
Evaluation de la révision de la LAMal, financement hospitalier

Effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins

Executive Summary

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

20 décembre 2018

econcept

Forschung / Beratung / Evaluation

Gerechtigkeitsgasse 20

8002 Zürich

Tel. +41 44 286 75 75

LENZ

Wettbewerbsfähigkeit in der
Gesundheitsversorgung

Asylstrasse 41

8032 Zürich

Tel. +41 44 253 62 41

Élaboré par

econcept AG

Gerechtigkeitsgasse 20, CH-8002 Zürich
www.econcept.ch / + 41 44 286 75 75

et

LENZ Beratungen und Dienstleistungen AG

Asylstrasse 41, CH-8032 Zürich
www.lenz.org / +41 44 253 62 41

Auteur-e-s

Marie-Christine Fontana, Dr. sc. pol., politologue
Laura Inderbitzi, MA in Politikwissenschaften, politologue
Simon Bock, MA UZH in Sozialwissenschaften, politologue
Barbara Haering, Prof. Dr. sc. nat. ETH, Dr. h. c. sc. pol.

Jörg Gruber, lic. phil., politologue
Stefan Lippitsch, dipl., psychologue

Impressum

Numéro de contrat :	16.926898
Durée de l'évaluation :	15.11.2016 - 31.12.2018
Période de relevé des données :	Janvier 2010 - Mars 2018
Direction du projet d'évaluation à l'OFSP :	Markus Weber, Service Évaluation et recherche (E+F); Suppléance : Cornelia Stadter, Section Tarifs et fournisseurs de prestations I
Groupe d'accompagnement :	Kathrin Huber, Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé (CDS) Georg von Below, canton de Berne Carmen Brenner-Meyer, canton du Valais Martin Bienlein, H+ Les Hôpitaux de Suisse Beatrix Meyer, Fédération des médecins suisses FMH Erika Ziltener, Fédération des patients Axel Reichlmeier, santésuisse Luca Petrini, curafutura Edith Salgado, Office fédéral de la statistique (OFS) Sonia Pellegrini, Observatoire suisse de la santé Obsan Markus Merz, Swiss Mental Healthcare (SMHC) Jürg Wägli, SW!SS REHA
Méta-évaluation :	<p>L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un mandataire externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent par conséquent diverger de l'avis et de la position de l'OFSP.</p> <p>Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, effectuée par le service Évaluation et recherche de l'OFSP et le groupe d'accompagnement. La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Le résultat de la méta-évaluation a été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.</p>
Commande :	Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne Service Évaluation et recherche (E+F) evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung
Traduction :	Manuel Mauriès, Star Words Sàrl
Proposition de citation :	econcept/LENZ (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), 2018, Zürich.
Adresse de correspondance :	econcept AG Gerechtigkeitsgasse 20, 8002 Zürich

Résumé

Condensé

L'évaluation « Effets de la révision de la LAMal sur l'évolution du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins » (« évaluation du paysage hospitalier ») a étudié la mise en œuvre des mesures issues de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (révision de la LAMal) par les cantons ainsi que l'évolution du paysage hospitalier et de l'offre de soins durant la période allant de 2010 à 2016 dans le cadre d'une procédure multiméthodique, qui combine une vaste analyse secondaire avec un recensement complet de la mise en œuvre auprès des cantons, deux groupes de discussion avec des représentant-e-s des cantons et une analyse de documents. L'évaluation a été menée de novembre 2016 à septembre 2018.

L'évaluation révèle une intensification de la concurrence entre les hôpitaux depuis l'introduction de la révision de la LAMal. L'offre de soins stationnaires à un niveau agrégé a peu évolué au cours de la période 2012-2016 considérée. Les analyses détaillées révèlent toutefois que d'importants bouleversements sont en cours dans le paysage hospitalier suisse et que les évolutions qui semblent se dessiner vont dans la direction souhaitée par la révision. La sécurité des soins reste garantie, d'autant que la qualité des prestations hospitalières a été quelque peu optimisée.

Les cantons mettent en œuvre en grande partie les modifications initiées par la révision de la LAMal concernant la planification hospitalière ainsi que les mesures prévues permettant d'instaurer des conditions de concurrence, en conformité avec la loi. Les effets de cette modification de l'environnement concurrentiel sur les soins stationnaires et le paysage hospitalier sont toutefois encore modestes. Ceci est démontré par le fait que les soins stationnaires ont très peu changé et, partant, le paysage hospitalier également.

Key Words

Révision de la LAMal, paysage hospitalier, offre de soins, planification hospitalière, conditions de la concurrence, évaluation

Situation initiale, questions d'évaluation et limites du système

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier. La révision est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et a été précisée par l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Par cette révision, la politique cherchait en premier lieu à endiguer l'augmentation des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire, tout en assurant à la population l'accès à des soins hospitaliers de qualité. Des incitations économiques visent à renforcer les aspects entrepreneuriaux ainsi que la concurrence entre les hôpitaux et à remédier aux incitations inopportunes.

Mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Structures tarifaires uniformes en Suisse pour la rémunération des prestations stationnaires selon la LAMal.

Notons toutefois en ce qui concerne les trois secteurs de soins et la période étudiée, que l'introduction des forfaits liés aux prestations avec une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse n'a été concrétisée que dans les soins somatiques aigus (SwissDRG dès 2012). Le passage aux forfaits liés aux prestations n'a pas été opéré pour les soins psychiatriques stationnaires et la réadaptation stationnaire (TARPSY et ST Reha) durant la période étudiée (OFSP 2014).

