



---

# **Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier**

## **Résultats intermédiaires**

**VERSION ABRÉGÉE** du rapport de l'OFSP au Conseil fédé-  
ral

---

Berne, 13 mai 2015

## Situation initiale

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans les domaines du financement hospitalier (RO 2008 2049) et de la compensation des risques (RO 2009 4755) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Les principales mesures découlant de la révision dans le domaine du financement hospitalier sont

- le financement dual-fixe des prestations hospitalières,
- les planifications cantonales des hôpitaux conformément aux critères de planification ainsi que la distinction entre les hôpitaux répertoriés et les hôpitaux conventionnés,
- le libre choix de l'hôpital,
- l'introduction de forfaits liés aux prestations fondés sur des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale, ainsi que
- l'obligation des fournisseurs de prestations à davantage de transparence concernant la qualité des prestations médicales.

La plupart de ces mesures ainsi que l'affinement de la compensation des risques sont mises en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il existe cependant des dispositions transitoires dans le domaine du financement hospitalier qui s'appliqueront jusqu'en 2017. Ainsi, les critères de planification de qualité et d'économicité ne doivent être pris en compte dans les planifications cantonales des hôpitaux qu'après le 31 décembre 2014, et les cantons dont la prime moyenne pour adulte était inférieure à la moyenne suisse au 1<sup>er</sup> janvier 2012 ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour appliquer leur part de rémunération au financement dual-fixe d'au moins 55 %. Le remboursement au moyen de forfaits liés aux prestations n'est par ailleurs effectif que dans le domaine des soins somatiques aigus à l'hôpital (SwissDRG). Des structures tarifaires uniformes dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation devraient en principe être introduites à l'échelle nationale en 2018.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier vise principalement à maîtriser l'augmentation des coûts en intensifiant la concurrence entre les hôpitaux. La gestion des capacités à assurer les soins a parallèlement été concrétisée par le biais des prescriptions sur les planifications cantonales des hôpitaux. La compensation affinée des risques a pour but de réduire la sélection des risques par les assureurs. Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer les effets de la loi de 2012 à 2019.

La présente synthèse intermédiaire récapitule les conclusions provisoires fondées sur l'état des connaissances à l'automne 2014. Sur le plan méthodologique, les sept études actuellement disponibles, menées sur mandat de l'OFSP, s'appuient principalement sur les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et des assureurs, elles-mêmes partiellement complétées par des enquêtes spécifiques. Les conclusions d'études pertinentes réalisées à la demande d'autres mandants ont par ailleurs été prises en compte. Les principales parties prenantes dans le domaine des soins hospitaliers ont été impliquées dans l'élaboration de toutes les études de l'OFSP en qualité de membres des groupes d'accompagnement. Eu égard à la disponibilité des données, les études se sont généralement limitées aux évolutions jusqu'en 2012 y compris, première année de la mise en œuvre du nouveau financement hospitalier.<sup>1</sup> Or cette date est prématurée pour évaluer de façon définitive les effets de la révision. Les résultats des études menées à ce jour doivent donc être interprétés avec prudence. Dans ce contexte, les conclusions concernant les évolutions à court terme qui ont suivi la mise en œuvre des révisions sont par conséquent résumées en fonction de cinq questions centrales :<sup>2</sup>

- Quels sont les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et dans celui de la compensation des risques ?
- Quels sont les effets de la révision sur les principaux acteurs du système de santé ?
- Comment la révision contribue-t-elle à atteindre les trois principaux objectifs de la LAMal ?
- Les mesures adoptées dans le cadre de la révision sont-elles appropriées pour maîtriser les coûts de l'assurance obligatoire des soins ?
- Quelles recommandations peut-on déduire de l'évaluation ?

<sup>1</sup> La révision récente de la statistique des hôpitaux de l'OFS a en outre compliqué la comparabilité des données annuelles correspondantes. Ainsi, les données ne sont exploitables qu'à partir de 2010, sans compter qu'elles sont incomplètes. L'Obsan (2015a) estime cependant que la qualité des données devrait s'améliorer pour les enquêtes futures.

<sup>2</sup> Conformément au concept global de l'évaluation (OFSP 2015)

## **Quels sont les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et dans celui de la compensation des risques ?**

Les premiers indices des effets possibles de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier se sont manifestés durant l'année de son introduction en 2012.

### **Transparence**

La transparence des coûts des prestations hospitalières a augmenté, suite à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les coûts des prestations hospitalières dans le domaine des soins somatiques aigus sont en principe comparables entre les différents hôpitaux. La fixation duale de la part de rémunération des prestations hospitalières améliorera à moyen terme la comparabilité des coûts supportés par les cantons pour les prestations selon la LAMal. La transparence dans le domaine du financement des prestations d'intérêt général par les cantons est cependant encore faible.

