 2014	Eté 2015	Eté 2016	Eté 2017	Eté 2018	
	Données de l'Institution commune LAMal	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Mai 2013	Mai 2014	Mai 2015	Mai 2016	Mai 2017	Mai 2018
	Données de la procédure d'approbation des primes	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Avant 2013	Sept. 2013	Sept. 2014	Sept. 2015	Sept. 2016

Annexe 2 : Groupes d'accompagnement par domaine thématique

Domaine thématique	Membres du groupe d'accompagnement	
	Abréviation	Nom
1. Part des systèmes de rémunération forfaitaire avant 2012 (étude de base)		Pas de groupe d'accompagnement
2. Effets de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système suisse de soins	OFS curafutura DVSP AFF FINMA FMH CDS H+ santésuisse	Office fédéral de la statistique Les assureurs-maladie innovants Fédération suisse des patients Administration fédérale des finances Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers Fédération des médecins suisses Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Les hôpitaux de Suisse Les assureurs-maladie suisses (représentés par tarifsuisse sa)
3. Effets de la révision sur la qualité des soins stationnaires	ANQ curafutura DVSP FMH CDS H+ santésuisse SBK/ASI OSP Curaviva Spitex SW!SS REHA	Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et cliniques Les assureurs-maladie innovants Fédération suisse des patients Fédération des médecins suisses Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Les hôpitaux de Suisse Les assureurs-maladie suisses (représentés par tarifsuisse sa) Association suisse des infirmiers et des infirmières Organisation suisse des patients <i>Membres supplémentaires pour l'étude d'interface:</i> Association des homes et institutions sociales suisses Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse
4. Effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins	curafutura DVSP CDS H+ santésuisse	<i>Membres prévus (sous réserve):</i> Les assureurs-maladie innovants Fédération suisse des patients Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Les hôpitaux de Suisse Les assureurs-maladie suisses (représentés par tarifsuisse sa)
5. Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux	curafutura DVSP CDF AFF FMH CDS H+ santésuisse SBK/ASI OSP	Les assureurs-maladie innovants Fédération suisse des patients Contrôle fédéral des finances Administration fédérale des finances Fédération des médecins suisses Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Les hôpitaux de Suisse Les assureurs-maladie suisses (représentés par tarifsuisse sa) Association suisse des infirmiers et des infirmières Organisation suisse des patients
6. Effets de la compensation affinée des risques sur la sélection des risques par les assureurs	curafutura Institution commune RVK santésuisse	Les assureurs-maladie innovants Institution commune LAMal Verband der kleineren und mittleren Krankenkassen (représentée par Agrisano) Les assureurs-maladie suisses