Financement dual-fixe des prestations par les cantons et les assureurs.

Passage d'une planification hospitalière liée aux capacités à une planification hospitalière liée aux prestations pour toutes les prestations de soins visées par la LAMal, selon les critères d'économicité et de qualité, indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable des fournisseurs de prestations (instruments : planification des besoins en soins, procédure d'attribution des mandats de prestations, coordination ou audition intercantonale, admission d'hôpitaux extra-cantonaux sur les listes des hôpitaux, attribution de prestations et élaboration des listes des hôpitaux, en tenant compte des critères de planification du Conseil fédéral). Dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, des planifications liées aux capacités restent cependant possibles (art. 58c OAMal).

Élargissement du choix de l'hôpital pour les assuré-e-s au-delà du canton de résidence et égalité de traitement entre hôpitaux privés et publics.

Transparence en matière de qualité et d'économicité grâce à une meilleure information sur ces deux aspects (publication d'indicateurs).

Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier entre 2012 et 2019. Cette évaluation s'achèvera en 2019 par un rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral (cf. OFSP 2019).

L'évaluation « Effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins » (« évaluation du paysage hospitalier ») a pour but de montrer et de discuter dans quelle mesure la planification hospitalière et les conditions de la concurrence influent sur le paysage hospitalier et sur l'offre stationnaire. D'autres évaluations menées en parallèle ont étudié les conséquences de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système de soins (B,S,S. 2018) et la qualité des prestations hospitalières (INFRAS 2018a).

L'évaluation répond à des questions spécifiques et contribue à la clarification des interrogations générales concernant la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (cf. OFSP 2019) :

Questions d'évaluation spécifiques sur le thème du paysage hospitalier

- I. Quelle est l'influence des changements dans le domaine de la planification hospitalière sur l'offre de soins ? (Effets de la planification hospitalière)
- II. Comment les changements des conditions de la concurrence influencent-ils l'offre de soins ? (Effets d'autres conditions de la concurrence)
- III. Quelle est l'évolution des soins stationnaires au croisement entre la planification hospitalière et la concurrence ? Peut-on constater une optimisation du paysage hospitalier dans le sens d'une offre mieux adaptée aux besoins ? (Interaction entre les effets)

Interrogations générales dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

- 1 Quelles sont les conséquences des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?
- 2 Quelles sont les conséquences de la révision sur les principaux acteurs concernés du système de santé (assuré-e-s, cantons, assureurs et fournisseurs de prestations) ?
- 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, notamment à la maîtrise de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins et à la garantie de l'accès à des soins de qualité ?
- 4 À quel point la révision est-elle adéquate, autrement dit, dans quelle mesure permet-elle d'arriver à maîtriser la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ?
- 5 Dans quels domaines une action s'impose-t-elle ?

Dans le cadre de la présente évaluation, nous cherchons principalement à déterminer dans quelle mesure les planifications cantonales des hôpitaux et d'autres modifications des conditions de la concurrence influent sur l'offre de soins. La planification cantonale des hôpitaux doit encourager la concurrence entre les hôpitaux vis-à-vis des cantons, grâce à l'attribution des mandats de prestations. Les autres mesures doivent favoriser la concurrence entre les fournisseurs de prestations vis-à-vis des patient-e-s et ainsi déboucher sur des flux de patient-e-s attentifs à la qualité.

L'évaluation se limite aux soins stationnaires et se focalise sur les soins somatiques aigus. Le contexte et les mesures prises dans le cadre de la révision sont en partie différents dans les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie. Lors de l'appréciation des résultats de l'évaluation concernant les corrélations et les causalités, il faut en outre se rappeler que les effets de la révision de la LAMal ne se distinguent souvent pas des conséquences d'autres tendances de la société, par exemple une mobilité accrue et le développement de portails de comparaison, et qu'ils sont en partie aussi influencés par celles-ci. La comparaison avec la situation antérieure à l'entrée en vigueur de la révision en 2012 doit être examinée avec circonspection, dans le sens où certaines mesures avaient déjà été appliquées avant la révision et que la révision visait à adapter la législation à la jurisprudence. Lors de l'évaluation des effets de la révision de la LAMal, il ne faut finalement pas oublier que les attentes au niveau politique concernant l'étendue et l'horizon temporel des changements n'ont guère été précisées. L'atteinte des objectifs ne pouvant donc pas être définitivement appréciée, elle sera discutée par l'équipe d'évaluation sur la base des différentes approches méthodologiques.

Méthodologie et réalisation de l'étude

L'évaluation a été menée entre novembre 2016 et septembre 2018. Elle se fonde sur une procédure multiméthodique et, si possible, sur une triangulation des méthodes et des sources de données.