Les experts estiment que la transparence concernant la qualité des prestations hospitalières pour les patients peut encore être améliorée. L'asymétrie de l'information entre les hôpitaux et les assurés ainsi que le manque d'informations sur la qualité des résultats médicaux des différents hôpitaux font que le libre choix de l'hôpital au niveau national ne peut pas encore pleinement déployer ses effets (B,S,S. 2014). Le projet de publication transparente des indicateurs de qualité, par exemple de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), ainsi que la comparaison des hôpitaux par le Conseil fédéral pourraient améliorer la transparence future pour les assurés.

### **Concurrence**

Sur le principe, les conditions sont réunies pour une planification hospitalière axée sur l'efficacité et sur la qualité ainsi que pour une meilleure concurrence entre les hôpitaux. L'interprétation et la mise en œuvre hétérogènes de la révision dans les cantons ainsi que les problèmes de concrétisation initiaux, les questions non résolues et les délais de transition font toutefois que la concurrence reste inégale à l'échelle nationale. Il ressort de deux études économiques et d'une étude juridique que les réglementations cantonales sont plus ou moins axées sur la concurrence (Credit Suisse Group AG 2013; Polynomics 2013; Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG 2014). Certaines modifications des lois cantonales susceptibles de réduire les différences entre les cantons sont cependant attendues ces prochaines années. Ces derniers doivent relever le défi consistant à trouver un équilibre entre le renforcement des conditions de la concurrence pour les hôpitaux souhaité par le Parlement fédéral et leur mission qui vise à assurer les soins pour la population. Ce défi ne pourra être relevé avec succès que si les cantons cherchent à intensifier leur collaboration, notamment dans le domaine de la planification hospitalière. Il n'y a pas, à ce jour, d'enseignements concernant la gestion cantonale des capacités, car les cantons avaient jusqu'à fin 2014 pour réviser leurs planifications hospitalières à l'aune des critères de planification « économie » et « qualité ». L'analyse de l'interaction entre la concurrence et la gestion dans le secteur stationnaire des hôpitaux est donc encore en attente.

### **Accroissement de l'efficacité dans les hôpitaux**

Malgré les conditions qui ne sont pas toujours favorables à la concurrence, les hôpitaux semblent se préparer à une intensification de cette dernière au fur et à mesure de leur sensibilisation aux coûts. La révision semble accentuer de nombreuses démarches qui avaient déjà été amorcées précédemment dans le secteur stationnaire des hôpitaux. Comme le montre une étude réalisée sur mandat de l'OFSP, les hôpitaux optimisent les processus en réaction à la pression sur les coûts (B,S,S. 2014). Parallèlement, l'introduction des SwissDRG a cependant aussi accru la charge administrative pour les hôpitaux. Rien ne permet actuellement de savoir si les hôpitaux vont évoluer dans le sens d'une spécialisation accrue – souhaitable – dans certaines prestations ou d'une sélection – indésirable – des patients. Certains experts et fournisseurs de prestations pensent toutefois que les personnes souffrant de maladies chroniques ou d'atteintes multiples seraient transférées plus rapidement hors des hôpitaux de soins aigus, au motif que ces catégories de patient sont financièrement moins attractives. Mais rien ne permet d'identifier en 2012 un déficit de soins pour les cas graves, un usage abusif du système de codage (surcodage systématique ou *upcoding*) ou des sorties prématurées de l'hôpital (« *bloody exit* »).