Méthode	Précision	Contribution à la réponse aux questions posées par l'évaluation
Analyse des documents	Bases légales et autres, jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, articles de presse et recherche concomitante de tiers.	Informations sur les mesures et leur objectif, observations concernant la mise en œuvre et les obstacles.
Enquêtes auprès des cantons (unité compétente au sein de l'administration cantonale : office de la santé publique ou département/direction de la santé)	Recensement écrit d'informations ciblées et d'évaluations normalisées auprès de tous les cantons. Deux groupes de discussion avec des représentants des administrations cantonales (GT planification hospitalière de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS) à des fins d'approfondissement.	Mise en œuvre des mesures de la révision de la LAMal, évaluation de la faisabilité et de l'adéquation des mesures et estimation des effets de certaines mesures. Voir aussi « Tabellenband » (econcept 2018).
Analyses des données secondaires	Analyse approfondie des données de l'Office fédéral de la statistique (données OFS) sur la période 2012-2016, dans les domaines suivants : – Évolution du nombre d'hôpitaux et de sites hospitaliers – Évolution des parts de marché et de l'éventail des prestations des hôpitaux – Spécialisation des hôpitaux et concentration des prestations médicales – Accès aux prestations stationnaires (accessibilité des urgences 24h/24) – Évolution des flux intercantonaux de patient-e-s	Évolution du paysage hospitalier et de l'offre de soins. Voir aussi « Ergebnisbericht zur Sekundärdatenanalyse » (LENZ 2019) und « Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 im stationären Bereich » (Gruber und Lippitsch 2018).

Les résultats pertinents des deux autres études partielles « Coûts et financement » (B,S,S. 2018) et « Qualité des prestations hospitalières » (INFRAS 2018a) sont par ailleurs pris en compte et plus particulièrement l'enquête auprès des hôpitaux.

Résultats et discussion des résultats

Évolution des soins stationnaires et optimisation du paysage hospitalier

Aspects quantitatifs du paysage hospitalier et de l'offre de soins

L'évaluation retrace l'évolution du paysage hospitalier de Suisse et de l'offre de soins stationnaires depuis la révision de la LAMal en 2012 à l'aide d'analyses des données secondaires. La notion de « paysage hospitalier suisse » se réfère au nombre d'hôpitaux et à leur composition selon des critères spécifiques. La notion d'« offre de soins stationnaires » se réfère à l'accès des personnes assurées aux prestations hospitalières stationnaires ainsi qu'à la qualité et, le cas échéant, à l'économicité desdites prestations.

La présente évaluation ne porte pas sur les soins ambulatoires et hospitaliers ambulatoires.

L'offre de soins stationnaires à un niveau agrégé a peu évolué au cours de la période 2012-2016 considérée. Les analyses détaillées révèlent toutefois que d'importants bouleversements sont en cours dans le paysage hospitalier suisse et que les évolutions qui semblent se dessiner vont dans la direction souhaitée par la révision :

- *Parts de marché et éventail des prestations* : malgré l'intensification de la concurrence entre les hôpitaux depuis l'introduction de la révision de la LAMal, les parts de marché et l'éventail des prestations des hôpitaux sont (encore) relativement stables. Des évolutions répondant aux attentes engendrées par la révision de la LAMal sont néanmoins reconnaissables. Dans les soins somatiques aigus, les parts de marché des médecins de premier recours et des sites secondaires ainsi que l'éventail des prestations des sites secondaires ont tendance à diminuer au profit des hôpitaux universitaires, des sites principaux des centres hospitaliers et des cliniques chirurgicales spécialisées. Parallèlement, les cliniques psychiatriques et de réadaptation gagnent des parts de marché et la part de la division commune augmente légèrement, notamment dans les hôpitaux privés. Il existe cependant d'importantes différences régionales qui reflètent différentes structures de soins régionales.
- *Paysage hospitalier* : l'accentuation de la concurrence ne se traduit pas (encore) par un remaniement du paysage hospitalier. Pour l'heure, les hôpitaux investissent dans leur infrastructure, pour exister face à la concurrence. Cette situation n'a rien d'étonnant : les stratégies concurrentielles commencent généralement par déclencher une phase d'investissement durant laquelle les concurrents se préparent à affronter la concurrence, avant que ne débute la phase de consolidation et/ou de restructuration. Il faut s'attendre à ce que cette phase intermédiaire se prolonge, car des décisions politiques sont requises pour fermer des hôpitaux (dans lesquels on vient éventuellement tout juste d'investir). Le nombre d'hôpitaux (niveau des établissements) ayant traité au moins 30 cas stationnaires par an a baissé de 189 à 171 établissements dans les soins somatiques aigus entre 2011 et 2016, mais est resté stable à 73 établissements dans le secteur de la psychiatrie et a augmenté de 77 à 89 établissements dans le secteur de la réadaptation. Au niveau des sites hospitaliers, le nombre correspondant a baissé de 240 à 223 sites dans les soins somatiques aigus, alors qu'une augmentation des sites a été enregistrée dans les secteurs de la psychiatrie (de 89 à 101) et de la réadaptation (de 91 à 103). Malgré cette apparente stabilité, il y a eu différentes fusions, fermetures, créations et réorientations, qui se sont cependant en partie équilibrées quant au nombre d'établissements et de sites.
- *Spécialisation et concentration* : à ce jour, les effets de la spécialisation et de la concentration prévus par la révision de la LAMal ne se sont manifestés que de façon marginale. Depuis 2012, une concentration des prestations médicales a été presque exclusivement observée dans les prestations spécialisées au sein de groupes de prestations pour la planification hospitalière avec un nombre de cas minimum et dans

les secteurs de la médecine hautement spécialisée (MHS). Depuis 2012, une légère tendance à la spécialisation des hôpitaux dans tous les domaines de soins s'observe. Dans les soins somatiques aigus, cette tendance vaut pour les sites secondaires des centres hospitaliers et des réseaux d'hôpitaux de premier recours et plus particulièrement pour les cliniques spécialisées, mais non pour les hôpitaux universitaires et les sites principaux des centres hospitaliers et des hôpitaux de premier recours, qui ne présentent pratiquement aucune voir même aucune tendance à la spécialisation.

D'un point de vue quantitatif et structurel, les potentiels de la concurrence accrue n'ont donc pas (encore) été (entièrement) réalisés. L'augmentation des flux intercantonaux de patient-e-s permet cependant de supposer une concurrence intercantonale un peu plus intense entre les hôpitaux, suite à l'élargissement du choix de l'hôpital.

La concurrence s'est accrue entre les hôpitaux depuis la révision de la LAMal en 2012, mais les effets escomptés sur le paysage hospitalier sont (encore) à peine perceptibles. Les hôpitaux traversent actuellement une phase durant laquelle ils investissent afin de se renforcer pour affronter la concurrence et n'en sont pas encore à la phase de restructuration. Les évolutions du paysage hospitalier qui commencent timidement à se manifester vont toutefois dans le sens recherché par la révision.

Aspects qualitatifs de la sécurité des soins et de l'offre de soins

La sécurité des soins reste garantie, d'autant que la qualité des prestations hospitalières a été quelque peu optimisée. Les remarques suivantes s'imposent :

- *Accès* : l'accès aux soins stationnaires est maintenu à un niveau élevé depuis l'introduction de la révision de la LAMal. L'accès de la population à des hôpitaux disposant d'un service d'urgence 24h/24 reconnu pour des urgences médicales et chirurgicales n'a également guère changé depuis 2010. Le nombre d'hôpitaux disposant d'un service d'urgence 24h/24 reconnu a même augmenté, mais seulement dans les zones urbaines. Dans les secteurs ruraux, certains services d'urgence 24h/24 ont certes été fermés, mais 99,7 % de la population accédaient à un service d'urgence 24h/24 en l'espace de 30 minutes en 2016 (87 % en 15 minutes).
- *Qualité* : la qualité des prestations hospitalières, notamment la qualité des processus, a également été améliorée grâce à la révision de la LAMal. Concernant la qualité des résultats, il n'y a guère d'indices quant à une diminution de la qualité dans le sillage de la révision de la LAMal (INFRAS 2018a).

La sécurité des soins reste bonne ; la qualité des soins a été optimisée.

Modifications dans le domaine de la planification hospitalière et de l'offre de soins

L'enquête auprès des cantons et d'autres enquêtes révèlent que les mesures initiées par la révision de la LAMal concernant la planification hospitalière ont dans l'ensemble été appliquées par les cantons, c'est-à-dire les unités responsables de la planification hospitalière au sein des administrations cantonales, en conformité avec la loi, et sont jugées opportunes :

- *Planification des besoins en soins* : tous les cantons satisfont à l'exigence selon laquelle une planification des besoins en soins doit être réalisée. Dans le domaine des soins somatiques aigus, 23 cantons sur 26 s'appuient sur la systématique des GPPH, conformément à la recommandation de la CDS. Tous les cantons utilisent un modèle de prévision afin de déterminer les besoins en soins. Des analyses approfondies sont parfois réalisées. La disponibilité en temps réelle des données constitue un défi, tout comme la planification des besoins en soins de façon générale pour les petits cantons. Des surcapacités subsistent malgré la planification des besoins en soins, la recommandation de la CDS de les éliminer et deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) qui soutiennent la prévention des surcapacités. On peut en outre se demander combien de surcapacités sont souhaitables ou nécessaires pour assurer la concurrence (souhaitée) entre les hôpitaux. Il faut un minimum de surcapacités pour que les patient-e-s, mais aussi les cantons lors de l'attribution des prestations, puissent, à terme, choisir entre les offres des différents hôpitaux.
- *Listes des hôpitaux et mandats de prestations* : tous les cantons attribuent certes des mandats de prestations conformément à la loi et établissent une liste des hôpitaux, mais l'attribution ne se déroule pas toujours dans le sens de la concurrence et les offres extra-cantoniales ne sont prises en compte que pour compléter l'offre cantonale. Cela correspond cependant à la jurisprudence actuelle (cf. TAF C-6062/2007 du 20.4.2010). Le contexte différent des trois secteurs durant la période étudiée doit être pris en compte : dans le secteur des soins somatiques aigus, une structure tarifaire uniforme a été introduite avec les SwissDRG 2012 ; par contre, les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie ne présentaient pas encore de structure tarifaire uniforme. À l'intérieur du secteur de la réadaptation, il existe en outre des différences significatives entre les cantons pour ce qui est de la formulation des mandats de prestations, ce qui complique notamment l'admission des cliniques extra-cantoniales sur les listes des hôpitaux (cf. Oggier 2018).
- *Mise en œuvre des critères de planification du Conseil fédéral* : lors de l'attribution des mandats de prestations, les cantons appliquent, comme prévu, les critères de planification du Conseil fédéral, mais pas toujours de la même façon. Bien que les critères soient en principe appropriés, leur mise en œuvre requiert une clarification et une action à différents égards : en matière de définition des critères, d'opérationnalisation, mais aussi de disponibilité et de qualité des données. Des lacunes existent notamment en ce qui concerne les données de mesures de la qualité (cf. INFRAS 2018a). Le TAF a par ailleurs critiqué les modalités d'application du critère d'économicité (notamment C-325/2010 du 7 juin 2012 ; également C-2389/2012 et C-1841/2014 du 21.8.2015). Alors qu'une comparaison des établissements comparables suffisait avant la révision, une comparaison exhaustive des établissements est désormais exigée, mais elle n'est pas encore systématiquement mise en œuvre.
- *Coordination intercantonale* : la coordination intercantonale s'est améliorée depuis 2012 ; les prescriptions légales sont respectées à quelques exceptions près. La collaboration se limite toutefois aux auditions et concertations réciproques. Une coopération plus étendue reste l'exception, par exemple le rapport conjoint sur les