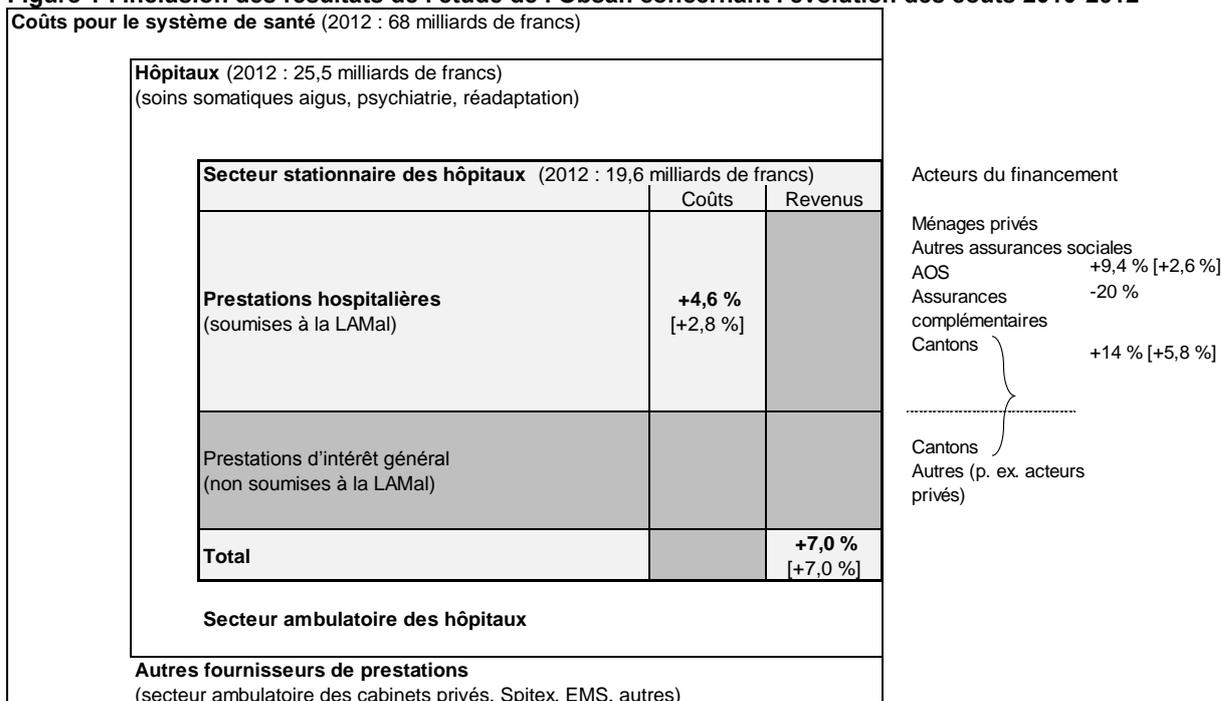
### Evolution des coûts

L'accroissement des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le secteur stationnaire des hôpitaux n'a pas encore été maîtrisé en 2012. Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan 2015a), les revenus totaux des hôpitaux ont augmenté autant en 2012 qu'en 2011 (respectivement +7 %). Les coûts des hôpitaux pour la fourniture des prestations hospitalières stationnaires (coûts de production) ont progressivement augmenté par rapport à l'année précédente (+4,6 % en 2012 contre +2,8 % en 2011). Cette évolution se manifeste aussi par une augmentation particulièrement importante des coûts à la charge de l'AOS (+9,4 % pour les prestations hospitalières stationnaires en 2012 contre +2,6 % en 2011). Les évaluations internes de l'OFSP révèlent une augmentation similaire des coûts à la charge de l'AOS (+7,6 % par tête). Sans la réglementation transitoire pour la fixation des parts cantonales et de l'AOS dans la rémunération des prestations hospitalières stationnaires et en tenant compte du fait que l'AOS participe également depuis 2012 au financement des coûts d'utilisation des immobilisations, il s'avère cependant que les coûts supportés par l'AOS pour les prestations hospitalières stationnaires auraient été nettement plus bas en 2012.

Les coûts supportés par les cantons dans le secteur stationnaire des hôpitaux ont également été nettement plus élevés en 2012 (+14,0 % en 2012 contre +5,8% en 2011, selon les informations communiquées par l'Administration fédérale des finances, AFF). Selon une estimation de la CDS, les dépenses des cantons ont augmenté un peu plus pour les soins hospitaliers en 2012 (+18 %). La part des dépenses des cantons attribuable aux prestations hospitalières soumises à la LAMal est cependant incertaine. Etant donné que l'augmentation des revenus totaux des hôpitaux est restée la même en 2012, on peut penser que les paiements des cantons ont augmenté dans le domaine soumis à la LAMal, comme le désirait le législateur. En 2012, les assurances complémentaires ont en revanche, comme souhaité, enregistré une forte diminution des coûts de 20 % pour les prestations hospitalières (-73 % pour le modèle d'assurance hospitalière « Division commune », -16 % pour la « Division demi-privée » et -17 % pour la « Division privée », conformément aux indications fournies par l'Autorité de surveillance des marchés financiers, FINMA).

La figure 1 présente les résultats dans le contexte global des coûts du système de santé en Suisse. Les résultats sont cohérents avec les analyses menées par d'autres acteurs pour l'année 2012 qui utilisent des méthodes de calcul différentes. L'OFS trouve une augmentation similaire des dépenses de santé dans le secteur stationnaire des hôpitaux de +9,2 % (contre +7,0 % selon l'Obsan).

**Figure 1 : inclusion des résultats de l'étude de l'Obsan concernant l'évolution des coûts 2010-2012**



Outil de lecture : le champ de couleur gris clair présente les indicateurs de l'évolution des coûts dans le secteur stationnaire des hôpitaux selon l'étude de l'Obsan (évolution en %, 2011/2012; [2010/2011]). Les domaines pour lesquels il n'existe pas de données fiables s'affichent sur un fond gris foncé. Source : propre présentation, basée sur les données de l'Obsan 2015a : 57 et 62 s.

Il est trop tôt pour décider si la hausse observée des indicateurs correspond à de véritables augmentations des coûts ou seulement à des effets d'adaptation et de transferts ponctuels. Il est certain qu'il n'y a ni accroissement quantitatif (nombre de cas globalement stable) ni surcodage systématique des cas hospitaliers (*upcoding*) en 2012. Un certain nombre de questions restent cependant en suspens :

- On ignore par exemple si la hausse des coûts dans le secteur stationnaire des hôpitaux est due à une *documentation plus précise et plus conforme à la réalité* de leurs prestations et de leurs *coûts* par les hôpitaux de soins somatiques aigus en raison de la pertinence accrue pour la rémunération.
- On ignore également *dans quelle mesure la prise en compte des coûts d'utilisation des immobilisations* dans la rémunération des prestations hospitalières peut expliquer l'augmentation des indicateurs de l'évolution des coûts.
- L'augmentation des coûts pourrait également se fonder sur un effet de prix, au cas où des *tarifs (base rate ou prix de base) trop élevés* auraient été négociés et/ou fixés pour l'année 2012. Le montant des prix de base des années 2013 et 2014 tend déjà à la baisse.
- Rien ne permet non plus de savoir actuellement si *le volume des prestations rentables*, dans l'optique des hôpitaux, augmente (p. ex. dans le secteur électif ou programmé).
- Les *transferts* impliquant des coûts entre les différentes structures de soins du système de santé (ambulatoire, hospitalière, suivi médical) ne peuvent par ailleurs pas être évalués à l'heure actuelle.

### Evolution de la qualité

Selon les premiers résultats des études mandatées par l'OFSP ainsi que des études conduites à la demande d'autres acteurs de la politique de la santé, la qualité des prestations hospitalières ne semble pas avoir connu d'amélioration ni de dégradation significative durant l'année d'introduction 2012 (gfs.bern 2013; gfs-zürich 2013; hcri AG/ANQ 2014; ISGF 2014; Obsan 2015b; Widmer Beraterngen (2012)). Les craintes exprimées préalablement à la révision quant aux effets négatifs de la révision sur la qualité des prestations hospitalières n'ont pas été confirmées à ce jour. La révision semble renforcer de nombreuses évolutions qui avaient déjà été amorcées précédemment dans le secteur stationnaire des hôpitaux. Il existe des indices montrant que la durée de séjour en soins somatiques aigus tend à se raccourcir davantage. Certains signes ponctuels laissent en outre à penser que les patients âgés et souffrant d'atteintes multiples sont notamment dirigés plus tôt vers la prise en charge par des institutions intervenant après une hospitalisation en soins aigus, ce qui n'a toutefois pas d'incidence négative. Aucune conséquence négative sur la qualité aux interfaces n'a par ailleurs été relevée, notamment en ce qui concerne les transferts des patients et la durée de séjour en réadaptation. Les indicateurs de qualité évalués à la demande de l'OFSP (taux de mortalité globaux et pour quatre pathologies déterminantes, taux de réhospitalisation, durées de séjour, *skillmix* et *grademix*) ne révèlent, pour la plupart, aucun changement en 2012 par rapport aux années précédentes. La mortalité pour des maladies spécifiques tout comme le taux de réhospitalisation ont toutefois augmenté ponctuellement dans les hôpitaux qui utilisaient déjà un système de type DRG avant 2012. Il n'est donc pas possible pour l'instant de déterminer s'il s'agit de cas isolés ou de l'émergence d'une tendance. C'est pourquoi la saisie planifiée et régulière des indicateurs de qualité pour évaluer l'évolution future de la qualité des prestations hospitalières revêt une grande importance.

### Compensation des risques

D'après les simulations réalisées sur mandat de l'OFSP, la compensation affinée des risques avec l'indicateur supplémentaire de morbidité « Hospitalisation » (« séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente ») a réduit les incitations à la sélection des risques (Polynomics 2014). La compensation réalisée est cependant jugée insuffisante, notamment parce que les personnes atteintes de maladies chroniques ne sont pas assez prises en compte.

Il n'est pas encore possible de statuer définitivement quant à l'influence de la révision sur l'évolution des primes. Le fait que les assureurs ayant une structure de risques moins favorable ont enregistré une croissance des primes moins importante que tous les autres assureurs en 2013 et 2014 peut être l'indice d'un rapprochement des primes. Le transfert de solidarité s'effectue principalement des personnes en âge d'exercer une activité lucrative qui n'ont pas séjourné l'année précédente à l'hôpital

et/ou dans un EMS vers les personnes qui ont séjourné à l'hôpital et/ou dans un EMS ou vers les personnes ayant l'âge de la retraite. Le 21 mars 2014, le Parlement a créé les bases légales pour un affinement supplémentaire de la compensation des risques. La modification correspondante de l'ordonnance a été adoptée le 15 octobre 2014 : la compensation des risques est affinée grâce à un indicateur supplémentaire (coût des médicaments). Mais ce n'est qu'une solution transitoire. La prise en compte des groupes de coûts pharmaceutiques en guise d'indicateurs supplémentaires de morbidité est visée à moyen terme. Le contexte de l'évaluation en sera modifié.

## **Quels sont les effets de la révision sur les principaux acteurs du système de santé ?**

Les fournisseurs de prestations (secteur ambulatoire et hospitalier ; hôpitaux et institutions intervenant après une hospitalisation), les assurés/patients, les assureurs ainsi que les cantons responsables de l'offre sanitaire figurent parmi les principaux acteurs du système de santé. La mise en œuvre de la variante minimale de l'évaluation fait que ce sont avant tout les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur les hôpitaux qui seront étudiés en profondeur. L'évaluation des effets sur les autres acteurs ne pourra être que très limitée.