soins de la Région Suisse du Nord-Ouest ou le projet LUNIS¹ en Suisse centrale. Dans d'autres régions, la concurrence entre les hôpitaux et, partant, entre les cantons semblent plutôt augmenter.²

En raison des changements globalement modestes des soins stationnaires et du paysage hospitalier, on peut supposer que l'influence des changements dans le domaine de la planification hospitalière est encore modérée. Eu égard aux interactions complexes, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure la concurrence accrue observée entre les hôpitaux est due à la planification hospitalière des cantons. L'évaluation nous livre cependant les indications suivantes :

- *Amélioration des conditions de la concurrence* : selon Polynomics, la nouvelle planification hospitalière et surtout l'utilisation répandue de la systématique des GPPH dans les soins somatiques aigus ainsi que la tendance aux procédures d'appel d'offres publiques et régulières des mandats de prestations se traduisent par une amélioration des conditions de la concurrence (Polynomics 2016).
- *Critère de planification de la qualité* : l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières s'explique également par la prise en compte du critère de planification de la qualité lors de l'admission sur les listes des hôpitaux (INFRAS 2018a).
- *Volonté politique insuffisante* : l'admission toujours plutôt faible d'hôpitaux extra-cantonaux sur les listes des hôpitaux et les surcapacités qui subsistent toujours indiquent que les cantons pourraient davantage encourager la concurrence entre les hôpitaux. Le faible niveau de soutien à la concurrence s'explique par une volonté politique insuffisante (des gouvernements cantonaux ainsi que des communes, mais aussi de la population) pour éliminer les surcapacités, la poursuite d'objectifs de la politique régionale dans le cadre de la planification hospitalière ainsi que les procédures judiciaires (redoutées).

L'évaluation révèle des indices selon lesquels les changements dans le domaine de la planification hospitalière influencent positivement la concurrence entre les hôpitaux ainsi que les soins stationnaires. Elle montre aussi que les cantons peuvent encore accentuer la concurrence entre les hôpitaux.

Modifications des conditions de la concurrence et de l'offre de soins

L'enquête auprès des cantons révèle que les mesures prévues par la LAMal révisée, en vue de l'instauration des conditions de la concurrence, ont largement été appliquées par les administrations cantonales.

- *Vérification du respect des prescriptions* : la grande majorité des cantons vérifie le respect des prescriptions, mais selon des modalités différentes. Les procédures propres à chaque canton sont majoritairement jugées appropriées. Certains cantons estiment que la vérification de la qualité ainsi que le contrôle des hôpitaux privés constituent un challenge.
- *Vérification du respect de l'obligation d'admission* : seuls quelques cantons vérifient systématiquement le respect de l'obligation d'admission ; la plupart des cantons

¹ Cf. <http://www.ksnw.ch/lunis.html> [situation : 4 octobre 2018].

² NZZ 26.01.2017b ; Ostschweiz am Sonntag 11.3.2018 ; St.Galler Tagblatt 27.1.2017.

procèdent à un contrôle suite à un signalement ou à une plainte. Mais il est difficile de prouver des manquements à cette obligation d'admission.

- *Transparence de la planification hospitalière et de l'attribution des prestations* : la révision de la LAMal a plutôt permis d'améliorer la transparence de la planification cantonale des soins et de l'attribution des mandats de prestations. L'objectif général d'une transparence accrue concernant une concurrence renforcée n'a cependant pas été étayé par des valeurs de consigne, de sorte qu'il est impossible d'évaluer dans quelle mesure les attentes implicites correspondantes sont désormais satisfaites.
- *Marché des hôpitaux conventionnés* : environ un quart des hôpitaux répertoriés sont également des hôpitaux conventionnés, les hôpitaux conventionnés purs étant rares. L'absence d'objectif ne permet pas de déterminer la conformité aux attentes. Le fait qu'un quart des hôpitaux répertoriés soient également des hôpitaux conventionnés suggère cependant un renforcement de la concurrence. La plupart des hôpitaux conventionnés étant également recensés en qualité d'hôpitaux répertoriés, on peut en outre supposer que l'assurance qualité se situe au même niveau que pour les hôpitaux répertoriés. Il n'y a aucun indice suggérant que la distinction entre hôpitaux conventionnés et répertoriés ne fait pas ses preuves.
- *Choix étendu de l'hôpital* : le choix étendu de l'hôpital n'est que partiellement garanti, car de nombreux cantons se basent sur la valeur la plus basse pour le tarif de référence et non sur une valeur moyenne pondérée. La présente évaluation ne permet pas de savoir dans quelle mesure le choix étendu de l'hôpital est utilisé par les patient-e-s et s'il s'agit de décisions en connaissance de cause.