### **Effets sur les hôpitaux de soins aigus et les autres fournisseurs de prestations**

En raison de la révision, les hôpitaux de soins aigus sont théoriquement incités davantage à optimiser leurs processus et à diriger leurs patients vers le suivi médical consécutif à une hospitalisation dans les meilleurs délais. L'évaluation indique que les hôpitaux réagissent en conséquence, sans que cela n'ait d'effets négatifs reconnaissables sur la qualité des prestations hospitalières. Les mesures observées pour améliorer la qualité dans les hôpitaux de soins aigus consistent, par exemple, à intensifier la gestion des sorties, à développer les systèmes informatiques et à optimiser la prise en charge tout au long du traitement. L'évaluation pour l'année 2012 n'a pas permis de confirmer l'utilisation abusive redoutée du nouveau système de tarification SwissDRG au moyen du surcodage et du splitting des cas. A cause des transferts, d'autres fournisseurs de prestations doivent certes prendre en charge des prestations qui étaient jusqu'à présent assurées par les hôpitaux de soins aigus, mais il semble que les institutions intervenant après une hospitalisation ne soient pas hostiles à ce défi. Il est cependant fait état d'adaptations nécessaires et d'un besoin accru de ressources ainsi que de personnel plus qualifié, notamment dans les soins de longue durée. L'encouragement accru des processus de spécialisation et de concentration des hôpitaux de soins aigus souhaité par la révision n'a pas été attesté pour l'instant. Certains signes semblent toutefois indiquer la volonté des hôpitaux de soins aigus d'évoluer dans cette direction. Les spécialistes de l'économie supposent en outre que les fusions plutôt juridico-administratives des hôpitaux disposant de plusieurs établissements céderont davantage la place à l'avenir à de véritables concentrations géographiques.

### **Effets sur les assureurs**

Les conflits d'intérêts entre les assureurs et les hôpitaux sont antérieurs à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. A certains égards, la révision se traduit également par des incitations contraires pour les assureurs et les hôpitaux. Les assureurs ont théoriquement intérêt à ce que les assurés soient transférés le plus tard possible en réadaptation et à ce qu'ils soient traités aussi longtemps que possible dans les hôpitaux de soins aigus, de manière à épuiser au maximum le forfait par cas pour le traitement somatique aigu. L'idée qu'il y aurait de ce fait des retards dans la garantie de prise en charge des frais de la réadaptation a été exprimée lors d'une enquête réalisée auprès des médecins. Lors des négociations avec les hôpitaux sur la fixation des prix de base, les assureurs ont en outre intérêt à ce que les montants soient aussi bas que possible, alors que les hôpitaux préféreraient des montants plus élevés. La mise en œuvre opérationnelle de certains éléments du nouveau financement hospitalier est par ailleurs encore incertaine ou controversée (par exemple le montant de la déduction pour la recherche et la formation universitaire ou la réalisation du *benchmarking*). A plusieurs reprises, les partenaires tarifaires n'ont ainsi pas été en mesure de s'accorder sur un prix de base, qui a dû être fixé par les cantons, ce que les partenaires tarifaires n'ont souvent pas accepté (recours intentés devant le Tribunal administratif fédéral). L'évaluation ne permet pas encore de déterminer dans quelle mesure les assureurs réagissent à la compensation affinée des risques.

### **Effets sur les assurés**

Les assurés doivent avoir l'occasion de favoriser la concurrence au niveau de la qualité entre les hôpitaux grâce à l'extension du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse. Il faut pour cela que la transparence concernant la qualité des prestations hospitalières soit assurée. Or une étude évaluative suppose que l'asymétrie de l'information qui perdure entre les hôpitaux et les patients agit comme un frein à ce mécanisme. Des craintes selon lesquelles ces mesures pourraient avoir des effets négatifs sur certains groupes vulnérables tels que les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques ont été exprimées préalablement à la révision. D'après certaines informations isolées, les hôpitaux transfèreraient plus rapidement les personnes de ces groupes vers des institutions intervenant après une hospitalisation. Il ne semble toutefois pas pour l'instant que cette démarche ait des conséquences négatives sur les patients concernés. Des résultats d'autres études sur ce thème sont cependant encore attendus.

### **Effets sur les cantons**

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'a rien changé à la compétence que la Constitution confère aux cantons concernant l'offre sanitaire destinée à la population. Parallèlement, il s'agit de renforcer la concurrence entre les hôpitaux et les libertés entrepreneuriales des hôpitaux. Du fait de leurs rôles multiples, les cantons peuvent influencer sur les conditions d'exercice des hôpitaux par le biais de la planification hospitalière, de l'achat de prestations et de la tarification. Ils sont en outre des acteurs du financement et participent en partie au fonctionnement des hôpitaux, ce qui leur permet d'agir sur les coûts d'exploitation et d'investissement, le financement des prestations d'intérêt général et l'attribution de crédits. En tant qu'importants financiers des prestations hospitalières soumises à la LAMal, les cantons ont intérêt à limiter les coûts desdites prestations, tant que cela n'affecte pas leur mandat en matière d'approvisionnement en soins. Lors de la mise en œuvre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, les cantons sont donc confrontés à la difficulté d'assumer leurs responsabilités à la fois en termes de financement et de politique en matière d'approvisionnement en soins, tout en accordant une marge de manœuvre suffisante à la concurrence en matière de prestations et à l'action entrepreneuriale des hôpitaux. La mise en œuvre de la révision en 2012 est très hétérogène, comme en attestent plusieurs études mandatées par d'autres acteurs de la politique de la santé (Credit Suisse Group AG 2013; Polynomics 2013; Universität Zürich/Poliedna Boss Kurer AG 2014). Cela signifie que les effets sur les hôpitaux et les coûts à charge de l'AOS varient fortement d'un canton à l'autre. Compte tenu des dispositions transitoires, les prescriptions légales de la révision quant à la mise en œuvre dans les cantons ne prendront pleinement effet qu'en 2017. Cette thématique ne sera donc évaluée qu'au cours de la deuxième étape à venir.

### **Effets redistributifs de la révision sur le plan financier**

Les données disponibles montrent que l'augmentation des coûts s'est également traduite par un accroissement de la charge de financement pour les agents financeurs (Obsan 2015a). La redistribution des charges de financement envisagée par le législateur dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier se fait toutefois déjà ressentir. Les résultats suggèrent que la révision s'est traduite en 2012 par une redistribution des coûts des prestations hospitalières des assurances complémentaires vers les cantons. Une baisse sensible des coûts s'est opérée comme prévu dans le secteur des assurances complémentaires d'hospitalisation. Le transfert souhaité des parts de coûts de l'AOS vers les cantons a eu lieu dans le cadre du financement des prestations soumises à la LAMal. Désormais, le financement des prestations hospitalières inclut cependant aussi des coûts des hôpitaux de soins aigus qui étaient autrefois assumés par les seuls cantons et par le biais d'autres comptes (p. ex. les coûts d'utilisation des immobilisations). L'évaluation de la redistribution des coûts se focalise sur le secteur stationnaire des hôpitaux. Il est impossible pour l'instant de déterminer dans quelle mesure les coûts sont redistribués dans tout le système de santé, à savoir y compris les coûts du secteur ambulatoire et dans les secteurs situés après l'hospitalisation. La situation du financement dans les cantons reste hétérogène. Il existe notamment des différences concernant les parts cantonales dans le remboursement des prestations hospitalières selon la LAMal ainsi que le financement des investissements et des prestations d'intérêt général.

## Comment la révision contribue-t-elle à atteindre les trois principaux objectifs de la LAMal ?

La mise en œuvre des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a plus ou moins progressé, tant au niveau cantonal que national. Des délais de transition étant prévus pour certaines mesures de la révision, une évaluation de la contribution de la révision à la réalisation des principaux objectifs de la LAMal est prématurée. Les affirmations suivantes en référence à l'année d'introduction 2012 peuvent cependant être formulées à propos des trois principaux objectifs de la LAMal :

### Objectif de la LAMal : maîtrise de l'augmentation des coûts

En 2012, les indicateurs de l'évolution des coûts dans le système de santé et dans l'AOS ne révèlent aucun ralentissement de la croissance. L'évolution s'est au contraire accentuée à plus d'un égard, rien ne permettant pour l'instant de savoir s'il s'agit d'observations ponctuelles ou du point de départ de nouvelles tendances. A ce stade, l'absence d'éléments prouvant que l'augmentation des coûts est maîtrisée ne doit pas être considérée comme un échec des mécanismes d'action. Une réforme aussi profonde que la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier implique une période de transition marquée par des transferts entre les domaines, différents ajustements opérés par les acteurs et certaines incohérences. Des phénomènes similaires ont également été observés en 2004 lors de l'introduction du nouveau système de tarification TARMED. Le nouveau système de financement doit se stabiliser et des séries de données plus longues doivent être collectées afin d'améliorer la fiabilité de l'évaluation des effets de la révision sur les coûts du système de santé.

### Objectif de la LAMal : garantie de l'accès à des soins de qualité

Il n'est pas possible d'exclure totalement l'éventualité que la réalisation de l'objectif qui consiste à continuer de garantir un accès à des soins de qualité pour tous les groupes sociaux soit entravée. Les données disponibles indiquent certes que la qualité des soins hospitaliers ne semble pas avoir souffert durant l'année d'introduction 2012. Mais il y a aussi des signes ponctuels qui suggèrent que le système de rémunération n'est pas adapté au traitement des patients souffrant de maladies chroniques et d'atteintes multiples. Il pourrait en résulter une sélection indésirable des patients qui désavantagerait de telles personnes. A ce jour, les études disponibles n'ont révélé aucune discrimination de la sorte. Les études futures permettront de savoir dans quelle mesure des soins de qualité seront durablement garantis pour tous, une fois le nouveau système stabilisé.