La mise en œuvre des mesures semble globalement appropriée compte tenu des ressources disponibles. Le marché des hôpitaux conventionnés et le choix étendu de l'hôpital ont tendance à renforcer la concurrence entre les hôpitaux. La vérification du respect des prescriptions et de l'obligation d'admission et la transparence de la planification hospitalière visent à instaurer des conditions identiques pour la participation à la compétition. La garantie du choix étendu de l'hôpital grâce à des tarifs de référence appropriés mérite cependant d'être améliorée. Les conséquences de cette modification des conditions de la concurrence sur les soins stationnaires et le paysage hospitalier sont toutefois encore modestes, comme le montre la stabilité au niveau global des soins stationnaires et du paysage hospitalier.

Les effets des conditions de la concurrence se manifestent sur le long terme et sont irréguliers.

Conclusions

Évaluation des évolutions dans la perspective de l'adéquation et de l'efficacité de la révision de la LAMal

Les conclusions de l'évaluation concernant l'adéquation et l'efficacité de la révision peuvent se résumer comme suit :

- *Adéquation des instruments* : les instruments³ de la planification des soins et des hôpitaux introduits ou adaptés dans le cadre de la révision sont en principe appropriés. Les réserves concernent avant tout la définition et l'applicabilité des critères de planification.
- *Adéquation de la mise en œuvre par les cantons* : la mise en œuvre par les administrations cantonales a évolué depuis 2012. Il existe des réserves quant à l'applicabilité des critères de planification, au manque de volonté politique d'exposer davantage leurs propres hôpitaux à la concurrence et à la judiciarisation de la planification hospitalière.
- *Efficacité des instruments* : l'efficacité des instruments, introduits ou adaptés dans le cadre de la révision, sur les soins stationnaires est difficile à évaluer actuellement compte tenu de la complexité des interactions : les effets souhaités, tels que le renforcement des flux intercantonaux de patient-e-s ou une concurrence légèrement accrue entre les hôpitaux, peuvent certes être constatés. Il n'empêche que le paysage hospitalier et donc l'offre de soins quantitative n'ont que peu évolués depuis la révision et sans doute pas dans les proportions espérées.⁴ L'accentuation de la concurrence ne se traduit pas (encore) par un remaniement du paysage hospitalier. Pour l'heure, les hôpitaux investissent dans leur infrastructure, pour exister face à la concurrence. Une telle phase d'investissement avant une phase de consolidation n'est pas inhabituelle dans les stratégies concurrentielles. Compte tenu du fédéralisme et du financement essentiellement public des hôpitaux, cette stratégie qui doit déboucher à long terme sur une offre plus efficace et de grande qualité engendre toutefois des coûts élevés à court et moyen terme pour les pouvoirs publics.

Les instruments et la mise en œuvre sont jugés appropriés. En raison de la complexité des interactions, du grand nombre de mesures, mais aussi en prenant en compte d'autres facteurs externes, il n'est possible, tout au plus, que d'estimer dans quelle mesure les effets encore limités sont dus aux mesures de la révision de la LAMal ou quelles mesures ont eu une incidence et laquelle.

Contribution aux interrogations générales de l'évaluation

Le tableau suivant résume de manière succincte les contributions de ce rapport partiel aux interrogations générales de l'évaluation.

³ Planification des besoins en soins, procédure d'attribution des mandats de prestations, coordination ou audition intercantonale, admission d'hôpitaux extra-cantonaux sur les listes des hôpitaux, attribution de prestations et élaboration des listes des hôpitaux, en tenant compte des critères de planification du Conseil fédéral, cf. Mesures p. xv.

⁴ Le législateur n'a cependant pas défini les proportions espérées et il n'est pas non plus certain dans quel laps de temps cet objectif doit être atteint.

Interrogations générales dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

1 Quelles sont les conséquences des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?

Planification hospitalière : les instruments et la mise en œuvre sont jugés appropriés. La complexité des interactions, le grand nombre de mesures, mais aussi la prise en compte d'autres facteurs externes permettent tout au plus d'estimer quelle mesure exerce une influence ainsi que son ampleur.

Concurrence : l'évaluation révèle des indices selon lesquels les changements de la planification hospitalière influencent positivement la concurrence entre les hôpitaux ainsi que les soins stationnaires. Elle montre aussi que les cantons peuvent encore accentuer la concurrence entre les hôpitaux.

Paysage hospitalier : la concurrence entre les hôpitaux s'est accrue depuis la révision de la LAMal en 2012, mais les effets escomptés sur le paysage hospitalier sont (encore) à peine perceptibles. Le paysage hospitalier a, de surcroît, changé avant la révision, de sorte que les conséquences de cette dernière sont difficilement identifiables.

Sécurité et qualité des soins : la sécurité des soins reste bonne, parce que l'offre de soins stationnaires a peu évolué au plan quantitatif depuis la révision de la LAMal et que l'accessibilité des services d'urgence 24h24 reste élevée ; la qualité des soins a été optimisée.

2 Quelles sont les conséquences de la révision sur les principaux acteurs concernés du système de santé ?

Cantons : malgré une mise en œuvre de la LAMal et de l'OAMal conforme à la loi, la marge de manœuvre des cantons n'est pas totalement mise à profit par eux dans le sens de la révision de la LAMal. La révision de la LAMal a en outre entraîné une augmentation (prévue) des coûts des cantons.