### Objectif de la LAMal : solidarité entre les assurés

La solidarité entre les assurés est principalement assurée par le biais de primes uniques et de règles correctes concernant les rabais. La compensation affinée des risques doit renforcer cette solidarité ou du moins ne pas l'épuiser davantage<sup>3</sup>. Les assureurs doivent réussir cette entreprise, s'ils sont attentifs aux coûts (faibles frais administratifs, contrôle efficace des prestations remboursées) et s'ils offrent à leurs assurés des prestations de qualité. Une stratégie commerciale essentiellement fondée sur la sélection des risques et donc l'inégalité de traitement des assurés doit en revanche devenir peu attrayante à l'avenir et ne plus être récompensée.

En ce sens, la compensation affinée des risques a fait ses preuves si l'on en croit les simulations. La compensation affinée ultérieure des risques (dès 2017)<sup>4</sup> entre en jeu là où un besoin d'optimisation supplémentaire s'est manifesté en raison de la prise en compte insuffisante des patients atteints de maladies chroniques.

<sup>3</sup> Il en va en principe de même des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

<sup>4</sup> En mars 2014, le Parlement a décidé de modifier la compensation des risques. Dans l'ordonnance, 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 pour la morbidité dès l'année de compensation 2017. La modification correspondante de l'OCOR a été approuvée par le Conseil fédéral le 15 octobre 2014 (OFSP 2014b). Mais ce n'est qu'une solution transitoire. La prise en compte des groupes de coûts pharmaceutiques en guise d'indicateurs supplémentaires de morbidité est visée à moyen terme.

## **Les mesures adoptées dans le cadre de la révision sont-elles appropriées pour maîtriser les coûts de l'assurance obligatoire des soins ?**

Il n'est pas encore possible actuellement de déterminer si les mesures prises dans le cadre de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier se prêtent vraiment pour maîtriser l'augmentation des coûts dans l'AOS. Les données à disposition ne concernent pratiquement que l'année 2012, ce qui ne permet pas de tirer de conclusions valables quant aux effets à moyen et long terme de la révision. Il s'avère cependant que différentes évolutions du système de santé en termes de coûts qui avaient débuté avant la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et qui doivent être accentuées par celle-ci ont été confirmées en 2012. Le raccourcissement de la durée de séjour dans les hôpitaux en fait notamment partie, tout comme le transfert de certaines prestations hospitalières dans d'autres domaines. On pense en outre que les processus de concentration des hôpitaux vont se poursuivre. On note parallèlement des signes d'amélioration de la qualité, dans le sens d'une optimisation des processus dans les hôpitaux. Aucune dégradation de la qualité des résultats en matière de soins n'a en revanche été identifiée à ce jour. Cependant, les conditions-cadres cantonales étaient encore très différentes en 2012. Il faudra plusieurs années au système de santé pour s'adapter au nouveau financement hospitalier. Ce n'est qu'alors que les effets de la révision pourront vraiment être évalués. L'exigence de maîtrise des coûts perdurera au moins jusqu'à cette date dans le système de santé en général et dans le secteur hospitalier en particulier. Il ne semble pas, par ailleurs, que les différents facteurs qui influent depuis des années sur les coûts du système de santé perdent de leur importance (progrès technique, évolution démographique, etc.).

## **Quelles recommandations peut-on déduire de l'évaluation ?**

Les recommandations suivantes concernant les actions requises et la planification de la deuxième étape de l'évaluation peuvent être déduites des résultats obtenus.

### **Actions requises**

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est encore en cours de mise en œuvre et aucune mesure législative ne semble requise dans l'immédiat. Il est important que la Confédération continue de suivre et d'accompagner son exécution afin d'assurer la mise en œuvre conformément à la volonté du législateur. Aussi, l'OFSP entretient-il des échanges étroits et réguliers avec les acteurs impliqués. Les problèmes et questions actuels (p. ex. les procédures de recours en matière de tarifs devant le Tribunal administratif fédéral, la structure tarifaire trop peu différenciée pour les soins somatiques aigus, l'élaboration tardive des structures tarifaires nationales uniformes dans les domaines hospitaliers de la psychiatrie et de la réadaptation) illustrent le fait que la mise en œuvre complète des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier et la consolidation correspondante du système prendront du temps. La mise en œuvre systématique des mesures par les cantons paraît notamment importante. L'accroissement souhaité de la transparence (p. ex. dans l'achat de prestations ou en termes de subventions) devrait également être concrétisé.

La réglementation a été adaptée dès 2014 pour ce qui est de la compensation des risques. Un indicateur supplémentaire de morbidité pour les coûts des médicaments sera introduit dans un premier temps en 2017. Il sera suivi dans un deuxième temps d'un indicateur pour les groupes de coûts pharmaceutiques. La compensation des risques pour les assureurs comptant dans leur effectif des assurés atteints de maladies chroniques qui suivent principalement des traitements ambulatoires en sera notamment améliorée. L'OFSP prépare actuellement l'application des mesures correspondantes. La compensation affinée des risques vise à récompenser les assureurs pour leur gestion efficace (et la qualité du service offert aux assurés).

### **Deuxième étape de l'évaluation**

Le concept de base sera maintenu pour la deuxième étape de l'évaluation. Sur la base de la décision prise par le Conseil fédéral le 25 mai 2011, la deuxième étape de l'évaluation de 2016 à 2019 devra également se fonder sur la variante minimale énoncée dans l'étude préliminaire et de faisabilité de 2010. Il s'agira donc de poursuivre l'analyse des données en matière de coûts et de financement, mais aussi de qualité des prestations hospitalières. Le comportement des hôpitaux concernant l'évolution du volume des prestations et les transferts de prestations doit en outre être étudié. Les planifications cantonales des hôpitaux ainsi que l'éventail et le volume des prestations des hôpitaux doivent en outre être analysés. Les effets de la compensation affinée supplémentaire des risques décidée en 2014 ne seront plus étudiés dans le cadre de cette évaluation.

## Bibliographie

- B,S,S. (2014): Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Verfasst von: Kägi, Wolfram/Frey, Miriam/Lobsiger, Michael. Basel.
- BAG (2015): Evaluation des effets de la révision de la LAMal : financement hospitalier – Concept global (Version du 13. mai 2015). Rédigé par: Weber, Markus/Vogt, Christian. Berne. <<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>, Zugriff am 18.12.2014.
- Berner Fachhochschule/Université de Genève/Universität Zürich (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Pellegrini, Sonia/Widmer, Thomas/Weaver, France/Fritschi, Tobias/Bennett, Jonathan. Bern, Genf und Zürich.
- Credit Suisse Group AG (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. Verfasst von Christen, Andreas/Hänggi, Philipp/Kraft, Christian/Künzi, Damian/Merki, Manuela/Ruffner, Jan. Zürich. <<https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheitsstudie-de.pdf>>, Zugriff am 3.6.2014.
- gfs.bern (2013): Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme. Schlussbericht 2013, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013. Verfasst von: Golder, Lukas/Longchamp, Claude/Beer, Cindy/Tschöpe, Stephan/Rochat, Philippe/Gauch, Carole/Schwab, Johanna. Bern. <[http://www.fmh.ch/stationaere\\_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen\\_aerzteschaft.html](http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen_aerzteschaft.html)>, Zugriff am 3.6.2014.
- gfs-zürich (2013): Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen im Auftrag vom Institut Dialog Ethik. Verfasst von: Abele, Martin/Blumenfeld, Nina. Zürich.
- hcri AG/ANQ (2014): Nationale Patientenbefragung 2012. Kurzfassung – Nationaler Vergleichsbericht. März 2014, Version 1.0. Bern.
- ISGF (2014): Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Frick, Ulrich/Dickson-Spillmann, Maria/Krischker, Stefan/Wiedermann, Wolfgang/Wiedenhöfer, Dirk/Schaub, Michael. Zürich.
- Obsan (2015a): Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. Rapport final. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Auteurs : Pellegrini, Sonia/Roth, Sacha. Neuchâtel.
- Obsan (2015b): Les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations des hôpitaux dans le domaine stationnaire. Étude principale. 1e étape. 2008–2012. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Auteurs : Kohler, Dimitri/Widmer, Marcel/Weaver, France. Neuchâtel.
- Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, Studie im Auftrag von comparis.ch. Verfasst von: Widmer, Philippe/Telser, Harry. Olten. <[http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics\\_Spitalregulierung\\_Schlussbericht.pdf](http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Spitalregulierung_Schlussbericht.pdf)>, Zugriff am 15.9.2014.
- Polynomics (2014): Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zwischenbericht zur ersten Etappe. Verfasst von: Trottmann, Maria/Telser, Harry. Olten. <<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/13697/index.html?lang=def>>, Zugriff am 15.9.2014.
- Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG (2014). Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung – Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonomer Autonomie. Verfasst von: Poledna, Tomas/Vokinger, Kerstin Noëlle. In: Jusletter vom 18. August 2014.
- Widmer Beratungen (2012): Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus, Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Verfasst von: Widmer, Roland. Basel.

## Impressum

---

© Office fédéral de la santé publique

### Éditeur

Office fédéral de la santé publique

### Groupe de pilotage

Sandra Schneider (présidence), Bruno Fuhrer, Vincent Koch, Unité de direction Assurance maladie et accidents (KUV) et Herbert Brunold, Unité de direction Politique de la santé (GP).

### Responsable du projet d'évaluation à l'OFSP

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

### Complément d'information et distribution

Office fédéral de la santé publique

Service Evaluation et recherche (E+F)

3003 Berne

[evaluation@bag.admin.ch](mailto:evaluation@bag.admin.ch)

<http://www.bag.admin.ch/EvalFinancementHospitalier>

La version abrégée est également disponible en allemand. Elle peut être téléchargée au format PDF en cliquant sur le lien suivant :

<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>