Fournisseur de prestations : les taux de croissance grandissants des flux de patient-e-s à partir de 2012 ainsi que la part en forte augmentation des assuré-e-s en division commune qui se sont fait soigner en dehors de leur canton à partir de 2012 suggèrent une concurrence intercantonale plus intense entre les hôpitaux, en raison du choix étendu de l'hôpital. La transparence et la qualité de la fourniture de prestations ont, par ailleurs, eu tendance à augmenter.

Assuré-e-s : la sécurité des soins reste bonne, parce que l'offre de soins stationnaires a peu évolué au plan quantitatif depuis la révision de la LAMal et que l'accessibilité des services d'urgence 24h24 reste élevée ; la qualité des soins a été optimisée.

3 Quelle est la contribution de la révision aux principaux objectifs de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence ?

Sécurité et qualité des soins : la sécurité des soins reste bonne, parce que l'offre de soins stationnaires a peu évolué au plan quantitatif depuis la révision de la LAMal et que l'accessibilité des services d'urgence 24h24 reste élevée ; la qualité des soins a été optimisée.

Évolution des coûts de la santé : la légère atténuation de l'augmentation des dépenses dans le secteur hospitalier stationnaire s'explique par des mesures d'amélioration de l'efficacité, qui peuvent en partie au moins être associées avec la révision de la LAMal (cf. B,S,S. 2018).

4 À quel point la révision est-elle adéquate, autrement dit, dans quelle mesure permet-elle d'arriver à maîtriser la hausse des coûts dans l'AOS ?

Aucune contribution du domaine partiel « Paysage hospitalier »

5 Dans quels domaines une action s'impose-t-elle ?

Une capacité d'action limitée concernant le paysage hospitalier : les résultats de l'évaluation montrent que les mesures de la révision de la LAMal dans les domaines de la planification hospitalière et des conditions de la concurrence sont largement appliquées et que la mise en œuvre s'est améliorée depuis l'entrée en vigueur de la révision, notamment en ce qui concerne la planification hospitalière. Les effets modestes sur le paysage hospitalier et l'offre de soins (quantitative) constatés pour l'instant s'expliquent principalement par le facteur temps. De tels effets ne se manifestent qu'en différé.

Potentiel d'optimisation de la mise en œuvre de la révision par les cantons : les cantons ne mettent pas pleinement à profit, dans le sens de la révision de la LAMal, leur marge de manœuvre lors de la planification hospitalière, mais aussi de l'instauration des conditions de la concurrence.

Une action est requise :

- lors de l’attribution des prestations : celle-ci devrait être davantage utilisée pour réduire les surcapacités.
- dans la procédure d’attribution des prestations : des procédures publiques, transparentes et équitables devraient systématiquement être réalisées pour l’attribution des prestations.
- à propos des critères de planification du Conseil fédéral : ceux-ci devraient être systématiquement appliqués. Les bases de données nécessaires devraient donc être créées et exigées.
- à propos du choix étendu de l’hôpital : celui-ci devrait être garanti et ne devrait pas être entravé par des tarifs de référence bas.

Coopération intercantonale renforcée : la coopération intercantonale, qui va au-delà de la coordination intercantonale prévue par la loi, peut notamment être optimisée. Les prescriptions légales concernant la coordination intercantonale sont certes satisfaites, mais elles se limitent essentiellement à la prise en compte des flux intercantonaux de patient-e-s et aux prises de positions et auditions réciproques. Il n’y a guère de collaboration plus étendue. Les résultats de l’évaluation montrent que les surcapacités constituent un enjeu plutôt politique que réglementaire. Une approche régionale permettant de surmonter la focalisation cantonale des planifications hospitalières qui subsiste encore et de réduire les surcapacités devrait être recherchée à cet effet. Une régionalisation de la planification des soins, également en ce qui concerne les critères de planification, serait souhaitable à cet effet. Une harmonisation temporelle des planifications hospitalières permettrait déjà de faciliter la coordination intercantonale.

Contributions du rapport partiel aux interrogations générales de l’évaluation de la LAMal

Potentiel d’optimisation et action requise

Les résultats de l’évaluation montrent que les mesures de la révision de la LAMal dans les domaines de la planification hospitalière et des conditions de la concurrence sont largement appliquées et que la mise en œuvre s’est améliorée depuis l’entrée en vigueur de la révision, notamment en ce qui concerne la planification hospitalière. Les effets modestes sur le paysage hospitalier et l’offre de soins (quantitative) constatés pour l’instant s’expliquent principalement par le facteur temps. De tels effets ne se manifestent qu’en différé. Une autre raison des effets jusqu’à présent limités de la révision réside dans le fait que le paysage hospitalier a déjà été modifié avant la révision.

On peut supposer que la mise en œuvre va encore s’améliorer ces prochaines années et dans le cadre des prochaines planifications hospitalières d’envergure, notamment en ce qui concerne l’application des critères de qualité et d’économicité et les bases de données disponibles. La marge de manœuvre des cantons entre deux grandes planifications hospitalières est faible. Mais l’évaluation montre aussi que les cantons n’exploitent pas encore totalement, dans le sens de la révision de la LAMal, leur marge de manœuvre lors de la planification hospitalière et de la garantie des conditions de la concurrence. Pour cette raison, des adaptations sont déjà prévues, p. ex. dans le cadre du premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts, et des adaptations de l’OAMal, plus particulièrement des critères de la planification hospitalière⁵. Dans l’optique de l’évaluation, des optimisations sont notamment possibles en ce qui concerne la mise en œuvre des mesures, à savoir une meilleure utilisation de la marge de manœuvre par les cantons dans le sens de la révision de la LAMal. Cela inclut notamment :

- Profiter de l’attribution des prestations pour réduire les surcapacités, une surcapacité minimale étant nécessaire afin de garantir la concurrence (croisement entre la

⁵ Le Conseil fédéral va prochainement mettre de nouveaux critères de planification hospitalière en consultation, cf. <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/preview.html> [situation : 18 octobre 2018].

prévention des surcapacités et la garantie de la concurrence). Les surcapacités comportant un risque d'augmentation des quantités, l'application et le contrôle des prescriptions qualitatives doivent parallèlement être renforcés, les hôpitaux devant mettre à disposition les données correspondantes (p. ex. fourniture d'indicateurs).

- Réaliser systématiquement des procédures publiques, transparentes et équitables pour l'attribution des prestations.
- Appliquer systématiquement les critères de planification du Conseil fédéral, notamment les critères en matière de qualité et d'économicité, tout en tenant compte des hôpitaux extra-cantonaux. L'application systématique des critères de planification suppose une base de données correspondante, qui doit principalement être mise à disposition par les hôpitaux. Une base de données de qualité requiert également des définitions claires et si possibles homogènes. Une définition uniforme du terme « réadaptation » s'impose notamment dans le domaine de la réadaptation.

Tous les cantons doivent par ailleurs garantir le choix étendu de l'hôpital.

Une approche possible susceptible de faciliter la mise à profit de cette marge de manœuvre et surtout de limiter les obstacles de la politique régionale consiste en une collaboration intercantonale accrue, voire dans une planification régionale des soins hospitalier. Une approche pareille est proposée également par le rapport du groupe d'experts (2017, p. 58 s.), compte tenu de l'exiguïté territoriale de la Suisse et des nombreux séjours hospitaliers extra-cantonaux :

- *Approche régionale pour la réduction des surcapacités* : la coopération intercantonale peut notamment être optimisée. Les résultats de l'évaluation montrent que les surcapacités constituent un enjeu plutôt politique que réglementaire. Une approche régionale permettant de surmonter la focalisation cantonale des planifications hospitalières qui subsiste encore et de réduire les surcapacités devrait être recherchée afin de renforcer la coopération intercantonale. Une régionalisation de la planification des soins, également en ce qui concerne les critères de planification, serait souhaitable à cet effet. Une planification hospitalière régionale permet en outre de remédier au calcul fragmentaire des besoins et des surcapacités et permet de prendre en compte un nombre accru de prestataires sans engendrer d'importantes surcapacités. Elle atténue ainsi quelque peu la contradiction entre la prévention des surcapacités et la garantie de la concurrence.
- *Harmonisation temporelle* : une harmonisation temporelle des planifications hospitalières permettrait déjà de faciliter la coordination intercantonale.

La mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière ainsi que ses conséquences sont des processus qui s'inscrivent dans la durée. Les cantons pourront mettre à profit les prochaines sessions de planification pour l'optimisation future.

Littérature et documents

- B,S,S. (2018) : Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Verfasst von Michael Lobsiger und Miriam Frey.
- CDS (2018): recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 et la jurisprudence du 1.1.2012 au 1.1.2018. Version révisée des recommandations adoptée par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 25.5.2018 (Document du 25.5.2018).
- econconcept (2018) : Tabellenband: Ergebnisse der Kantonsbefragung zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Gruber, Jörg und Lippitsch, Stefan (2018) : Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 im stationären Bereich. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- INFRAS (2018a) : Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der Spitalleistungen. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- LENZ (2019) : Sekundärdaten-Analyse zur Veränderung der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung. Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Verfasst von Jörg Gruber und Stefan Lippitsch.
- NZZ 26.01.2017b : Finger weg von meinem Regionalspital. Das Schweizer Gesundheitssystem bleibt kleinteilig organisiert - und auch deshalb enorm teuer. S. 13.
- OFSP (2014) : Révision de la LAMal, financement hospitalier – éléments principaux: jeu de diapositives 2014, publié sur <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html> (Stand: 20.12.2018).
- OFSP (2019) : Evaluation de la révision de la LAMal, financement hospitalier. Rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral (titre de travail). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Oggier (2017) : Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation, in: Oggier Willy, Pellanda Giorgio, Rossi Gianni R., 20 Jahre KVG: Rück- und Ausblick für die Rehabilitation, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132, Bern, 2017, S. 85 – 114.
- Ostschweiz am Sonntag, 11.3.2018 : Bei den Nachbarn operiert, S. 11.
- Polynomics (2016) : Widmer, P, Telser, H., Uebelhart, T.: Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von comparis.ch. Olten: Polynomics. <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2016/krankenkasse/spitalregulierungsstudie/kantonale-spitalregulierung-2015>.

Rapport du groupe d'experts (2017) : Mesures visant à freiner la hausse des coûts. Rapport du groupe d'experts du 24.08.2017.

St.Galler Tagblatt, 27.1.2017 : Ein dichtes Netz, S. 19.